

Umeå Universitet
Institutionen för psykologi
Examensuppsats Psykologprogrammet
VT2011

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY:

ATT FRÄMJA HÄLSA OCH MINSKA GRAD AV PRESTATIONSBASERAD SJÄLVKÄNSLA HOS LÄKARSTUDENTER en randomiserad kontrollerad studie

Sara Anderson & Elin Waller



Handledare: Per Carlbring, professor
Institutionen för psykologi
Umeå universitet

TACK

Per Carlbring för ditt engagemang, din kreativitet och din trygga vägledning.

Fredrik Livheim för den inspirerande utbildningen och handledningen i ACT.

Margareta Hultman, Anita Karlsson och Mattias Sahlén för ert engagemang och för stödet från Studenthälsan.

Olov Olsson, Anitha Bergdahl och Birgit Johansson för det praktiska arbetet vid Medicinska fakulteten.

Pilotgruppen för ert deltagande, ert intresse och er feedback.

Termin fem och termin tio på läkarprogrammet för er tid, ert engagemang och ert deltagande.

Utan alla er hade denna studie inte varit möjlig!

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY: ATT FRÄMJA HÄLSA OCH MINSKA GRAD AV PRESTATIONSBASERAD SJÄLVKÄNSLA HOS LÄKARSTUDENTER

Sara Anderson & Elin Waller

Läkarstudenter uppvisar höga ohälsotal relaterat till hög grad av prestationsbaserad självkänsla. Predicerande samband har setts mellan dessa variabler och framtida sjukskrivning. Således är läkarstudenter i behov av hälsofrämjande insatser. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en evidensbaserad hälsofrämjande metod, som ej tidigare prövats i denna population. Syftet med denna studie var att undersöka effekten av ACT på läkarstudenters psykiska hälsa samt grad av prestationsbaserade självkänsla. Föreliggande studie var randomiserad och kontrollerad, där läkarstudenter från termin fem och tio fördelades över interventionsgrupp (n=25) samt passiv kontrollgrupp (n=24). Den gruppbaserade ACT-interventionen bestod av fyra träffar à tre timmar. För-, mitt-, och eftermätning genomfördes. En intention to treat-analys påvisade inga signifikanta interaktionseffekter, dock sågs signifikanta tidseffekter i båda grupperna, samt en måttlig effektstorlek mellan grupperna. Utfallet kan ha påverkats av metodologiska brister, bristande power och förändringar i de kontextuella faktorerna. Således eftersöks vidare forskning.

Enligt socialstyrelsens beräkningar är befolkningens självskattade psykiska ohälsa ett av de största hälsoproblemen i Sverige (Socialstyrelsen, 2008). För att skapa bättre förståelse för orsakerna bakom dessa höga ohälsotal har sambandet mellan arbetsliv och ohälsa studerats. Mycket forskning har gjorts över psykosociala faktorerers inverkan och begrepp som krav och kontroll har fått uppmärksamhet (Karolinska Institutet, 2009). Exempelvis har undersökningar visat att landstingsanställda upplever högre krav tillsammans med lägre kontroll över sin arbetssituation, i jämförelse med anställda inom den privata sektorn. Kopplingen mellan arbetsplatser med omfattande, upprepade omorganiseringar, och anställdas psykiska ohälsa har uppmärksamats (Centrum för folkhälsa, 2007). Ett rimligt antagande är att de omfattande omorganiseringar och ökade kraven på kostnadseffektivitet som råder inom landstingen i dagsläget leder till ökade krav och belastning på landstingsanställda (Socialstyrelsen, 2009). I en omfattande undersökning som genomfördes av Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (2009) kan man se detta mönster; vård- och omsorgsanställda rapporterar i högre utsträckning låg generell psykisk hälsa än anställda inom andra områden. I svenska folkhälsorapporter definieras psykisk ohälsa som närvaro av lätt eller svår ångslan, oro eller ångest, samt ständig trötthet (Socialstyrelsen, 2008).

Under mitten av 90-talet började studier visa att läkare successivt närmade sig riskzonen för hög psykisk ohälsa, en grupp man tidigare ofta tillskrivit god psykisk hälsa (Yrkesmedicinska enheten, 1995, refererat i Karolinska Institutet, 2009). I en omfattande undersökning som genomfördes år 2009 uppvisade läkare lägst psykisk hälsa inom sin socioekonomiska grupp (Karolinska Institutet, 2009). Även Arbetsmiljöverkets rapport från 2010 redovisar liknande mönster, där 10 procent av de manliga läkarna samt 18 procent av de kvinnliga läkarna visade sig uppleva arbetsrelaterade besvär som följd av stress och psykiska påfrestningar i arbetet. Motsvarande siffor för hela gruppen vård-, och omsorgspersonal är 8 procent av männen och 11 procent av kvinnorna (Arbetsmiljöverket, 2010).

Utöver psykosociala faktorer som höga krav och låg kontroll i landstingets arbetsmiljö, har fokus riktats mot att undersöka om det finns faktorer redan under läkarutbildningen som bidrar till den uppvisade ohälsan i yrkeskåren (Dahlin, Fjell & Runeson, 2010; Jönsson & Öjehagen, 2006). Forskare vid Karolinska Institutet har bidragit med flertalet studier över den svenska studentpopulationen. I dessa framgår att läkarstudenter uppvisar hälsosammare vanor och bättre fysisk hälsa än andra studentgrupper, samtidigt som stressnivån är hög och deras psykiska hälsa låg. Detta kan upplevas som paradoxalt då läkarstudenter ofta anses vara en privilegierad grupp med hög socioekonomisk status (Dahlin, 2007).

Djupare analys av de höga ohälsotalen bland läkarstudenterna har visat på samband mellan upplevd stress, otydlighet i studentrollen, otydlighet i utbildningsmålen samt oro inför framtida yrkesliv. Läkarstudenter beskriver sig vara rädda för att inte kunna tillräckligt mycket för att klara av att arbeta som läkare och de uppger att de känner oro inför att behöva arbeta så mycket när de studerat färdigt. I andra studier kan man höra läkarstudenter oro sig för läroplanen och för att man inte har möjlighet att leva ett meningsfullt liv utanför studierna (Stewart, et al., 1997). Vidare har tydliga samband uppvisats mellan hög stressnivå och psykiska symtom (ångest och depression) bland läkarstudenter, och predicerande samband har setts mellan psykisk ohälsa under utbildningen och framtida sjukskrivning (Dahlin, 2007). Dessa utsagor talar för att läkarutbildningen i sig ligger bakom en del av den höga stressnivån och psykiska ohälsan bland studenterna (Jönsson & Öjehagen, 2006). Ytterligare en bidragande faktor till de höga ohälsotalen bland läkarstudenter och läkare kan antas vara att yrket som sådant innebär en ofrånkomlig närhet till svårhanterliga situationer kring liv och död.

Prestationsbaserad självkänsla

Förutom kontextuella faktorer inom läkarutbildningen har olika intrapsykiska sårbarhetsfaktorer betydelse för de höga stressnivåerna lyfts fram (Dahlin, Fjell & Runeson, 2010; Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007; Tyssen, et al., 2007). Tydligt fokus har de senaste åren riktats mot begreppet prestationsbaserad självkänsla (Dahlin, Fjell & Runeson, 2010). Prestationsbaserad självkänsla beskrivs som en grundläggande känsla av att behöva prestera för att duga som person. Rädslan för att inte duga gör att individen i kompensatoriska försök att skapa egenvärde arbetar så mycket att han/hon bränner ut sig själv. Prestationsbaserad självkänsla har visat sig vara en predicerande faktor för att drabbas av stressrelaterade problem som utmattning och depression (Dahlin, 2007; Hallsten, Josephson & Torgén, 2005). Det kan även finnas positiva aspekter av denna typ av självkänsla. Under vissa omständigheter kan prestationsbaserad självkänsla bidra till ett stort engagemang hos individen. Exempelvis kan ett visst mått av prestationsbaserad självkänsla vara en resurs för studenter vid långa och krävande utbildningar, som läkarutbildningen, då den där kan fungera som en motiverande drivkraft (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007). Just bland läkarstudenter har man funnit att prestationsbaserad självkänsla är vanligare än i andra studentgrupper (Dahlin, 2007; Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007). För att hantera den ohälsorisk som

prestationsbaserad självkänsla kan medföra behovs det således förebyggande insatser just för denna studentgrupp (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007).

Förebyggande och hälsofrämjande insatser för läkarstudenter

De symtom på psykisk ohälsa som läkarstudenter uppvisar är kliniskt relevanta, då många av läkarstudenterna har visat sig uppfylla kriterierna för någon psykiatrisk diagnos, till exempel depression, bipolär störning och alkoholberoende (Dahlin, 2007). En svensk studie har visat att 27 procent av alla läkarstudenter lider av minst en psykiatrisk diagnos (Dahlin, 2007), även om den psykiska hälsan har visat sig variera mellan terminerna. Graden av utmattning har visat sig vara högre under de första terminerna och nå sin kulmen under det tredje utbildningsåret (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007). Studier har även visat att läkarstudenter under senare delen av utbildningen generellt upplever mer oro inför stress i det kommande yrkeslivet samt att deras studentroll är otydligare, jämfört med tidigare terminer (Jönsson & Öjehagen, 2006).

Av vikt att uppmärksamma är att väldigt få av läkarstudenterna söker vård för sina psykiska problem. Forskning visar att endast 29 procent av de läkarstudenter som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos söker vård för sina problem (Dahlin, 2007). Det är ett känt faktum att läkarstudenter, precis som läkare, upplever vissa svårigheter i att själva söka vård. Detta torde vara extra svårt då det rör sig om psykologiska problem. Problem som ofta stigmatiseras. Studenthälsan, den inrättning som är avsedd för studenter med hälsorelaterade problem, erbjuder ofta hjälp med studierelaterade besvär samt kortare samtalsstöd under kritiska perioder. De studenter som lider av psykiska svårigheter ombeds söka sig vidare till vård inom landstingets öppenpsykiatriska verksamhet, där kötiderna ofta är långa. Som patient inom landstinget är risken sedan stor att stöta på en kollega, lärare eller klasskompis om man är läkarstudent. En situation som många studenter förståeligt väljer att undvika (Dahlin, 2007).

Mot bakgrund av tidigare forskning framstår vikten av förebyggande och hälsofrämjande insatser för läkarstudenter som självklar. I annat fall finns risken att den höga ohälsan bland läkarstudenter i förlängningen också kommer påverka deras omhändertagande av patienter och sedermera vårdapparaten i stort (Jönsson & Öjehagen, 2006). Eftersom läkarutbildningen är mycket kostsam för landsting och universitet anser vissa forskare att det bör ligga i samhällets intresse att utbilda läkare som kan arbeta ett helt yrkesliv (Dahlin, 2007; Jönsson & Öjehagen, 2006). Att införa hälsofrämjande moment i läkarutbildningen kan vara ett sätt att nå de individer som inte söker vård på sedvanligt sätt. Att erbjuda verktyg att aktivt och funktionellt hantera stress är således att rekommendera för att förebygga framtida ohälsa i denna grupp (Dahlin, Fjell & Runesson, 2010; Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007; Jönsson & Öjehagen, 2006; Løvseth et al., 2010; Stewart, et al., 1997).

Hälsofrämjande insatser definieras som processer där människors förbättrade hälsa och ökade kontroll över sin hälsa stöds (World Health Organization, 1986). Under senare år har synen på psykisk hälsa breddats från att betraktas som

frånvaro av symtom, där fokus legat på vad som går fel, till individens emotionella, psykologiska och sociala välbefinnande (Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010). De individfokuserade hälsofrämjande interventioner som i studier visat bäst resultat jämfört med andra, är interventioner som bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT). Dessa innefattar vanligtvis kognitiv omstrukturering, psykoedukation, avslappning och aktiv problemlösning. I metastudier där olika stresshanteringsmetoder undersökts visar KBT-interventioner generellt måttliga till stora effektstorlekar ($d= 0,68; 1,16$) (van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001; Richardson & Rothstein, 2008).

Tredje vågens KBT

Kognitiv beteendeterapi är ett område i ständig utveckling där acceptans- och mindfulnessbaserade behandlingar tillhörande den tredje vågens KBT är på frammarsch. Inom traditionell KBT betonas *inhållet* i tankarna och vikten av kognitiv omstrukturering, medan tredje vågens KBT betonar *funktionen* av inre och yttre händelser. Syftet i de nyare behandlingsmetoderna är att genom ökad acceptans av smärtsamma tankar och känslor samt större distans till dessa, öka psykiskt välbefinnande och livskvalitet (Flaxman & Bond, 2010; Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) tillhör den tredje vågens KBT (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Filosofiskt har ACT sin grund i funktionell kontextualism där funktionen av psykologiska fenomen och den kontext dessa sker i framhålls. Sammanhanget ses som avgörande för beteendet och beteendens grad av användbarhet är centralt. Människans ageranden ses i sin helhet, och agerandet påverkas av individens historia, den aktuella situationen och agerandets konsekvenser (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Genom att fokusera på förändringsbara faktorer i den aktuella kontexten är det möjligt att förutsäga och influera inre och yttre beteenden, vilket är målet inom funktionell kontextualism (Hayes, 1993, refererat i Hayes et al., 2006).

Liksom inom traditionell KBT så grundas ACT på inlärningsteoretiska antaganden. ACT har tillskillnad från traditionell KBT även sin grund i Relational Frame Theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). RFT syftar till att förklara hur språk och kognitioner påverkar vårt handlande. Inom denna teori framhålls att språk och tankar är en form av inlärnt beteende som påverkar vilken betydelse det som händer tillskrivs. Språket gör det möjligt att relatera händelser och saker till varandra, även händelser vi aldrig varit i direkt kontakt med. Då händelser tillskrivs olika betydelser förändras även funktionen av händelserna. På detta sätt är språket en stor hjälp när det gäller att hantera den yttre verkligheten, men när det gäller vår inre verklighet kan vanemässigt användande av språkliga och inlärda associationer göra oss rigida och dysfunktionella. Detta kan i sin tur leda till att vi fastnar i tolkningsmönster av våra obehagliga känslor och tankar där undvikande av situationen som väcker det inre obehaget blir det logiska sättet att hantera det.

Denna hanteringsstrategi av inre obehag kallas inom ACT upplevelsebaserat undvikande (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008).

Minskat upplevelsebaserat undvikande och ökad psykologisk flexibilitet är de övergripande behandlingsmålen inom ACT, och dessa står i ömsesidig relation till varandra (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Upplevelsebaserat undvikande sker när en person är ovillig att vara i kontakt med sina inre upplevelser så som tankar, känslor, minnen och kroppsliga förnimmelser och agerar för att undvika eller fly dessa. Det medför att personen agerar på ett sätt som inte stämmer överens med vare sig kontext eller värderingar (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008). Försök att undvika och kämpa emot tankar tenderar att öka deras frekvens, eller överbetona deras vikt. Därför anses det inom ACT varken nödvändigt eller klokt att primärt fokusera på innehållet av kognitioner (Flaxman & Bond, 2010; Hayes et al., 2006). Enligt ACT kan förändring ske då individen, genom att minska sitt upplevelsebaserade undvikande och öka sin psykologiska flexibilitet, får nya erfarenheter (Ghaderi & Parling, 2009). Psykologisk flexibilitet är en ständigt pågående och medveten process för att skapa full kontakt med nuet. Flexibiliteten baseras på vad situationen kräver och vad som är viktigt i individens liv (Hayes et al., 2006). Psykologisk flexibilitet innefattar två aspekter; acceptans av erfarenheter och handlingar baserade i värderingar. Teoretiskt antas det att ökad psykologisk flexibilitet leder till en ökad villighet att förbli i kontakt med obehag utan att försöka undvika och kontrollera detta (Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010).

Psykologisk flexibilitet nås genom sex sammanlänkade kärnprocesser (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006):

(1) Acceptans är ett aktivt förhållningssätt som innebär en villighet att uppleva tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser, utan försöka undvika eller förändra dem (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008). Acceptans främjar psykisk hälsa genom att minska den inverkan negativa inre upplevelser har på individens beteenden. Detta gör det enklare att leva det liv personen värdesätter (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

(2) Kognitiv diffusion syftar till att genom ökad distans till sina tankar förändra deras funktion (Hayes et al., 2006). Då individen har förmåga till kognitiv diffusion kan han/hon skapa en åtskillnad mellan vem han/hon är och vad han/hon tänker om sig själv. Motsatsen till kognitiv diffusion är kognitiv fusion där tankarna behandlas som sanna och sammanblandning mellan person och tankar råder. Exempel på sammanblandning är *Jag är dålig*, och exempel på diffusion är *Nu får jag en tanke som säger att jag är dålig* (Biglan et al., 2008).

(3) Medveten närvaro syftar till att vara i pågående, icke-dömmande kontakt med nuet och det som sker i och runtomkring en. Målet med medveten närvaro är att uppleva världen mer direkt, kunna agera flexibelt och i enlighet med sina värderingar, utan att falla för impulser som handlar om att eliminera smärtan i stunden (Hayes et al., 2006).

(4) Det observerande jaget syftar till att skapa kontakt med den del av jaget som är och har varit konstant genom livet (Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010). Människan anses vara mer än hennes föränderliga känslor,

tankar och förnimmelser. När individen är i kontakt med det observerande jaget har denne en stabil bas som minskar risken att överväldigas och fastna i det som finns i stunden (Hayes et al., 2006).

(5) Värderingar handlar om vad som är viktigt inom olika områden i livet. Medvetna värderingar skapar en livsriktning och en motivation hos individen, att röra sig i linje med dessa värderingar (Biglan et al., 2008).

(6) Värderad handling syftar till att utveckla en bred beteenderepertoar så att personen kan ta steg i riktning mot valda livsvärden (Hayes et al., 2006).

Genom dessa kärnprocesser antas individen utveckla psykologiska färdigheter som främjar dennes psykiska hälsa (Hayes et al., 1999).

ACT och självkänsla

Vad gäller självkänsla ses denna som en social konstruktion som blir till när vi umgås med andra. Självkänslan är i hög grad uppbyggd av ord, tankar och språkliga konstruktioner och utan vår förmåga till språk skulle vi inte kunna konstruera en självkänsla. Då självkänslan är verbalt och socialt konstruerad är den dynamisk och möjlig att förändra. Enligt ACT kan förändring ske då individen, genom att minska sitt upplevelsebaserade undvikande och öka sin psykologiska flexibilitet, få nya erfarenheter (Ghaderi & Parling, 2009). Rimligt att anta är att en av de viktigare kärnprocesserna inom ACT som kan förändra självkänslan är kognitiv diffusion. Då en ökad distans skapas mellan vad individen tänker om sig själv och vem han/hon är uppluckras den verbala konstruktionen av "jaget" och den självkänsla som är kopplad till denna konstruktion (Ghaderi & Parling, 2009).

Studier av ACT

ACT har visat lovande resultat som behandlingsform för individer med olika psykologiska svårigheter (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Kritik har tidigare riktats mot studiernas bristande stringens vad gäller design och metodologi (Öst, 2008), dock har metodologiska förbättringar skett de senaste åren och år 2010 så listades ACT som en evidensbaserad metod av USAs regering. Evidens finns i dagsläget för att ACT är verksamt vid bland annat depression, kronisk smärta och i förebyggande syfte vid stressrelaterade ohälsa inom arbetslivet. Vid behandling av depression har ACT visat på måttliga till stora effektstorlekar och vad gäller ACT i stressförebyggande syfte har stora effektstorlekar setts (NREPP, 2010).

Intresset för ACT ökar inom hälsofrämjande och preventivt arbete och har bland annat visat sig minska stress, trötthet, ångest och depressiva symtom (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2010; Flaxman & Bond, 2010). Ett samband har setts mellan ökad psykologisk flexibilitet och minskad psykisk ohälsa, bättre emotionellt välmående, högre livskvalitet samt ökad tillfredsställelse i arbetslivet. Då ACT getts i förebyggande och hälsofrämjande syfte har acceptans och psykologisk flexibilitet visat sig vara de medierande processerna (Bohlmeijer et al., 2010; Bond & Bonce, 2003; Flaxman & Bond, 2010). Stödet för acceptans och psykologisk flexibilitet som medierande processer stärker den teoretiska grunden hos ACT (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Flaxman & Bond, 2010). Generellt visar långtidsuppföljningar av ACT lovande resultat där effekten bibehålls över tid. Dessa har dessutom visat

att den psykologiska flexibiliteten inte bara tenderar att bibehållas utan även öka över tid efter avslutad intervention (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

ACT till läkarstudenter

ACT innefattar sammanfattningsvis breda processer för att öka individens psykologiska färdigheter så att de ska kunna leva det liv de värdesätter. Bredden inom ACT är något som gör modellen relevant i förebyggande och hälsofrämjande arbete, en bredd som torde göra den lämplig för läkarstudenternas varierande behov av insatser (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008). Som tidigare nämnts finns flertalet faktorer som bidrar till denna studentgrupps höga psykiska ohälsa, och som placerar den i riskzonen för framtida sjukskrivning. Till dessa faktorer räknas både kontextuella och individuella faktorer samt ofrånkomliga aspekter kopplade till yrkesvalet.

En studie har genomförts i Sverige där ACT har getts inom hälso- och sjukvårdssammanhang. I denna gavs ACT i hälsofrämjande syfte till anställda inom landstinget som led av kroniska nivåer av stress och smärta. Interventionen visade sig i detta sammanhang minska sjukfrånvaro samt användning av medicinsk behandling (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004). Då även läkarstudenter befinner sig inom hälso- och sjukvården stärker dessa resultat antagandet att ACT kan vara lämplig som förebyggande och hälsofrämjande intervention även i denna studentgrupp. Inga studier finns där hälsofrämjande interventioner för läkarstudenter har prövats och inte heller har den inverkan ACT har på graden av prestationsbaserad självkänsla undersökts tidigare.

Syfte, frågeställningar och hypoteser

Syftet med denna studie är att utvärdera vilken effekt ACT som hälsofrämjande intervention har på läkarstudenters psykiska hälsa. Av intresse är även att undersöka hur ACT påverkar graden av prestationsbaserad självkänsla hos läkarstudenter. Den definition av psykisk hälsa som här används bygger på både ACTs (Flaxman & Bond, 2010) och Socialstyrelsens (2008) definitioner av detta begrepp. Med psykisk hälsa menas således närvaro av psykologisk flexibilitet och generell livskvalitet, samt frånvaro av symptom på ångest, depression och stress.

Frågeställningar

1. Vilken effekt har ACT på läkarstudenters psykiska hälsa?
2. Påverkar ACT graden av prestationsbaserad självkänsla hos läkarstudenter?

Hypoteser

1. ACT kommer att öka graden av psykisk hälsa. Indikation på detta kommer att kunna ses i utfallsmåtten:
 1. General Health Questionnaire-12 (Goldberg, 1972).
 2. Quality of Life Inventory (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992).
 3. Perceived Stress Scale-14 (Cohen, Karamarck & Mermelstein, 1983).
 4. Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983).

2. ACT kommer att minska graden av prestationsbaserad självkänsla. Indikation på detta kommer att kunna ses i utfallsmåttet Prestationsbaserad självkänsla (Hallsten, Josephson & Torgén, 2005).

Metod

Studiedeltagare

I samråd med utbildningsansvariga vid Medicinska fakulteten, Umeå universitet fattades beslutet att tillfråga termin fem och termin tio vid läkarprogrammet att delta i studien. Utbildningsansvariga fann dessa studentkullar lämpligast då både termin fem och tio befinner sig i brytpunkter i utbildningen. Termin fem tillhör blocket pre-kliniska terminer, och ligger precis innan de kliniska terminerna i utbildningen börjar. Termin tio befinner sig i slutet av utbildningen och är precis på väg ut i arbetslivet. Båda dessa brytpunkter beskriver de utbildningsansvariga som psykiskt stressande för studenterna. Under dessa två terminer ansågs det även passa i kursplanen att erbjuda denna intervention. Detta urval bedömdes extra lämpligt då tidigare forskning indikerat skillnader i psykisk hälsa hos studenter under utbildningens gång.

Rekrytering

Samtliga studenter vid termin fem och tio på Läkarprogrammet (n=190) erbjöds således att delta i studien genom en muntlig presentation i samband med ordinarie föreläsning samt genom inbjudan via e-post. Under den muntliga presentationen delades informationsblad (se Bilaga 1) om studien ut till de som var intresserade, och detta informationsblad bifogades även i de mail som sändes ut. Studenterna informerades kort om syftet med studien, ACT-kursens innehåll, stresshanteringskursens innehåll, de etiska riktlinjerna samt om datum och tid för kursträffarna. Rekryteringen resulterade i att 52 anmälningar inkom, 31 från termin fem och 21 från termin tio. 49 deltagare fyllde i förskattningsformulären, 29 från termin fem och 20 från termin tio. Därefter randomiserades alla deltagare till två grupper; en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Oberoende *t*-test samt χ^2 -test genomfördes på de erhållna värdena i de demografiska variablerna mellan de två grupperna.

Inklusionskriterier

För att inkluderas i studien krävdes det att studenten (1) var minst 18 år, (2) studerade vid termin fem eller termin tio på läkarprogrammet vid Umeå universitet samt (3) inte hade svår ångest och svår depression (uppmätt med Hospital Anxiety and Depression Scale). Samtliga deltagare kontrollerades enligt inklusionskriterierna och alla visade sig uppfylla dessa. För en demografisk beskrivning av de inkluderade deltagarna se Tabell 1.

Tabell 1.

Demografisk beskrivning av deltagarna. Tabellen visar även om signifikanta skillnader beräknade med oberoende t-test och χ^2 -test fanns mellan grupperna vid förmätningen.

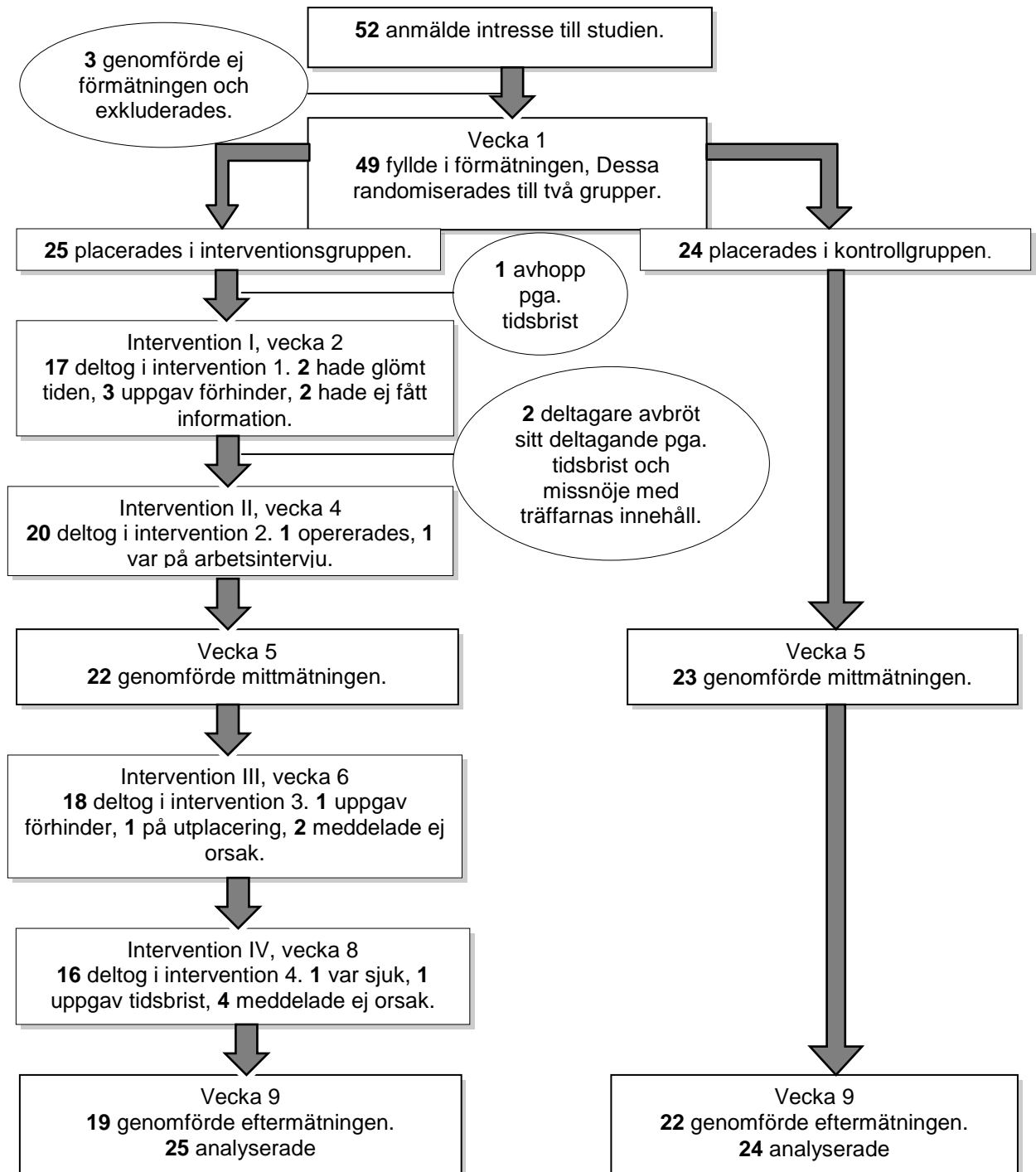
		ACT (n=25)	Kontroll (n=24)	Total (n=49)
Ålder	Medel (Sd)	26,2 (3,2)	24,7 (1,9)	25,5 (2,8)*
	Min-Max	21-34	23-30	21-34
Kön	Kvinna	20 (80%)	16 (67%)	36 (73%)
	Man	5 (20%)	8 (33%)	13 (27%)
Civilstånd	Singel	5 (20%)	7 (29%)	12 (24%)
	Särbo	6 (24%)	9 (38%)	15 (31%)
	Sambo/Gift	13 (52%)	8 (33%)	21 (43%)
	Fränskild	1 (4%)	0 (0%)	1 (2%)
	Änka/Änkeman	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Barn	Ja	3 (12%)	0 (0%)	3 (7%)
	Nej	22 (88%)	24 (100%)	46 (93%)
Termin	Termin 5	12 (48%)	17 (71%)	29 (59%)
	Termin 10	13 (52%)	7 (29%)	20 (41%)
Studietimmar/vecka	Medel (Sd)	38,1 (5,7)	40,5 (9,1)	40,0 (7,5)
	Min-Max	28-50	20-60	20-60
Extrajobb	Ja	6 (24%)	5 (21%)	11 (22%)
	Nej	19 (76%)	19 (79%)	38 (78%)
Erfarenhet av sjukskrivning	Ja	4 (16%)	1 (4%)	5 (10%)
	Nej	21 (84%)	23 (96%)	44 (90%)
Annan pågående behandling ^a	Ja	5 (20%)	6 (25%)	11 (22%)
	Nej	20 (80%)	18 (75%)	38 (78%)

Notering: * $p \leq ,05$

^a Psykoterapeutisk, psykofarmaka eller medicinsk.

Bortfall

Av de studenter som anmälde sitt intresse att delta i studien, fyllde tre av dessa inte i förmättningsformulären och exkluderades därför från studien. Efter att de resterande deltagarna randomiserats till de två grupperna meddelade en deltagare att han/hon på grund av tidsbrist valde att avbryta sitt deltagande i interventionsgruppen. Ytterligare bortfall skedde efter den första interventionen då två deltagare i interventionsgruppen meddelade att de önskade lämna studien. För detaljerad beskrivning av denna process (se flödesschema i Figur 1).



Figur 1. Deltagarflöde, sammanställning av bortfall och exkludering.

Design

Studien var designad som en randomiserad kontrollerad interventionsstudie. Samtliga deltagare randomiserades till två grupper där ena gruppen fick ACT och den andra gruppen tjänade som passiv kontrollgrupp. ACT-interventionen bestod av en gruppkurs *ACT- Att hantera stress och främja hälsa* (Livheim, 2008) som utprovats på flera olika populationer vid FORUM- Forskningscentrum för

psykosocial hälsa vid Karolinska Institutet. Kontrollgruppen fick löfte om en tre timmar lång stresshanteringskurs efter studiens slut, som skulle innefatta mer traditionell KBT-metodik. Effekten av gruppinterventionen på deltagarnas psykiska hälsa samt grad av prestationsbaserad självkänsla mättes med hjälp av utfallsmåtten som beskrivs nedan. En för-, en mitt-, och en eftermätning genomfördes. Mittmätningen genomfördes för att möjliggöra en framtida analys av medierande processer.

Beskrivning av ACT-interventionen

En svensk version av ACT som hälsofrämjande gruppintervention kallad *ACT -Att hantera stress och främja hälsa* (Livheim, 2008) har använts i denna studie. Versionen har i tidigare studier visat sig vara lämplig att ge i hälsofrämjande syfte för olika typer av populationer (Altbo & Nordin, 2007; Biörklund, & Wall, 2009; Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011; Livheim, 2004). Interventionen var manualbaserad och byggde på nyckelkomponenterna i ACT; acceptans, medveten närvaro, det observerande jaget, diffusion, värderingar och värderad handling. Psykoedukation om stress samt om hur språket och vårt tänkande fungerar inbegreps även i kursen. Interventionen innefattade totalt 12 kurstimmar som var fördelade över fyra tillfällen. Första träffen handlade om hur stress påverkar oss och om funktionella verktyg att hantera stress på. Under andra träffen fick deltagarna fundera över vad de värdesätter inom olika områden av livet och hur de kan ta steg i riktning mot dessa. Tredje träffen handlade om självkänsla, diffusion och det observerande jaget. Under den fjärde träffen sammanfattades kursen och deltagarna fick göra övningar som handlade om kommunikation och medkänsla i relationer. Samtliga träffar innehöll övningar i medveten närvaro och acceptans. Träffarna följde alla ett liknande upplägg och inleddes med genomgång av hemuppgifter, utdelning av belöning i form av godis, samt repetition av föregående träff. Därefter introducerades kvällens tema och agenda. Under gruppträffarna varvades psykoedukation med metaforer, upplevelsebaserade övningar och reflektion. Genomförandet av hemuppgifter betonades och för att öka deltagarnas motivation att öva hemma avslutades varje träff med planering av hur deltagarna skulle öva hemma. Vid den sista träffen fick deltagarna i 20 minuter skriftligt utvärdera interventionen.

Gruppledarna

Interventionen leddes av rapportförfattarna som parallellt gick en fyra dagars utbildning inklusive handledning i metoden. Utbildningen hölls av två kliniska psykologer med mångårig erfarenhet av ACT. Under utbildningen fick rapportförfattarna själva genomföra kursen, göra alla övningar själva samt arbeta med de tillhörande hemuppgifterna. I syfte att på ett bra sätt hålla sig nära manualen övade gruppledarna sina nyförvärvade färdigheter innan varje intervention med en pilotgrupp bestående av några psykologstudenter vid Umeå universitet. Genomgående gav pilotgruppen och handledaren vid Karolinska Institutet feedback och förslag på förbättringsområden till gruppledarna.

Manualen

Innehållet i manualen (Livheim, 2008) var strukturerat över fyra träffar. I syfte att bättre passa studiedeltagarnas förkunskaper reviderades avsnittet om fysiologiska stressreaktioner. Den tid som frigjordes kunde läggas på presentation, övningar och reflektioner i stället. Utöver detta gjordes inga ändringar av manualens innehåll.

Mätinstrument

För att mäta effekten av interventionen användes samtliga nedanstående självskattningsformulär samt bakgrundsfrågor före och efter ACT-interventionen. Sammanlagt blev detta 108 frågor. Anledningen till att bakgrundsfrågorna inkluderades både vid för- och eftermätning var att dessa innefattar faktorer som kan förändras med tiden, och som kan påverka den psykiska hälsan. Vid mittmätningen användes endast formulären Acceptance and Actions Questionnaire-II (Hayes et al., 2004), samt Avoidance and Fusion Questionnaire youth-17 (Greco, Murrell & Coyne, 2005) eftersom dessa mäter medierande processer. De beskrivningar som görs av formulärens psykometriska egenskaper härrör från prövningar då de genomförts med papper och penna. I denna studie administreras formulären över internet. Dock har tidigare studier visat att det internetbaserade administrations sättet ger motsvariga svar som vid pappersadministration (Carlbring, 2005). Nedan följer en beskrivning av de självskattningsinstrument som använts.

Perceived Stress Scale-14 (PSS-14)

PSS-14 (Cohen, Karamarck & Mermelstein, 1983) är ett väletablerat mätinstrument. Det består av 14 frågor som tillsammans mäter grad av upplevd stress den senaste månaden. Svaren på frågorna skattas på en femgradig likertsskala (0-4), där ett högre värde indikerar att respondenten vid fler tillfällen den senaste månaden har känt på ett visst sätt. Poängsättning sker enligt samma likertsskala och den totala poängen kan således bli 0-56 poäng. Sju av frågorna har en skala där en hög poängsättning indikerar mindre upplevd stress (item: 4,5,6,7,9,10,13). De resterande sju har en omvänd skala där hög poängsättning indikerar mer upplevd stress (item: 1,2,3,8,11,12,14). En prövning av den svenska versionen av PSS-14 har utförts i en universitetspopulation (n=87). I denna uppvisade PSS-14 goda psykometriska egenskaper. Internkonsistensen var god, Cronbachs alfa ,82. Splithalf-reliabiliteten estimerades till ,83 (Eskin & Parr, 1996).

General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)

GHQ-12 (Goldberg, 1972) är ett självskattningsinstrument med tolv frågor som avser mäta upplevt psykiskt välbefinnande (Banks et al., 1980). Respondenten skattar på en fyrgradig likertsskala (1-4) hur ofta han/hon nyligen har upplevt ett visst symtom, där 1 motsvarar aldrig och 4 alltid. Sex av frågorna handlar om symtom som är närvarande vid psykisk ohälsa (item 2,5,8,9,10 och 11), där en hög poängsättning indikerar psykisk ohälsa. Resterande sex frågor handlar om symtom som indikerar psykisk hälsa (item 1,3,4,6,7 och 12), där en hög skattning indikerar

psykisk hälsa. Vid poängsättning inverteras således likertsskalan för item 1,3,4,6,7 och 12. Poängsättning kan göras både på en fyrgradig likertsskala och på en dikotom skala. Den dikotoma skalan har visat sig lämpligast i studier där psykisk ohälsa önskas detekteras. Denna skala innebär att de första två svarsalternativen ger 0 poäng, och det tredje och fjärde svarsalternativet ger 1 poäng (0-0-1-1). Maximalt kan då totalsumman bli 12 poäng (Goldberg et al., 1997). Instrumentet har uppvisat god validitet, hög intern konsistens (Cronbachs alfa ,90, Hankins, 2008) och god test-retest reliabilitet. GHQ-12 har översatts till ett flertal språk. I en omfattande studie genomförd av Världshälsoorganisationen där 15 länder och över 5000 individer deltagit, framkommer att de psykometriska förlusterna vid översättningar av instrumentet inte är statistiskt signifikanta (Goldberg et al., 1997). I denna studie användes den svenska översättningen av GHQ-12.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS (Zigmond & Snaith, 1983) är ett självskattningsformulär som avser mäta grad av ångest och depression samt symtomförändringar hos personer utanför den psykiatriska vården. Formuläret består av totalt 14 påståenden, med vardera sju påståenden fördelade på de två delskalorna ångest (HADS Å) och depression (HADS D). Respondenten skattar enligt en fyrgradig likertsskala (0-3) hur väl varje påstående stämmer överens med hur han/hon känt sig den senaste veckan. Poängen på vardera delskalan summeras separat och kan ligga mellan 0-21 poäng per delskala (0-42 poäng om skalorna summeras). En hög poäng indikerar att personen lider av högre grad av ångest/depression. Det finns två sätt att tolka poängen. Antigen genom att använda sig av gränsvärden som indikerar olika grad av kliniskt relevant ångest/depression eller genom att jämföra individens poäng mot relevant population. De etablerade gränsvärdena för klinisk relevans per delskala är: 0-7 icke kliniskt relevant, 8-10 mild ångest/depression, 11-14 måttlig ångest/depression samt 15-21 svår ångest/depression (Jörngården, Wettergen & von Essen, 2006). Mätinstrumentet har goda psykometriska egenskaper med internkonsistensen Cronbachs alfa ,84 för ångest, respektive ,82 för depression (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997).

Quality of Life Inventory (QoLI)

QoLI (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992) är ett instrument utformat för bedömning av subjektiv livskvalitet (Frisch et al., 2005). Den empiriskt validerade modell detta mätinstrument baseras på definierar livskvalitet som summan av tillfredställelsen inom 16 viktiga områden i livet: Hälsa, Självrespekt, Mål och värderingar, Ekonomi, Arbete, Fritid, Inläring, Kreativitet, Hjälpa andra, Kärlek, Vänner, Barn, Anhöriga, Hem, Grannskap samt Samhälle. Mätinstrumentet innehåller 32 frågor totalt, där varje delområde innefattar 2 frågor: en där individen på en tregradig skala (0-2) ombeds skatta hur viktigt han/hon tycker det aktuella området är, och en där individen på en sexgradig skala (-3,-2,-1,1,2,3) ombeds skatta hur nöjd han/hon i dagsläget är inom detta område. Poängsättningen inom varje område motsvarar produkten av de två skattningarna. Då de två skattningarna multipliceras låter man de områden som individen bedömer som viktiga för livskvaliteten väga tyngre än de som ej skattas vara betydelsefulla. Den totala poängsumman för alla områden erhålls genom att

summera de 16 produkterna och dividerar summan med antalet områden. Totalsumman kan således ligga (-)6-6 poäng. QoLI uppvisar mycket goda psykometriska egenskaper vad gäller intern konsistens, test-retestreliabilitet och diskriminativ validitet (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992). Mätinstrumentet är välstuderat och har prövats i olika delar av världen (Frisch et al., 2005). Även den svenska versionen av QoLI är väl beprövad och visar en tillfredställande konstruktvaliditet, diskriminativ validitet och en god intern konsistens där Cronbachs alfa beräknades till ,80 (Paunovic & Öst, 2004).

Prestationsbaserad Självkänsla (Pbs)

Pbs (Hallsten, Josephson & Torgén, 2005) är ett självskattningsinstrument som avser mäta i vilken utsträckning individens självkänsla baseras på prestationer. Instrumentet innehåller fyra påståenden där respondenten enligt en femgradig likertsskala (1-5) ombeds skatta i vilken grad påståendet överensstämmer med respondentens verklighet. Högre skattning indikerar högre grad av prestationsbaserad självkänsla. Poängsättning sker efter samma skala vilket ger en totalpoäng mellan 4-20 poäng. Resultatet presenteras i form av respondentens genomsnittliga poäng per item. Det finns två versioner av Pbs-skalan: en kontextfri version och en arbetsrelaterad version. I den arbetsrelaterade versionen efterfrågas i vilken grad självkänslan baseras på prestationer inom arbetet och i den kontextfria versionen efterfrågas i vilken grad självkänslan baseras på prestationer mer generellt. Båda versionerna har prövats i en svensk studie där över 17000 individer deltagit. Båda versionerna visar tillfredsställande psykometriska egenskaper och internkonsistensen för den arbetsrelaterade versionen är god där Cronbachs alfa beräknades till ,84 (Hallsten et al, 2005).

Acceptance and Actions Questionnaire-II (AAQ-II)

AAQ-II (Hayes et al., 2004) är ett självskattningsformulär specifikt utvecklat inom ACT-fältet för att mäta psykologisk flexibilitet. Påståendena berör kognitiv sammanblandning, inre undvikanden av känslor samt oförmåga att agera i närvaro av svåra inre upplevelser (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Den amerikanska versionen med nio påståenden visar i studier goda psykometriska egenskaper med Cronbachs alfa ,84, och test-retest reliabilitet ,79 (Bound et al., accepterad för publikation). Den svenska kortversionen av AAQ-II (Lundgren & Parling, 2009, refererat i Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011) innefattar 6 påståenden och är ej validerad. Påståendena skattas på en sjugradig likertsskala (1-7) och poängsättning sker efter samma skala. Den totala summapoängen kan ligga mellan 0-42 poäng, där låga poäng indikerar hög grad av psykologisk flexibilitet. Internkonsistensen för denna version var i en tidigare svensk studie god med Cronbachs alfa ,87 (Brinkborg et al., accepterad för publikation 2011).

Avoidance and Fusion Questionnaire youth-17 (AFQy-17)

AFQy-17 (Greco, Murrell & Coyne, 2005, refererat i Greco, Lambert & Baer, 2008) är även det ett självskattningsinstrument som utvecklats inom ACT-fältet. Detta mätinstrument utformades genom att vidareutveckla AAQ-II för att bättre passa en yngre population. I en nyligt publicerad studie där både AAQ-II och AFQy-17

använts har man kunnat se signifikanta likheter mellan de två måtten, dock var dessa likheter ej så stora att man kan säga att instrumenten mäter samma konstrukt (Schmalz & Murrell, 2010). AFQy-17 avser mäta grad av kognitiv sammanblandning och upplevelsebaserat undvikande. Formuläret består av 17 påståenden där respondenten enligt en femgradig likertsskala (0-4) skattar hur väl varje påstående överensstämmer med honom/henne. Poängsättning sker efter samma likertsskala och totalpoängen kan ligga mellan 0-68 poäng. Låg poäng indikerar högre psykologisk flexibilitet (Greco, Lambert & Baer, 2008). När instrumentet prövats på barn och ungdomar uppvisade det goda psykometriska egenskaper där Cronbachs alfa estimerades till ,90 (Greco et al., 2008). AFQy-17 har även prövats på vuxna collegestudenter och uppvisade då goda psykometriska egenskaper med Cronbachs alfa ,92 (Schmalz & Murrell, 2010). Den amerikanska versionen är översatt till svenska. Versionen är icke validerad men under prövning och uppges ha lovande psykometriska egenskaper (Parling, 2009, refererat i Börklund & Wall, 2009).

Bakgrundsinformation

Bakgrundsfrågorna innefattar demografiska faktorer och är konstruerade av rapportförfattarna. De består av nio frågor rörande variablerna ålder, kön, termin, civilstånd, antal barn, antal studietimmar per vecka, extrajobb utöver studierna, huruvida de varit sjukskrivna och i så fall när och för vad, samt om de för närvarande genomgår i psykoterapeutisk, psykofarmakologisk, eller medicinsk behandling.

Procedur

Då idén till studien väckts presenterades denna för studenthälsan vid Umeå universitet. Studenthälsan erbjöd sitt stöd i projektet samt förmedlade kontakten med Medicinska fakulteten. Vid rekryteringen informerades samtliga studenter om Studenthälsans verksamhet och möjligheten att vid behov söka sig dit. Innan studiens uppstart ansöktes om tillstånd att genomföra projektet hos den regionala etikprövningsnämnden. Ansökan beviljades och rekryteringsprocessen (som presenterats ovan) startades. Studenterna ombads att anmäla sitt intresse inom en vecka efter inbjudan. Då anmälningstiden utlöp så konstruerades slumpmässiga studiekoder med unika kumulativa siffror i kombination med en konsonant, en vokal, en dubbelkonsonant och avslutningsvis en vokal. De anmälda studenterna randomiserades därefter till två grupper. Detta steg genomfördes med hjälp av ett randomiseringsverktyg på www.random.org och gjordes av en för projektet oberoende person. För att samla in för-, mitt-, och eftermätningsdata förbereddes tre projekt i det internetbaserade enkätverktyget Qform. All trafik mellan deltagare och internetservern i Qform var krypterade med SSL-certifikat. I detta skede av studien gjordes endast förmättningsprojektet tillgängligt för studiedeltagarna.

Samtliga personer som randomiserats tilldelades en personlig studiekod via e-post, skickat från ett för studien specifikt e-postkonto. I meddelandet bifogades en blankett för informerat samtycke. Samtliga ombads att skriftligt underteckna detta

samt att via ordinarie postgång sända det till avsedd adress vid Psykologiska institutionen. Samtyckesblanketterna förvarades därefter inlåsta i ett kassaskåp på Psykologiska institutionen. Deltagarna ombads även att logga in med sin personliga studiekod på Qform för att inom sju dygn fylla i formulären. Då förmättningsprojektet stängdes efter sju dygn hade 49 av 52 deltagare genomfört förmätningen. Efter detta genomfördes oberoende *t*-test och χ^2 -test på deltagarnas resultat i de demografiska variablerna för att säkerställa att randomiseringen inte resulterat i några skillnader mellan grupperna. Därefter skickades e-post till deltagarna där de informerades om gruppstillhörighet, datum, lokal och tid för respektive kurs. De meddelades även att de innan varje träff skulle meddela gruppledarna via e-post eller sms om de inte kunde närvara.

Efter detta påbörjade rapportförfattarna gruppledarutbildningen i *ACT- Att hantera stress och främja hälsa*. Utbildningen varade i 8 veckor. Efter detta prövades interventionen på pilotgruppen. Denna träffades fyra fredagar jämna veckor vid Umeå universitet. Därefter höll rapportförfattarna respektive träff med studiens interventionsgrupp. Samtliga fyra träffar med läkarstudenterna ägde rum i en föreläsningssal på Norrlands universitetssjukhus, måndagskvällar ojämna veckor. Vid träffarna användes en bärbar dator, en projektor och den vita tavlan. Åhörarkopior av presentationen delades ut till alla deltagare vid varje träff och då det var aktuellt även annat arbetsmaterial i form av arbetsblad och formulär. De studenter som inte närvarade vid träffarna fick e-post dagen efter med presentationen bifogad, samt en påminnelse om när nästa kurstillfälle skulle äga rum.

Efter andra träffen förbereddes mittmättningsprojektet. En vecka efter andra träffen öppnades detta projekt på Qform och e-post skickades ut till samtliga deltagare i interventionsgruppen och i kontrollgruppen. Deltagarna fick en vecka på sig att göra detta och sluttid sattes till dagen för interventionsgruppens tredje träff. En påminnelse via mail skickades ut sista möjliga dagen för att fylla i mittmätningen till de deltagare som ej loggat in och gjort detta. En halvtimme innan träff tre stängdes mittmättningsprojektet på Qform. Syftet med att öppna detta projekt först en vecka efter den andra träffen var att deltagarna skulle få tid på sig att öva själva hemma innan mittmätningen. Dock ansågs det nödvändigt att hålla projektet öppet i en hel vecka för att alla studiedeltagarna skulle ha möjlighet att logga in och svara på frågorna.

Efter fjärde och sista interventionen förbereddes eftermättningsprojektet. I slutet av detta lades även två kompletterande frågor in; "*Har det hänt något särskilt i ditt liv som du tror har påverkat ditt mående sedan studien startade?*" och "*Vill du lägga till något?*". Syftet med dessa kompletteringar var att försöka fånga upp eventuella bakomliggande faktorer som kunde ha påverkat studiens resultat. Tre dagar efter träff fyra öppnades eftermätningen och e-post skickades ut till samtliga deltagare där de ombads att logga in ytterligare en gång på Qform för att genomföra eftermätningen. Anledningen till att endast tre dagar löpte mellan den sista träffen och att eftermätningen startade var tidsbrist. Behovet av att snabbt få in den sista informationen för att hinna sammanställa rapporten var överhängande.

Deltagarna fick först sju dagar på sig att göra eftermätningen, men då denna tid utlöppt hade hälften av dem ännu inte gjort den. Detta var precis under påskhelgen och troligtvis hade flera av studenterna varit bortresta. Påminnelser skickades ut till dessa deltagare och nytt slutdatum för eftermätningen sattes till fyra dagar senare. När dessa dagar passerat återstod det fortfarande flera deltagare som inte loggat in. Då skickades ytterligare påminnelser till dessa, denna gång via sms. Ett dygn senare stängdes eftermätningsprojektet och efter detta påbörjades databehandlingen. Statistiska analyser gjordes och rapportskrivandet tog vid.

Statistisk analys

Data bearbetades med hjälp av statistikprogrammet SPSS 18 och den statistiska analysmetod som användes var mixed effect model. Vid analys av upprepade mättillfällen har denna analysmetod fördelar i jämförelse med den mer traditionellt använda ANOVA. Mixed effect model använder all insamlad data för samtliga deltagare som randomiserats till studien och är inte känslig för sporadiska bortfall (Gueorguieva & Krystal, 2004). I syfte att kontrollera för initiala medelvärdeskillnader mellan de två grupperna gällande de demografiska variablerna genomfördes oberoende t -test samt χ^2 -test. Vid eftermätning gjordes ytterligare oberoende t -test på resultaten i samtliga mätinstrument samt för de demografiska variablerna studietimmar per vecka och extraarbete per vecka.

Vid mixed effect model-analysen inkluderades alla som från början hade intentionen att genomföra interventionen, oavsett hur många kurstillfällen de senare deltog vid. Den statistiska princip som lämpar sig för detta är intention to treat. Då inte bara deltagare som fullföljt interventionen inkluderas i analysen erhålls en mer representativ bild av gruppens nytta av interventionen. Detta medför ökad generaliserbarhet av resultaten (Hollis & Campbell, 1999).

För att kunna se om resultatet skiljde sig mellan analys av de deltagare som fullföljt studien ($n=40$) och de deltagare som vid studiestart hade intentionen att fullfölja studien ($n=49$) genomfördes även en ANOVA-analys. Mixed effect model redovisar standarderror (SE) som ett mått på spridning. För att utifrån detta mått beräkna standardavvikelsen används formeln $Sd = SE \times \sqrt{n}$. Detta tillvägagångssätt medför generellt en oproportionerligt stor standardavvikelse. Av denna anledning fattades beslutet att vid beräkning av effektstorlekar (Cohens d) istället använda de observerande standardavvikelserna. Beräkning av effektstorlekar mellan grupperna gjordes med hjälp av formeln: Cohens $d = (M_1 - M_2) / ((Sd_1 + Sd_2)/2)$, där M_1 =interventionsgruppens medelvärde vid eftermätning, M_2 =kontrollgruppens medelvärde vid eftermätning, Sd_1 =interventionsgruppens standardavvikelse vid eftermätning samt Sd_2 =kontrollgruppens standardavvikelse vid eftermätning.

Beräkning av effektstorlekar inom respektive grupp gjordes med hjälp av samma formel, där M_1 =gruppens medelvärde vid förmätning, M_2 =gruppens medelvärde vid eftermätning, Sd_1 =gruppens standardavvikelse vid förmätning samt Sd_2 =gruppens standardavvikelse vid eftermätning. Effektstorlekar beräknades för samtliga mätinstrument.

Resultat

De erhållna värdena från för- och eftermätningarna på mätinstrumenten PSS-14, GHQ-12, HADS Å, HADS D, QoLI, Pbs, AAQ-II och AFQy-17 redovisas i Tabell 3 med estimerade medelvärden, observerade standardavvikelser samt med F -värden för tid-, grupp- och interaktionseffekter. Effektstorlekarna redovisas i Cohens d , där $d \geq 0,20$ tolkas som en liten effektstorlek, $d \geq 0,50$ som måttlig och $d \geq 0,80$ tolkas som en stor effektstorlek (Cohen, 1988). Vid förmätningen genomfördes jämförelser med oberoende t -test och χ^2 -test. Jämförelserna visade inte på några signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller resultaten på mätinstrumenten, där alla $t(47) < 1,87$ och där alla $p > ,07$. Vad gäller de demografiska variablerna kunde endast en signifikant skillnad ses. Denna i variabeln ålder, där $t(47) = 2,07$, $p = ,04$. Jämförelserna mellan grupperna vid eftermätningen visade inte heller på några signifikanta skillnader vad gäller resultaten på mätinstrumenten eller de demografiska variablerna, där $t(38) < -1,43$ och där alla $p > ,16$.

Interventionsutfall

Analysen med mixed effect model visade inte på några signifikanta interaktionseffekter, dock återfanns signifikanta tidseffekter i positiv riktning för mätinstrumenten PSS-14, GHQ-12, HADS Å, HADS D, Pbs, samt en signifikant tidseffekt i negativ riktning för AAQ-II (se Tabell 3).

Effektstorlekar

Den genomsnittliga effektstorleken mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp vid eftermätningen beräknades till $d = 0,07$, vilket inte kan betraktas som en effekt. Beräknat för varje mätinstrument separat blev effektstorleken för PSS-14, ($d = -0,12$), för GHQ-12, ($d = 0,49$), för HADS Å, ($d = 0,03$), för HADS D, ($d = 0,30$), för QoLI, ($d = -0,17$), för Pbs, ($d = -0,20$), för AAQ-II, ($d = -0,13$) samt för AFQy-17, ($d = 0,39$). Den genomsnittliga effektstorleken inom interventionsgruppen, före jämfört med efter interventionstiden, beräknades till $d = 0,38$, vilket kan betraktas som en liten effektstorlek. Beräknat för varje mätinstrument separat blev effektstorleken för PSS-14, ($d = 0,52$), för GHQ-12, ($d = 0,55$), för HADS Å, ($d = 0,50$), HADS D, ($d = 0,71$), för QoLI, ($d = 0,04$), för Pbs, ($d = 0,55$), för AAQ-II, ($d = -0,15$), samt för AFQy-17, ($d = 0,31$). Den genomsnittliga effektstorleken inom kontrollgruppen, före jämfört med efter interventionstiden, beräknades till $d = 0,13$, vilket inte kan betraktas som en effekt. Beräknat för varje mätinstrument separat blev effektstorleken för PSS-14, ($d = 0,29$), för GHQ-12, ($d = 0,24$), för HADS Å, ($d = 0,37$), för HADS D, ($d = 0,16$), för QoLI, ($d = 0,11$), för Pbs, ($d = 0,08$), för AAQ-II, ($d = -0,28$), samt för AFQy-17, ($d = 0,09$).

Tabell 3.

Estimerade medelvärden (M) och observerade standardavvikelser (Sd) för båda grupperna på samtliga mätinstrument och mättillfällen. Tabellen visar även huvudeffekter och interaktionseffekter från mixed effect model där T = tidseffekt, G = effekt av grupp och I = interaktionseffekt.

Mått	ACT (n=25)		Kontroll (n=24)		Mixed effect model (F)	
	M	Sd	M	Sd		
Percieved Stress Scale-14						
	Pre	27,40	(6,70)	24,33	(7,33)	T: 7,87**
	Post	23,88	(6,77)	21,98	(8,80)	G: 1,67 I: 0,31
General Health Questionnaire-12						
	Pre	2,32	(2,23)	3,13	(2,87)	T: 7,44*
	Post	1,14	(2,05)	2,42	(3,18)	G: 2,06 I: 0,46
Hospital Anxiety and Depression Scale (Ångest)						
	Pre	8,52	(4,30)	8,58	(5,34)	T: 12,88***
	Post	6,68	(3,00)	6,80	(4,34)	G: 0,01 I: 0,00
Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression)						
	Pre	4,40	(2,30)	4,33	(3,48)	T: 7,32**
	Post	2,93	(1,84)	3,75	(3,80)	G: 0,21 I: 1,37
Quality of Life Inventory						
	Pre	2,51	(1,20)	2,61	(1,14)	T: 0,46
	Post	2,55	(1,05)	2,74	(1,19)	G: 0,22 I: 0,14
Prestationsbaserad självkänsla						
	Pre	3,30	(0,90)	2,75	(1,04)	T: 5,92*
	Post	2,85	(0,73)	2,66	(1,16)	G: 1,77 I: 2,73
Acceptance and Actions Questionnaire-II						
	Pre	27,08	(4,78)	25,38	(5,69)	T: 6,55*
	Post	27,79	(4,74)	27,06	(6,18)	G: 0,66 I: 1,09
Avoidance and Fusion Questionnaire youth-17						
	Pre	22,92	(9,66)	25,50	(11,93)	T: 2,53
	Post	20,03	(9,01)	24,40	(13,57)	G: 1,25 I: 0,51

Notering: *p ≤ ,05; **p ≤ ,01; ***p ≤ ,001.

Utvärdering och komplettering

De kompletterande frågorna visade att det för majoriteten av studiedeltagarna inte hänt något under studietiden som de själva trodde hade påverkat deras mående. Några av deltagarna uppgav dock att svårigheter i nära relationer, ökad studiebelastning och fysiska problem försämrade deras mående under våren. Flera av deltagarna uppgav att deras mående under våren förbättrats till följd av att det blivit ljusare, att det varit en mindre krävande termin, samt till följd av positiva relationella händelser. Några uppgav även en kurs de haft under terminen i medicinsk psykologi där psykologsamtal ingått, gjort att de mått bättre. Två av deltagarna påbörjade under studietiden psykoterapeutisk behandling och en deltagare påbörjade behandling med psykofarmaka.

Vad gäller den skriftliga utvärderingen av *ACT-Att hantera stress och främja hälsa* ansåg majoriteten av deltagarna att kursen som helhet varit bra, att de haft nytta av den, samt att gruppledarna och innehållet i interventionerna var mycket bra (se Tabell 4).

Tabell 4.

Sammanfattning av interventionsdeltagarnas skriftliga utvärdering av ACT- Att hantera stress och främja hälsa, redovisade i frekvens för olika svarsalternativ och medelvärden. 16 deltagare genomförde utvärderingen.

Frågor	Svarsalternativ	Antal (Andel)	
Vilken siffra 1-5 ger du denna kurs som helhet?	1 = mycket dålig	0 (0%)	
	2 = dålig	0 (0%)	
	3 = både bra och dålig	1 (6%)	
	4 = bra	12 (75%)	
	5 = mycket bra	3 (19%)	
	Medelvärde = 4,13		
Hur stor nytta tycker du att du haft av det du har lärt dig här?	1 = mycket liten	0 (0%)	
	2 = liten	1 (6%)	
	3 = medelstor	7 (44%)	
	4 = stor	5 (31%)	
	5 = mycket stor	3 (19%)	
	Medelvärde = 3,63		
Vilket betyg ger du gruppledarna?	1 = mycket dåliga	0 (0%)	
	2 = dåliga	0 (0%)	
	3 = medelmåttiga	0 (0%)	
	4 = bra	2 (13%)	
	5 = mycket bra	14 (87%)	
	Medelvärde = 4,88		
Var innehållet under träffarna var bra?	1 = inte alls	0 (0%)	
	2 = lite grand	0 (0%)	
	3 = ganska bra	5 (31%)	
	4 = mycket bra	11 (69%)	
	Medelvärde = 3,67		

Diskussion

Syftet med denna studie var att utvärdera vilken effekt ACT som hälsofrämjande intervention har på läkarstudenters psykiska hälsa, samt hur ACT påverkar graden av prestationsbaserad självkänsla hos läkarstudenter. ACT-interventionen gav inga signifikanta interaktionseffekter i något av mätinstrumenten avsedda att mäta psykisk hälsa. Vidare kunde inte heller signifikanta interaktionseffekter påvisas i mätinstrumentet Prestationsbaserad självkänsla. Dock återfanns signifikanta tidseffekter i positiv riktning för mätinstrumenten PSS-14, GHQ-12, HADS Å, HADS D, Pbs. En signifikant tidseffekt i negativ riktning återfanns för AAQ-II. Inom interventionsgruppen var den genomsnittliga effekten av interventionen liten och inom kontrollgruppen samt mellan grupperna kunde ingen effekt ses.

Resultatdiskussion

I denna studie kunde inte någon effekt identifieras och inte heller några signifikanta interaktionseffekter. I en tidigare studie då *ACT- Att hantera stress och främja hälsa* har använts i hälsofrämjande syfte har måttliga effektstorlekar erhållits samtidigt som signifikanta interaktionseffekter kunnat påvisas (Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011). Den metodologiskt mest centrala skillnaden mellan den tidigare studien och förevarande är att den förstnämnda hade fler än 100 studiedeltagare. Eftersom grad av statistisk signifikans är beroende av stickprovs-storlek (statistical power), (Clark-Carter, 1997) är denna skillnad relevant. Vid hälsofrämjande insatser i en icke-klinisk population krävs ofta högre deltagarantal för att nå power, och på så vis kunna påvisa någon statistiskt signifikant interaktionseffekt (Martin, Sanderson, Cocker & Hons, 2009). Intressant att undersöka i fortsatt forskning vore om utfallet skulle blir annorlunda om fler läkarstudenter gavs interventionen.

De positiva tidseffekter som i båda grupperna identifierats för flertalet mätinstrument är värt att uppmärksamma. En möjlig förklaring till dessa är att studien ägde rum tidsperioden februari till april, en period då ljuset och värmen återvänder till norra Sverige. Tidigare forskning har visat att förändringar i temperatur och mängd solljus till följd av årstidsväxlingar påverkar människors sinnesstämning (Pääkkönen et al., 2008). Vårens ankomst kan således ha bidragit till en förbättring i läkarstudenternas psykiska hälsa. Antagandet stärks av de kompletterande frågorna där flera av studenterna uppger våren som en bidragande faktor till deras förbättrade mående. Att eftermätningen ägde rum då studenterna hade en veckas påskledighet kan även det ha bidragit till förbättringen av tiden. Ytterligare en förklaring av tidseffekterna kan vara den effekt som kan komma bara av att börja fundera på sin hälsa. Båda grupperna har under våren ombetts att vid tre tillfällen sätta sig ner för att reflektera över hur de mår psykiskt. Detta kan relateras till den klassiska "Hawthorn-effekten" som syftar på att då individer får uppmärksamheten vända mot sig så påverkas deras prestation (Hindle, 2008). Denna teori applicerad på deltagarna i föreliggande studie kan ha

föranlett en spontanförbättring i båda grupperna endast på grund av att deras psykiska hälsa uppmärksammats. Vidare uppger några deltagare (n=2) vid de kompletterande frågorna att de under studietiden påbörjat medicinering med antidepressiva läkemedel eller psykoterapeutisk behandling, ytterligare faktorer som kan ligga bakom tidseffekterna.

I AAQ-II, ett av de två utfallsmått som i denna studie avser mäta psykologisk flexibilitet, sågs en negativ signifikant tidseffekt. Detta är anmärkningsvärt då ACT bygger på det teoretiska antagandet att psykologisk flexibilitet är nära kopplat till psykisk hälsa (Bohlmeijer et al., 2010). I denna studie sågs studenternas psykiska hälsa förbättras något med tiden och detta resultat strider mot indikationen på minskad psykologisk flexibilitet. Sambandet mellan psykologisk flexibilitet och psykisk hälsa har påvisats i flertalet studier de senaste åren (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Bohlmeijer et al., 2010; Bond & Bounce, 2003; Flaxman & Bond, 2010), vilket leder oss att tro att denna motstridighet snarare handlar om begränsningar i mätinstrumentets psykometriska egenskaper.

Av värde att undersöka är huruvida initiala skillnader mellan interventions-, och kontrollgrupp fanns, och om dessa kan ha påverkat utfallet. I de demografiska variablerna återfanns vid förmätningen endast en signifikant skillnad vad gällde ålder mellan de två grupperna. Åldersskillnaderna var små; studenterna i termin tio var i genomsnitt ett och ett halvt år äldre än studenterna i termin fem. Detta är förväntat då termin tio har studerat längre tid vid universitetet än de i termin fem. Då de övriga demografiska variablerna inte varierade mellan grupperna kan denna skillnad antas vara utan betydelse för interventionsutfallet. I samtliga utfallsmått identifierades inga signifikanta skillnader vid förmätningen. Något som tyder på att betydelsefulla skillnader mellan grupperna ändå fanns är de erhållna effektstorlekarna. Trots att en liten effekt identifierades inom interventionsgruppen och ingen inom kontrollgruppen, kunde inte någon effekt ses mellan de två grupperna. Om grupperna initialt varit lika hade mellangruppseffekten bättre överensstämmt med interventionsgruppens inomgruppseffekt. Detta tyder på att initiala skillnader mellan grupperna fanns, om än inte signifikant så kan de ha varit tillräckligt stora för att ha påverkat interventionsutfallet.

Vad gäller studiens andra frågeställning; Påverkar ACT graden av prestationsbaserad självkänsla, var hypotesen att ACT kommer minska graden av denna. Inga signifikanta interaktionseffekter kunde ses, inte heller visade interventionen någon mellangruppseffekt. Trots detta tyder den måttliga effektstorleken inom interventionsgruppen på att ACT-interventionen kan ha en reducerande effekt på graden av prestationsbaserad självkänsla. Begränsningar i denna studies metod, exempelvis vad gäller eventuellt initiala skillnader mellan grupperna, bidrar till att inga slutsatser om sambandet mellan ACT-interventionen och grad av prestationsbaserad självkänsla kan dras. Fortsatta studier skulle kunna ge en ökad förståelse ACTs inverkan på denna variabel.

Då tidigare studier (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007) visat skillnader mellan studenter vid olika terminer på läkarprogrammet vad gäller psykisk hälsa och prestationsbaserad självkänsla, upplevdes det av intresse att undersöka om sådana skillnader fanns, och om de kan ha påverkat interventionsutfallet. I detta syfte genomfördes oberoende *t*-test över terminerna för samtliga utfallsmått vid förmätningen. Dessa tester visade signifikant högre nivåer av ångest och depression, samt en trendskillnad i lägre generell hälsa hos termin fem jämfört med termin tio. De skillnader i psykisk hälsa som sågs mellan termin fem och tio kan antas ingå i ett större mönster av hur den psykiska ohälsan varierar under olika delar av läkarutbildningen (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007; Jönsson & Öjehagen, 2006).

Eftersom dessa skillnader återfanns genomfördes ytterligare analyser av de två terminerna separat i syfte att få en djupare förståelse för interventionsutfallet. I denna sekundära analys av termin fem återfanns det signifikanta tidseffekter i flertalet utfallsmått. Detta kunde inte ses hos termin tio. I termin tio sågs endast en signifikant tidseffekt och denna i negativ riktning i utfallsmåttet AAQ-II. En möjlig förklaring till att det framförallt var studiedeltagarna ur termin fem som förbättrades med tiden är att termin fem av många läkarstudenter upplevdes som en lugnare termin med mindre studiebelastning och mindre stress. Vid förmätningen hade termin fem nyligen genomfört en terminstenta. Det är rimligt att tentan och osäkerheten kring tentaresultat har ökat studenternas stressnivåer och att stressnivåerna sedan sjunkit under terminens gång. Ytterligare en förklaring till de positiva tidseffekterna i termin fem kan vara att det under denna termin ingick en kurs i medicinsk psykologi där studenterna skrev dagboksliknande brev till en psykolog som de sedan hade en timmes samtal med. Studenter i termin fem uppgav i de kompletterande utvärderingsfrågorna att denna kurs haft en positiv inverkan på deras mående. Termin tio är däremot en intensiv termin som saknar psykologiska inslag. Detta, i kombination med att tidigare studier påvisat ökad stress inför kommande arbetsliv under slutet av utbildningen (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007; Jönsson & Öjehagen, 2006), kan vara förklaringar till att termin tio inte uppvisade några positiva signifikanta tidseffekter. Dock bör detta resonemang föras med försiktighet, då grupperna i denna sekundära analys var små.

Vidare kan resultatet för termin tio i utfallsmåttet AAQ-II anses vara intressant. Samtidigt som en negativ tidseffekt i detta utfallsmått kunde ses hos termin tio, sågs en positiv trend i interaktionseffekt i samma mått. Utifrån antagandet att AAQ-II verkligen mäter det måttet är avsett att mäta kan detta resultat förstås; Den psykologiska flexibiliteten hos de från termin tio som fått ACT inte minskat lika mycket som hos de från termin tio i kontrollgruppen. Med andra ord skulle resultaten i AAQ-II kunna tyda på att ACT-interventionen haft en skyddande inverkan för studenterna i termin tio. Något som talar för att resultatet i motsats till detta, handlar om utfallsmåttets psykometriska egenskaper är att det även i sekundäranalysen identifierades motstridiga resultat i detta mått. Parallellt med en minskad tidseffekt i AAQ-II var den psykiska hälsan hos deltagarna opåverkad.

Likaså i utfallsmåttet Prestationsbaserad självkänsla kan intressanta resultat ses i sekundäranalysen. För termin fem sågs en tydlig trend i interaktionseffekt där de i interventionsgruppen fått en lägre grad av prestationsbaserad självkänsla än de i kontrollgruppen. Vad gäller termin tio kunde ingen interaktionseffekt ses. En möjlig förklaring till detta kan finnas i de teoretiska utgångspunkterna inom ACT. Prestationsbaserad självkänsla är kopplat till sammanblandning med negativa tankar om sig själv. Att öva på att bli mindre sammanblandad med sina tankar är extra krävande i de situationer som gör tankarna intensiva och påträngande (Hayes & Smith, 2007). Det skulle kunna vara så att den arbetsbelastning som termin tio erfar aktiverar negativa prestationstankar i högre utsträckning än hos deltagare ur termin fem som har det relativt lugnt i skolan. För interventionsdeltagare från termin tio kan det då bli extra svårt att tillgodogöra sig övningar som syftar till att skapa kognitiv diffusion. Grad av påfrestningar i miljön kan således påverka möjligheten till kognitiv diffusion, något som skulle kunna förklara skillnaderna mellan terminerna i utfallsmåttet Prestationsbaserad självkänsla.

Metodologiska aspekter

ACT- Att hantera stress och främja hälsa har i detta format tidigare prövats på andra populationer i hälsofrämjande syfte. Förutom skillnader i deltagargrupper och deltagarantal har dessa studier även haft olika design, vilket troligtvis har bidragit till skillnader i resultat. Den studie där socialsekreterare getts interventionen visade att de med initialt högre stressnivå i större utsträckning än den med lägre nivåer av stress gagnades av ACT (Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011). Då tidigare forskning genomgående har identifierat höga nivåer av stress bland svenska läkarstudenter (Dahlin, 2007), antogs detta vara fallet även i förevarande studentgrupp. Därför inkluderades samtliga anmälda utan hänsyn individuella skillnader i grad av stress. I efterhand kan vi med hjälp av oberoende *t*-test av förmätningen se att stressnivåerna hos deltagarna i denna studie inte skilde sig signifikant från normgruppen svenska universitetsstudenter (Eskin & Parr, 1996), mätt med utfallsmåttet PSS-14. Dock kan beslutet att inte ta hänsyn till initiala skillnader i stress motiverades av syftet med studien. Eftersom läkarstudenter som grupp befinner sig i riskzonen för stressrelaterade problem (Dahlin, Fjell & Runesson, 2010; Dahlin, Joneborg & Runeson, 2007; Jönsson & Öjehagen, 2006; Løvseth et al., 2010; Stewart et al., 1997), var syftet att finna en intervention som var till gagn för alla läkarstudenter, inte bara de med för tillfället höga stressnivåer.

Ytterligare något som är problematiskt vid jämförelser mellan olika studier där denna typ av ACT-intervention getts, är att ingen garanti finns för att gruppledarna följt manualen ordentligt. I denna studie eftersträvades en god manualföljsamhet hos gruppledarna genom att öva följsamheten med en pilotgrupp. För att underlätta möjligheten till jämförelser mellan studier skulle en kontroll av manualföljsamheten kunna göras. Om de olika momenten i manualen definieras och kodas så skulle oberoende observatörer ha möjlighet att kontrollera följsamheten.

I denna ACT-gruppintervention betonades vikten av att deltagarna övade hemma mellan träffarna för att interventionen skulle kunna ge önskvärd effekt. Deltagarna antogs motiveras till detta genom belöningar (Livheim, 2008). Inom ACT är nya erfarenheter viktigt för att förändring av individens psykiska hälsa ska kunna ske. Och för att kunna erfa nytt krävs övning av nya färdigheter (Ghaderi & Parling, 2009). I *ACT-Att hantera stress och främja hälsa* finns ingen bestämd gräns för hur mycket en deltagare ska öva hemma mellan gångerna. Ett rimligt antagande kan utifrån teorin vara att hur mycket deltagarna övade hemma påverkade utfallet av interventionen. Eventuellt skulle ett minimivärde för hur mycket deltagaren ska öva hemma för att ha tillgodogjort sig interventionen behöva sättas. Även en gräns för antalet träffar deltagaren ska ha deltagit i kan vara önskvärt. I *ACT- Att hantera stress och främja hälsa* saknas i dagsläget en tydlig definition av hur stor del av interventionen deltagaren ska ha genomfört för att kunna säga att denne har genomgått interventionen.

Ytterligare metodologiska aspekter som kan ha påverkat interventionsutfallet är att eftermätningen skedde nära inpå den sista träffen. Möjligen hade en längre tidsperiod där emellan gett deltagarna större möjlighet att införliva färdigheterna i sin vardag, något som skulle ha kunnat påverka värdena i eftermätningen. Vidare genomfördes inte någon initial kontroll av huruvida betydelsefulla skillnader i utfallsmåtten fanns mellan grupperna efter randomiseringen. En efterhandskontroll av detta med oberoende *t*-test samt χ^2 -test visade inte på några signifikanta skillnader, dock sågs tendensen att ACT-interventionsgruppen genomgående hade lägre psykisk hälsa och högre grad av prestationsbaserad självkänsla. Då deltagarantalet är litet så kan randomisering medföra en ojämn fördelning av de initiala värdena i olika utfallsmått. Då farhåga finns att sådana skillnader skulle kunna påverka interventionsutfallet bör andra randomiseringsmetoder användas. En sådan är minimerande allokering (eng. översättning) som vid fördelning balanserar för skillnader i viktiga utfallsmått (Hundley et al., 2010). Om denna randomiseringsmetod använts i denna studie hade eventuellt utfallet av interventionen sett annorlunda ut.

Vidare kan det faktum att interventionen ägde rum under kvällstid i studiemiljö ha påverkat interventionsutfallet. Deltagarna kan ha varit trötta och ofokuserade och deras engagemang kan ha sjunkit på grund av tidpunkten. I utbildningskontexten kan det finnas betydelsefulla stressorer och en ACT-träff i en ordinarie föreläsningssal kan för deltagarna ha påmint om en prestationsfylld undervisning. Å andra sidan bygger ACT på funktionell kontextualism där sammanhanget ses som avgörande för beteendet (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Utifrån denna filosofiska utgångspunkt kan det vara värdefullt att arbeta med att förändra förhållningssätt just i den aktuellt stressande kontexten, vilket talar för att det ändå är värdefullt att genomföra interventionen i just studiemiljö.

Inom ACT är fokus inte primärt att reducera symtom utan att hantera symtom på ett mer funktionellt sätt och förändra sitt förhållningssätt till symtomen (Flaxman & Bond, 2010; Hayes et al., 2006). Inom denna studie användes flera mått som

mäter grad av symtom (PSS-14, HADS Å och HADS D). Det är möjligt att dessa mått inte var sensibla nog för att fånga upp det som ACT primärt syftar till. Huruvida andra mått skulle vara lämpligare för detta är värt att fundera över inför kommande studier. Vad gäller mätinstrumenten var två av dessa, AAQ-II och AFQy-17, icke validerade. Dessa mått är avsedda att mäta olika aspekter av psykologisk flexibilitet (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Greco, Lambert & Baer, 2008). Även om de ej mäter samma konstrukt (Schmalz & Murrell, 2010), torde utfallen i de två instrumenten peka åt samma håll. Så var inte fallet i denna studie där AAQ-II och AFQy-17 pekade i olika riktningar; den psykologiska flexibiliteten mätt med AAQ-II hade sjunkit i båda grupperna efter interventionen, och den psykologiska flexibiliteten mätt med AFQy-17 hade i båda grupperna ökat något. Utfallen i dessa mått väcker funderingar kring deras psykometriska egenskaper. Vad gäller AFQy-17 pekade utfallet i en riktning som överensstämmer med det teoretiska antagandet att ökad psykologisk flexibilitet korrelerar med ökad psykisk hälsa (Bohlmeijer et al., 2010). Utfallet i AAQ-II stred, som tidigare påpekats, mot detta teoretiska antagande, vilket är något som ger anledning att ifrågasätta de psykometriska egenskaperna för AAQ-II och inte AFQy-17. En vidare prövning av AAQ-II eftersökts och eftersom inget av de svenska versionerna av de två måtten är validerade är även validering av de båda önskvärd.

Vidare har tidigare studier visat att psykologisk flexibilitet medierar psykisk hälsa och att psykologisk flexibilitet tenderar att fortsätta öka efter ACT-interventioners slut (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010). Detta skulle kunna medföra att värdena i alla utfallsmåtten förändras efter denna studies slut. Detta gör en långtidsuppföljning av studiedeltagarna värdefull. I detta syfte har en mittmätning av psykologisk flexibilitet genomförts i denna studie.

Slutsatser och fortsatta insatser

Sammantaget visar denna studie inte på någon effekt av ACT på läkarstudenters psykiska hälsa och grad av prestationsbaserade självkänsla. Således kan inget stöd för de initiala hypoteserna ges. ACT har som metod vid stressförebyggande arbete generellt visat stora effektstorlekar (NREPP, 2010). Kontroll av bakomliggande variabler samt av initiala mellangruppskillnader i utfallsmåtten hade kunnat förändra resultatet i denna studie. Något som talar för att interventionen ändå kan vara lämplig att ge till läkarstudenter är den bild som fås av interventionsgruppens svar på de utvärderande frågorna. I utvärderingen uppger deltagarna generellt att de tycker att kursen varit mycket bra och att de har haft nytta av det de lärt sig. Således efterlyses vidare studier för att kunna avgöra om *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* (Livheim, 2008) är verksam som hälsofrämjande intervention för läkarstudenter.

Vidare kvarstår det faktum att läkarstudenter som grupp har höga ohälsotal och hög grad av prestationsbaserad självkänsla, samt befinner sig i riskzonen för framtida sjukskrivning (Dahlin, 2007; 2010). Få läkarstudenter söker vård för sina psykiska problem (Dahlin, 2007), faktorer som ytterligare gör det angeläget med

vidare forskning för att hitta lämpliga interventioner som främjar den psykiska hälsan och påverkar graden av prestationsbaserad självkänsla i denna grupp.

Att rekommendera till den Medicinska fakulteten är att införa hälsofrämjande insatser för läkarstudenter inom den ordinarie utbildningen. Att införa moment där detta lyfts i läkarprogrammet skulle kunna bryta stigmatiseringen kring psykiska problem samt nå de studenter som kanske inte ens har tid att söka hjälp för stressrelaterade problem. Rekommendationen motiveras även av det faktum att det kan finnas kontextuella faktorer inom läkarutbildning som bidrar till de höga ohälsotalen. Arbetet för att stödja studenternas individuella strategier för att hantera den stressfyllda studietiden, behöver alltså kombineras med en förändring av problematiska förhållanden i läkarutbildningen.

Referenser

- Altbo, S., & Nordlin, L. (2007). ACTa våra stressade lärare. En randomiserad studie om acceptance and commitment therapy (ACT) för stressade lärare. Opublicerade D-uppsats. Lunds universitet.
- Aasland, O. G., Ekeborg, Ø., & Schweder, T. (2001). Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Social Science and Medicine*, 52, 259-265.
- Arbetsmiljöverket (september 2010). *Arbetsorsakade besvär 2010:4*. Hämtad 27 april 2011, från www.av.se/statistik/officiellt/arbetsorsakade_besvar_2010.aspx
- Arnetz, B. B., Hörte, L. G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E., & Malker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 139-143.
- Banks, M. H., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M., & Wall, T. D. (1980). The use of the general health questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.
- Biglan, A., Hayes, S., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Preventive Science*, 9, 139-152.
- Biörklund, E., & Wall, H. (2009). Prevention av ökad stress, psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol baserad på Acceptance and Commitment Therapy - en randomiserad och kontrollerad studie baserad på ACT. Opublicerad D-uppsats. Uppsala Universitet.
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. (2010). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 1-6.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (accepterad för publikation). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*.

Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 389-398.

Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L-G., & Andersson, G. (2005). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agora phobia research. *Computers in Human Behavior*, 23, 1421-1434.

Centrum för folkhälsa (2007). *Arbetshälsorapport 2007*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Arbets- och miljömedicin.

Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From design to report*. East Sussex: Psychology Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N. J. : Erlbaum Associates.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Dahlin, M., (2007). Future Doctors – Mental distress during medical education: Cross-sectional and longitudinal studies. Opublicerad doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska. University Press.

Dahlin, M., Fjell, J., & Runeson, B. (2010). Factors at medical school and work related to exhaustion among physicians in their first postgraduate year. *Nordic Journal Psychiatry*, 64, 402-408.

Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2007). Performance-based self-esteem and burnout in a cross-sectional study of medical students. *Medical Teacher*, 29, 43-48.

Dahl, J. A., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behaviour Therapy*, 35, 785-801.

Epstein, L. C., Thomas, C. B., Shaffer, J. W., & Perlin, S. (1973). Clinical prediction of physician suicide based on medical student data. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 19-29.

Eskin, M., & Parr, D. (1996). Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress. Opublicerad doktorsavhandling. (Reports from the Department of Psychology, 813) Stockholms universitet.

Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 816-820.

Fledderus, M., Bohlmeijer, M., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *Mental Health Promotion and Protection*, 100, 2372-2378.

Frisch, M. B., Clark, M P., Rouse, S. V., Rudd, D., Paweleck, J. K., Greenstone, A., ... Kopplin, A. (2005). Predictive and Treatment Validity of Life Satisfaction and the Quality of Life Inventory. *Assessment*, 12, 66-78.

Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retslaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.

Ghader, A., & Parling, T. (2009). *Lev med din kropp – Om acceptans och självkänsla*. Natur & Kultur. Finland: WS Bookwell.

- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., ... Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20, 93-102.
- Gueorguirva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move Over ANOVA. *Archives of General Psychiatry*, 61, 310-317.
- Hallsten, L., Josephson, M., & Torgén, M. (2005). Performance-based self-esteem. Arbetslivsinstitutet. Stockholm: Elanders Gotab.
- Hankins, M. (2008). The reliability of the twelve-items general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*, 8, 355-341.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer/Plenum.
- Hayes, S. C., Louma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2007). *Sluta grubbla börja leva*. Norge: NordBook as.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: the Guilford press.
- Hindle, T. (2008). *Guide to management ideas and gurus*. London: Profile Books Ltd.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *Bmj*, 13, 670-674.
- Holmgren, K. (2008). Work-related stress in women. Assessment, prevalence and return to work. Opublicerad doktorsavhandling. Göteborgs universitet.
- Hundley, V., Cheyne, H., Bland, M. J., Stules, M., & Barmett, C. A. (2010). So you want to conduct a cluster randomized controlled trial? Lessons from a national cluster trial of early labour. *International Journal of Public Policy and Health Services Research*, 16, 632-638.
- Jönsson, M., & Öjehagen, A. (2006). Läkarestudenter upplever mer stress än andra studenter. *Läkartidningen*, 103, 840-843.
- Jörngården, A., Wettergen, L. & Von Essen, L. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 91.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (2009). *Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg – En jämförelse mellan anställda inom landsting, kommun och privat sektor i Stockholms län*. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.

Lisspers, J., Nygren, A., & Soederman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.

Livheim, F. (2004). Acceptance and commitment therapy i skolan – Att hantera stress. En randomiserad, kontrollerad studie. Opublicerad D-uppsats. Uppsala universitet.

Livheim, F. (2008). *ACT - Att hantera stress och främja hälsa*. (ACT- To prevent stress and promote health). Opublicerad manual, Karolinska Institutet, FORUM-forskning.

Løvseth, L. T., Aasland, O. G., Fridner, A., Jónsdóttir, L. S., Marini, M., & Linaker, O. M. (2010). Confidentiality and physicians' health. A cross-sectional study of university hospital physicians in four european cities. *Journal of Occupational Health*, 52, 263-271.

Martin, A., Sanderson, K., Cocker, F., & Hons, B. A. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 35, 7-18.

NREPP. (2010). *Acceptance and Commitment therapy (ACT)*. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. USA: The Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Paunovic, N., & Öst, L-G. (2004). Clinical validation of the swedish version of the quality of life inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder and a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 15-21.

Pitkala, K. H., & Mantyranta, T. (2003). Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physicians' role – a qualitative study. *Medical Teacher*, 25, 155-160.

Pääkkönen, T., Leppäluoto J., Mäkinen, T. M., Rintamäki, H., Ruokonen, A., Hassi, J., & Palinkas, L. A. (2008). Seasonal Levels of Melatonin, Thyroid Hormones, Mood, and Cognition Near the Arctic Circle. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 79, 695–699.

Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 170-186.

Schmalz, J. E., Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The Avoidance and Fusion Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 198-213.

Socialstyrelsen (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapporter 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stewart, S. M., Betson, C., Lam, T. H., Marshall, I. B., Lee, P. W. H., & Wong C. M. (1997). Prediction stress in first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education*, 31, 163-168.

Tyssen, R., Dolatowski, F. C., Røvik, J. O., Thorklidsen, R. F., Ekeberg, Ø., Hem, E., ... Vaglum, P. (2007). Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. *Medical Education*, 41, 781-787.

van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization.

Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin (1999). *Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården*. Stockholms läns landsting.

Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin (2000). Stockholms läns landsting.
Vårdens arbetshälsorapport – Vårdarbetares villkor och konsekvenser för arbetshälsan.

Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). "The Hospital Anxiety and Depression Scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, Pp. 361-370.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-32.

Acceptance and Commitment Therapy för läkarstudenter - Att hantera stress och främja hälsa under studietid och i yrkesliv

Som student på läkarprogrammet vid Umeå Universitet tillfrågas Du att under våren 2011 delta i studien *ACT - Att hantera stress och främja hälsa* under studietid och i yrkesliv. Syftet med studien är att främja läkarstudenters hälsa och utvärdera effekten av ACT-metoden med läkarstudenter. Studiedeltagarna kommer slumpmässigt att fördelas i två grupper. Den ena gruppen får gå kursen Acceptance and Commitment Therapy och den andra gruppen erbjuds en kortare Stresshanteringskurs som bland annat innehåller KBT-metoder och meditation.

Vad innebär Acceptance and Commitment Therapy?

ACT- Att hantera stress och främja hälsa under studietid och i yrkesliv är en kurs med fokus på strategier för att hantera stress och psykisk ohälsa. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) räknas till tredje generationens KBT och syftar till att lära individer förhålla sig till påfrestningar på ett mer flexibelt sätt, bland annat genom acceptans och närvaro. Innehållet består av teori varvat med övningar och samtal. Kursen ges vid 4 tillfällen om vardera 3 timmar.

Kursen har med goda resultat visats förbättra personers psykiska hälsa, samt minska ångest, depressiva symtom, utmattningproblematik och sjukskrivningstal. Forskning har även visat att dessa förbättringar bibehålls över tid.

Vad innebär Stresshanteringskursen?

Stresshanteringskursen ges en kväll à tre timmar och är uppdelad i tre delar, KBT-metoder för stresshantering, basal kroppskännedom samt meditation. Kursen varvar teori med övningar. Syftet med kursen är att ge deltagaren en orientering i vanligt förekommande metoder samt självhjälpsverktyg att hantera stress.

Läkarstudenter som målgrupp

Både läkare och läkarstudenter löper ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa. I en studie från Karolinska Institutet skattar 13% av de 305 läkarstudenter som deltagit, sig som deprimerade. Andelen bland befolkningen i stort uppskattades vara 8%. Bland kvinnliga läkarstudenter var siffran 16%.

Mot bakgrund av detta tror vi att läkarstudenter är en grupp som kan ha nytta av preventiva interventioner. Vi tror att ACT-kursen är en sådan intervention, och därför vill vi tillfråga Dig att delta i denna studie.

Ansvariga för studien

Studien ingår i en examensuppsats vid Umeå Universitet och utförs av psykologkandidaterna Sara Anderson och Elin Waller. Handledare är professor Per Carlbring. Studien genomförs i samarbete med Studenthälsan.

Extern handledare i ACT-metoden är leg. psykolog Fredrik Livheim (vid Forskningscentrum för Ungdomars Psykosociala Hälsa, Maria Ungdom och Karolinska Institutet, FORUM) som även utvecklat metoden i Sverige.

Studiens upplägg

Studien kommer att genomföras under våren 2011. ACT-kursen kommer att ges på kvällstid varannan vecka, med start i februari (se tidsschema nedan). Stresshanteringskursen kommer att ges en kväll i mitten av april, datum ej fastställt. Efter det att du mailat din anmälan tilldelas du en studiekod. Koden ger dig tillgång till studiens webbplats där vi vill att du inom två veckor fyller i några formulär. Inom dessa två veckor vill vi även ha ditt skriftligt undertecknade samtycke att dela i studien. Även i mitten och i slutet av studien vill vi att du fyller i några formulär på studiens webbplats. Formulären handlar om psykisk hälsa, stress, livskvalité och självkänsla och de tar sammanlagt ungefär 20 minuter att fylla i. Eftersom kurserna ges inom ramen för en studie är det mycket viktigt att du fyller i dessa formulär.

Sekretess och återkoppling av resultat

Alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Såväl gruppledare som deltagare har

ACT-kursen	Datum	Tid
Träff I	28 februari	17.30-20.30
Träff II	14 mars	17.30-20.30
Träff III	28 mars	17.30-20.30
Träff IV	11 april	17.30-20.30

Stresshanteringskursen	Datum	Tid
Träff I	Mitten av april	17.30-20.30

tystnadsplikt. Resultaten kommer att redovisas på gruppnivå och individuella resultat kommer inte att kunna identifieras. Studien beräknas vara färdig i maj 2011.

Anmälan

Du är välkommen att anmäla ditt intresse till oss på: lakarstudent.act@gmail.com
Anmäl dig senast den 16 februari.

Kontakt

Om Du har frågor om studien kontakta gärna studieledarna mailledes eller på telefonnummer:

070-XXXXXX (Sara), 070-XXXXXX (Elin)

Vänliga hälsningar! / Elin Waller och Sara Anderson