

Rollspel som metod i omvårdnadsforskning

Hans-Olof Lisper

Margot Maerker

Sven-Erik Rickberg

I föreliggande rapport exemplifieras hur rollspel kan användas i forskningssyfte. Frågeställningarna är hur mycket minnesförmågan påverkas av olika informationsmetoder och hur en saklig och allsidig information om sjukdomen med alla dess ev konsekvenser upplevs. För att pröva detta föreställde sig 48 friska personer att de hade en kronisk sjukdom. Undersökningen var upplagd som en 2x2 faktoriell design med faktorerna grupp- eller enskild information om sjukdomen och hela informationen på en gång eller uppdelad på tre gånger. Informationen gavs muntligt följd av en strukturerad intervju. Efter en vecka ringdes deltagarna upp och fick återberätta vad de mindes av sjukdomen. Resultatet visar att faktorerna inte påverkade minnet av informationen. Informationen i sig medförde dock att de blev lugnare. Flera paralleller mellan rollspelsresultatet och patientresultat visar att rollspel ger användbar kunskap och borde användas mera i omvårdnadsforskning.

Undersökningen genomfördes vårterminen 1983 vid Psykologiska institutionen, Uppsala universitet. Hans-Olof Lisper är universitetslektor i psykologi, Margot Maerker är sjuksköterska och forskarstuderande vid den psykologiska institutionen och Sven-Erik Rickberg arbetar som psykolog.

Inledning

Rollspel i omvårdnadsforskning innebär att friska personer föreställer sig att de är sjuka. Är vi intresserade av patientinformationens utformning, kan vi genom att tex ge dem information om sjukdomen

och därefter kartlägga deras subjektiva upplevelser jämföra olika sätt att informera. Vi undviker då det ur etiskt synvinkel besvärliga problemet att utsätta sjuka människor för mindre bra information. Visserligen kan den icke drabbade aldrig helt sätta sig in i hur han verkligen skulle reagera vid ett besked om en allvarlig sjukdom men vi kan få värdefull vägledning och uppslag om vad i informationens underhåll som bör förbättras. Vi vill därför pröva om rollspel lämpar sig som test av olika informationsmodeller.

Rollspel borde kunna utnyttjas mera direkt i omvårdnadsforskningen. Man skulle tex kunna systematiskt variera personalrollen och låta upplevelsen i patientrollen avgöra vad som är bra och mindre bra handlande (se tex Dalefod, 1981). Vi borde på detta sätt kunna få en mera systematisk kunskap om vilka modeller inom sjukvården som är bra respektive dåliga. Den slutliga prövningen av de trots allt preliminära kunskaperna från rollspel sker när patienter i den verkliga sjukvården får avgöra om den modell som rollspelet anvisar är bra (Darsten, Lisper & Sohlberg, 1979). När vi gör detta, validerar vi kunskapen från rollspelet mot verklig omvårdnad. Att starta prövningen av omvårdnadsmodeller med friska försökspersoner bör alltså ses som en förberedelse för senare klinisk prövning och är analogt med läkemedelsprövningar som alltid sker

.....
Att starta prövningen av omvårdnadsmodeller med friska försökspersoner bör alltså ses som en förberedelse för senare klinisk prövning.
.....

Upplevs det negativt eller tvärtom positivt att bli informerad om sjukdomens alla eventuella konsekvenser?

först på djur, sedan på friska människor, för att till sist provas kliniskt i sjukvården.

Vi vill nu exemplifiera hur rollspel kan användas i forskningssyfte. Den problematik vi valt att utgå från är hur man informerar patienter om sin sjukdom. En frågeställning är hur intervjupersonerna upplever att få en allsidig information om sjukdomen. Upplevs det negativt eller tvärtom positivt att bli informerad om sjukdomens alla ev konsekvenser?

Denna information kan ges på olika sätt. Några författare (Blum, 1960; Fredriksson, 1982) rekommenderar gruppinformation. Skälen är tex mer tid till patienterna, bättre feed-back från dem, positiv förändring av patient-läkare relationen och gruppstöd. Patienterna får en känsla av att vara "flera i samma båt". Fredrikssons program innehåller ett antal olika delar: först en kort lektion, därefter gruppssamtal och till sist individuell konsultation som vid vanlig konventionell behandling. Han kompletterar således konventionell mottagning med en form av grupp-mottagning. I vårt arbete vill vi pröva en aspekt av detta program, nämligen att ge information till en ensam eller flera patienter samtidigt.

Det är dock inte endast relationsaspekten som är intressant vid patientinformation. Det är också viktigt att veta hur mycket och vad patienter kommer ihåg av informationen. Joyce m fl (1969) visade tex att omkring hälften av informationen har tappats bort oavsett tidpunkten när patienterna intervjuas efter läkarbesöket. Därför är det en intressant frågeställning om minnet får stöd av att informationen delas upp på flera gånger. Några studier (Ley, 1979; Ley & Spelman, 1965) visade också att både försökspersoner och patienter minns diagnostiska påståenden mer än instruktioner och råd. De båda frågeställningarna grupp eller enskild samt hel eller uppdelad information är lämpliga att kombinera i en 2x2 faktoriell studie. Vid en sådan kombination av olika faktorer, som också mest liknar verkligheten,

får vi en bredare information om vilken kombination av dem som är bäst. Den metod som visar sig vara bäst kan i nya studier återigen jämföras med andra metoder. Det är en vinst att på detta sätt rollspela tills man kommit fram till den absolut bästa metoden, för att till sist utvärdera den på sjuka personer.

Metod

Intervjupersonerna var 17 män (20–52 år) och 31 kvinnor (19–62 år), alla friska och med varierande skolbakgrund. Studien lades upp med 2x2 faktoriell design på följande sätt: de 48 intervjupersonerna slumpades ut över de fyra betingelserna. Betingelse 1 innebar individuell information, hela informationen på en gång, betingelse 2 individuell information, uppdelad på tre gånger, betingelse 3 gruppinformation, hela informationen på en gång, betingelse 4 gruppinformation, uppdelad på tre gånger.

Två informatörer, som skulle ge intervjupersonerna information om den inflammatoriska tarm-sjukdomen ulcerös kolit, hade läst samma informationsskrift om denna sjukdom som förberedelse. De rollspelade flera gånger inför varandra för att sättet att informera skulle bli likartat.

Alla personer informerades i enskilda rum där de inte blev störda. Ingen av dem informerades i det egna hemmet.

Intervjupersonerna fick först sätta sig in i sin sjukdomsbakgrund, dvs händelseförloppet innan diagnosen fastställdes. Anamnesen presenterades skriftligt. De uppmanades att verkligen leva sig in i att denna anamnes gällde dem själva. De fick bl a reda på att symtomen hade varit återkommande lösa avföringar och att de hade rektoskoperats samt fått tjocktarmen röntgad. Rektoskopiundersökningen beskrevs så att de skulle kunna förstå vad som gjordes. Intervjupersonerna fick också veta att diagnosen var ulcerös kolit. När de tänkt över detta, fick de svara på frågan hur de kände det inför framtiden.

Sedan följde en muntlig information om sjukdo-

Studien lades upp med 2x2 faktoriell design.

men. Detta informationssamtal tog ca 30 minuter. För dem som fick informationen uppdelad i tre avsnitt blev tidsåtgången 10 minuter för varje avsnitt med ca 15 minuters mellanrum mellan vart och ett av de tre avsnitten. I början på varje avsnitt betonades vad det skulle handla om: avsnitt 1 repetition av mag-tarmkanalens anatomi, tarmarnas normala funktion samt förklaring av sjukdomen ulcerös kolit, avsnitt 2 fortsättning om ulcerös kolit och undersökningar för att fastställa diagnosen, avsnitt 3 hur ulcerös kolit behandlas, inkl när operation är nödvändig. För att informationen skulle bli så likartad som möjligt i de olika betingelserna, var det inte avsatt särskilt mycket extra tid för frågor.

Omedelbart efter denna information intervjuades försökspersonerna enligt ett frågeformulär med både öppna och slutna frågor. När det gällde de slutna frågorna som hade olika skalsteg, fick de se hela skalan innan de valde det skalsteg som passade dem bäst.

Intervjun bestod av 27 frågor. Försökspersonerna frågades om de ville få informationen enskilt eller i grupp, om de ville höra hela informationen på en gång eller uppdelad i mindre delar samt hur de upplevde sjukdomsinformationen.

Efter en vecka blev samtliga deltagare i undersökningar uppringda av respektive undersökare. De fick återberätta vad de kom ihåg av informationen. Endast övergripande frågor ställdes som stöd för minnet, som tex: "vad minns du om sjukdomen" eller "vad minns du om behandlingen".

Resultat

Resultatet beträffande frågan om intervjupersonerna ville få informationen enskild eller i grupp visade, att mer än hälften ville få den just på det sätt som de hade fått den. De övriga hade velat välja det andra alternativet. Önskemålet i rollspelet överensstämde med hur de ville ha det i det verkliga livet.

Intervjupersonerna verkade dock i högsta grad osäkra beträffande informationssättet när de i de efterföljande frågorna hörde fördelarna med grupp- respektive enskild undervisning. Då ville ca hälften som fått individuell undervisning hellre få gruppundervisning. Det visade sig dessutom att de som fick gruppundervisning var mera benägna att vilja få

informationen i grupp. Förutom att kunna lyssna på andras frågor och få stöd i gruppen, ansåg intervjupersonerna bla också, att de kunde få höra de andras synpunkter på de egna frågorna. De som hellre velat vara ensamma angav som skäl tex att "det går lättare att fråga, när man är ensam", eller "min sjukdom är min ensak och jag vill inte att andra hör mina frågor och svaren jag får". Intervjupersonernas synpunkter på grupp- eller enskilda samtal påverkades inte av vilken betingelse de hade haft.

Hälften, 26 personer, svarade att de föredrog att höra hela informationen på en gång för att uppleva helheten. Den andra hälften, 22 personer, ville höra den i mindre delar för att bättre komma ihåg den.

Av tabell 1 framgår att informationsmetoderna inte påverkar hur mycket intervjupersonerna minns av informationen om sjukdomen. Alla betingelser ger mellan 25–30 % rätta svar.

Tabell 1. Hur mycket intervjupersonerna kom ihåg av informationen

	Information	
	Hel	Uppdelad
Individuellt	29 %	28 %
Grupp om 3 pers.	24 %	27 %

Av de 32 punkterna i informationen kom intervjupersonerna ihåg mycket olika punkter, dock mest symtomen, beskrivningen av rektoskopin och varför den görs samt att sjukdomen kan leda till ileostomi och "påse på magen". På frågan om det var svårt att komma ihåg all information ansåg endast en till tre personer i varje betingelse att så var fallet. Inte heller här fanns det således någon skillnad mellan betingelserna.

En fråga gällde informationsinnehållet. Sju personer uppgav att de ville ha mer information om en ev operation och hur det är att leva med "påse". Sex personer ville ha mer information om behandlingen.

.....
 Alla uppgav att både informationens uppläggning och informatörernas sätt betyder mycket för förståelsen av informationen.

Informationen om sjukdomen medförde att personerna kände sig lugnare med tanke på framtiden än innan, när de endast kände till sin diagnos.

De övriga var nöjda. Efter informationen ansåg hälften av intervjupersonerna att de hade behov av att diskutera hur man skall leva och äta för att undvika sjukdomen.

Alla ansåg att de hade förstått all information. Alla uppgav också att både informationens uppläggning och informatörens sätt betyder mycket för förståelsen.

På frågan om informationen motsvarade de förväntningar personerna hade haft inför den svarade drygt två tredjedelar att så var fallet. De övriga, nio personer, hade förväntat sig annan informationsmetod som tex mera bilder och mera tid för frågor.

Eftersom informationen tog upp alla aspekter av sjukdomen ställde vi frågan om intervjupersonerna ville få den så utförligt, eftersom den drabbar människor så olika. Alla råkar inte ut för allt som sjukdomen ev kan föra med sig. Samtliga svarade att det var viktigt att all information gavs. Önskemålet i rollspelet överensstämde enligt intervjupersonerna med hur de ville ha det i det verkliga livet.

Informationen om sjukdomen medförde att personerna kände sig lugnare med tanke på framtiden än innan, när de endast kände till sin diagnos (tabell 2).

Tabell 2. Medelvärde beträffande oro före och efter informationen om sjukdomen. (De högre medelvärdena innebär större lugn)

	Före informationen		Efter informationen	
	Information		Information	
	Hel	Uppdelad	Hel	Uppdelad
Individuellt	1,58	1,41	2,66	2,75
Grupp om 3	2,16	2,00	3,08	2,91

Det finns en signifikant skillnad mellan hur lugna intervjupersonerna kände sig inför framtiden när de endast hade läst sin anamnes och hört sin diagnos

och hur lugna de kände sig efter att också ha fått informationen om sin sjukdom ($t(46)=5,26$, $p<0,001$). Denna känsla av lugn var lika fördelad över betingelserna.

Alla utom två tyckte att informationen hjälpte dem över ovissheten vad sjukdomen kunde innebära. Att de två kände sig ovissa berodde inte på informationen utan på att de tyckte att de inte visste hur sjukdomen skulle utvecklas i deras fall. Alla utom tre personer ansåg att informationen var meningsfull. De tre ansåg den vara mindre meningsfull därför att de redan innan kände till sjukdomen. På frågan om det är något i berättelsen som kändes skrämmande svarade de flesta:

"att sjukdomen är kronisk,"

"att den kan leda till operation och ileostomi,"

"påse på magen."

Det fanns inte några större olikheter mellan grupperna beträffande vana vid sjukvård före rollspelet.

Diskussion

Att rollspel ger kunskap som är användbar som förberedelse för den egentliga kliniska prövningen bekräftas på olika sätt. Samtliga intervjupersoner ansåg tex att de önskemål de uttryckte i rollspelet överensstämde med hur de ville ha det i en verklig situation. Flera av dem hade också egen erfarenhet av sjukdom. De kände igen sig i rollspelssituationen och kunde jämföra den med upplevelserna från den tidigare kontakten med sjukvården. Liksom tidigare ville de även i rollspelet få så mycket information som möjligt. Deltagarnas önskemål att få en fullständig information beträffande sjukdomen överensstämmer också med de önskemål som framförs i en kartläggning av informationsproblem vid inflammatoriska tarmsjukdomar (Maerker, 1984). Denna kartläggning berörde 42 patienter, som alla hade fått den sjuka tarmdelen bortopererat med en ileostomi (konstgjord tarmöppning) som följd. Dessa personer önskade få fullständig information. De ville att

Att rollspel ger kunskap som är användbar som förberedelse för den egentliga kliniska prövningen bekräftas på olika sätt.

.....
I rollspelet var man signifikant mindre orolig inför framtiden efter att ha fått hela informationen om sin sjukdom.
.....

också de delar av informationen som ger oro skall vara med, även om de troligen aldrig skulle drabbas av dem. De flesta önskade en allmän beskrivning av sjukdomen genast när diagnosen var fastställd. De, liksom intervjupersonerna i rollspelet, ansåg att det var värdefullt med förhandsinformation för att vara förberedd på hur sjukdomen ev kan utvecklas. Hälften av intervjupersonerna i rollspelet hade också behov av att diskutera hur man skall leva och äta för att undvika ulcerös kolit. Samma behov fanns hos patienterna i ovan nämnda kartläggning.

En annan parallell mellan rollspelsresultatet och patientresultat finns beträffande oro. I rollspelet var man signifikant mindre orolig inför framtiden efter att ha fått hela informationen om sin sjukdom. Samma resultat återfinns i Johanssons (1983) studie kring patienter med diagnosen ulcerös kolit. Denna studie utfördes *innan* någon operation var aktuell. I studien användes den informationsskrift som gav underlag för den muntliga informationen som informatörerna gav i rollspelet. De patienter som hade fått informationsskriften blev mycket lugnare än de som tex endast fått muntligt svar på sina frågor. Både att deltagarna i rollspelet ansåg att de önskemål de uttryckte i rollspelet överensstämde med hur de ville ha det i en verklig situation och ovanstående paralleller mellan rollspelsresultatet och patientresultat visar således rollspelets validitet. De ger oss bevis på att rollspelet förmår spegla verkligheten.

Beträffande information i grupp om tre eller enskilt visar resultatet att mer än hälften av intervjupersonerna ansåg att det informationssätt de hade fått pröva på var bra. Detta svar gavs oavsett betingelse. Resultatet är i och för sig självklart, eftersom de flesta aldrig fått pröva på något annat alternativ. Människor anser ofta att det de varit med om är bra när de inte kan jämföra med något annat. Ett sådant svarsmonster är dock viktigt att ta i beräkning vid utvärdering. Det går alltså inte att dra några slutsatser av patienternas reaktioner, positiva eller

negativa beträffande en omvårdnadsdetalj sålänge de inte också har erfarenhet av andra alternativ. I föreliggande studie blev intervjupersonerna också mycket osäkra när de hörde tänkbara för- och nackdelar med grupp- respektive enskilda samtal eftersom de inte kände till dem innan och många ändrade ståndpunkt. Resultatet att hälften av dem som fått individuell undervisning hellre ville få gruppundervisning plus att färre som fått gruppundervisning ändrade ståndpunkt tyder på att fler människor är positiva till information i grupp än att få den enskilt. Gruppinformation bör därför bli föremål för fler undersökningar. Det är i detta sammanhang också viktigt att komma ihåg att Fredriksson (1982) kompletterar konventionell individuell mottagning med en form av grupp-mottagningar. Individuell information kommer vi aldrig ifrån. Eftersom intervjupersonerna hade olika önskemål bör vi ta reda på om patienten önskar gruppinformation som ett komplement till den individuella informationen.

Beträffande förmågan att minnas informationen visar resultatet att den hos de friska intervjupersonerna i rollspelet var mycket begränsad. De kom endast ihåg en tredjedel. Detta kan kontrasteras till förklaringen av låg behållning av information på grund av kris (Cullberg, 1975). Självklart kan inre faktorer hos människor som tex en kris vid ett chockartat besked om en kronisk sjukdom ge låg eller ingen behållning av informationen. I detta fall hade emellertid också friska människor, där ingen kris förelåg, låg behållning av informationen. Att människor i största allmänhet och därmed också patienter kommer ihåg litet kan alltså inte förklaras i termer av krisbegreppet. Patienterna i Joyce mfl. (1969) tidigare nämnda studie kom ihåg hälften av informationen. Samma tendens att inte minnas finns således både hos friska och sjuka personer. Detta bevisar att rollspelet även här speglar verkligheten. Det kan också tänkas att i realiteten sjuka personer t o m minns mer än friska. En förklaring är att det trots engagemang och motivation likväl kan vara

.....
Gruppinformation bör bli föremål för flera undersökningar.
.....

.....

Samma tendens att inte minnas finns både hos friska och sjuka personer.

.....

svårt för den icke drabbade att helt sätta sig in i hur det är att vara sjuk. Den friske går efter samtalet om sjukdomen tillbaka till sin vardag och vet att det inte rör honom själv.

Vad beträffar hur mycket intervjupersonerna kan återge av informationen visade resultatet att de allra flesta kom ihåg sjukdomssymtomen och beskrivningen av rektoskopin. Förklaringen är troligen att de i förväg hade läst dessa båda informationsdelar i den skriftliga anamnesen och fick det upprepat i den muntliga informationen. Detta leder till reflexionen, att en skriven information med uppföljning av muntlig information med tillfälle till frågor kan vara den bästa kombinationen. Denna metod bör därför provas i framtida studier.

Eftersom intervjupersonernas totala upplevelse är att de blir lugnare av att få veta hela sjukdomsförloppet, vore ev en lösning att ge utförligare information om de delar som upplevs skrämmande. Flera hade också uttryckt önskemål om detta. Om det inte görs är det troligt att de söker information på annat håll. Risken blir då att den kan bli felaktig och därför ännu mera skrämmande. Därför bör en sådan ev lösning provas och utvärderas i kommande studier. Både intervjupersonerna i rollspelet och patienter och försökspersoner i tidigare undersökningar (Ley, 1979; Ley & Spelman, 1965) minns vissa delar av informationen bättre än andra. Samtliga minns informationen om diagnosen bättre än instruktioner och råd. Detta visar också rollspelets validitet.

I denna undersökning finns inga skillnader mellan de olika pedagogiska metoderna. Därför bör vi via rollspel fortsätta att söka bättre metoder. Att dela in informationen i tre olika avsnitt samt att varje gång betona vad avsnittet handlar om är tydligen inget stöd för minnet. Att dessa personer inte mindes mer än de som hade fått hela informationen på en gång kan naturligtvis ha berott på att det endast var ca 15 minuters uppehåll mellan varje avsnitt. En annan och viktigare orsak var förmodligen att vi inte använde de 15 minuter till att samtala om det genom-

.....

... en skriven information med uppföljning av muntlig information med tillfälle till frågor kan vara den bästa kombinationen.

.....

gångna avsnittet och svara på frågor. Orsaken var som redan nämnts att alla skulle få så likartad information som möjligt.

Däremot finns det signifikant skillnad mellan hur oroliga intervjupersonerna kände sig före och efter att ha fått hela informationen om sin sjukdom. Att de kände större lugn inför framtiden efter att ha fått hela informationen visar att det är ett bra sätt att informera. Genom en allmän, sannfärdig information kan vi troligen hjälpa de flesta människor. Detta påstående behöver ytterligare bekräftas genom studier på sjuka personer där vi tar reda på vilka faktorerna är i informationen som minskar rädsla och oro.

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns många fördelar om man startar forskning kring vissa problemställningar genom rollspel med friska personer:

1. Dessa människor befinner sig inte i den chockfas som Cullberg (1975) talar om och vi kan därför avgöra hur mycket den dåliga behållningen är ett pedagogiskt problem. För att få en uppfattning om chockupplevelsens inverkan på patientens minne, bör friska personer också bilda kontrollgrupp i en utvärdering av informationen om sjukdomen till sjuka personer.

2. Vi kan också via friska personer, som rollspelar att de fått en kronisk sjukdom, få en viss vägledning hur vi skall lägga upp informationen för att minska oron. Visserligen kan den icke drabbade aldrig helt sätta sig in i hur han verkligen skulle reagera vid ett besked om en allvarlig sjukdom och därför kan vi inte jämföra graden av oro hos friska med den hos

.....

Både intervjupersonerna i rollspelet och patienter och försökspersoner i tidigare undersökningar ... minns information om diagnosen bättre än instruktioner och råd.

.....

Att samla kunskap via friska personer ger också helt andra möjligheter till utvecklingsarbeten vid vårdhögskolor och andra vårdutbildningar.

sjuka. Vi kan dock få värdefulla uppslag om vad i informationens innehåll som bör förbättras med avseende på oro innan vi går vidare och prövar den på sjuka.

3. Via rollspel är det möjligt att pröva etiskt besvärliga problem. Man kan tex jämföra dålig och bra information. En klar kunskap om vad som är dåligt är för den totala kunskapen om information nästan lika viktigt som kunskap om vad som är bra.

4. Att samla kunskap via friska personer ger också helt andra möjligheter till utvecklingsarbeten vid vårdhögskolor och andra vårdutbildningar och kan vara ett sätt att lösa forskningsanknytning vid våra vårdhögskolor. Det skulle innebära att patienterna belastas mindre.

Den viktigaste målsättningen har varit att exemplifiera hur rollspel kan användas i forskningssyfte samt att visa att det är meningsfullt att göra det. Flera exempel har nämnts som visar att rollspelets resultat överensstämmer med resultaten från studier gjorda på patienter. Därmed bekräftas rollspelets validitet beträffande dessa exempel. Resultatet är så lovande att vi vill förorda att flera sådana studier görs också med andra frågeställningar för att ytterligare bekräfta rollspelets validitet.

- Blum, R H*: The management of the Doctor-patient relationship. New York: McGraw-Hill, 1960.
- Cullberg, J*: Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur, 1975.
- Daleflod, B*: Jämförelse mellan jag- och normalbudskap på två barngrupper. Opublicerad CD-uppsats, VT 1981, Institutionen för Tillämpad Psykologi, Uppsala Universitet.
- Darsten, M, Lisper, H-O & Sohlberg, S*: Inlärnin g av aktivt lyssnande och en jämförelse mellan blivande och erfarna psykologers empatiska förmåga. Nordisk Tidskrift för Beteendeterapi, 1979, 8, 13-21.
- Fredriksson, A*: Gruppmottagning - ett alternativ för bättre information? Ilco Bladet, 1982, nr 3, 20-21.
- Johansson, I*: "Patientinformation" - En experimentell studie rörande effekten av olika informationsprogram. Opublicerad psykologexamensuppsats, VT 1983, Institutionen för Tillämpad Psykologi, Uppsala Universitet.
- Joyce, C R B, Caple, G, Mason, M, Reynolds, E & Matthews, J A*: Quantitative Study of doctor-patient communication. Quarterly Journal of Medicine, 1969, 38, 183-194.
- Ley, P*: Memory for medical information, British Journal of Social and Clinical Psychology, 1979, 18, 245-255.
- Ley, P & Spelman, M S*: Communications in an outpatient setting. British Journal of Social and Clinical Psychology, 1965, 4, 114-116.
- Maerker, M*: Kartläggning av effekten av information/undervisning till patienter med ileostomi. Opublicerat manus, HT 1983, Psykologiska Institutionen och Institutionen för Kirurgi, Uppsala Universitet.