

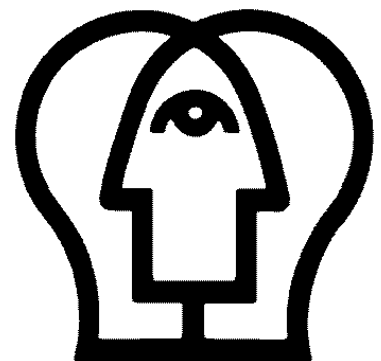
ACT vid stress
– en effectiveness-studie av en
gruppintervention för kontorsarbetare

Christer Andemark
Skrudde Rasmussen

Handledare: Gunilla Berglund
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP 2011

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



ACT VID STRESS – EN EFFECTIVENESS-STUDIE AV EN GRUPPINTERVENTION FÖR KONTORSARBETARE*

Christer Andemark och Skrudde Rasmussen

Stress är en av de vanligaste orsakerna till arbetsrelaterad ohälsa och långtidssjukskrivning. Konsekvenserna kan bli stora för såväl individ som organisation och samhälle. En preventiv stresshanteringskurs, ACT – Att hantera stress och främja hälsa (ACT-SMI), gavs till heltidsarbetande kontorspersonal (n=38) på ett företag och jämfördes med icke kursdeltagande medarbetare (n=46). Gruppledare var en icke psykologutbildad organisationskonsult, utbildad i ACT-SMI. Syftet med studien var att i ett kvasiexperimentellt sammanhang undersöka om kursen ACT-SMI kunde spegla resultaten från tidigare forskning i mer experimentella sammanhang, och om kursen kunde påverka mått för stress, psykologisk flexibilitet och mental hälsa signifikant jämfört med kontrollgrupp. Statistiska analyser visade tvetydiga resultat kring huvudmättet stress. Däremot erhöles en mellangruppskillnad på variabeln psykologisk flexibilitet, där kursdeltagarna ökade sin flexibilitet. Studien kunde inte påvisa några entydiga resultat kring generell mental hälsa. Resultaten bör p.g.a. den ickerandomiserade designen tolkas med försiktighet och fler effectiveness-studier av svenska ACT-SMI behövs.

Vi tillbringar en stor del av vår vakna tid på jobbet. Om arbetet upplevs som positivt kan det vara en källa till hälsa, men om arbetet är en börda kan det leda till ohälsa. Trots att nära 80 procent är nöjda med balansen mellan arbete och sitt övriga liv så är arbetsrelaterad stress en av de vanligaste typerna av arbetsrelaterad ohälsa (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley & Vermeylen, 2007). Psykiatrisk problematik som depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner tillhör de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning för kvinnor i Sverige, och de näst vanligaste för män. De anställda inom privat sektor utgör majoriteten av landets långtidssjukskrivna (Försäkringskassan, 2007). Vid långvarig stress kan många olika besvär uppstå; kronisk trötthet, nedsatt prestationsförmåga, försämrat minne, nedstämdhet, sömnsvårigheter och muskelsmärter – problem som med tiden kan utmynna i depression, utmattningssyndrom, långvarig smärta, hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes (Socialstyrelsen, 2009; Kelloway & Day, 2005a).

Enligt Arbetsmiljöverket (2009) har arbetsklimat och arbetsuppgifter blivit mer stressande generellt. De pekar i folkhälsorapporten på upprepade omorganisationer som möjliga anledningar till detta. Andelen sjukfrånvaro verkar följa den generella utvecklingen av stressymptom i arbetslivet. Ett mer gränslöst arbetssätt har möjliggjorts på senare år bland annat genom informationsteknologiska landvinningar (Allvin, Aronsson, Hagström, Johansson & Lundberg, 2006). Detta har bidragit till att allt mer

*Tack till Gunilla Berglund vid Stockholms universitet för handledning och stöd. Vi vill också rikta ett tack till gruppledaren och kursdeltagarna som gjort studien möjlig, samt till den berörda organisationen. Fredrik Livheim vid FORUM förtjänar också ett tack som bidragit med idéer och uppslag samt utvecklat kursen som studeras i den här rapporten.

arbete bedrivs på kvällar och helger, vilket bidrar till ett mer flexibelt arbete som riskerar att begränsa individens möjlighet till återhämtning. Cooper, Dewe och O'Driscoll (2003) lyfter "amerikaniseringen" av arbetsmarknaden som en potentiellt bidragande orsak till stress i arbetslivet. En tilltagande globalisering och "outsourcing" har medfört ett ökat behov av rörlighet på arbetsmarknaden som har bidragit till sämre anställningstrygghet i form av kortare och mer projektlika anställningar. Detta har även bidragit till att det psykologiska kontraktet mellan anställda och arbetsgivare vad gäller anställningstrygghet har underminerats kraftigt under de senaste decennierna även i Europa. Det moderna samhällets arbetslivsstress uttrycks emellanåt som en epidemi (Quick, Quick, Nelson & Hurrell, 1997). Om denna trend fortsätter att påverka arbetsklimatet infinner sig följdfrågan om hur denna ökade stress och påföljande ohälsa skall hanteras och förebyggas.

Stress

Stress kan studeras på flera nivåer, från t ex molekylär nivå via individ- och organisationsnivå till samhällsnivå (Ekman & Arnetz, 2002). Det finns således många olika perspektiv utifrån vilka man kan beskriva och förstå stress. Stressbegreppet myntades ursprungligen på 40-talet av Selye (Levi, 2002), som ur ett fysiologiskt perspektiv beskrev det generella i organismens olika reaktioner vid påfrestningar och belastningar. Han beskrev stressreaktionen som en process som kan utvecklas i tre steg: en alarmfas med sympatikuspåslag, en motståndsfas med nytt jämviktsläge och förhöjd stressnivå, samt en utmattningsfas då tillgängliga resurser utarmats (Almén, 2007).

Den fysiologiska stressresponsen kan både vara till skydd och till skada för individen. En individ som reagerar på stressande situationer skyddas genom att prestationsförmågan kan öka i anpassning till nya krav (McEwen, 1998). Upprepad aktivering med täta intervall utan tillräcklig återhämtning kan dock medföra skadlig exponering för stresshormoner – samma hormoner som verkar gynnsamt på kort sikt. Långvarig exponering kan leda till utmattning och försämrad förmåga till omställning och anpassning, vilket ökar riskerna för stressrelaterad ohälsa (ibid.). Kroppens "stressprogram" förefaller således vara anpassat för korttidsbruk.

Stress är inte bara ett fysiologiskt fenomen, utan påverkar även individen på ett emotionellt, kognitivt och beteendemässigt plan (Ekman & Arnetz, 2002). En upplevd hotsituation kan t.ex. ge upphov till olika beteendemässiga stressreaktioner som kamp, flykt eller paralysering – den senare i form av uppgiven stressreaktion som hos människor kan inträda efter en tids stress utan adekvat återhämtning (Perski & Jeding, 2008; Währborg, 2003). Förutom fysiologiska responser har stress också psykologiska komponenter – stressreaktionen uppstår i ett samspel mellan individ och miljö (Lazarus och Folkman, 1984; Währborg, 2003). Lazarus och Folkman (1984) menar att stress uppstår ur en upplevd obalans då individens uppfattade krav överstiger dess mobiliserbara resurser. Olika individer reagerar på och hanterar dessa krav på olika sätt. Med detta synsätt förstås stress som något transaktionellt (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2003). I ett transaktionellt synsätt blir den individuella bedömningen av en situation länken mellan miljön och individen. Resultatet av denna bedömning avgör individens hantering av situationen – coping.

Arbetsrelaterad stress.

Arbetsplatsen kan ses som en arena för olika processer som kan påverka hälsan – dels är arbetsplatsen en plats där stressorer kan påverka medarbetare och på sikt

organisationen, dels kan arbetsplatsen fungera som en buffertzona som skyddar mot de stressorer individerna upplever utanför arbetslivet. På det viset kan arbetet vara en resurs som bidrar till hälsa (Kelloway & Day, 2005a).

Arbetslivet innehåller olika stressorer, och dessa kan påverka individer på olika sätt – det är alltså inte så att alla stressorer uppfattas som negativa och bidrar till upplevd stress (Kelloway & Day, 2005a). Arbetsplatsrelaterad stress påverkas till stor del av arbetsbelastning och arbetstakt, men även faktorer som rollstressorer (t.ex. konflikter, missförstånd, och inomrollkonflikt), oro kring karriären, obekväma arbetstider, relationer samt arbetstillfredsställelse och arbetskontroll (Sauter, Murphy & Hurrell, Jr. 1990). Siegrist nämner också bristande överensstämmelse mellan ansträngning och belöning som en potentiell stressor (Währborg, 2003; Levi, 2002). Karasek (1979) utarbetade en modell för arbetsrelaterad stress som en interaktion mellan den anställdes psykosociala krav från arbetet och graden av kontroll eller beslutsutrymme. Stressens negativa påverkan på hälsa anses som störst vid uppfattat höga krav i arbetsituationer som samtidigt bjuder låg kontroll och autonomi. Denna modell fokuserar på så vis på hur arbetsituationen kan fungera som stressor. Modellen kompletterades med dimensionen socialt stöd som en skyddande faktor (Karasek & Theorell, 1990). Andra faktorer som kan bidra till stress på arbetsplatsen är ensamhet och passformen mellan den enskilde individen och den specifika arbetsmiljön (Perski & Jeding, 2008; Levi, 2002).

Stress på arbetsplatsen leder ofta till organisatoriska påfrestningar i form av ökad sjukfrånvaro, sämre prestationer, ökat antal arbetsrelaterade olyckor samt att de anställda söker annan anställning (Kelloway & Day, 2005b). Förutom mätbara konsekvenser som dessa, har det även identifierats mer subtila och svårupptäckta effekter av stress som kan påverka organisationen negativt, såsom interpersonella konflikter, sämre kommunikation och sämre beslutsfattande. Arbetsrelaterad stress påverkar även de anställdas attityd och engagemang, vilket i sin tur är länkat till organisationella faktorer som lönsamhet, produktivitet, kundlojalitet, omsättning och säkerhet (ibid.). Närvaro av potentiella stressorer resulterar dock inte alltid i stress, då individuella resurser och förhållningssätt påverkar hur stressorn upplevs (Kelloway & Day, 2005a).

Stressprevention.

Hälsosamma arbetsplatser är inte platser helt i avsaknad av stressorer, utan karaktäriseras snarare av att det finns möjligheter för de anställda att få stöd och hjälp att hantera livs- och arbetsrelaterad stress (Kelloway & Day, 2005a). Detta skulle kunna göras i form av friskvårdstimme, företagshälsovård etc. Preventiva insatser och interventioner kan utföras för olika syften (Tetrick & Quick, 2003; Cooper, Dewe & O'Driscoll 2003; Quick, Quick, Nelson & Hurrell, 1997). Syftena brukar beskrivas enligt följande:

- *Primär* prevention är stressororienterad. Syftet är att direkt eliminera eller reducera stressorer – källan till stress – på arbetsplatsen före dess påverkan på anställda och organisationen.
- *Sekundär* prevention är responsorienterad. Syftet är här att tidigt upptäcka eventuella stressorers påverkan och minimera hälsoeffekterna genom t ex information om stress och utbildning i stresshantering för att minska stressens påverkan på individer.

- *Tertiär* prevention är symptomorienterad. Syftet med tertiär prevention är att terapeutiskt behandla för att minska symptom och lidande orsakat av stress, samt att återställa funktionsnivån hos drabbade. Här finner vi vanligen individbaserade kliniska behandlingar av rehabiliterande karaktär.

Preventiva insatser kan även delas upp efter vilken nivå de sätts in på. En organisationsövergripande intervention innebär att man aktivt involverar högsta ledningen i genomförandet, t ex informationsarbete och träning för lärande, transformativt ledarskap, organisationskultur, värdegrund etc. (Kelloway & Day, 2005b; Tetric & Quick, 2003). Insatser på denna nivå påverkar även de andra nivåerna.

Primära interventionerna återfinns vanligen på organisationsnivå (Tetric & Quick, 2003). På gruppnivå är det vanligen avdelningsnivå eller mellancheffsnivå som identifieras som mål för interventionen. Dessa interventioner kan t ex bestå av stödgrupper som sätts samman av personer med liknande uppgifter och mål. På individnivå fokuseras ofta insatserna reaktivt på dem som fått sin hälsa påverkad och som behöver hjälp för att återgå i arbete (ibid.).

Preventionsprogram av typen sekundär- eller tertiärintervention kan vara till stor nytta för personer som redan kan identifieras med en specifik problematik, exempelvis personer med hälsoproblem som hjärt- och kärlsjukdom där stress kan ha varit en bidragande orsak (De Backer et al., 2003). Psykosociala interventioner har visat på goda resultat jämfört med traditionella interventioner av rehabiliterande karaktär (Linden, Stossel & Maurice, 1996).

Ett problem som ibland uppstår med preventiva interventioner är att de riktas till hela företaget utan att man identifierat specifika grupper av anställda som man ämnar hjälpa med programmet (Perski & Jeding, 2008). Vid erbjudanden av förebyggande stresshanteringsgrupper, fysisk träning eller avslappning och liknande program utnyttjar kanske främst de redan frälsta insatserna, medan anställda som möjligen är i störst behov av insatsen inte anser sig ha behov eller tid. Ett mer effektivt sätt för sådana insatser, både sett ur programmets effektivitet, verkan och kostnadshänseende, kan vara att identifiera individer med större behov genom screening med frågeformulär, och att sedan arbeta med att motivera de som tycks ha störst behov att delta (ibid.; Flaxman & Bond, 2010; Kelloway & Day, 2005a; 2005b). Flera studier av stressprevention har visat att deltagare som initialt skattat hög stressnivå, ofta visat sig ha större nytta av interventionen vad gäller självskattad stressnivå efter interventionen. (Brinkborg & Michanek, 2009; Gardner, Rose, Mason, Tyler & Cushway, 2005).

Förebyggande hälsoprogram är av flera anledningar svåra att studera på arbetsplatser. Dels är utfallet som studeras ofta organisationens hälsa (produktivitet och vinst) snarare än medarbetarens hälsa. Dels betonar organisationsteorier ofta den organisationella kontextens inverkan på förändringsprocessen (Molinsky, 1999). Detta gör studier applicerbara endast på specifika fall vilket försvårar generaliserbarheten. Studier av hälsoprogram ute i organisationer behäftas ofta med ytterligare svårigheter genom att dessa i sin verksamhet ogärna accepterar den extra tidsåtgång och associerade kostnader som randomisering av deltagare och användande av kontrollgrupp medför (Ivancevich, Matteson, Freedman, & Philips, 1990).

De flesta förändringsförsök i organisationer fokuserar på individen (Ivancevich, Matteson, Freedman, & Philips, 1990; Murphy, 1996; Quick, Quick, Nelson, & Hurrell, 1997; Semmer, 2003). Det föreslås ofta att förändringar av själva arbetet borde betonas mer. Detta eftersom de antagna stressorerna finns i organisationen. Det är dock svårt att ändra så komplexa system som en organisation och detta kan ha oväntade bieffekter. Det är därför lättare att fokusera på att lära individer sätt att hantera kontexten än att förändra den. Människor tenderar också att attribuera stressymptom till personers sätt att hantera kontexten snarare än till själva kontexten, vilket bidrar till att fokus läggs på individnivå (Semmer, 2003).

Stresshanteringsprogram (SMI).

Stresshanteringsprogram, eller SMI (Stress Management Interventions), är ett samlingsnamn som innefattar alla de olika aktiviteter eller program som initieras av organisationer i syfte att hantera anställdas stress. Upplevelsen av stress kan huvudsakligen förändras på två olika sätt: genom att öka individernas resurser eller genom att förändra arbetsrelaterade faktorer för att minska stressorer (Ivancevich, Matteson, Freedman, & Phillips, 1990). Mångfalden av interventioner som innefattas i SMI gör det svårt att avgöra vilka interventioner som är tillämpliga för vem och under vilka omständigheter (Bunce & Stephenson, 2000). Det är vanligast att SMI tillämpas som sekundära preventionsprogram på individnivå (Richardson & Rothsteins, 2008).

Ofta låter ledningen för företag sätta in SMI utan att själva involveras och utbildas om faktorer som påverkar mental hälsa på arbetsplatser (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2003). Stress och mental ohälsa på arbetsplatsen påverkar organisationella faktorer, vilket accentuerar vikten av ett involverat ledarskap som är insatt i kunskapsbildningen om mental hälsa på arbetsplatsen.

Transformativa ledare begagnar ett visionärt och kreativt ledarskap som inspirerar de anställda att fatta självständiga beslut och utvecklas i sitt arbete (Nielsen & Munir, 1999). Transformativt ledarskap verkar ha positiv inverkan på mental hälsa, t.ex. utbränning och stress. Detta medieras genom underställd personals tilltro till egen förmåga (Nielsen & Munir 1999; Arnold, Turner, Barling, Kelloway & McKee, 2007; Kelloway & Day 2005a) Interventioner på organisationsnivå som innefattar ledningen torde alltså vara indicerat.

Kelloway & Day (2005a) har utifrån sin sammanställning av arbetslivs- och organisationsforskningen utarbetat riktlinjer för vad som bör ingå i en ansats för stressprevention och mental hälsa i arbetsliv och organisation (Kelloway & Day, 2005b). De identifierar tre huvudsakliga komponenter för att på ett framgångsrikt sätt, i bred skala, kunna bromsa den ökande stressen inom arbetslivet:

- "Assessment": Skattning och bedömning av *indikatorer* som predicerar stress (t.ex. jobbkaraktäristik, rollstress, mental och fysisk hälsa) samt *effekter* av stress på individnivå och på organisationell nivå. Utmaningen här ligger till del i att överblicka och mäta en organisations komplexa karaktäristika i både omfång och detalj.
- Intervention: Stresshantering och behandling *i kombination med* primär prevention. Syftet med detta är dels att förändra arbetssituationen för att påverka de anställdas attityd, vilket i sin tur påverkar produktivitet och lönsamhet. Dels

syftar det till att utbilda och förändra ledarskapet för att förebygga stress – transformativt ledarskap har visat sig gynnsamt för de anställda, oavsett graden av exponering för stressorer.

- Utbildning: Organisationskonsulter av idag är sällan optimalt rustade för att i bredd, omfång och djup spänna över *både* organisationellt- och individuellt fungerande. Här finns en utmaning i att koppla ihop kunskaper om mental hälsa på arbetsplatsen med hur detta påverkar effektivitet och resultat inom organisationer.

Olika former av SMI.

Att utvärdera interventioner mot stress har uppvisat vissa svårigheter då det är vanligt att olika utfallsmått används (Richardson och Rothstein, 2008). I en studie jämförde Murphy (1996) olika stressinterventioner: muskulär avslappning, meditation, biofeedback, KBT och kombinationer av dessa. Murphy fann att meditation som enskild intervention visade på mest konsistenta resultat oberoende av utfallsmått. Han fann även att kombinerade interventioner som t ex KBT och avslappning, uppvisade större effekt än enskilda tekniker. van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk (2001) jämförde i en metastudie 48 experimentella och kvasiexperimentella studier av SMI från åren mellan 1977-1996. De olika interventionerna delades upp i huvudkategorierna: KBT, avslappningstekniker, multimodala program och organisationsfokuserade interventioner. Övergripande fanns en liten men signifikant effekt av interventionerna ($d=0.34$). En måttlig effekt fanns för KBT och multimodala tekniker, en liten effekt för avslappningstekniker, samt ingen signifikant effekt uppmätt för organisationsfokuserade interventioner. Metastudiens författares slutsats var att KBT-baserade program gav bäst resultat.

Richardson och Rothsteins (2008) metaanalys av experimentella studier av primära ($n=8$) och sekundära ($n=28$) SMI mellan 1996-2006, visade på medel till stor övergripande effektstorlek ($d=0.53$). Kategorierna KBT samt ickeklassificerbara interventioner (t ex EMG-feedback och färdighetsträning) visade stor effektstorlek, måttlig effekt för avslappning, liten effekt för multimodala tekniker samt interventioner på organisationsnivå. Studien visade även att om interventionen innehöll fler än två komponenter sjönk effekten markant. Huvudfynden kan sammanfattas som att kognitiv beteendeterapi har visat sig vara effektiv för att påverka individens bedömning av och beteende i relation till arbetsrelaterade stressorer.

Ett relativt nytt behandlingskoncept som på senare år även börjat dyka upp i allt fler preventiva interventioner (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008) är Acceptance and Commitment Therapy, ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). När ACT ges i preventiva sammanhang likställs förkortningen ACT med Acceptance and Commitment Training. Detta då den preventiva interventionens syften är att träna deltagare i att hantera svårigheter snarare än att behandla patologiska tillstånd. ACT har getts preventivt på flera olika områden med lovande resultat, bl.a. på arbetsplatser, för föräldrar till barn med beteendeproblematik, till diabetiker och till personer med epilepsi m.m. (ibid.). Föreliggande studie baseras på en preventiv stressintervention som utvecklats för att ges på arbetsplatser – ACT at work (Bond & Hayes, 2002; Bond & Bunce, 2000).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT är en behandlingsform med inslag av acceptans och medveten närvaro som präglas av att tydliggöra individuella livsvärderingar, och att aktivt förändra beteenden i syfte att leva i samklang med dessa värderingar (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Terapiformen baseras på inlärningspsykologi, beteendeanalytisk tradition och experimentell forskning kring språk och tankar. ACT nämns ofta som en del av tredje vågens KBT.

ACT:s filosofiska rötter – funktionell kontextualism.

ACT bygger på en beteendevetenskap som har sina rötter i en pragmatisk filosofisk grund kallad funktionell kontextualism (Hayes, Hayes & Reese, 1988; Biglan & Hayes, 1996; Hayes et al., 2006; Fox 2008). Den funktionella kontextualismen utgår alltid från handlingen i sitt sammanhang. Sanningskriteriet inom denna filosofi är att påståenden är sanna i den mån de fungerar (Hayes, Hayes & Reese, 1988). Detta skall ses i sammanhanget av hur väl en analys kan bidra till uppställda mål, inte hur väl den avspeglar verkligheten (Biglan & Hayes, 1996).

Syftet med att analysera världen ur detta perspektiv är att bistå med prediktion och påverkan med precision och omfång inom ett specifikt sammanhang (Biglan & Hayes, 1996; Gifford & Hayes, 1999). Det man i psykologiska sammanhang menar med att filosofin är funktionell är att en organism endast kan påverkas i sitt historiska och kontextuella sammanhang (Gifford & Hayes, 1999). Inom beteendeanalysen skall kriterier för måluppfyllelse alltid definieras innan påverkan sker, för att möjliggöra utvärdering av insatsen (Hayes, 1993). För att förändra beteende måste man manipulera kontexten – det är inte möjligt att direkt påverka beteende (ibid.). Kunskap vilar enligt filosofin på en empirisk grund av vetenskaplighet där principerna skall vara generella, abstrakta och obundna till tid och rum – de skall kunna generaliseras till andra situationer (ibid.; Gifford & Hayes, 1999; Fox, 2008).

ACT:s teoretiska rötter – Relational Frame Theory (RFT).

RFT, eller relationsinramningsteori, är en modern teori om verbala processer som vuxit fram ur den inlärningsteoretiska grundforskningen (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Hayes et al., 2006). RFT och relationsinramning förklarar uppkomst av psykologiskt lidande samt bidrar till en ökad förståelse för varför ACT bedrivs som det gör, t.ex. vad gäller upplevelsebaserade övningar och varför verbalt beteende hanteras som process snarare än innehåll.

Enligt RFT är verbala beteenden – språk och kognitioner – inlärd och kontextuellt styrda beteenden. Relationsinramning innebär att olika händelser abstrakt kan relateras sinsemellan beroende på dess stimulusfunktion (Stewart, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Bond, Hayes, 2006; Hayes et al., 2006). Detta har medfört att vi människor kan agera mer komplext i förhållande till vår omvärld än andra djur. I sin mest basala form kan detta illustreras enligt följande: Om vi t.ex. har fått en stöt i närvaro av ett dittills betydelselöst stimuli A, samt lärt oss att B är större än A är chansen stor att vi kommer att uppvisa mer rädsla i förhållande till B än A. Detta trots att vi aldrig upplevt att få en stöt av B. (Törneke, 2009; Dougher, Hamilton, Fink & Harrington, 2007; Hinton, Dymond, von Hecker & Evans, 2010).

Människans verbala beteende har möjliggjort problemlösning och skapande av regler om beteende och dess konsekvenser. Detta har varit människan till stor nytta. Regler

kan samtidigt bidra till rigiditet och hindra oss att komma i kontakt med situationers naturliga kontingenser. Språklig styrning kan både hjälpa och stjälpa.

Regelstyrda beteenden har flera förstärkande samband som gör att vi använder dem (Barnes-Holmes, O'Hara, Roche, Hayes, Bissett & Lyddy, 2001; Stewart et al., 2006; Törneke, 2009). Regler om oss själva, så kallade självregler, reglerar och påverkar det egna beteendet – även om de faktiska konsekvenserna inte nödvändigtvis förstärker beteendet. Dessa regler kan röra aspekter av hur man uppfattar sig själv eller vill bli uppfattad (Barnes-Holmes, Hayes & Dymond, 2001; Stewart et al., 2006; Törneke, 2009). Självregler består ofta flexibelt beteende som gör att vi t.ex. kan skjuta upp omedelbar behovstillfredsställelse.

En självregel om hur någon vill bli uppfattad kan vara formulerad på många sätt. Ett exempel på en potentiellt stressande självregel skulle kunna lyda ”jag måste jobba hårt och långa dagar för att vara lyckad på jobbet”. Regeln kan fungera förstärkande genom att man följer den och upplever att man ”gör rätt”, eftersom detta enligt regeln är vägen till målet. Regelföljande enligt självregeln kan samtidigt leda till begränsad möjlighet till återhämtning från arbetet, genom att man t ex kan bli okänslig för symptom på stress. Att genom regelföljande söka det godtyckligt valda målet ”lyckad”, gör att vi genom ömsesidigt inbegripande även kommer i kontakt med dess motsats - ”misslyckad”. Om individen tycker det är plågsamt att uppfatta sig som ”misslyckad”, kan detta leda till undvikande beteende. Plågan som då förknippas med att uppfatta sig som ”misslyckad” är reell, trots att den endast är en produkt av språket (Barnes-Holmes, Hayes & Dymond, 2001; Stewart et al., 2006; Törneke, 2009).

Att det kan vara svårt att undvika tankar illustreras av ett experiment utfört av Wegner, Schneider, Carter och White (1987). En grupp testpersoner fick utföra något som förefaller att vara en tämligen enkel uppgift. De fick instruktionen att *inte* tänka på en vit björn, samtidigt som de verbalt skulle rapportera sina tankar under fem minuter och ringa i en klocka om de råkade tänka på en vit björn. Det visade sig att testpersonerna med denna instruktion ringde i klockan signifikant fler gånger än de som rapporterade sina tankar på samma sätt utan motsvarande instruktion om vit björn. Experimentet illustrerar att det kan vara svårt att låta bli att tänka på det man inte ska tänka på - att *inte* tänka på något specifikt kräver ju att man förhåller sig till just detta något.

ACT:s syn på psykopatologi.

Förändring är något som fungerar väl på problem utanför människan (Louma, 2007). Kontroll av omgivningen, i form analys av vad som är fel för att sedan göra någonting åt det är lösningen på de flesta praktiska problem. Det är detta sätt att agera som historiskt gett oss tak över huvudet och varma kläder. Det är ett väldigt funktionellt sätt att agera i många sammanhang och är därmed lätt att övergeneralisera till sensationer inom oss och försöka kontrollera dem också (ibid.).

Sådana försök att kontrollera inre händelser kallas inom ACT för upplevelsemässigt undvikande (*Experiential Avoidance*). Detta begrepp syftar på beteenden med mål att kontrollera privata händelser såsom tankar, minnen, affekter och kroppsliga sensationer (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Boulanger, Hayes & Pistorelli, 2010, refererat i Ruiz, 2010). Detta kan fungera på kort sikt, men på lång sikt är det istället sannolikt att det man vill undvika ökar (Törneke 2009). Att undertrycka oönskade tankar, känslor och kroppsliga sensationer tycks alltså inte vara någon särskilt

framgångsrik strategi, utan verkar snarast ha paradoxalt motsatt effekt. Framför allt blir upplevelsemässigt undvikande problematiskt när det leder till psykologisk rigiditet (Ruiz, 2010). Personer som i hög utsträckning använder sig av upplevelsemässigt undvikande som strategi för att klara av stressande situationer löper högre risk för att utveckla psykopatologi (Fledderus, Bohlmeijer & Pieterse, 2010).

Ur ACT-synvinkel är en primär orsak till psykiska problem, till exempel stressrelaterad ohälsa, att våra verbala processer interagerar med vår kontext. Detta på ett sätt som skapar en oförmåga till flexibilitet och att ändra vårt beteende i en riktning vi värderar. Detta eftersom den kontextuella styrningen av språket blir antingen för liten eller ohjälpsam (Hayes et al., 2006).

Från inlärningsforskningen tar vi med oss lärdomen att i varje given stund är vi en produkt av vår tidigare inlärning, vi kan inte ta bort den (Hayes et al., 2006). Däremot kan vi lära nytt för att agera annorlunda i förhållande till vår omgivning. Fokus på förändring av en viss typ av kognition tenderar att öka densammans funktionella kraft (Wegner et al., 1987). Fokus ligger inom ACT på att kunna uppleva obehag utan att låta det styra sitt handlande.

Traditionellt har begreppet psykologisk hälsa haft grundstenarna positiva känslor, tankar och tillfredsställelse av grundläggande psykologiska behov (Kashdan & Rottenberg, 2010). Att skifta fokus från detta klassiska synsätt till betoning på flexibilitet har stöd i forskning, t.ex. är det ibland adaptivt att vara arg eller ledsen och ibland adaptivt att vara glad. Flexibiliteten består i att anpassa sig till en ständigt skiftande värld på ett funktionellt sätt. En grundkomponent i försöken att uppnå detta inom ACT är acceptans. Psykologisk flexibilitet är ett brett begrepp som sammanfattar målet med ACT-behandling. Målet med begreppet är att sammanfatta det som kännetecknar en människa som fungerar adaptivt i förhållande till sin miljö.

Med psykologisk flexibilitet avses ”förmågan att till fullo komma i kontakt med sina känslor och tankar i nuet utan onödigt försvar och att beroende på situationen förändra eller fortsätta med sitt beteende, i strävan efter sina mål och värderingar” (Hayes et al., 2006, sid. 7, egen översättning). Psykologisk flexibilitet inbegriper att känna igen och anpassa sig till situationella krav, ändra tankesätt eller beteende när dessa äventyrar personlig eller social funktion, upprätthålla balans mellan viktiga livsdomäner, vara medveten, öppen och agera i samklang med sina värderingar (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Hälsa ses ofta som ett tillstånd utan smärta. Ett exempel är WHO:s definition av hälsa som lyder ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välmående och inte bara frånvaro av sjuklighet” (WHO, 2005, sid. 1, egen översättning). ACT delar inte detta synsätt eftersom smärta är en naturlig del i människans liv. Därmed anses hälsan, och livet, ofrånkomligt innehålla lidande (Hayes et al., 1999). På det viset bidrar ACT till en psykologi som inte sysslar uteslutande med patologi utan snarare med hur man kan leva ett givande liv. Målet med ACT är därmed inte symptomreducering utan att förändra beteenden.

ACT:s kärnprocesser.

Målet i ACT är att främja psykologisk flexibilitet - att bredda beteenderepertoaren i förhållande till sina upplevelser. Detta görs genom arbete med sex kärnprocesser. Dessa

är i viss mån överlappande och samverkar i syftet att komma mer i kontakt med nuet och att agera i linje med sina värderingar.

1. Psykiskt lidande är en del av livet, något vår kultur tycks förmedla att man inte ska behöva stå ut med. Acceptans (*Acceptance*) lärs ut inom ACT som ett alternativ till upplevelsemässigt undvikande (Hayes et al., 2006; Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Acceptans innebär att vara villig att aktivt och medvetet omfamna de (aversiva) upplevelser som skapas av ens historia utan att försöka förändra eller ta bort dem. Acceptans är inte ett mål i sig utan ett medel för att öka mängden värdebaserat handlande (ibid.).
2. Vi människor kan ibland lura oss själva att tro att våra tankar om världen är verkligheten, detta kallas inom ACT för kognitiv fusion (Hayes et al., 2006; Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Kognitiv fusion bidrar till att verbala processer får styra vårt beteende framför direkta kontingenser. Ett sätt att motverka detta är att lära sig att distansera sig från sina tankar och känslor och se dem som just tankar och känslor istället för att ta dem bokstavligt. Detta kallas för kognitiv defusion (*Cognitive Defusion*). Inom ACT har man så kallade defusionsövningar för att lösa upp denna koppling när denna hämmar psykologisk flexibilitet. En sådan övning kan exempelvis innebära att man tar en oönskad och svår tanke som man högt repeterar i ca en minut tills bara ljudet uppfattas och inte själva meningen med tanken (ibid.).
3. Det är som människa lätt att fastna i grubbel och tankar som inte leder någonvart, samt att döma saker som händer omkring en. På det viset reagerar vi på de etiketter vi satt på omgivningen snarare än på omgivningen som den är. Att vara medvetet närvarande (*Being Present*) innebär att komma i kontakt med nuet (Hayes et al., 2006; Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Detta kan uppnås bland annat genom övningar i medveten närvaro, där man riktar sin uppmärksamhet till vad som sker inom sig eller runt sig i detta nu, utan att värdera eller döma. När man är medvetet närvarande noterar och konstaterar man sina tankar, känslor och kroppsliga sensationer, utan att absorberas av dess innehåll, för att sedan återgå till att uppmärksamma nuet (Baer, 2003; Farmer & Chapman, 2008). Medveten närvaro applicerades under sent 70-tal i USA som behandlingsform för stress, och har sina rötter i österländsk meditation och zen-buddhism (Åsberg, Sköld, Wahlberg & Nygren, 2006). Medveten närvaro är inte samma sak som meditation – den senare bör snarare ses som en ”träningsplattform” för medveten närvaro – den stöttning eller struktur varigenom man kan utveckla sin uppmärksamhet och medvetenhet (Kabat-Zinn 2003). Flera metaanalyser som undersökt interventioner baserade på medveten närvaro visar på bättre än medelgod effektstyrka. (Baer, 2003; Grossmann, Niemann, Schmidt & Walsh, 2004).
4. Alla människor bär på en berättelse om vem och hur de är. Denna kan ibland i för stor utsträckning diktera hur vi agerar, eftersom vi lätt kan sträva efter att bekräfta vår egen berättelse - vårt konceptualiserade själv (Hayes et al., 2006; Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl &

Wilson, 1999). Inom ACT strävar man därför efter att se sitt jag som kontexten för allt som upplevs (*Self as Context*), i motsats till att se sig själv som sitt konceptualiserade själv. Att fostra synen att man ser sig som den som upplever det man upplever – som en observatör – kan bidra till en känsla av att vara en och densamme i kontinuitet över tid. Självet som perspektiv står i fokus snarare än självet som bärare av alla händelser (ibid.).

5. För att ha möjlighet att agera funktionellt är det viktigt att klargöra sina värderingar i livet. I ACT jobbar man därför med att definiera en värderad riktning, som är de olika livsvärden (*Values*) som personen värderar som viktiga i sitt liv – till exempel hälsa, relationer, arbete/utbildning och fritid. (Hayes et al., 2006; Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Skillnaden mot mål är att en värderad riktning inte går att nå, utan bara att handla i enlighet med. En värderad riktning kan därmed alltid finnas med för att guida personens beteende.
6. ACT uppmuntrar att i högre utsträckning agera i enlighet med sin värderade riktning, även när det i viss mån är aversivt (Hayes et al., 2006; Biglan, Hayes & Pistorello, 2008; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). För att kunna leva ett liv i samklang med sina värderingar krävs att man agerar i värderingarnas riktning även i närvaro av obehagliga upplevelser (*Committed Action*). Detta kräver att man är beredd att uppleva dessa obehagliga upplevelser, vilket i ACT kallas för villighet. Att uppleva något aversivt på kort sikt kan vara nyttigt på lång sikt. I detta hänseende liknar ACT mycket traditionell beteendeterapi med exponering, färdighetsträning, shaping, målformulering etc. (ibid.). T.ex. träskmetaforen (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) kan användas för att belysa att allt inte är trevlig i livet – men att det ändå kan vara värt att kämpa sig igenom sådana faser för att kunna leva i enlighet med sina värderingar.

Inom ACT delar man ofta upp dessa sex kärnprocesser i två grupper: Medveten närvaro och acceptans (*Mindfulness and acceptance*) samt Medveten beteendeförändring (*Commitment and behavior change*) (Hayes et al., 2006). I ACT-behandlingar utgår man ofta från värderingar, varpå man som terapeut vanligen alternerar mellan dessa båda processgrupperna. Man skiftar mellan att frikoppla klienten från språket och att utarbeta klientens värderade riktning - allt beroende på klientens problembild (Törneke, 2009).

Forskning kring ACT.

Det finns för närvarande åtminstone 30 randomiserade studier på ACT som behandlingsform publicerade i granskade vetenskapliga tidsskrifter (Flaxman, Blackledge & Bond, 2010). Öst (2008) menade i sin metastudie kring tredjevågenterapier att det fanns 13 randomiserade kontrollerade studier av ACT. Effektstorleken för ACT var enligt Cohens riktlinjer stor i jämförelse med väntelista, medan en jämförelse med treatment as usual samt med aktiv behandling gav medium effektstorlek. Ruiz (2010) höll i sin sammanfattning av forskningsläget med och hävdade att ACT är bättre än kontrollbetingelse och treatment as usual. Öst menade för övrigt att ACT-studier generellt är mindre stringenta än studier på klassisk KBT. Mer forskning behövs för att utvärdera hur ACT står sig jämfört med mer etablerade

behandlingar (Öst, 2008; Ruiz, 2010). Det verkar som att ACT-interventioner har större effekt vid uppföljningsmätning (Hayes et al., 2006).

ACT-SMI

ACT applicerat som SMI introducerades av Bond och Bunce (2000) och vidareutvecklades (Bond, 2002; Bond & Hayes, 2004) till ACT at Work. ACT at Work är en gruppbehandling upplagd över tre träffar, de två första med en veckas mellanrum och en tredje träff efter fjorton veckor. Kursen (Bond & Hayes, 2004) innehåller beskrivning av vad stress är, genomgång av vad som skapar stress, villighet och acceptans som alternativ till kamp med negativa upplevelser, medveten närvaro, kognitiva defusionsövningar och övningar i att se självet som kontext.

Programmet *ACT - Att hantera stress och främja hälsa* (Livheim, opubl.) är denna studies ACT-SMI. Det är en något omarbetad och svensk version av ACT at Work (Bond, 2002; Bond & Hayes, 2004) som även är något anpassad för att ges till gymnasieungdomar. Den innehåller mer värderingsövningar än ACT at Work. Den svenska versionen utformades av Fredrik Livheim år 2004, och har sedan utökats till fyra gruppträffar á 3 timmar (2008). Den har ytterligare reviderats år 2010. Kursen har dock i stora drag haft samma utförande hela vägen och vi ansåg att de olika versionerna var att jämföra med varandra som oberoende variabel.

Kursen har bjudits inför olika grupper, samt har beforskats främst inom skola (för lärare; Altbo & Nordin 2007, och elever; Livheim 2004), arbetsliv (socialsekreterare; Brinkborg & Michanek 2009) samt för vissa kliniska grupper (t.ex. hos Maria Ungdom i Stockholm). Dessa studier har i alla förekommande fall bjudits av psykologer eller av psykologstuderande. De studier som har utförts på kursen har i de nämnda grupperna visat på goda resultat, dock i form av olika mått.

Tidigare forskning – ACT-SMI.

Bond & Bunce (2000) jämförde ACT at Work med en grupp som fick jobba med att förändra stressorer (problemfokuserad behandling) och en kontrollgrupp. Båda aktiva grupperna fick positiva resultat på mental hälsa och jobbrelaterade utfallsmått jämfört med kontrollgruppen.

Bond och Bunce (2000) undersökte också mediatorer vid stressbehandlingen. Studien påvisade att ACT-gruppens förbättring medierades av acceptans, medan problemfokuserade gruppens förbättring medierades av försök att förändra stressorerna. ACT förbättrade deltagarnas generella psykiska ohälsa i högre utsträckning än den problemfokuserade gruppen (ibid.; Donaldson-Feilder & Bond, 2004).

I en annan, longitudinell, studie undersökte Bond och Bunce (2003) det prediktiva värdet av acceptans, mätt med Acceptance and Action Questionnaire, AAQ. De påvisade ett positivt samband mellan inte bara acceptans och mental hälsa utan även objektiva mätningar av prestation. I ingen av dessa två studier (2000, 2003) bekräftades något samband mellan arbetstillfredsställelse och acceptans, däremot har låg acceptans hos medarbetare i organisationer visat sig predicera mental ohälsa och minskad produktivitet (Bond & Bunce, 2003).

Livheims studie på den svenska ACT-SMI, *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* (2004), berörde en tidigare version av kursen. Enligt studiens resultat ledde kursen till minskad ångest samt bättre funktion inom det som eleverna skattat som sitt största problemområde. Livheim ansåg att skillnaderna berodde på ökad acceptans, dvs. minskat undvikande och förändringsförsök av obehagliga inre upplevelser. Vid en tvåårsuppföljning (Jacobsson & Wellin, 2006), där 75 procent av deltagarna svarade, noterades bättre psykologisk flexibilitet, kognitivt processande samt stress/ångest. Denna uppföljning nämns i SBU:s metastudie av preventiva program för barn och ungdomar (SBU, 2010) som en studie med låg studiekvalitet.

Stevenow (2008) genomförde kursen med ungdomar mellan femton och arton år. I denna studie uppmättes högre upplevelse av subjektivt välbefinnande och psykologisk flexibilitet och lägre nivåer av stress och depressiva tendenser. I denna kurs fick deltagarna dock försämrad generell psykologisk hälsa. Biörklund och Wall (2009) gjorde en liten studie på en modifierad version av kursen med gymnasieungdomar. Eftersom studien var liten hade de låg power. De fick endast signifikant resultat på variabeln stress vid en intent-to-treat-analys, denna hade stor effektstorlek.

De studier på programmet som haft undersökningsdeltagare som mest liknar deltagarna i föreliggande studie är Altbo och Nordin (2007) samt Brinkborg och Michanek (2009). I Altbo och Nordins studie (2007), i vilken kursen gavs till lärare, jämfördes ACT-kursen med en tretimmars föreläsning om stress som inte innehöll ACT-komponenter. I denna studie uppmättes endast mellangruppskillnad för psykologisk flexibilitet vid eftermätning. Ingen mellangruppskillnad noterades på variablerna stress, generell psykologisk hälsa och utbrändhet som också mättes.

Till skillnad från Altbo och Nordins studie (2007) uppmätte Brinkborg och Michanek (2009) förbättringar av mått på stress, generell psykologisk hälsa och utbrändhet när de gav kursen till socialsekreterare. De fick däremot ingen skillnad avseende psykologisk flexibilitet eller krav och kontroll. I studien delade Brinkborg och Michanek upp deltagarna i olika behandlingsgrupper utifrån deras självskattade stressnivå i relation till den använda skalans normvärde (Perceived Stress Scale, PSS=24,4). Deltagarna klassificerades som högstress om $PSS \geq 25$ och lågstress om $PSS < 25$. När grupperna analyserades var för sig fanns förändringarna i hög- men inte i lågstressgrupperna. Medelvärde för samtliga deltagare i experimentgruppen i Brinkborg & Michaneks studie (2009) hade vid förmätningen ett medelvärde för variabeln stress på 27,6 (SD=7,2), samt för den stratifierade experimentgruppen med ”hög stress” ett förmätningssvärde på 31,9 (SD=4,6).

Det har således genomförts ett antal kontrollerade studier på programmet *ACT – Att hantera stress och främja hälsa*. När det gjorts randomiserade studier med påvisade resultat med god intern validitet, är ett logiskt nästa steg att pröva interventionens effektivitet och användbarhet i en vardaglig praktik – i en naturlig miljö med en högre grad av ekologisk validitet (Fife-Schaw, 2006; Kazdin, 2010).

Gruppledd utbildning av ACT-SMI.

En gruppledd utbildning för *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* ges för nuvarande av Fredrik Livheim och kollegor genom KI/FORUM. Gruppledd utbildningen som ges flera omgångar per år, pågår fyra heldagar fördelade på cirka 8 veckor. Kursen har inga förkunskapskrav förutom inläsning av relevant kurslitteratur.

Innan man får leda kursen *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* måste man ha gått en gruppleddarutbildning. Materialet som används av gruppleddaren är en kursmanual, en powerpointpresentation för varje träff samt en CD-skiva med övningar. Manualen beskriver för gruppleddaren den information som ska förmedlas i anslutning till varje powerpointbild. Där finns även ordagranna beskrivningar av övningarna i kursen.

I samband med gruppleddarutbildningen skall gruppleddarna även hålla en egen grupp mellan träffarna. I gruppleddarutbildningen ingår handledning för den eget hållna kursen. De som gått kursen tar sedan den med sig till sin yrkesmässiga vardag. Detta innebär att kursen sprids i Sverige och ges av allt fler yrkesverksamma med varierande teoretisk bakgrund i olika människocentrerade jobb. Brinkborg och Michanek (2009) nämnde i sin studie behovet av att undersöka hur effektiva kurserna är när de hålls av ledare utan psykologutbildning med inriktning KBT, då samtliga tidigare studier på den svenska versionen av ACT-SMI gjorts med gruppleddare med psykologkompetens. Dessutom är det intressant att jämföra om resultaten står sig även i en mer kommersiell organisation i en mindre kontrollerad design.

Syfte, frågeställning och hypoteser

Syftet med studien var att i ett kvasiexperimentellt sammanhang undersöka om kursen *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* (Livheim, opubl.) kunde påverka mått för stress, psykologisk flexibilitet och mental hälsa jämfört med kontrollgrupp. Studien syftade även till att undersöka om kursen i detta sammanhang kunde spegla resultaten från tidigare forskning på motsvarande ACT-SMI i mer experimentell studiedesign, med en icke psykologutbildad gruppleddare.

Studiens frågeställningar var:

1. Påverkar interventionen deltagarnas stress jämfört med kontrollgrupp?
2. Påverkar interventionen deltagarnas psykologiska flexibilitet jämfört med kontrollgrupp?
3. Påverkar interventionen deltagarnas mentala hälsa jämfört med kontrollgrupp?

Metod

Trettioåtta heltidsarbetande kontorsarbetare på regionkontor genomgick hösten 2010 en kurs i stresshantering; *ACT – Att hantera stress och främja hälsa*. Kursdeltagarna jämfördes med fyrtiosex kontorsanställda på samma företag som inte gick kursen. Jämförelsen baserades på för- och eftermätningar av självskattad stress, psykologisk flexibilitet och generell mental hälsa.

Undersökningsdeltagare

Den studerade stresskursen för de anställda gavs under hösten 2010. En inbjudan gick ut till företagets anställda (n=259) via e-post (se bilaga 1). I kursinbjudan framgick att kursdeltagande var frivillig, och att kursen skulle följas upp med en studie som även den var frivillig. Skattningarna hanterades konfidentiellt och redovisas endast på gruppnivå.

Total omfattade kursen 12 timmar, vilket för deltagarna bestod av 10 timmar betald arbetstid och två timmar obetald tid. Före kursstart fick de som anmält sitt deltagande en webbenkät i form av självskattningsformulär med ett följebrev (se bilaga 2) e-postad till sig. Samtliga anmälda deltagare svarade på webbenkäten före kursstart. Samma webbenkät e-postades samtidigt till de medarbetare som inte anmält sig till kursen.

Tabell 1. Demografiska data för studiedeltagarna.

		Experimentgrupp		Kontrollgrupp		Hela företaget	
		n (%)	M	n (%)	M	n (%)	M
Kön							
	Kvinnor	31 (72,1)		39 (54,2)		130 (50,2)	
	Män	12 (27,9)		33 (45,8)		129 (49,8)	
Ålder			45,5		43,1		45,0
Högsta utbildningsnivå							
	Grundskola	3 (7,0)		6 (8,3)			
	Gymnasie	23 (53,5)		30 (41,7)			
	Högskola	7 (16,3)		19 (26,4)			
	Annan eftergymn.	10(23,3)		17 (23,6)			

Anmälningar till kursen mottogs av administrativ personal på företaget. Endast fast anställda som arbetade heltid kunde anmäla sig till kursen. Kontrollgruppen bestod endast av anställda som arbetade heltid. I studien ingick inte högre chefer eller ledningsgrupp.

Före interventionen gjordes oberoende t-test på beroendevariablerna från förmätningarna mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. Signifikant skillnad uppmättes på AAQ-mod ($p=,004$) där experimentgruppen hade lägre värde.

Organisationen

Organisationen i fråga, verksam i flera länder, var ett förändringsbenäget företag där medarbetarna ideligen ställdes inför stressmoment. Det gjordes regelbundet ombeslut, vilka medarbetarna hade att anpassa sig till. Personalen hade tidigare genomgått en sammanslagning mellan två företag vilket ledde till ett ”vi och dom-tänkande” – oberoende av vilket företag man tidigare haft sin tillhörighet i. Organisationen jobbade ständigt med effektivisering samt stod under studiens gång inför en stundande omlokalisering. Trots detta hade de en relativt liten personalomsättning. Företagets svenska division hade en ny chef som ville ta tag i stressen och missnöjet och försöka få medarbetarna att se på företaget med nya ögon. Ledningen på företaget hade själva gått aktuell kurs för samma gruppledare. Studien genomfördes på ett svenskt regionkontor.

Material

Perceived Stress Scale (PSS-14).

PSS-14 (Perceived Stress Scale 14) är ett självskattningsformulär som vi använt för att mäta upplevd stress. Formuläret består av 14 items som besvaras på en femgradig skala från *aldrig* till *mycket ofta*.

Formuläret är utvecklat utifrån Lazarus transaktionella modell (1966 enligt Eskin & Parr, 1996). I denna anses en händelse vara stressande endast om organismen värderar den som hotande samt upplever sina möjligheter att motverka den som otillräckliga. Poängen på PSS har ett spann på 0 till 56 där högre poäng tyder på mer stress. Normvärdet för PSS vid den svenska normeringen (ibid.) uppmättes till 24,4 (SD=8,0).

Formuläret är utvecklat av Cohen, Kamarck och Mermelstein (1983) och översattes 1996 till svenska av Eskin och Parr (1996). I deras studie var den interna konsistensen (Chronbachs alpha) .82 och split-halfreliabiliteten .84.

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-mod).

AAQ-mod (Acceptance and Action Questionnaire, modifierad) är en självskattningsskala som använts för att mäta psykologisk flexibilitet (Ghaderi, Parling, Forslund, Palm & Barnes-Holmes, submitted). AAQ-mod har 6 items och påståendena besvaras på en sjugradig skala från *aldrig sant* till *alltid sant*. Poängen har ett spann mellan 6 och 42. Högre poäng betyder högre psykologisk flexibilitet. Skalan har god intern konsistens (Chronbachs alpha=.88).

AAQ utvecklades ursprungligen av Hayes, Stroschal, Wilson, Bissett och Pistorello, (et al., 2004) och har nyligen reviderats (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz & Zettle, 2010) till AAQ-II, vilken är förlaga till AAQ-mod.

General Health Questionnaire (GHQ-12).

GHQ-12 är en självskattningsskala som vi använt för att mäta generell psykisk hälsa. Den består av 12 påståenden angående de senaste veckorna som besvaras med något av alternativen *aldrig*, *ibland*, *ganska ofta* samt *alltid*. Poängen på GHQ har ett spann på 0 till 36 där högre poängen tyder på sämre mental hälsa.

GHQ-12 rekommenderas för användning i yrkesrelaterade studier (Banks, Clegg, Jackson, Kemp, Stafford & Wall, 1980). I Banks och kollegors studie (1980) hade skalan en Cronbachs alphakoefficient mellan 0.82 och 0.90. Den visade där en viss skillnad i mätresultat mellan män och kvinnor (i en av fyra grupper). Inga skillnader i mätresultat hittades gällande ålder, befattning eller civilstånd.

Demand Control Support Questionnaire (DCSQ).

För att mäta arbetsstressorer används i denna studie självskattningsskalan DCSQ som är en svensköversatt, förkortad version (Sanne, Torp, Mykletun & Dahl, 2005) av Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek, Kawakami, Brisson, Houtman & Bongers, 1998; Landsbergis, Theorell, Schwartz, Greiner & Krause, 2000).

Formuläret innehåller elva frågor som mäter tre olika typer av arbetsstressorer: krav, färdighetsutveckling och beslutsutrymme. De två senare slås ofta ihop till en faktor kallad beslutsutrymme, detta görs framförallt vid studier på enskilda företag. Frågorna besvaras i form av hur ofta påståendet stämmer på en fyrgradig skala från *Nej, så gott som aldrig* till *Ja, ofta*. Högre poäng betyder större krav respektive större beslutsutrymme. Faktorn krav har ett spann från 0 till 14 och faktorn beslutsutrymme har ett spann från 0 till 18.

Skalorna har godtagbar intern konsistens (Chronbachs α =.75-.80 för krav samt α =.76-.77 för latitud enligt Landsbergis och kollegors review (2000); α =.67-.85 för krav och

kontroll i Sanne och kollegors (2005¹). DCSQ har även en skala för socialt stöd som vi dock inte används i denna studie. Höga krav, låg kontroll samt lågt socialt stöd är riskfaktorer för ångest och depression (Sanne et al., 2005).

Utvärdering av kurstillfällena.

Kursdeltagarna fick fylla i en utvärdering vid slutet av varje kurstillfälle. Detta för att kontrollera att deltagarna fick svar på sina frågor på ett tillfredställande sätt och att framställan överensstämde med kursens powerpointpresentation. Denna bestod av frågor kring huruvida kursdeltagarna förstod kursinnehållet samt huruvida den muntliga framställningen överensstämde med presentationsmaterialet (se bilaga 3).

Kursutvärdering.

Kursdeltagarna fick fylla i en kursutvärdering med två frågor kring vad de uppskattat med kursen samt vad de skulle ha önskat ha mer eller mindre av. Denna ifylldes i slutet av kursens sista träff.

Procedur

Kursledaren för interventionen var verksam som organisationskonsult, och var gruppleddarutbildad och förtrogen med programmet. Kursledaren hade förutom den kursen även gått kurser på Humanova och Svenska Imagoföreningen. Kursledaren var ej utbildad psykolog. Stresshanteringskursen gavs inom organisationen i fråga som arvoderat uppdrag inköpt från organisationskonsulten.

Studiens design valdes för att i möjligaste mån kunna studera organisationskonsultens bjudning av gruppinterventionen i sitt naturliga sammanhang, varför vår påverkan hölls till ett minimum. Det var organisationskonsulten som hade all kontakt med kursdeltagarna.

Studien bestod av förmätning, intervention och eftermätning. Experimentgruppens deltagare mottog intervention, medan kontrollgruppens deltagare endast fyllde i för- och eftermätningarna, och fick ingen behandling (s.k. No Treatment Control Group, Kazdin, 2010). Förmätningen var öppen i 16 dagar före kursstart, fram till första kursdagen. Eftermätningarna öppnade dagen efter sista kursträffen och var öppen i 20 dagar. Experimentgruppen (n=43) fördelades till tre ungefär lika stora grupper. Uppdelningen ämnade ge tre grupper som var så lika som möjligt angående kön och uppmätt stressnivå. Vi matchades således grupperna på dessa variabler.

Tabell 2. Studiens design.

Grupp	Förmätning (n)	Intervention	Eftermätning (n)
Experimentgrupp	43	X	38
Kontrollgrupp	72		46

¹ Undersökningen, som gjordes i Norge, innehöll en felöversättning i färdighetsutvecklingsskalan vilket av författarna tolkades som anledning till att delskalan gav lägre än förväntad Chronbachs alpha ($\alpha=.56-.64$).

Av de 43 som anmält sig till kursen genomförde 38 den. Bortfallet bestod av två personer som inte påbörjade kursen, och tre personer som var med vid färre än tre av maximalt fyra tillfällen. I kontrollgruppen svarade 72 på förmätningen och 43 av dessa även på eftermätningen.

Oberoende variabel: ACT – Att hantera stress och främja hälsa samt kontrollgrupp

Kursen gavs till de 3 experimentgrupperna under fyra träffar á tre timmar. De första tre träffarna skedde med två veckors mellanrum och den fjärde och sista träffen 9 veckor efter kursstart. Gemensamt för alla gruppträffar är att det genomförs upplevelsemässiga övningar för att illustrera koncepten i kursen. Övningarna består ofta i en kontext av medveten närvaro, dvs. med kursledarstyrd hjälp att fokusera på nuet och kroppens sensationer innan själva övningen börjar. Kursdeltagarna får en CD-skiva med övningar i medveten närvaro att öva på egen hand med. Andra återkommande teman är metaforer samt att det under varje träff görs en kort qigong-övning. För beskrivningar och exempel på metaforer och upplevelsebaserade övningar som används inom ACT, refereras läsaren vidare till Hayes, Strosahl och Wilson (1999), Flaxman, Blackledge och Bond (2010), Harris (2009), samt Hayes och Smith (2007). För en mer ingående beskrivning av kursens olika moment under respektive träff, se bilaga 4.

Träff 1.

Under träff ett ges kursdeltagarna psykoedukation om stress. Gruppledaren går igenom vad som stressar oss människor samt hur stressreaktionen fungerar fysiologiskt och evolutionärt. Det betonas att problemet vid stress oftast inte är själva stressen utan snarare bristen på återhämtning, tecken på stress gås också igenom. Kursledaren beskriver skillnaden på yttre och inre problem och att yttre problem ofta går att förändra medan vi snarare bör lära oss att acceptera inre problem. Svårigheterna med att undvika tankar och känslor illustreras. Naturlig och onaturlig smärta gås igenom. Övning i medveten närvaro görs.

Hemuppgifter träff 1: Öva på medveten närvaro. Undersöka vad som händer när man kämpar i jämförelse med när man accepterar. Fundera över om det finns någonting jag vill förändra? Motion, gärna minst 30 minuter rask promenad två gånger per vecka.

Träff 2.

Under träff två får deltagarna börja jobba med sin värderade riktning, genom att försöka specificera sina värderingar med hjälp av livskompassen. Livskompassen består av fyra områden: relationer, fritid, arbete/utbildning samt hälsa. Tanken är att värderingar ska sättas upp inom alla dessa områden. Deltagarna får också undersöka vad som hindrar den att leva i enlighet med dem. Vikten av att leva i sin värderade riktning även när det är aversivt betonas. Fortsatt jobb sker med att illustrera hur acceptans är en bra teknik för att hantera tankar.

Hemuppgifter träff 2: Samma uppgifter som föregående vecka plus fortsatt jobb med värderingar med hjälp av livskompassen.

Träff 3.

Under denna träff fortsätter jobbet med värderingar. Deltagarna får definiera vad de konkret kan göra för att leva i sin värderade riktning. De får också undersöka vilka hinder som finns, och fundera ut strategier för att hantera dem. Deltagarna får hjälp att

försöka landa i sitt observerande jag för att frikoppla från sitt konceptualiserade själv. Illustrering sker av hur språket får oss att värdera vilket kan skapa onödigt lidande.

Hemuppgifter träff 3: Samma uppgifter som tidigare samt att göra qigong-övning och att göra något som du aldrig gjort förut.

Träff 4.

Under träff fyra går man igenom jag-budskap samt att tacka ja och tacka nej. För fortsatt strävan mot psykologisk flexibilitet betonas att det är viktigt att agera i linje med sina värderingar, även om det kan kännas jobbigt. Övningar görs i medkänsla med andra och sig själv.

Etiska aspekter

Föreliggande kurs gavs frivilligt till medarbetare i organisationen. Till förmätningen bifogades ett försättsblad som tog upp att vi skulle vara tacksamma om de ville fylla i enkäten samt att resultaten behandlas konfidentiellt (Se bilaga 2). Att deltagarna via enkäten bidrar med information till utvärdering och studie nämndes också. Vi valde att inte ingripa om någon skulle visa sig ha höga värden på någon skala, med hänsyn till konfidentialiteten. Däremot skickas en genomgång av resultaten av stressformuläret på gruppnivå till organisationen. Även organisationen samt organisationskonsulten är i denna studie konfidentiella.

Databearbetning

Statistisk analys av data utfördes med SPSS/PASW Statistics version 18. Då experiment- och kontrollgrupp skiljer sig vad gäller medelvärden vid förmätning rekommenderas analys med hjälp av förbättringspoäng (Gain Score Analysis) eller ANCOVA (Maris, 1998; Samuels 1986). Vi har analyserat data både med analys av förbättringspoäng och tvåvägs ANCOVA (Maris, 1998), och redovisar resultat för båda typerna av analys.

Analysen av förbättringspoäng utfördes genom att förmätningspoängen subtraherades från eftermätningspoängen för att få fram ett förbättringsvärde. Detta analyserades sedan med ett oberoende t-test. ANCOVA gjordes mellan eftermätningarna för de båda grupperna för varje variabel med förmätningarna som kovariat (Green & Salkind, 2008).

Resultat

Interventionens effekt

För att undersöka effekten av interventionen användes t-test för förbättringspoäng samt envägs ANCOVA med förmätningen som kovariat. Nedan redovisas resultaten av dessa analyser.

Resultat vid analys av förbättringspoäng.

Analysen av förbättringspoäng gav signifikanta skillnader mellan experiment och kontrollgrupp för variablerna stress (PSS) och psykologisk flexibilitet (AAQ-mod). Båda effektstyrkorna skattades till medium räknat med cohens *d*. Stress hade minskat mer i experimentgrupp än i kontrollgrupp från för- till eftermätning. Psykologisk flexibilitet hade ökat mer i experimentgrupp än i kontrollgrupp från för- till eftermätning. Övriga mått påvisade ingen skillnad mellan grupperna vid analys av förbättringspoäng.

Tabell 3. Resultat av analys av förbättringspoäng.

	Experimentgrupp (n=38)	Kontrollgrupp (n=46)		
	Förbättringspoäng	Förbättringspoäng	t_{82}	Cohens <i>d</i>
	M (SD)	M (SD)		
PSS-14	-2,84 (7,44)	1,04 (5,74)	2,701**	0,60
AAQ-mod	1,58 (4,88)	-1,17 (3,18)	2,991**	0,70
GHQ-12	-,63 (3,18)	,13 (3,14)	N/S	
DCSQ Krav	-,24 (2,59)	,50 (1,56)	N/S	
DCSQ Beslutsutrymme	,39 (2,32)	,15 (2,10)	N/S	

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$, N/S = ej signifikant

Cohens riktklinjer för att tolka *d*: Liten: 0,2; medium: 0,5; stor: 0,8 (Borg & Westerlund, 2006)

Resultat vid ANCOVA.

En analys med envägs ANCOVA gav signifikant effekt av grupp för variablerna psykologisk flexibilitet (AAQ-mod) och mental hälsa (GHQ-12). Psykologisk flexibilitet hade ökat i experiment- jämfört med kontrollgrupp med stor effekt. Mental hälsa hade förbättrats hos experimentgrupp jämfört med kontrollgrupp med medium-stor effekt (högre poäng betyder sämre hälsa). Övriga mått skilde sig inte signifikant mellan grupperna.

Tabell 4. Resultat av envägs oberoende ANCOVA för fullföljare med förmätningen som kovariat.

	Experimentgrupp (n=38)	Kontrollgrupp (n=46)	Grupp F _{1,80}	Partiell η^2
	M (SD)	M (SD)		
PSS-14			N/S	
Före	23,8 (8,5)	20,7 (7,1)		
Efter	20,9 (7,4)	21,8 (8,6)		
AAQ-mod			17,938***	,183
Före	33,1 (6,6)	36,6 (4,9)		
Efter	34,7 (4,7)	35,5 (5,9)		
GHQ-12			10,638**	,117
Före	10,4 (4,1)	10,1 (4,7)		
Efter	9,8 (3,4)	10,2 (5,9)		
DCSQ Krav			N/S	
Före	15,0 (2,6)	14,7 (2,4)		
Efter	14,7 (2,5)	15,2 (2,2)		
DCSQ Beslutsutrymme			N/S	
Före	16,6 (2,7)	17,2 (3,1)		
Efter	17,0 (2,4)	17,3 (2,7)		

*p<,05, **p<,01, ***p<,001, N/S = ej signifikant

Cohens riktlinjer för att tolka partiell η^2 : Liten: 0,01; medium: 0,06; stor: 0,14 (Green & Salkind, 2008; Pallant, 2010)

Närmare analys av PSS.

Vid en analys av data från PSS-14 vid förmätningen (n=115) utifrån det svenska normvärdet (PSS=24,4), sammanräknades de individer som skattat PSS ≥ 25 och tilldelades gruppen "hög stress" (n=41). För denna grupp erhåller vi då medelvärdet 30,0 (SD=4,8).

Vidare ger denna analys av samtliga förmätningar att de individer som skattat PSS ≥ 25 ligger jämnt fördelat mellan experimentgrupp (n=21) och kontrollgrupp (n=20). Av de kursdeltagare som uppvisade hög stress vid förmätningen, besvarade 19 även eftermätningen. Av dessa 19 med initialt "hög stress" som fullföljde kursen, hade 8 vid eftermätningen skattat minskad upplevd stress, varpå de hade passerat cut-off-värdet till "låg stress" (PSS <25 vid eftermätningen). Motsvarande analys för kontrollgruppen visade att av dem som som initialt skattat "hög stress" var det 11 som även besvarade eftermätningen. Av dessa var det vid eftermätningen 3 som skattat minskad upplevd stress motsvarande PSS < 25, och hade därmed passerat cut-off-värdet till "låg stress".

Bortfallsanalys

För att kontrollera för systematik i bortfallet hos kontrollgruppen gjordes en jämförelse mellan de som fyllt i eftermätning och de som inte gjort det. Ett oberoende t-test visade ingen signifikant skillnad i någon av beroendevariablerna eller ålder.

Utvärdering av kurstillfällena

Kursdeltagarna fick fylla i en utvärdering vid slutet av varje kurstillfälle. Detta för att kontrollera att deltagarna fick svar på sina frågor på ett tillfredställande sätt och att framställan överensstämde med kursens powerpointpresentation. I tabell 6 framgår att kursdeltagarna instämde i hög utsträckning med påståendena. Deltagarna upplevde i hög utsträckning att de förstod innehållet och de tyckte att innehållet överensstämde med den manualiserade powerpointen. Poängen på fråga två drogs ner litegrand av att några ringade in 4 eftersom de inte hade några frågor.

Tabell 6. Överensstämmelse med manual på en skala från 1 (Stämmer inte alls) till 7 (Stämmer helt).

	M	(SD)
1. Jag upplever att jag förstod kursinnehållet under dagens kurstillfälle.	6,19	(,84)
2. Jag fick svar på mina frågor under dagens kurstillfälle.	5,97	(1,03)
3. Innehållet i det muntliga framförandet stämde med innehållet i Powerpoint-presentationen under dagens kurstillfälle.	6,74	(,66)
4. Vi hann med alla sidor i Powerpoint-presentationen under detta kurstillfälle.	6,74	(,75)

Kursutvärdering

I den kvalitativa utvärdering som gjordes var deltagarna överlag väldigt nöjda med kursen och tyckte att de fått lära sig nya sätt att hantera jobbiga situationer. Somliga hade velat ha mer eller mindre upplevelsemässiga övningar. Några stycken tyckte att de två sista övningarna på kursen inte borde varit med.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka om stress, psykologisk flexibilitet samt mental hälsa påverkas av kursen *ACT – Att hantera stress och främja hälsa*, med stress, mätt med PSS-14, som primärt utfallsmått. Vidare mättes också arbetsplatsens krav och beslutsutrymme för att se om de båda betingelserna verkade jämförbara mellan experiment- och kontrollgrupp i detta hänseende. Vi har analyserat resultaten i form av ANCOVA samt t-test på förbättringspoäng.

Resultaten påvisade signifikant gruppskillnad vid analys av förbättringspoäng avseende variablerna stress samt psykologisk flexibilitet. Vid ANCOVA uppmättes istället signifikant gruppskillnad på psykologisk flexibilitet samt generell mental hälsa. Detta tyder på att stresshanteringskursen *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* fungerar för att lära kursdeltagarna psykologisk flexibilitet, mätt med AAQ-mod, i aktuell setting med denna kursledare. Däremot är fynden osäkra kring variablerna stress och generell mental hälsa, mätt med GHQ-12.

Den kvasiexperimentella designen har bidragit till att undersöka hur kursen fungerar i ett mindre kontrollerat sammanhang; som arvoderat uppdrag från en organisationskonsult till arbetsliv och organisation. Detta med en gruppleddare som inte innehaft formell psykologkompetens, vilket har varit fallet för tidigare studier på denna kurs.

Resultaten kring variabeln stress har varierat lite mellan de olika studierna på kursen, men de flesta (Stevenow, 2008; Jacobsson & Wellin, 2006; Brinkborg & Michanek, 2009) har fått signifikant effekt, dock inte Livheim (2004) och inte Altbo och Nordin (2006). Denna studie på en grupp kontorsarbetare, sett till gruppernas medelvärden med hänseende till PSS, ligger snäppet under självskattad stressnivå för socialarbetarna i Brinkborg & Michaneks studie. Som grupp betraktat kan studiens experimentgrupp ses som subklinisk, då gruppmedelvärdet låg strax under det svenska normvärdet för PSS. Detta kan ha påverkat denna studies tvetydiga resultat kring variabeln.

Kursens signifikanta effekt på psykologisk flexibilitet ligger linje med de flesta av föregående studier på denna stresskurs: Livheim (2004), Jacobsson & Wellin (2006), Stevenow 2008) samt Altbo och Nordin (2007) fick alla effekt på acceptans av denna kurs. Brinkborg och Michanek (2009) hade dock inte signifikant skillnad på denna variabel. Det verkar med andra ord som att kursen för det mesta påverkar psykologisk flexibilitet. Enligt teorin inom ACT utökar detta deltagarnas beteenderepertoar i närvaro av stress (och andra aversiva upplevelser) samt minskar deltagarnas belastning (Bond & Hayes, 2002). Psykologisk flexibilitet är det man framförallt adresserar i kursen. Detta är tänkt att på sikt påverka deltagares agerande i förhållande till omvärden, inte primärt att minska symptom.

GHQ är ett mått som förändrats i vissa av tidigare gjorda studier. Resultaten i föreliggande studie är tvetydiga, med icke-signifikant resultat vid analys av förbättringspoäng och signifikant resultat vid ANCOVA. Att uppmäta skillnader på detta instrument skulle kanske underlättas om man gör en uppföljningsmätning när det gått längre tid sen deltagarna gått kursen, eftersom det förefaller vara att "trögare" mått som tar längre tid att förändra. Det är möjligt att förbättrade värden på GHQ kräver att de har tid att använda de färdigheter de lärt sig under kursen, att deras ökade acceptans ska bära frukt (Gardner et al., 2005). Det verkar som att ACT-interventioner har större effekt vid uppföljningsmätning (Hayes et al., 2006). Fynd från longitudinella ACT-studier har visat att psykologisk flexibilitet vid senare uppföljningsmätningar påverkat generell mental hälsa till det bättre, medan man ej funnit stöd för att GHQ skulle predicera AAQ (Hayes et al., 2006).

Utfallsmåttet för krav och beslutsutrymme förändrades inte signifikant. Eftersom detta mått fångar upp arbetsplatsens karaktär är det inte helt oväntat. Detta ligger i linje med hur ACT är tänkt att fungera, genom att belysa individens förhållningssätt snarare än arbetsplatsens karaktär. I tidigare skede av studien fanns ett intresse av att undersöka inte bara kontorsarbetare utan även industriarbetare på samma arbetsplats. I det fallet hade det varit intressant att jämföra arbetsplatsernas påverkan på de olika yrkeskategorierna. Så blev dock inte fallet.

Kursdeltagarnas upplevelse av kursen var överlag positiv och många tyckte att de lärde sig mycket på kursen. Att deltagarna var nöjda med kursen borgar för att de ska fortsätta använda det de lärt sig. Det finns också möjlighet att deltagarnas intresse bidrar till att

de sprider kunskapen och att stresskursen i längden på sätt och vis också kommer även dem som inte gått kursen till del.

Metoddiskussion.

Då samma organisationskonsult var gruppleddare för alla grupper i studien har vi inte kunnat analysera gruppleddareffekter på kursen. Vår mätning av kursledarens muntliga framställning i förhållande till det manualiserade presentationsmaterialet tyder på att hon följde det. Hur själva leveransen av kursen har gått till kan vi dock inte veta. Det hade varit önskvärt med en utomstående bedömning av hur kursen gavs för att avgöra kompetens samt trohet till manualen.

Bristen på randomisering skedde med anledning av ett redan ingånget avtal mellan organisationskonsulten och organisationen, det låg med andra ord utanför vår kontroll. Detta medför brister i generaliserbarheten av studiens fynd, men innebär också åtminstone en fördel: Designen porträtterar förhoppningsvis i högre utsträckning än randomiserade studier hur kursen brukar se ut när den ges utanför experimentella miljöer (Fife-Schaw, 2006; Kazdin, 2010). Denna studie gjordes under de premisser som vinstdrivna organisationer lyder under och kan därför anses ha en hög ekologisk validitet, det enda vi styrde med upplägget av själva kursen var indelningen av grupper. Föreliggande studie blir på så vis en ögonblicksbild av något som sker dagligen i organisationer.

En potentiell confounder är att de som gick kursen alla var frivilliga och att de som valde att inte gå kursen användes som referensgrupp. I experimentgruppen deltog en större andel kvinnor än i kontrollgruppen trots att könsfördelningen i övrigt på företaget var jämn. Kvinnor har också en högre benägenhet att delta i frivilliga studier (Kazdin, 2010). Detta gör att det skulle kunna finnas bakomliggande anledningar till skillnaden i grupperna vid eftermätning. Vi kan inte heller utesluta placeboeffektens inverkan på resultatet eftersom kontrollgruppen inte fick något substitut för kursen som Öst (2008) förespråkar. Vi hade från början tänkt låta kontrollgruppen få delta aktivt i något moment för att kontrollera för eventuell placeboeffekt (motsvarande psykoedukation och rational om stressorer och stress e.d). Vi fick avslag på detta då tidsresurserna för personalen inom organisationen anses som ansträngda – vi fick inte ta mer av deras tid än vad som redan gick åt för dem genom sitt deltagande i den redan planerade kursen.

I föreliggande studie med frivilligt deltagande, har ungefär hälften av de individer som uppvisat hög stressnivå vid förmätningen ej erhållit någon SMI. Deltagandet var förvisso frivilligt, men att flertalet ej anmält sig som kursdeltagare trots hög upplevd stressnivå kan ha många skäl.

För framtida tillämpning av stresshanteringskurser bör ett så kallat screeningförfarande övervägas för att identifiera och möjliggöra för sekundärpreventiv stressintervention främst för de som skattat hög stressnivå. Utifrån detta bör man motivera deltagande och främst erbjuda kursdeltagande till dessa. (Perski & Jeding, 2008; Flaxman & Bond, 2010; Kelloway & Day, 2005a; 2005b; Gardner et al, 2005). Av experimentgruppens 19 fullföljare med hög stress, hade 8 vid eftermätningen förbättrats och skattat lägre än normvärdet till låg stress (PSS <25). Av kontrollgruppens 11 fullföljare hade 3 vid eftermätningen förbättrats och skattat lägre än normvärdet. En större andel av experimentgruppens fullföljare hade således förbättrats på detta mått. Samtidigt bör noteras att fler i kontrollgruppen, som vid förmätningen hade PSS \geq 25, ej besvarade

eftermätningen . Att se på antalet skattningar som passerat cut-off-värdet från ”hög stress” till ”låg stress” som ett mått på förbättring med avseende på stress kan således anses som grovt. Måttet fångar inte gruppskillnader på ett fullödigt vis. De som förändrats på detta vis skulle alltså vid ett screeningförfarande inte ansetts vara i behov av stresshanteringskurs vid tidpunkten för eftermätningen.

Slutsatser.

Resultaten bör p.g.a. den ickerandomiserade designen tolkas med försiktighet och är tvetydiga för den svenska versionen av ACT-SMI gällande effectiveness. Kursledaren tycks ha kunnat lära ut psykologisk flexibilitet men studien ger inga entydiga resultat angående stress. Det krävs fler, mer stringenta, studier av icke psykologutbildade kursledare innan en rekommendation av ickepsykologutbildade gruppleddare kan göras.

Vidare forskning.

Det utbildas löpande nya kursledare i detta program med olika yrkeskompetenser. Denna studie är för liten för att utvärdera vilken förförståelse som är nödvändig för att leda kursen. Föreliggande studie har gjorts med endast en kursledare, som sysslat med ACT en längre tid och gav inte entydiga resultat med olika analysmetoder. Att i mer rigorösa studier undersöka effectiveness skulle utveckla kunskapen om hur kursen fungerar utanför de välkontrollerade experimenten. Det vore också önskvärt med efficacystudier designade för att utvärdera gruppleddareffekter av olika kompetens.

Förhoppnings är denna studie bara en av flera kommande effectiveness-studier kring preventiva stresskurser. Detta skulle främja stresspreventionsarbetet på åtminstone två sätt. För det första: Kompetensen att leverera kursen hos de som utbildat sig till gruppleddare skulle säkras i högre utsträckning. För det andra: Ju tydligare resultat desto säkrare kan vi veta om och i vilka fall kurserna kan rekommenderas.

Föreliggande studies ACT-SMI innehåller en stor del medveten närvaro, vilket även visat sig vara effektiv som enskild intervention (Murphy, 1996; van der Klink et al., 2001; Richardson & Rothstein, 2008). Det vore intressant att jämföra studien med ett renodlat medveten närvaro-protokoll för att utvärdera vad de andra komponenterna bidrar med. Ett enkelt sätt skulle vara att göra en studie där kontrollgruppen får samma skiva med övningar i medveten närvaro som experimentgruppen.

Hälsoklimat i organisationer.

Även om sekundärpreventiva interventioner (SMI) i gruppformat för att hantera stress är välgörande för deltagare (Murphy, 1996; van der Klink et al., 2001; Richardson & Rothstein, 2008), behövs tydliga finansiella incitament för att vinstdrivande organisationer ska införa och bekosta dessa. Ytterligare ett sätt att utveckla dessa incitament vore att göra hälsoekonomiska studier kring denna och andra stresshanteringskurser. Det bör också poängteras att stresskurser inte får vara det enda sättet att bemöta stress på arbetsplatser. Det behövs också aktivt arbete med att se till att arbetsplatser i sig främjar hälsa (Kelloway & Day, 2005a; 2005b). Sådan primärprevention kan ske dels genom att utbilda personal på alla nivåer kring stress och dels genom översyn av arbetsuppgifter så att krav som ställs på medarbetarna är rimliga. Organisationer bör också adressera ledarskapsfrågor för att skapa ett hälsofrämjande arbetsklimate, t.ex. i form av transformativt ledarskap (Arnold et al., 2007; Nielsen & Munir 2009).

En kurs som främjar psykologisk flexibilitet uppmuntar deltagarna att ändra på det som går att ändra för att följa sina värderingar, även när det väcker olust. Detta kan på en arbetsplats t.ex. innebära att be om andra arbetsuppgifter eller att få avsluta sin anställning. På detta vis skulle denna kurs potentiellt kunna bidra till att personer som inte trivs lämnar sina arbetsplatser. Detta återstår dock att undersöka eftersom det inte studerats. Om så är fallet kommer det krävas organisationer som är öppna för förändring till sina anställdas bästa för att ge kurser som fokuserar på psykologisk flexibilitet.

Referenser

- Allvin, M., Aronsson, G., Hagström, T., Johansson, G. & Lundberg, U. (2006). *Gränslöst arbete - socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Stockholm: Liber.
- Almén, N. (2007). *Stress- och utmattningsproblem. Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Altbo, S., & Nordin, L. (2007). *ACTa våra stressade lärare – En randomiserad studie om Acceptance & Commitment Therapy (ACT) för stressade lärare*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Lunds Universitet: Psykologiska institutionen, Lund.
- Arbetsmiljöverket (2009). *Systematisk arbetsmiljöarbete mot stress*. ISBN 91-7464-423-8.
- Arnold, K., Turner, N., Barling, J., Kelloway, K. & McKee, M. (2007). Transformational Leadership and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Meaningful Work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (3), 193–203.
- Åsberg, M., Sköld, U., Wahlberg, K., Nygren, Å. (2006). Mindfulness-meditation – ny gammal metod för att lindra stress. *Läkartidningen*, 103:42, 3174-3177.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(2), 125-143.
- Banks, M., Clegg, C., Jackson, P., Kemp, N., Stafford, E. & Wall, T. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. & Dymond, S. (2001). Self and Self-Directed Rules. I S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. T. Roche (Red.) *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (sid. 119-140). New York: Plenum.
- Barnes-Holmes, D., O'Hora, D., Roche, B., Hayes, S., Bisset, R., & Lyddy, F. (2001) Understanding and Verbal Regulation. I S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. T. Roche (Red.) *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (sid. 103-118). New York: Plenum.
- Biglan, A., & Hayes, S. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Biglan, A., Hayes, S., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Prevention 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 kontrollerad studie baserad på ACT*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Bond, F. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156-163.
- Bond, F. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 8 (6), 1057-1067.
- Bond, F. & Hayes, S. (2002). Act at work. I F.W. Bond & W. Dryden (Red.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (sid. 117-139). Chichester, NY: Wiley corp.
- Bond, F. (2004). Act for stress. I S.C. Hayes & K.D. Strosahl (Red.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (sid. 275-293). New York: Springer Science & Business Media, Inc.

- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Orcutt, H., Waltz, T. & Zettle, R. (Submitted). Acceptance and Actions Questionnaire - II A revised measure of psychological flexibility and acceptance. Hämtad 2010-08-02: http://www.contextualpsychology.org/acceptance_action_questionnaire_aaq_and_variations.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.
- Brinkborg, H. & Michanek, J. (2009). *ACT vid stress – en randomiserad kontrollerad studie av en gruppintervention för socialsekreterare*. (Oplicerad psykologexamensuppsats). Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Bunce, D. & Stephenson, K. (2000). Statistical Considerations in the Interpretation of Research on Occupational Stress Management Interventions. *Work & Stress*, 14:3, 197–212.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cooper, C., Dewe, P. & O'Driscoll, M. (2003). Employee Assistance Programs. I Quick & Tetrick (Red.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (sid. 289-304). Washington, DC: APA.
- De Backer et al., (2003). European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal*, 24, 1601–1610.
- Donaldson-Feilder, E. & Bond, F. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32, 2, 187-203.
- Dougher, M., Hamilton, D, Fink, B, Harrington, J. (2007) Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88, 179-197.
- Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.), *Stress - Molekylerna, individen, organisationen, samhället*. Stockholm: Liber.
- Eskin, M. & Parr, D. (1996). *Introducing a swedish version of an instrument measuring mental health* (Reports from the department of psychology, No. 813). Stockholm University, Department of Psychology.
- Farmer, R. & Chapman, A. (2008). *Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy*. Washington, DC: APA.
- Fife-Schaw, C. (2006). Quasi-Experimental Designs. I Breakwell, G., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J. (Red.) *Research Methods in Psychology*. 3rd ed. (Sid.88-103). Oxford: Sage Publications Ltd.
- Flaxman, P. & Bond, F. (2010). Worksite Stress Management Training: Moderated Effects and Clinical Significance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15:4, 347-358.
- Flaxman, P., Blackledge, J. & Bond, F. (2010) *Acceptance And Commitment Therapy - Distinctive Features*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E., & Pieterse, M. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Journal of Behavior Modification*, 34(6):503-519.
- Fletcher, L. & Hayes, S.C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336.
- Försäkringskassan (2007). *Långtidssjukskrivna – demografi, arbete, yrke, diagnos, sjukpenningrätt och återgång i arbete 2003, 2005 och 2006*. Artikel nr: 2007:6, ISSN 1653-3259.

- Fox, E. (2008). Contextualistic perspectives. I J. M. Spector, M. D. Merrill, J. van Merriënboer, & M. P. Driscoll (Red.) *Handbook of research on educational communications and technology* (3rd Ed.). (sid.55-66). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P. & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, 19(2): 137-152.
- Ghaderi, A., Parling, T., Forslund, B., Palm, T., & Barnes-Holmes, D. (Submitted). *Exploring acceptance of negative and positive emotions using the Implicit Relational Assessment Procedure and two explicit measures*. Uppsala universitet: Institutionen för psykologi.
- Gifford, E. & Hayes, S. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. I W. O'Donohue & R. Kitchener (Red.), *Handbook of behaviorism* (sid. 285-327). San Diego: Academic Press.
- Green, S., & Salkind, N. (2008). *Using SPSS for Windows and Macintosh – Analyzing and Understanding Data -5th ed.* New Jersey: Pearson Education.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Harris, R. (2009). *Lyckofällan – skapa det liv du vill leva med ACT, mindfulness och engagemang*. Stockholm: Natur & kultur.
- Hayes, S. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. I S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Red.), *Varieties of scientific contextualism* (sid. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Red.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S., Hayes, L. & Reese, H. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97-111.
- Hayes, S., Louma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. & Smith, S. (2007). *Sluta grubbla börja leva*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., Dykstra, T., Batten, S., Bergan, J., Stewart, S., Zvolensky, M., Eifert, G., Bond, F., Forsyth J., Karekla, M., & McCurry, S. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hinton, E, Dymond, S, Von Hecker, U. & Evans, C. (2010). Neural correlates of relational reasoning and the symbolic distance effect: Involvement of parietal cortex. *Neuroscience*, 168, 138-148.
- Ivancevich, J., Matteson, M., Freedman, S. & Philips, J. (1990). Worksite Stress Management Interventions. *American Psychologist*, 45:2, 252-261.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.

- Jakobsson, C., & Wellin, J. (2006). *ACT Stress i skolan. En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10:2, 144-156.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-311.
- Karasek, R., Kawakami, N., Brisson, C., Houtman, I. & Bongers, P. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessment of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychological Review*, 30, 467-480.
- Kazdin, A. (2010). *Research Design in Clinical Psychology*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon
- Kelloway, K., & Day, A. (2005a). Building Healthy Workplaces, What We Know So Far. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37:4, 223-235.
- Kelloway, K., & Day, A. (2005b). Building Healthy Workplaces, Were We Need to Be. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37:4, 309-298.
- Landsbergis P., Theorell T., Schwartz J., Greiner B., Krause N. (2000). Measurement of psychosocial workplace exposure variables. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 15:163-188.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Levi, L. (2002). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. I Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.) *Stress - Molekylerna, individen, organisationen, samhället*. (sid. 44-61) Stockholm: Liber.
- Linden, W., Stossel, C. & Maurice, J. (1996). Psychosocial Interventions for Patients with Coronary Artery Disease. *Archives of Internal Medicine*, 156(7):745-752.
- Livheim, F. (2004). *Acceptance and commitment therapy i skolan- att hantera stress. En randomiserad, kontrollerad studie*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.
- Livheim, F. (2008). *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* (Opublicerad manual). Forskningscentrum för psykosocial hälsa, Maria ungdom och Karolinska Institutet (FORUM).
- Livheim, F. (2010). *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* (Opublicerad manual). Forskningscentrum för psykosocial hälsa, Maria ungdom och Karolinska Institutet (FORUM).
- Louma, J., Hayes, S. & Walser, R. (2007). *Learning ACT, an acceptance & commitment therapy skill-training manual för therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Maris, E. (1998). Covariance adjustment versus gain scores-revisited. *Psychological Methods*, 3, 309-327.
- McEwen, B. (1998) Protective and damaging effects of stress mediators: Allostasis and allostatic load. *New England Journal of Medicine*, 338(3):171-179.
- Molinsky, A. (1999). Sanding down the edges: Paradoxical impediments to organizational change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), 8-24.

- Murphy, L. (1996). Stress Management in Work Settings: A Critical Review of the Health Effects. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 112-135.
- Nielsen, K. & Munir, F. How do transformational leaders influence followers' affective well-being? Exploring the mediating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 23(4), 313 - 329
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (version 18)*, 4th ed. Maidenhead: Open University Press.
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeulen, G. (2007). Fourth European Working Conditions Survey. *Eurofound, the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. ISBN 92-897-0974-X.
- Perski, A. & Jeding, K. (2008) Att motverka kronisk stress och utbrändhet. I Orth-Gomér & Perski (Red.), *Preventiv medicin – Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Quick, J., Quick, D., Nelson, D. & Hurrell, J. (1997). *Preventive Stress Management in Organizations*. Washington, DC: APA
- Ramnerö, J. & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC*. Lund: Studentlitteratur.
- Richardson, K. & Rothstein, H. (2008). Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13:1, 69–93.
- Ruiz, F. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Samuels, M. (1986). Use of Analysis of Covariance in Clinical Trials: A Clarification. *Controlled Clinical Trials* 7:325—329.
- Sanne, B., Torp, S., Mykletun, A. & Dahl, A. (2005). The Swedish Demand–Control–Support Questionnaire (DCSQ): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 166–174.
- Sauter, S., Murphy, L. & Hurrell, Jr., J. (1990). Prevention of Work-Related Psychological Disorders. *American Psychologist*, 45:10, 1146-1158.
- SBU, (2010) Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn - En systematisk litteraturoversikt. (preliminär version webbpublicerad 10-05-19). Rapport nr: 202. ISBN 978-91-85413-38-6. ISSN 1400-1403.
- Semmer, N. (2003). Job Stress Interventions and Organization of Work. I Quick & Tetrick (Red.), *Handbook of Occupational Health Psychology*. (sid. 325-353). Washington, DC: APA.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapporten 2009*. Artikel nr: 2009-126-71, ISBN 978-91-978065-8-9.
- Stevenow, E. (2008) *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) To prevent stress and promote health - Psychological Treatment of Youth under Stressful Conditions – A Pilot Evaluation of the Impact of ACT in an Adolescent Group*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Köpenhamns universitet, Institutet för Psykologi.
- Stewart, I., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Bond, F., & Hayes, S. (2006). Relational Frame Theory and Industrial/Organizational Psychology. I S. C. Hayes, F. W. Bond, D. Barnes-Holmes, & J. Austin (Red.), *Acceptance and Mindfulness at Work: Applying Acceptance and Commitment Therapy and Relational Frame Theory to Organizational Behavior Management* (sid. 55-90). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Tetrick, L. & Quick, J. C. (2003). Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. I Quick & Tetrick (Red.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (sid. 289-304). Washington, DC: APA.

- Törneke, N. (2009). *Relational Frame Theory. Teori och praktisk tillämpning*. Lund: Studentlitteratur.
- van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. & van Dijk, F. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health, 91*, 270-276.
- Währborg, P.(2003). *Stress - och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och kultur.
- Wegner, D., Schneider, D., Carter, S. & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5-13.
- Wenzlaff, R., & Wegner, D. (2000). Thought suppression. I S. T. Fiske (Red.), *Annual review of psychology* 51, 59-91. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- WHO. (2005). Constitution of the World Health Organization. Hämtad 2011-01-05: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and metaanalysis. *Behaviour reasearch and therapy, 46*, 296-321.

Bilaga 1. Inbjudan till företagets anställda

Hej!

[Organisationskonsulten] heter jag och har fått förmånen att leda ”ACT at Work” hos er på [Företaget] hösten 2010.

Jag har arbetat som konsult i ledarskapsfrågor för [Företaget] under ett 10-tal år kopplat till det 1-åriga ledarskapsprogram som [Företaget] chefer erbjuds.

Mina kompetensområden är främst frågor kring relationer, psykosocial arbetsmiljö, motivation, konflikthantering, ledar- och medarbetarskap, stress relaterade frågor och hälsa.

Under hösten 2009 gick samtliga ledare på [Företaget] i Helsingborg en kurs i att hantera stress och främja hälsa. Kursen kallas ”ACT at Work”. ACT står för Acceptance Comittment Training och handlar om att utveckla förmågan att hantera den stress som oundvikligt finns i livet och att främja både psykisk och fysisk hälsa. Målet med ”ACT at work” är att hjälpa dig som kursdeltagare att ta steg i riktning mot vad som är viktigt i ditt liv och stödja dig i att hantera det som vill hindra dig att leva det liv du vill leva.

Varför ACT – Att hantera stress och främja hälsa?

Den psykiska ohälsa i Sverige har ökat med 200-300 % bara sedan mitten av 80-talet. Detta har man sett i ett flertal studier, tyvärr är det väldigt lite forskning som är gjord på vad det beror på. Det vi vet är att den psykiska ohälsan handlar om stress påverkan och brist på återhämtning och att psykisk ohälsa är ett galopperande folkhälsoproblem. Vi vet också att förebyggande åtgärder sparar både mänskligt lidande och ekonomi.

Nu har [platschef], er nye platschef tillsammans med ledningsgruppen i [staden] beslutat att ge möjlighet för övriga medarbetare att få samma kurs. Detta för att vidareutveckla [Företaget, staden] till en hälsosam, kreativ och fortsatt framgångsrik arbetsplats. En arbetsplats där människor upplever att de mår bra och kan växa, utvecklas och bidra till företagets framgång.

”ACT at Work” är en kurs som omfattar 12 timmar, uppdelad på 4 tillfällen á 3 timmar. De tre första tillfällena ligger med 14 dagars intervall och mellan tillfälle 3 och 4 är det fyra veckor.

Vi kommer att starta 2 grupper den 1 september och 2 grupper den 8 september 2010. Grupp 1) den 1/9 2010 kl. 09.00-12.00, Grupp 2) 1/9 2010 kl. 15.00-18.00, Grupp 3) den 8/9 2010 kl. 09.00-12.00, Grupp 4) 8/9 2010 kl. 15.00-18.00. Vid tillfälle två kommer tiderna att växla så att Grupp 1 o 3) går på eftermiddagen och Grupp 2 o 4 går på förmiddagen. Det innebär att du 2 av 4 tillfällen går kursen på förmiddagen och de andra två tillfällena på eftermiddagen.

Varje grupp har plats för 20 deltagare. Det innebär att totalt 80 medarbetare ges möjlighet att gå kursen under hösten 2010. Så ”förts till kvarn” gäller för hösten 2010. Frivilligheten är ett viktigt moment i kursen, då det är en kurs som behöver att du är engagerad och vill ta till dig kunskapen och träna på verktygen mellan gångerna vi ses. Du kommer att få en CD-skiva för att träna medveten närvaro, som är ett av verktygen för att hantera stress och främja hälsa. All under visning och alla verktyg i kursen har vetenskaplig grund. Flera forskningsstudier är gjorda på ACT med fina resultat. Det vill säga att deltagarna efter kursen upplever större välbefinnande, ökad harmoni och ökad energi och fokus.

Bilaga 1. Inbjudan till företagets anställda

Kursinnehåll:

- Hur kan vi förhålla oss till den stress som är ofrånkomlig i vårt dagliga liv?
- Vad bör vi acceptera och vad kan vi förändra?
- Vad är stress och vad händer i kroppen när vi är stressade?
- Hur kan vi förhindra depression eller utmattningsdepression?
- Vad tycker jag är viktigt och vad ska mitt liv stå för?
- Att identifiera vad jag som kursdeltagare vill ska finnas med i mitt liv inom livets olika områden.

Vi lär oss även att undersöka strategier och möjligheter för att konkret börja ta steg i riktning mot det liv vi vill leva.

Jag följer mitt arbete med "ACT at Work", vilket innebär att du vid första tillfället kommer att få fylla i en enkät, som är strikt konfidentiell. Du kommer att få fylla i samma enkät vid sista tillfället. Detta för att jag vill se hur kursen har påverkat i avseende att hantera stress och främja psykisk och fysisk hälsa.

Det är frivilligt att delta i studien vilket innebär att du är välkommen att delta i kursen även om du väljer att inte vara med i studien och jag är tacksam om du vill vara med.

Anmäl dig till: "Förts till kvar"!

Välkommen!

Vänliga hälsningar

[Organisationskonsulten]



STOCKHOLMS UNIVERSITET

Psykologiska institutionen

Enkät rörande arbetssituation och stress

Före sommaren blev du som anställd på [företaget] i [staden] inbjuden att under hösten delta i stresshanteringskursen "ACT at work" – en kurs som leds av [Kursledaren]. Kursen som inleds i September följs även upp med en studie. Oavsett om du tackat ja till kursen eller inte, är vi mycket tacksamma om du läser vidare och fyller i följande enkät. Genom att göra det bidrar du med viktig information till kursens utvärdering och studie! Enkäten tar ca 5-10 minuter att fylla i.

Vi hanterar inkomna uppgifter helt konfidentiellt; Ingen utom undertecknade kommer att veta vad just du svarat. Resultaten kommer enbart redovisas på gruppnivå – varken [företaget] eller någon annan kommer att kunna identifiera någon enskild individs svar.

Senare i höst, när kursen avslutats, kommer du få fylla i samma enkät en gång till.

Vi som genomför själva studien är två psykologkandidater som studerar sista terminen vid Stockholms universitet. Inom ramen för vår examensuppsats utvärderar vi stresskursen som du erbjuds nu i höst. Resultaten kommer att redovisas i en examensuppsats vid psykologiska institutionen i Stockholm. Vårt syfte är att undersöka om och hur kursen påverkar kursdeltagarnas stress, agerande samt generella hälsa.

I enkäten får du skatta hur du upplever din egen stress och hälsa.

Har du frågor eller synpunkter ber vi dig att kontakta kursledaren [Namn], telefonnummer XXX-XXXXXXX eller email xxxx@xxxxxx.se.

Vi behöver ditt svar senast fredagen den 20 augusti.

Har du problem att fylla i enkäten eller övriga frågor om undersökningen så tveka inte att höra av dig till någon av oss!

Tack på förhand!

Stockholm 15 augusti 2010

Skrudde Rasmussen

xxxxx@xxxxxx.se

XXX-XXXXXXX

Christer Andemark

xxxxx@xxxxxx.se

XXX-XXXXXXX

Psykologkandidater, Stockholms universitet

Bilaga 3. Utvärdering av överensstämmelse med manual

ACT – Att hantera stress och främja hälsa

Nedan finns en lista med påståenden angående dagens kurstillfälle. Besvara hur väl påståendena stämmer på en skala från 1-7.

	Stämmer inte alls							Stämmer helt
1. Jag upplever att jag förstod kursinnehållet under dagens kurstillfälle.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Jag fick svar på mina frågor under dagens kurstillfälle.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Innehållet i det muntliga framförandet stämde med innehållet i Powerpoint-presentationen under dagens kurstillfälle.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Vi hann med alla sidor i Powerpoint-presentationen under detta kurstillfälle.	1	2	3	4	5	6	7	

Vilket kurstillfälle i ordningen var dagens träff i ACT-at-work;

1:a 2:a 3:e 4:e

Tack så mycket för din hjälp!

Bilaga 4. Kursinnehåll

Översikt av kursinnehåll

Träff 1

Presentation och dagordning

Vad är stress?

- Vad är stress? Vad stressar oss människor?
- Hur vet man om man är stressad och vad är effektivt mot stress?
- Hjärnan är inte alltid vår vän

Ska jag förändra eller acceptera?

Att undvika tankar och känslor

- Två olika regelsystem (skillnaden på yttre och inre problem)
- Lögnedektorn
- Tänk inte på siffrorna
- Kvicksandsmetaforen
- Naturlig smärta eller onödig smärta

Tänkandet kan skapa lidande

- Även härliga upplevelser kan väcka smärta

Medveten närvaro

Öva hemma

Träff 2

Repetition av träff 1

Genomgång av öva hemma

Livskompassen

- Egna livskompasser
- Att möta sig själv som 90-åring
- Livsutrymme och balans
- Bull's Eye

Hinder

- Vad hindrar mig?
- Bussmetaforen

Språk, tankar, känslor och regler som hinder

- ”men” eller ”och” samt inte ”måsten”
- Träskmetaforen

Kort repetition av dagens träff

Öva hemma

Bilaga 4. Kursinnehåll

Träff 3

Kort repetition av träff 1 och 2

Genomgång av öva hemma

Att leva enligt sin livskompass

- Kolla sin livskompass
- Vad är viktigast, målet eller vägen dit?
- Undersöka vad man konkret kan göra i sina livsriktningar
- Kartlägga hinder och arbeta på strategier att hentera dem

Hur vårt tänkande skapar lidande problem och stress

- Livet som ett schackbräde
- Självförtroende och du förtjänar kärlek
- Att landa i vårt observerande jag
- Varför medveten närvaro och russinövning
- Frikoppling från språket
- Att skapa psykologisk flexibilitet

Kort repetition av dagens träff

Öva hemma

Träff 4

Genomgång av öva hemma

Introduktion av träff 4

Kommunikation

- Jag-budskap
- Att säga nej
- Att säga ja
- Våga välja – våga säga nej och våga säga ja

Medkänsla och relationer

Repetition av hela kursen

- Jobba vidare själv
- Skiv- och boktips
- En sista övning (Se i varandras ögon)

Utvärdering diplom och avslutning