

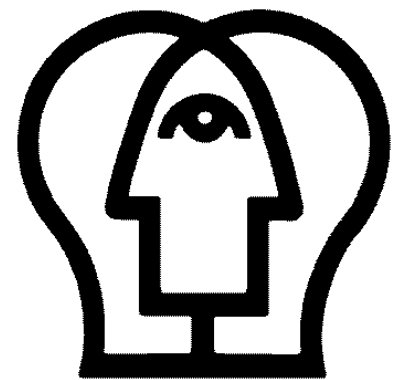
Minskar en ACT-baserad insats stressrelaterad psykisk ohälsa
hos primärvårdspatienter?

Sanna Grön
Julia Kiiskinen

Handledare: Gunilla Berglund
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP 2011

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



MINSKAR EN ACT-BASERAD INSATS STRESSRELATERAD PSYKISK OHÄLSA HOS PRIMÄRVÅRDSPATIENTER?*

Sanna Grön och Julia Kiiskinen

Denna studie undersökte en ACT-baserad stresshanteringskurs för patienter med blandad stressrelaterad problematik inom primärvården (N=26). Stress, ångest, depression och livskvalitet mättes genom självskattning före och efter interventionen som genomfördes i två omgångar. För att få svar på frågor om deltagarnas upplevelser av kursen genomfördes intervjuer med ett slumpmässigt urval av deltagarna (N=7). Analys av självskattad stress, ångest, depression och livskvalitet visade en signifikant förbättring för samtliga variabler. Effektstyrkan var hög för stress och låg till måttlig för övriga variabler. Inga gruppledareffekter framkom när de två interventionsgrupperna jämfördes. Jämförelser med tidigare studier på samma intervention för grupper inom arbetslivet visade liknande förändringar i upplevd stress. Tematisk analys av intervjuerna visade att deltagarna generellt var nöjda med kursen men förslag till förbättringar framkom. Då studien saknar kontrollgrupp diskuteras resultaten i förhållande till metodologiska svagheter.

Stress som begrepp myntades på 1940-talet av Hans Selye, som undersökte hur människan svarar på allvarliga påfrestningar eller hot (Selye, 1958). Selyes forskning visade att olika former av yttre påfrestningar, stressorer, gav likartade fysiologiska stressreaktioner. Selye såg stress som en fysiologisk anpassningsprocess av orsak-verkan karaktär. Stressbegreppet har ingen entydig definition. En utveckling av Selyes syn är att en stressreaktion påverkas av individens subjektiva upplevelse och inte endast är en direkt effekt av stressorn (Lazarus & Folkman, 1984). Denna senare subjektrelaterade definition är den som ligger till grund för denna studie.

Akut och långvarig stress

En akut stressreaktion kan beskrivas som en fysiologisk respons på de faror eller hot som en individ upplever (Heilig, 2005). Under reaktionen sker en omfördelning av resurser från viloläge till kamp- och flyktberedskap, vilket ger förhöjt blodtryck, frisättning av hormoner, spända muskler, aktivering av immunförsvaret och minskad smärtekänslighet. Evolutionärt har förmågan till stressreaktionen gjort att människan kunnat reagera

*Ett varmt tack vill vi rikta till handledare Gunilla Berglund för stort engagemang och stöd under arbetets gång. Stort tack även till Christer Andemark, Fredrik Livheim, Kristoffer Pettersson, Sigrid Salomonsson och Klara Sternbrink som alla bidragit med att göra denna studie möjlig.

effektivt på hot och kunnat överleva i en farofylld miljö. Stressreaktion som respons på plötsliga hot är funktionellt och är generellt inte skadligt, förutsatt att det finns utrymme för återhämtning. I det moderna samhället är de stressorer vi utsätts för främst av psykisk och psykosocial karaktär. Denna typ av icke livshotande stressorer finns ofta närvarande under långa perioder och har då inte samma övergående karaktär som till exempel hot från ett farligt djur. Inte endast överbelastning leder till stress. Även en livssituation med brist på meningsfulla aktiviteter eller socialt stöd kan leda till stress (Levi, 2005).

Hälsoproblem som effekt av långvarig stress

Långvarig stress och brist på återhämtning har negativa konsekvenser såväl fysiskt som psykiskt (McEwen, 2002). Vanliga symtom vid långvarig stress är känslomässiga reaktioner i form av bland annat oro och ångest. Det är också vanligt med trötthet, sömnstörningar, beslutsångest och koncentrationssvårigheter (Bernin, 2001). Vid långvarig stress utan återhämtning påverkas den återuppbyggande aktiviteten i kroppen genom minskad djupsömn (Perski, 2003). Fysiologiska stressreaktioner kan påverka människors hälsa genom inverkan på olika kroppsliga system och ge störningar på immunförsvar, hormonproduktion och reglering av blodtryck (Lundberg, 2005). Långvarig stress påverkar regleringen av kortisolnivåerna i kroppen. I förlängningen kan detta leda till förändringar i hippocampus med minnesstörningar som följd (Olsson & Sapolsky, 2005; Währborg, 2009). Forskning visar att risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar vid långvarig stress (Perski, 2006). Andra kroppsliga symtom som kan uppstå är störningar i mag- tarmkanalen, huvudvärk, hudsjukdomar och smärta i muskler och skelett. Vid långvarig stress tenderar även människors livsstil att påverkas genom att hälsofarliga beteenden som exempelvis rökning, drogmissbruk och sämre kostvanor ökar (Lundberg, 2005).

Flera faktorer inverkar på risken att utveckla stressrelaterade sjukdomar. Utöver de stressorer som förekommer i vardagen finns individuella skillnader i sårbarhetsfaktorer såsom svåra livshändelser och ärftlig benägenhet för oro och depression. Även personer utan dessa sårbarhetsfaktorer kan under tillräckligt hög och långvarig belastning utveckla stresssjukdomar (Anderberg, 2005). Låg socioekonomisk status och brist på socialt stöd är faktorer som visat sig betydligt öka risken för uppkomsten av stressrelaterade sjukdomar (Währborg, 2009).

Ett psykiatriskt tillstånd som kan uppstå vid långvarig stress är utmattningssyndrom som innebär utmattning fysiskt, mentalt och emotionellt. Koncentrationssvårigheter och/eller sömnstörningar som orsakar kliniskt signifikant lidande är vanliga. Diagnosen förekommer ofta i samband med depressiva symtom eller en samtidig depressionsdiagnos (Åsberg et al., 2005). Det finns tillstånd vars koppling till stress är omdebatterade. Mycket talar för att både fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom är stressrelaterade, även om väsentlig kunskap saknas (Währborg, 2009). Fibromyalgi är en sjukdom som innebär ökad smärtkänslighet och onormal trötthet (Perski, 2001). Kroniskt trötthetssyndrom kännetecknas av oförklarlig, återkommande eller ihållande trötthet i

kombination med andra symtom såsom värk och upplevd sjukdomskänsla (Währborg, 2009).

Coping

För att handskas med stress kan individen ta till olika bemästrings- eller copingstrategier. Coping kan beskrivas som en individs ansträngningar för att klara av tärande eller övermäktiga inre och yttre krav (Lazarus & Folkman, 1984). De copingstrategier som en individ använder påverkas av miljöförhållanden i samspel med individuella handlingsmönster (Lundberg, 2005). Lazarus beskriver två övergripande typer av coping; problemfokuserad och emotionsfokuserad. Problemfokuserad coping innebär att individen fokuserar på att ändra något i omgivningen medan en emotionsfokuserad copingstil innebär att individen istället förändrar sitt förhållningssätt till och omvärderar situationen (Lazarus, 1993). Dessa två typer av coping beskrivs även som aktiv och passiv coping. Aktiva copingstrategier kännetecknas av att individen hanterar påfrestningar med hjälp av konstruktiva metoder som riktar sig emot orsakerna till stressen. Passiva former av coping i sin tur kännetecknas av reaktionsmönster där individen försöker dämpa symtom och obehagliga känslor på kort sikt genom verklighetsflykt. Detta kan ske genom exempelvis alkohol, droger eller trösttalande. Aktiva former av coping leder till mindre risk för hälsoproblem medan passiva handlingsmönster i stället ökar riskerna (Lundberg, 2005).

Psykisk ohälsa i befolkningen

Psykisk ohälsa omfattar allt ifrån ett nedsatt psykiskt välbefinnande till allvarliga psykiska sjukdomar och tillstånd. Vad som inkluderas i begreppet varierar mellan länder och tidsperioder och hänger bland annat ihop med samhällsliga faktorer som ekonomi och tillgång till vård (Wasserman, 2003). Enligt Socialstyrelsen (2009) definieras psykisk ohälsa som ”en subjektiv upplevelse av att inte må bra, t.ex. att känna sig nedstämd, stressad eller att uppleva att man tillfälligt inte fungerar så bra”. Orsakerna till psykisk ohälsa kan till exempel vara att något hänt, att man är på väg in i en ny livssituation eller att man är kroppsligt sjuk. Psykisk ohälsa beskrivs som något som drabbar alla människor någon gång i livet (Socialstyrelsen, 2009).

För att psykisk ohälsa ska klassas som en psykisk störning/sjukdom krävs ett tillstånd som kan diagnostiseras utifrån vissa symtom eller beteenden (Socialstyrelsen, 2009). De två klassifikationssystem som används i Sverige är Världshälsoorganisationens (WHO) International Classification of Diseases (ICD) och American Psychiatric Associations (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

I Socialstyrelsens Lägesrapport från 2007 presenteras beräkningar som visar att mellan 20-40% av befolkningen vid en given tidpunkt uppskattas lida av psykisk ohälsa. Ångeststörningar och depression utgör en stor andel av dessa. Av dem med psykisk ohälsa beräknas 10% ha så allvarliga besvär att de är i behov av psykiatrisk behandling (Socialstyrelsen 2007a). Prevalensskattningar för ångest- och depressionsdiagnoser varierar mellan olika undersökningar. Den svenska Lundbystudien visade att närmare hälften av alla kvinnor och drygt var fjärde man någon gång i livet riskerar att drabbas av

egentlig depression (SBU, 2004). I SBU:s sammanställning av depressionsstudier framkommer att punktprevalensen av egentlig depression varierar mellan 4-10% (SBU, 2004). De flesta studier visar också att depression är mer förekommande hos kvinnor än män. Punktprevalensen för ångestsyndrom uppskattas till mellan 12-17% och livstidsprevalensen uppskattas till 25%. Samsjukligheten mellan ångestsyndrom och andra psykiatriska tillstånd är hög (SBU, 2005). När det gäller stress uppges i Nationella folkhälsoenkäten (2010) att 13% av befolkningen är stressade och 4% är mycket stressade (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Psykisk ohälsa i primärvården

Enligt Socialstyrelsen (2007b) lider cirka 30 procent av de personer som söker kontakt med primärvården av psykisk ohälsa av varierande svårighetsgrad. Vanliga diagnoser är lindriga och måttliga depressioner och ångesttillstånd. Socialstyrelsens sammanställningar tyder på att det finns ett antal brister i primärvårdens förmåga att möta de behov som personer med psykisk ohälsa har.

Verksamhetschefer på landets vårdcentraler vittnar om en stor och tilltagande belastning på primärvården i form av personer som söker hjälp för psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2007b). De uppfattar generellt att de inte har möjlighet att svara på den stora efterfrågan av psykosocialt stöd. I rapporten framkommer också att verksamhetscheferna anser att behovet av behandling och omhändertagande vid psykisk ohälsa har ökat, och att primärvården saknar både resurser och kompetens att i tillräcklig utsträckning möta dessa behov. En orsak som nämns till det ökade trycket på primärvården är att denna har fått ta över allt fler patienter som tidigare behandlades av den specialiserade psykiatrin, och att resurser för detta inte har tillförts i motsvarande grad (Socialstyrelsen, 2007b).

I en rapport från SBU i samarbete med Socialstyrelsen framkommer att drygt var tredje patient som fick recept på någon typ av läkemedel mot psykisk ohälsa också ordinerades någon form av stödsamtal (Socialstyrelsen 2007b). Mindre än var tionde patient fick dock någon typ av specifik psykoterapi, t.ex. kognitiv beteendeterapi. I rapporten framkommer att orsaken till att så få patienter fått sådan behandling beror på otillräckliga ekonomiska resurser och brist på kompetent personal.

Försök att med dessa bristande resurser ändå tillgodose behovet av psykosociala insatser inom primärvården har lett till ansträngningar att hitta mer kostnadseffektiva insatser. Insatser som kan ges i gruppformat och i ett tidigt skede av psykisk ohälsa skulle kunna vara resursbesparande och dessutom minska lidandet hos individen. Därför är det av högsta vikt att ta fram och utvärdera sådana insatser.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bygger på inlärningsteori och empirisk forskning och är influerad av österländsk filosofi (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). ACT beskrivs ofta som en tredje vågens kognitiva beteendeterapi (KBT) (Ciarrochi, Robb & Godsell, 2005). Till skillnad från tidigare KBT-inriktningar har ACT mer fokus på funktion av beteenden och psykologiska fenomen än på dess innehåll (Hayes et al.,

1999). Man intresserar sig alltså mer för att förändra förhållningssätt till tankar och känslor, än för att försöka förändra tankar och känslor i sig (Kåver, 2006).

Funktionell kontextualism

Det filosofiska perspektiv som ligger till grund för ACT är funktionell kontextualism. Detta perspektiv innebär att ett beteende är meningsfullt endast i sitt sammanhang. Kärnan i kontextualismen är att ha hela sammanhanget, kontexten, i fokus när man analyserar kliniskt relevant beteende. Man utgår ifrån det pragmatiska sanningskriteriet. Detta innebär att om en analys leder till önskvärda mål så är den fungerande och därmed sann (Hayes et al., 1999). Till exempel kan tanken "om jag misslyckas, så bevisar det att jag är en förlorare" leda till olika konsekvenser beroende på hur tanken tolkas. I en kontext där tankar ses som regler som ska tolkas bokstavligt, leder en sådan tanke med stor sannolikhet till undvikandebeteende. Om man istället ser på sina tankar som ljud eller som verbala relationer, får samma tanke förmodligen andra konsekvenser (Ciarrochi et al., 2005).

Relational Frame Theory

Relational Frame Theory (RFT) är en språk teori baserad på inlärningsteoretiska principer och ligger till grund för ACT. I ACT utgår man ifrån att språket ger en möjlighet till ständig kontakt med smärtsamma tankar och att språket är det som möjliggör mänskligt lidande. I närvaro av språk kan människan återuppleva smärtsamma händelser oberoende av hur den faktiska situationen ser ut (Ciarrochi et al., 2005). Enligt RFT beror detta på att vad som helst kan sättas i relation till vad som helst. Relaterandet mellan olika stimuli är godtyckligt och styrs av andra stimuli än de förhandenvarande (Törneke, 2009). Detta kan förklara rädsla för situationer som vi inte själva kommit i kontakt med och som inte kan förklaras genom respondent eller operant inlärning. Beteenden som är verbalt reglerade tenderar att vara mindre flexibla och mindre modifierbara än beteenden som bygger på faktiska erfarenheter (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008).

Psykologisk flexibilitet

Inom ACT används begreppet psykologisk flexibilitet. Detta begrepp kan beskrivas som en förmåga att vara medvetet närvarande i nuet och att ändra eller fortsätta med beteenden så att de går i linje med ens värderingar (Hayes, Louma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). En annan definition av psykologisk flexibilitet är att man istället för att styras av tankar och känslor kan välja att agera i riktning mot det man värdesätter i livet (Harris, 2009). Meningen med psykologisk flexibilitet är att ta in allt vad ett givet ögonblick bjuder för att kunna agera effektivt i situationen. Effektivitet i detta sammanhang innebär att agera i linje med sina valda värderingar (Hayes et al., 2006). Att vara i kontakt med nuet innebär att acceptera det som stunden bjuder, både yttre omständigheter och inre upplevelser såsom tankar, känslor och fysiska sensationer, utan att undvika eller försöka förändra upplevelsen (Harris, 2009). Idén om att det är hälsosammare att acceptera tankar och känslor än att undertrycka eller försöka kontrollera dem stöds i forskning (Donaldson-Feilder & Bond, 2004). Studier visar också att genom att främja en individs psykologiska flexibilitet kan framtida hälsoproblem förebyggas.

Interventioner som syftar till att befrämja den psykologiska flexibiliteten kan därför vara särskilt passande som förebyggande insats (Biglan et al., 2008).

Motsatsen till att acceptera inre upplevelser beskrivs inom ACT som upplevelsemässigt undvikande. Med upplevelsemässigt undvikande menas att inte vilja kännas vid obehagliga inre upplevelser, och att vidta ”avsiktliga åtgärder för att undvika, kontrollera eller minska olika inre upplevelser såsom tankar, känslor, minnen och kroppsliga sensationer” (Törneke, 2004, sid. 14) Detta fenomen tänker man sig utgör grunden för mänskligt lidande. Undvikande av inre upplevelser kan få en individ att känna sig bättre på kort sikt, men kan föra bort denne ifrån långsiktiga mål (Hayes et al., 1999). Att det finns stöd för att upplevelsemässigt undvikande fungerar som en mediator för olika slags psykiska störningar stöds i forskning (Fledderus, Bohlmeijer & Pieterse, 2010; Ruiz, 2010). Det övergripande målet med ACT-baserad terapi är att öka den psykologiska flexibiliteten (Ruiz 2010). Psykologisk flexibilitet kan beskrivas i sex huvudprocesser:

Kognitiv frikoppling (Defusion)

Inom ACT används begreppet kognitiv fusion för att beskriva hur människan låter verbala stimuli styra beteenden genom att likställa tankar med verkligheten. Kognitiv fusion kan leda till undvikande och psykologisk inflexibilitet genom att vi blir okänsliga för de verkliga förhållandena i vår kontext och istället utgår ifrån verbala regler. För att komma ifrån detta kan man genom kognitiv frikoppling förändra funktionen av tankar genom att se dem som just tankar istället för en sanning (Törneke, 2009). Genom olika tekniker försöker man i ACT ändra hur en individ relaterar till eller reagerar på tankar istället för att försöka förändra eller bli av med dem. Exempelvis kan man upprepa ett obehagligt ord gång på gång tills man bara uppfattar att ett ljud återstår. En annan teknik är att tacka sitt medvetande för tanken, sätta ord på själva tankeprocessen eller undersöka vilka känslor som dyker upp i samband med tanken. Genom sådana tekniker blir kopplingen mellan meningen man tillskriver tanken och tanken svagare. Samtidigt kommer man närmare den egentliga upplevelsen “jag har en tanke att jag är dålig” vilket gör att man tror mindre på tankens verbala innehåll (Biglan, 2008).

Kontakt med här och nu (Contact with the Present Moment)

En viktig komponent i ACT är kontakten med nuet, något man arbetar på genom träning av medveten närvaro. Att vara medvetet närvarande innebär att man observerar verkligheten såsom den är just nu utan att värdera eller försöka förändra den. Det kan hjälpa för att ge distans till tidigare eller framtida smärtsamma upplevelser som blir närvarande genom språket. Genom medveten närvaro kan alltså relationen till inre upplevelser förändras genom att man väljer att ta emot de obehagliga upplevelser som dyker upp. Man byter också perspektiv till nuet, då verbala processer ofta får oss att vara i det förflutna eller fundera över framtiden (Ciarrochi, 2005b).

Acceptans (Acceptance)

Acceptans inom ACT ses som ett alternativ till upplevelsemässigt undvikande. Inom ACT arbetar man med att acceptera inre upplevelser såsom tankar och känslor istället för att undvika dem eller låta sig styras av dem (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Man anser

att psykiskt lidande är en del av livet och att obehagliga tankar eller känslor därmed inte ska undvikas eller kontrolleras. Acceptans är ett aktivt förhållningssätt som innebär att man väljer att ta emot och villigt uppleva sina svåra tankar eller känslor. Det handlar inte om att ge upp utan att ta emot det man möter i varje ögonblick med öppenhet och att ha beredskap för att ta emot det som finns. Det är alltså ett sätt att bemöta obehag för att kunna förändra sig och agera mer i enlighet med sina värderingar (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Om man släpper kontrollen över aversiva psykologiska processer finns det möjlighet att istället använda sina resurser till att agera i riktning mot ett liv man vill leva.

Värderingar (Values)

Att klargöra vad som verkligen är viktigt i livet är en grundläggande komponent i ACT. Ett nödvändigt steg för att kunna skapa ett meningsfullt liv är att välja vad man vill att ens liv ska stå för, att tydliggöra sina värderingar. Värderingarna fungerar som kompass genom att ange riktning åt våra handlingar (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Värderingar är något som man ständigt kan fungera som riktmärke, och är inte något som man kan uppnå en gång för alla. Även när man uppnår ett konkret mål, finns värderingarna kvar och kan fortsätta ange riktning åt ens handlande (Hayes et al., 2006). Att vara en god vän eller älskande partner är exempel på värderingar, medan att ha tre nära vänner eller att bli gift är exempel på mål.

Värderad handling (Committed Action)

Värderad handling är förlängningen av värderingarna. Det räcker inte enbart med att ha fastställt vilka värderingar man vill leva efter, man måste göra det också. Genom att kontinuerligt handla i kongruens med våra värderingar skapar vi ett rikt liv i vald riktning. Att göra det kommer att ge upphov till både behagliga och smärtsamma känslor. Att leva i värderad riktning innebär att göra det som krävs, även om det genererar obehag i stunden (Harris, 2009). Människor kan lära sig att välja en viss handling trots att de har många argument till att de inte kan eller bör utföra handlingen (Biglan et al., 2008).

Självvet som utgångspunkt (Self as context)

Inom ACT talar man om självet som utgångspunkt. Med det menas det observerande självet, den del av jaget som upplevs som varaktig genom livet. Det beständiga jag som kan betrakta tankar, känslor, kroppsliga sensationer och roller och iaktta hur dessa skiftar över tid (Harris, 2009). Den här upplevelsen är viktig för att den skapar en känsla av stabilitet som, genom att göra det mindre skrämmande och aversivt, kan öka villigheten att uppleva svårt kognitivt innehåll som exempelvis rädsla (Bond, Hayes & Barnes-Holmes, 2006). Självvet som utgångspunkt är den plats varifrån man kan iaktta hur dömande och utvärderande tankar kommer och går, utan att bli ett med dem (Ciarrochi et al., 2005b). Självvet som utgångspunkt blir så en grund för acceptans och kognitiv frikoppling (Hayes et al., 2006).

Forskning på ACT

Det finns stöd för ACT som terapiform vid en rad problem (Ruiz, 2010). I randomiserade kontrollerade studier (RCT) har effekt uppnåtts vid bland annat ångest (Roemer, Orsillo

& Salters-Pedneault, 2008), depression (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007) och kronisk smärta (Wicksell, Melin, Lekander & Olsson, 2009; Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004). Vad som verkar vara gemensamt för de problem där ACT har visat sig ha effekt är upplevelsemässigt undvikande (Ruiz, 2010). I en metastudie av tredjevågenterapier sammanställdes resultatet från 13 RCT på sammanlagt 677 patienter som fått ACT-terapi (Öst, 2008). Analysen visade en medelstor effektstorlek (0.68) för ACT. Det konstaterades också att de RCT-studier som gjorts på ACT har metodologiska svagheter i högre utsträckning än de studier som gjorts på konventionell KBT. De punkter som kritiserades är bland annat avsaknad av diagnostisering och brist på oberoende bedömar-kontroller av den terapi som gavs (Öst, 2008).

Stresshanteringsinterventioner

Stress management interventions (SMI) är program med syfte att reducera stressorer eller minska konsekvenser av stressorer inom arbetslivet (van der Klink, Blonk, Schene och Dijk, 2001). Enligt en metaanalys (Richardson & Rothstein, 2008) är SMI ett effektivt sätt att minska stress. Analysen gjordes på 55 olika interventioner i sammanlagt 36 studier. I studien framkom att de SMI som var KBT-baserade generellt hade starkare effekt än de interventioner som byggde på avslappningsträning, organisationsförändring eller andra metoder (Richardson & Rothstein, 2008). Detta stödjer de resultat som framkommit i en tidigare metaanalys (van der Klink et al., 2001).

ACT som stressintervention

Den första studien på ACT som stressintervention gjordes år 2000 av Bond och Bunce i en medieorganisation i England. Det var en RCT som jämförde ACT mot en annan förändringsinriktad intervention och kontrollgrupp. Båda interventionerna visade på minskad depression men endast ACT gav förbättring av generell psykisk hälsa (Bond & Bunce, 2000). En svensk version av ACT-SMI utvecklades och utvärderades i ett examensarbete genom en RCT på 230 gymnasieungdomar. Resultatet av interventionen visade signifikant lägre grad av ångest samt förbättring inom sitt angivna problemområde (Livheim, 2004). En tvåårsuppföljning på samma grupp visade ihållande och till och med förbättrade resultat (Jacobsson & Wellin, 2006).

Studier på den svenska versionen har även gjorts på vuxna inom arbetslivet. En mindre studie på lärare visade ökad psykologisk flexibilitet jämfört med aktiv placebo i form av föreläsning om stress (Hydman & Larsson 2010). En RCT på 106 socialsekreterare visade lägre stress, bättre generell psykisk hälsa och lägre utbrändhetspoäng jämfört med kontrollgrupp (Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011).

Den svenska versionen av stresshanteringskursen har alltså visat sig ha positiva effekter på psykisk hälsa hos grupper inom arbetsliv och skola. Däremot har den inte ännu utvärderats i en vårdkontext trots att den i nuläget erbjuds på ett fåtal vårdcentraler runt om i landet. Att undersöka en ACT-baserad intervention i primärvårdskontext skulle vara värdefullt då kursen visat sig ha effekt på flera av de problemområden som är vanliga bland de patienter som söker sig dit.

Syfte och frågeställningar

Ett syfte med denna studie är att undersöka om kursen *ACT - att hantera stress och främja hälsa* är en effektiv intervention för att behandla en grupp primärvårdspatienter med blandad stress-, ångest- och depressionsproblematik. Vidare syftar studien till att belysa deltagarnas upplevelser av kursen samt om och på vilket vis de upplever att den påverkat något område i deras liv.

Frågeställning 1

Förändras stress-, depressions- och ångestnivå statistiskt signifikant från för- till eftermätning?

Frågeställning 2

Hur ser effektstorleken ut för huvudutfallsmättet stress i det aktuella programmet inom primärvården jämfört med motsvarande resultat för samma program bland socialsekreterare respektive lärare?

Frågeställning 3

Påverkar gruppledare effekten av interventionen?

Frågeställning 4

Hur upplever kursdeltagarna innehållet och upplägget för kursen?

Frågeställning 5

Upplever kursdeltagarna någon förändring i sina liv som de tillskriver kursen?

Metod

Studien var en effectivenessstudie i den kliniska rutinvården av en metod som ännu inte har evidens på gruppen primärvårdspatienter, men som i RCT-studier i andra sammanhang än primärvården har haft effekt.

Design

Kvantitativ studie

Upplägget var en inomgruppsdesign med mätningar av aktuella variabler tre gånger innan och en gång efter interventionen. De upprepade förmätningarna syftade till att i någon mån kontrollera för utomliggande variabler. För- och eftermätningarna jämfördes med data från tidigare undersökningar av samma intervention på andra grupper. För att öka kontrollen av gruppledeffekter jämfördes även två interventionsgrupper med varandra.

Kvalitativ studie

För att kunna besvara frågeställningarna om kursdeltagarnas upplevelser av kursen och dess påverkan på livet genomfördes semistrukturerade intervjuer med sju av deltagarna. En tematisk analys av materialet genomfördes.

Procedur

Kursen gavs i gruppformat under en sex-veckors-period vid fyra tillfällen två och en halv timme vid varje tillfälle. Kursen hölls för en grupp under våren 2011 och en annan grupp under hösten 2011. De två interventionsgrupperna betraktades i studien som en undersökningsgrupp (N=34).

Kvantitativ datainsamling

Information om kursen gavs via annonsering i väntrummet på Gustavsberg vårdcentral samt genom att läkare och psykologer föreslog kursen för patienter. Kursavgiften var densamma som för sedvanliga patientbesök på vårdcentralen. Försöksledarna kontaktade per telefon de personer som löpande anmälde sig till kursen för att informera om studien. Under telefonsamtalet gavs information om studien, information som även skickades per post (se Bilaga 1). I samtalet gavs information om att studien skulle genomföras inom ramen för ett examensarbete på psykologprogrammet och att deltagande i studien innebar ifyllande av enkäter vid högst fyra tillfällen. Patienterna fick även information om att de eventuellt kunde komma att bli tillfrågade om en intervju efter kursens slut. Patienterna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och att all data som samlades in skulle komma att behandlas konfidentiellt och avidentifieras innan den presenterades. Information gavs även om att skriftlig information samt informerat samtycke skulle komma att skickas ut per post. När brevet skickats ut aktiverades de aktuella mätinstrumenten på Dahlia, ett Internetbaserat verktyg vid Gustavsbergs vårdcentral som används för skattningsskalor. Försöksdeltagaren kunde där fylla i mätinstrumenten via en dator hemifrån. Varje mättillfälle beräknades ta 15-20 minuter i anspråk. Deltagarna påmindes via telefon att fylla i formulären.

Kvalitativ datainsamling

Efter kursens slut gjordes intervjuer utifrån en intervjuguide (se Bilaga 2) med ett obundet, slumpmässigt urval av deltagarna. För att undvika problemet med social önskvärdhet i förhållande till försöksledare utfördes intervjuerna av den av uppsatsförfattarna som inte hållit i gruppen för den aktuella informanten. Kursdeltagare tillfrågades om att delta i intervjuer tills dess att mättnad uppnåtts. Materialet sågs som mättat när ingen information som kunde ge upphov till ytterligare teman tillkom (Hayes, 2000).

Kursledare

Sammanlagt hölls kursen i två omgångar, en under våren 2011 och en under hösten 2011. Varje kurs hölls av en av författarna till studien tillsammans med en av två PTP-psykologer med KBT-inriktning på vårdcentralen. Alla kursledare hade på FORUM (Forskningscentrum för psykosocial hälsa) fått utbildning i att hålla kursen och hade hållit minst en grupp tidigare.

Undersökningsdeltagare

Undersökningsdeltagare var patienter vid Gustavsbergs vårdcentral som anmält intresse till kursen och som godkänt sin medverkan i studien. Sammanlagt tillfrågades 38 personer. Av de tillfrågade valde 4 personer att inte delta i studien. Dessutom gick några

personer inte att nå och ett antal deltagare anmälde sig så sent till gruppen att deras medverkan i studien inte var möjlig. Demografisk information över dem som tackade nej, var sent anmälda eller inte gick att nå saknas.

Deltagarna i studien (N=34) var mellan 19-69 år gamla med en medelålder på 44,2 år (SD=10,9). Av dessa var 27 (79,4%) yrkesarbetande, 3 (8,8%) arbetslösa, 2 (5,9%) heltidssjukskrivna, 1 (2,9%) studerande, och 1 (2,9%) pensionär. Utöver de 2 heltidssjukskrivna var 6 personer deltidssjukskrivna; 2 på 25%, 3 på 50% samt 1 på 75%. När det gäller kontakt med psykiatrin uppgav 10 (29,4%) av undersökningsdeltagarna att de haft sådan de senaste 5 åren. När det gäller tidigare psykosociala insatser på vårdcentralen, uppgav 13 individer (38,2%) att de haft psykologkontakt, 7 (20,6%) att de haft någon annan psykosocial insats som exempelvis deltagit i KBT-grupp och 14 individer (41,2%) uppgav att de inte haft någon sådan insats. Regelbunden konsumtion av lugnande medicin och/eller sömnmedel uppgavs av 11 individer (35,2%). När det gäller fördelningen över kön var 28 (82,4%) kvinnor och 6 (17,6%) män. Alla som anmält sig till kursen samt fyllt i informerat samtycke får delta i studien. För att kunna delta i studien krävdes att patienten genomfört minst en förmätning och deltagit vid minst tre kurstillfällen. Skulle tecken på psykos eller missbruk framkommit under gruppstillfällena eller i telefonkontakt så hade patienten exkluderats från studien.

Bortfall

Av den totala undersökningsgruppen på 34 personer var det 27 personer som deltog vid minst tre av de fyra kurstillfällena. En deltagare fyllde inte i någon förmätning och föll därför bort ur beräkningarna. Antalet deltagare som inte fyllde i eftermätningen var fem. I studien har Intent-to-treat använts, vilket innebär att mätpunkten från förmätningen för dessa individer flyttades fram till eftermätningen. På de sex individer med två eller tre mätpunkter under baslinjen har genomsnittet av dessa använts som värde för förmätning. Bortfallet när undersökningsdeltagare till intervjuer kontaktades var tre. Av dessa uppgav två tidsbrist som orsak, en uppgav ingen orsak.

Etiska aspekter

Alla deltagare fick fylla i ett informerat samtycke (se Bilaga 1) för att godkänna att deras uppgifter användes i studien. Patienterna kunde gå kursen utan att delta i studien. I samråd med representanter från vårdcentralen beslutades att ha en inomgruppsdesign på studien då bedömningen gjordes att det skulle vara etiskt tvivelaktigt att låta patienter vänta på behandling som i väntelistekontrollgrupper.

Oberoende variabler

Oberoende variabler var kursen *ACT – att hantera stress och främja hälsa* och gruppledare. Manualen till kursen (Livheim, 2008) är en översatt och modifierad version av ACT-SMI (Bond & Bunce, 2000). I sin nuvarande form är kursen upplagd med fyra träffar à 2,5 timmar. Innehållet i träffarna utgörs av psykoedukation kring stress, övningar i acceptans, medveten närvaro och värderingsarbete. Under kursen används interaktiva övningar och hemuppgifter. Syftet med kursen är att öka den psykologiska flexibiliteten

och att genom detta öka välbefinnandet hos deltagarna. För detaljerat innehåll i och upplägg för kursen, se bilaga 3.

Beroende variabler

Huvudsakliga beroende variabler var självskattad stress, ångest och depression. Övriga beroende variabler var livskvalitet och psykologisk flexibilitet. Följande skattningsskalor användes.

Upplevd stress

Perceived Stress Scale (PSS) är ett självskattningsinstrument som avser att mäta graden av subjektiv, upplevd stress (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Instrumentet består av fjorton frågor som handlar om i vilken grad människor upplever sina liv som oberäkneliga, okontrollerbara och överbelastande. Svaren anges på en femgradig tidsskala där 0 motsvarar aldrig och 4 mycket ofta. Maximalt antal poäng är 56 där ett högt värde indikerar hög upplevd stress. En validering och översättning av skalan till svenska har genomförts av Eskin och Parr (1996). Interbedömarreliabiliteten beräknades då enligt Cronbachs α till .82 och reliabiliteten till .85. Medelvärde vid en svensk normering är 24,4 poäng (Eskin & Parr, 1996).

Ångest och depression

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest som besvaras på en fyrgradig skala från 0-3 (Zigmond & Snaith, 1983). Den interna konsistensen för instrumentets delskalor, mätt med Chronbachs alpha, uppgick i en studie på primärvårdspatienter till α .89 för ångestskalan och till α .86 för depressionsskalan. Validiteten, samstämmigheten med andra instrument som mäter ångest- och depressionssymtom, uppgår till mellan .60 och .80 för båda subskalorna (Olsson, Mykletun & Dahl, 2005). Gränsvärden på skalan är 0-7 (ingen ångest/depression), 8-10 (mild ångest/depression), 11-15 (måttlig ångest/depression) samt 16 och över (svår ångest/depression) (Snaith & Zigmond, 1994).

Livskvalitet

Subjektiv livskvalitet mättes med Quality of Life Inventory (QOLI) (Frisch, Cornell & Villanueva, 1992), ett instrument som består av frågor om 16 livsområden med skattningsskalor från -3 till +3. För varje område frågas om hur viktigt detta område är samt hur nöjd den svarande är med området. Höga poäng indikerar god livskvalitet. Homogeniteten är hög med Cronbachs alpha på $\alpha = .77-.89$, och test-retest reliabiliteten mellan $r = .80$ och $.91$ (Frisch et al., 1992).

Depression, ångest och stress

Vid mätning av symtom på depression, ångest och stress användes en svensk översättning av Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995a) med 21 frågor, 7 för varje delskala. Svaren anges på en fyrgradig likertsskala från 0 ("stämde inte alls på mig"), till 3 ("stämde väldigt bra på mig eller nästan hela tiden"). På hela skalan kan man få mellan 0 och 63 poäng där höga värden indikerar en hög grad av depression, ångest och/eller stress. Reliabiliteten för de tre skalorna är god. Mätt med

Cronbachs α är den interna konsistensen på respektive delskala .88 för depression, .82 för ångest och .90 för stress och .93 för skalorna totalt (Henry & Crawford, 2005). Jämförelser med andra skalor visar en korrelation på .80 mellan ångestskalan och Beck Anxiety Inventory (BAI) och en korrelationen på .74 mellan depressionsskalan och Beck Depression Inventory (BDI) (Lovibond & Lovibond, 1995b).

Psykologisk flexibilitet

Självskattningsformuläret Acceptance Action Questionnaire II (AAQ-II) (Hayes et al., 2010) är utformat för att mäta graden av psykologisk flexibilitet och acceptans samt graden av känslomässigt undvikande. Dessa faktorer anses vara betydelsefulla för psykisk hälsa och predicerar utfallet av arbetsprestation, sjukfrånvaro, mental ohälsa samt kroppsliga symtom på ohälsa (Bond, Hayes & Barnes-Holmes, 2006). Instrumentet består av 10 frågor som besvaras på en sjugradig Likertskala (1 = aldrig sant, 7 = alltid sant). Ett högt värde indikerar hög grad av psykologisk acceptans/flexibilitet.

Statistisk databearbetning

SPSS Statistics 19.0 användes för statistisk bearbetning av kvantitativa data. För de deltagare där fler än en mätpunkt innan behandlingen fanns, beräknades och användes medelvärdet från dessa som förmättningsdata. I studien användes intent-to-treat, alltså att alla som inkluderats i studien finns med. I de fall där internt bortfall förekom ersattes den saknade eftermätningen med måttet från förmätningen.

En deskriptiv analys genomfördes för att beräkna frekvenser, proportioner, medelvärden och standardavvikelse för gruppen. För att kontrollera att data var normalfördelad gjordes ett Kolmogorov-Smirnov test. Oberoende t-test användes för att kontrollera medelvärdesskillnader vid förmätningen för de två behandlingsgrupperna. Ett beroende t-test genomfördes för att kontrollera medelvärdesskillnader innan och efter behandling. Där signifikant skillnad fanns beräknades effektstyrka med Cohens d . En tvåvägs oberoende ANOVA användes för att undersöka gruppeldareffekter på samtliga mått.

Bearbetning av intervjudata

Intervjuerna transkriberades och analyserades tematiskt utifrån Hayes (2000) 7-stegsmodell. I det första steget transkriberades intervjuerna ordagrant. Texten lästes sedan noggrant igenom av båda författarna var för sig. Alla nyckelord och citat relevanta för frågeställningarna "Vad anser kursdeltagarna om innehåll och upplägg för kursen?" och "Upplever kursdeltagarna någon förändring i sina liv som de tillskriver kursen?" identifierades separat av författarna. Som ett tredje steg sorterades nyckelorden och citaten grovt in i preliminära teman och underteman. Detta steg genomfördes separat av författarna för att sedan jämföras och diskuteras. Efter detta definierades kategorierna. I det femte steget analyserades och granskades texten än en gång för varje kategori. Utvalda teman och kategorier modifierades och fick sedan sina slutgiltiga benämningar och sammanfattades. Slutligen plockades illustrativa referat ur materialet.

Resultat

Analys av kvantitativ data

Ett Kolmogorov-Smirnov test visade att samtliga skalor vid för- och eftermätning var normalfördelade.

För att undersöka skillnader mellan för- och eftermätning genomfördes paired sample t-test (se tabell 1). Den statistiska analysen visade en signifikant skillnad mellan för- och eftermätning. Då samtliga skillnader var signifikanta ($p = .000-.002$) beräknades effektstyrkan med Cohens d och uppgick till $d = .46-.98$ (Borg & Westerlund, 2006).

Tabell 1. T-test, effektstyrka (Cohens d), medelvärde (M) och standardavvikelser (SD) för samtliga deltagare ($N=26$) på beroende variabler vid för- och eftermätning.

Skala	Förmätning		Eftermätning		t -värde	p -värde	Cohens d
	M	SD	M	SD			
PSS	33.59	6.81	25.52	9.50	7.64	<.001	.98
HAD-S Ångest	10.42	4.58	7.94	5.28	4.58	<.001	.50
HAD-S Depression	8.58	4.18	5.70	4.97	6.14	<.001	.63
QOLI	.70	2.04	1.61	1.92	-3.41	.002	-.46
DASS	23.03	13.93	-	-	-	-	
AAQ-II	37.00	12.43	-	-	-	-	

Noter. Riktlinjer för tolkning av Cohens d : Liten: 0,2; medel: 0,5; stor: 0,8. (Borg & Westerlund, 2006).

PSS=Perceived Stress Scale; HAD-S=Hospital Anxiety and Depression Scale; QOLI=Quality of Life

Index; DASS=Depression Anxiety Stress Scales; AAQ-II=Acceptance Action Questionnaire.

(-) Data saknas på grund av administrativt fel.

Resultatjämförelse med tidigare studier

För att undersöka resultatet av föreliggande studie i primärvården med samma intervention utförd på andra grupper jämfördes ES för huvudutfallsmåttet stress mätt med PSS 14. De grupper som resultatet på primärvårdspatienterna jämförs med är lärare (Hydman & Larsson, 2010) och socialsekreterare (Brinkborg & Michanek, 2009). För samtliga grupper skedde en signifikant förändring. Effektstyrkan skiljer sig åt mellan studierna. I föreliggande studie uppvisas en låg effektstyrka, i studien på lärare uppvisas en hög effektstyrka och för högstressgruppen i studien på socialsekreterare uppvisas en

medelhög effektstyrka. För lågstressgruppen i studien på socialsekreterare uppvisas ingen signifikant förändring i stressnivå, och redovisas därför inte i nedanstående tabell (Brinkborg & Michanek, 2009).

Tabell 2. Medelvärden (M), standardavvikelse (SD) och effektstyrka (ES) för deltagare i olika grupper på variabeln stress vid för- och eftermätning.

Grupp	Förmätning		Eftermätning		
	M	SD	M	SD	ES
Primärvårdspatienter (N=26)	33.59	6.81	25.52	9.50	Stark (Cohens $d=0.98$)
Lärare (N=15)	30.47	8.19	25.20	9.85	Stark (Partial $\eta=0.14$)
Socialsekreterare, hela gruppen (N=70)	27.6	7.2	22.2	7.5	Medel (Cohens $d=0.72$)
Socialsekreterare, högstressgrupp (N=45)	31.9	4.6	24.1	7.9	Medel (Cohens $d=0.75$)

Gruppledareffekter

Statistisk analys av data visade inte några signifikanta skillnader mellan grupperna i något av utfallsmåtten.

Analys av kvalitativ data

Sammanlagt genomfördes sju intervjuer. Analysen av intervjuerna resulterade i tolv kategorier. Dessa tolv kategorier används som underrubriker i resultatredovisningen. Kategorierna sorterades under sex underteman som i sin tur sorterades under två huvudteman (se figur 1).

Huvudteman	Underteman	Kategorier
Påverkan av kursen	Insikter	- Överblick över sin livssituation - Tydliggörande av behov - Vad som krävs för förändring
	Förändring	- Verktyg för att hantera stress - Förhållningssätt till tankar och känslor - Förändring i handling
	Övrigt	- Stöd och lärdomar från gruppen
Upplevelser av kursen	Kursens utformning	- Upplägg - Innehåll
	Förslag till förbättring	- Gruppstorlek/lokal - Uppföljning/fortsättning
	Övrigt	- Passform till behov

Figur 1. Huvudteman, underteman och kategorier.

Påverkan av kursen

Insikter

Överblick över sin livssituation

Deltagarna uttryckte att de under kursen fått syn på sin egen situation och fått verktyg och tillfälle att reflektera kring den. En deltagare säger att ”strukturen då fick mig att förstå tydligt liksom, att jag måste ha alla tårtbitarna på plats” och vidare ”jag har liksom rationaliserat bort mycket av relationer”. En annan deltagare säger att ”jag tror jag fick en väckarklocka” och att ”jag har engagerat mig alldeles för mycket i mitt jobb [...] jag skulle behöva ändra lite mer för att må riktigt bra, satsa på mig själv mer.” Ytterligare en deltagare beskriver att efter kursen ”kan [man] se det utifrån på ett annat sätt, få lite perspektiv på, och lite, ja... titta utifrån på sig själv hur man känner och uppför sig”.

Tydliggörande av behov

Deltagarna uttryckte att det blivit tydligare vad de hade för behov och vad de skulle behöva förändra för att livet ska bli mer balanserat. En deltagare beskrev det som att ”kursen tydliggjorde för mig mina behov på ett bättre sätt än vad jag kanske hade insett, förstått, på ett bra sätt”. En annan deltagare hade efter kursen börjat tänka mer kring vad hon själv ville, utan att behöva bli påverkad av omgivningen. För ytterligare en annan

deltagare hade det varit för lite av relationer och fritid då arbetet hade fått ta det mesta utrymmet. Kursen hade då "bidragit med att tydliggöra för mig, att jag måste arbeta mer med mig själv och mina relationer". En annan beskriver också viljan att ha ett mer balanserat liv "för mig är det viktigaste tror jag, att jag måste tänka på att ha mer balans i livet, och försöka få till det... jag har engagerat mig alldeles för mycket i mitt jobb, och det äter upp mig nästan, periodvis".

Vad som krävs för förändring

Flera deltagare reflekterade kring att förändring kräver både eget engagemang och tid. En deltagare sa att "jag vet ju att gör man ingenting så händer ingenting heller, det är ju så" och en annan att "om jag vill ha en förändring, så måste jag själv fortsätta jobba med det här". En tredje deltagare menar att ett måste för att kunna förändra något är att vilja det. "Du måste träna, träna, träna, träna... och vilja det här också... det tar längre tid än sex veckor för att ske en förändring". Att öva hemma är något som av en deltagare beskrivs som en förutsättning för att få ut något av kursen "hade man inte haft hemuppgifter, så hade det gått in här och ut där (pekar mot öronen) så det är liksom en förutsättning för att, man måste ju experimentera lite grann".

Förändring

Verktyg för att hantera stress

Deltagarna uttryckte att kursen gett verktyg för att hantera stress. Tidigare fanns upplevelsen av att vara styrd av stressen men kursen blev en hjälp att få perspektiv på sin situation och ge en väg ut. De uttrycker att det är lättare att tackla stressen då de upplever att de kan lösgöra sig ifrån den stressiga situationen och se sig själv utifrån. En deltagare beskriver "den gav mig vad jag behövde i alla fall, för jag känner att jag har mycket lättare att tackla min stress och vardags... när det trycker på och blir för mycket har så jag mycket lättare att komma ur det och ja, lösgöra mig ur situationen." En annan deltagare uttrycker att trots att det fortfarande förekommer stress så "på nåt sätt så känner jag mig nöjdare för att jag, jag har fått ett verktyg, så jag känner mig nöjdare och liksom mer tillfreds för att jag kan landa i det här, jamen jag vet att hur jag ska hantera det hela". En deltagare uttryckte att hon var "dominerad av min egen stress, och jag... jag behövde liksom se en väg ut ur det hela, och det fick jag".

Förhållningssätt till tankar och känslor

Ett område som kursen verkar ha satt igång tankar kring är hur man förhåller sig till egna tankar och känslor. Några deltagare beskriver att de efter kursen har lite lättare att inte fastna i eller dras med av negativa tankar och känslor. En deltagare säger att "jag gräver inte ner mig lika lätt i tunga känslor så att säga, utan det är, det känns som att jag vet att jag kan ta mig ur det" och att hon då en jobbig känsla dyker upp kan tänka att "om det är en jobbig känsla, så, den är inte farlig i och för sig" och "det får va, det här är just nu, och det här är en känsla och den varar inte, utan, där borta kommer det vara på ett annat sätt". Ett annat exempel är en deltagare som berättar att:

”jag blir inte lika frustrerad när jag blir begränsad på grund av smärtan. I morse kunde jag faktiskt göra... hänga upp tvätten och göra mental närvaro, och jag kände att smärtan kom. Och jag kunde fortsätta med det jag höll på med, och bara registrera, att smärtan bara spred sig, utan att börja gråta, eller bli förbannad, eller göra nåt helt vansinnigt så att det var faktiskt... ganska skönt. Eller jag vet inte om skönt är rätt ord men det kändes i alla fall att jaja”

En deltagare säger att:

”om det är nånting som är viktigt för en, nånting man vill göra, då kommer man ju möta på jobbiga känslor också. Jag har väl tänkt sådär att allting ska vara... att om det är nånting man vill så kommer det bara gå spikrakt o allting kommer kännas helt underbart fram till det här målet då... medans det är ju inte så, det är ju ett kämpande också längs med vägen för att komma dit”

och ”att man får vara beredd på det liksom för det är så lätt att inte våga göra nånting... istället för att chansa då o försöka sträva efter det man vill”. Några deltagare beskriver att de uppskattat att kursen tog upp hur språket påverkar oss. En deltagare säger att ”det här med om hur negativa tankar kan påverka ens beteende [...] det var ju bra att veta” och ”det här med språket, det är också en sån här grej som jag kommer ihåg, det här med hur man liksom, hur man ursäktar sig själv och liksom att, det var också sånt här bra verktyg att se det att ja ”eftersom jag är trött så behöver jag inte ut och jogga”.

Förändring i handling

De flesta deltagare berättade att de på något sätt hade börjat handla annorlunda under eller efter kursen. Flera berättade hur de använde sig av medveten närvaro i vardagen, ibland för specifika syften såsom att kunna sova men även för att öva sig i närvaro då detta beskrivs som viktigt. En deltagare säger att ”när jag går gör jag det här och nu, när jag springer gör jag det här och nu”. Andra exempel på detta var att aktivera sig mer i områden man tidigare inte prioriterat, att fortsätta göra viktiga aktiviteter trots obehag och att sätta upp delmål istället för att ”springa direkt på målet”. En deltagare uttryckte "jag har börjat tänka till lite mer vad jag vill o försöka ta reda på om det finns några kurser, om det finns några företag som jobbar med sånt".

En annan deltagare berättar om hur en övning hjälpt i vardagen:

"Det gjorde jag ju faktiskt varje kväll när jag gick och la mig, för då liksom kände jag, verkligen kände efter hur allting kändes, hur lakanet ändå var strävt eller om det var mjukt, om det var rynkigt, hur kudden kändes, verkligen kände efter hur allting var precis när jag gick och la mig, det gjorde jag varje kväll, och det tyckte jag var... ja, det var ganska bra faktiskt, för ibland kan man känna sig lite stressad just när man ska lägga sig och somna, för det vet jag jag har haft, när det vart som värst har jag haft nästan hjärtklappning precis när man har lagt sig ner och slappnar av, då, börjar det gå ojämnt hjärtat. Men när man tar det här och verkligen är medveten och känner

hur känns det här och hur är detta nu, då tänker man ju på det så intensivt så att då försvann det andra. Så att, det var jättebra grej tyckte jag."

Övrigt

Stöd och lärdomar från gruppen

Många av informanterna berättade om positiva upplevelser av att vara del i en grupp. Många berättade om hur de fått stöd och bekräftelse av att höra om andras svårigheter och andras sätt att hantera dessa. En informant berättade att:

“när man går på sånt här så tror jag det är väldigt viktigt att man kan lära sig av varandra lite granna också, man kan få tips, som den här kvinnan sa till mig att jamen det är ju också att acceptera din smärta, att vara ledsen, att låta dig få vara ledsen en dag”.

Att inte känna sig ensam om att ha problem verkade vara en viktig funktion av gruppen. En deltagare uttrycker det som att:

“det är skönt att man kan bolla med andra o referera till varandra, människor funkar ju ganska lika liksom o då känner man sig inte... om man har något problem då känner man sig inte så ensam i det, att höra att det finns andra som har samma”.

En annan deltagare sa att det viktigaste med hela kursen “var nog att komma hit o träffa andra människor... å det vart ju mycket diskussioner o sådär det är nog det jag tyckte var det bästa, när man var här så att säga”. Flera deltagare uttryckte en önskan om att ha fler gruppövningar och fler tillfällen för kursdeltagarna att prata med varandra. Till exempel säger en informant säger att:

“det kanske skulle ha varit nån form av mer gruppövningar, alltså så vi hade nånstans fått prata med varann lite, för det blev att vi gick ut i pausen, och sen, alla gick för sig, och man pratade inte så mycket, så det kanske man hade kunnat skapa nånting mer”.

Upplevelser av kursen

Kursens utformning

Upplägg

Det framkom många synpunkter på hur kursen var upplagd. Upplägget av kursen uppfattades av samtliga intervjuade som tydligt och flera uttryckte att innehållet presenterades i naturliga steg. Bilder i presentationerna och åhörarkopior uppskattades då det gjorde det lättare att minnas innehållet. Många uttryckte sig positivt om de praktiska delarna såsom rollspel. En deltagare tyckte att “rollspel överhuvudtaget är bra, för att, då förstår man ju på ett annat sätt, man kan sätta sig in i den situationen” En annan sa “alla praktiska grejer var jättebra”. En deltagare tyckte att upplägget var pedagogiskt och sa “väldigt bra att ha exempel och bilder och låta oss deltagare få lov att ha synpunkter”

Andra uttryckte att innehållet var bra varje gång. Flera hade synpunkter på kursens längd och tidsmässiga upplägg, det fanns önskemål om att ha kursen flera tillfällen men kortare tid varje gång. Många uttryckte att det borde finnas någon form av fortsättning eller uppföljning. Det framkom såväl positiva som negativa synpunkter på hemuppgifterna. En upplevelse var att man kände sig tvingad att göra hemuppgifterna och uppgifter under kurstillfällena vilket ledde till att motivationen minskade. En deltagare uttryckte det som "jag fick nästan den känslan att det var bestämt att det här ska man göra o jag fick inte bestämma själv liksom vad jag ville göra". En annan synpunkt var att "det ägnades för mycket tid åt det här att gå igenom våra hemuppgifter, alldeles för mycket tid". Andra uttryckte att hemuppgifterna var det som faktiskt ledde till att något förändrades. "Det är ju det som det blir nåt av", säger en deltagare, en annan säger att hemuppgifterna fungerade "som en puff framåt".

Innehåll

Det generella omdömet om kursinnehållet var positivt. Någon säger att "alla delarna som vi gick igenom tycker jag var, är jätteintressant" och andra plockar ut särskilda delar som de uppskattat särskilt mycket, till exempel livskompassen och rollspelen. Många av informanterna hade någon särskild del eller övning i kursen som de inte tyckte om. Någon uttrycker svårigheter att ta till sig av livskompassen och någon annan efterlyser ett lugnare tempo på mindfulnessövningarna på skivan. "Det var så mycket man skulle tänka på, spänn fötterna spänn benen, bla bla bla (skrattar) så jag skulle vilja ha lite lugnare att man inte behöver göra så mycket utan kan ligga o lyssna o slappna av." En deltagare tyckte att det hade varit bra att ta upp en andlig dimension på de delar av kursinnehållet som handlar om mindfulness. Deltagaren sa att "man skulle kanske kunnat säga att vissa männi... en del människor får de här [andliga] upplevelserna av de här övningarna". Om bilderna i materialet säger en av deltagarna att "bilderna [kunde] ibland va lite naiva kanske på sätt och vis va, men nej, varför ska man krångla till det, samtidigt?".

Förslag på förbättring

Gruppstorlek/ lokal

Flera deltagare uttryckte att gruppen var för stor. Dialogen hade blivit bättre i en mindre grupp, och man hade vågat ställa dumma frågor, är åsikter som kom fram. En deltagare uttryckte att "jag saknade det här att kunna ställa de här dumma frågorna, det törs man inte göra i stor grupp." En liten grupp skulle göra det mer personligt var en åsikt som uttrycktes av en deltagare "det skulle bli lite mer personligt då... i en mindre grupp, att man kan berätta lite mer liksom". En informant menar att en lagom gruppstorlek skulle vara 8-12 personer. Ytterligare en deltagare säger att en mindre grupp hade gett utrymme för mer dialog kring hur andra deltagare klarat av att genomföra hemuppgifter, och någon säger att kursen hade gett mer om det varit en mindre grupp. Kurslokalens storlek nämns av en informant som försvårande för känslan av delaktighet: "sista gången satt vi ju i en mindre lokal här nånstans och det kändes ju mycket bättre, det blev mycket mer personligt då" och "när vi satt i aulan där så... det var ju så stort där så det var som att sitta på en föreläsning mer o då känner jag då kanske man inte vågar vara lika delaktig heller när det blir sådär stort".

Uppföljning/fortsättning

Flera av deltagarna uttryckte en önskan till uppföljning på kursen i någon form. Några tyckte att kursen skulle fortsätta fler gånger fast då i mindre grupp. En deltagare önskade att kursen skulle pågå "längre tid än sex veckor eller längre mellanrum mellan gångerna", en annan deltagare hade liknande önskemål "hade gärna fått vara med på en fortsättningskurs, sådär en modul till för att få det riktigt att sätta sig". En deltagare kom med förslag att "de kan ju ha nån självhjälpsgrupp för de som har gått den här (...) jag vet inte vilken form men nån slags uppföljning eller att man fasar ut men jag kan inte förklara i vilken form exakt".

Övrigt

Passform till behov

Det kom fram positiva åsikter om hur lämplig kursen var för deltagarna, med tanke på vilka svårigheter de hade. Kursen uppfattades av flera deltagare som passande utifrån de behov som de hade för tillfället, en deltagare sa att "det var helt perfekt för mig". Någon uttryckte att man i vissa perioder kan behöva annan samtidig insats beroende på hur ens svårigheter ser ut. Tillfällena uppfattades som "väl investerade timmar" och en deltagare uttryckte att man borde fortsätta erbjuda detta på vårdcentralen även framöver. En deltagare uttryckte att det skulle varit svårt att ta till sig kursen om hon inte fått en annan insats från vårdcentralen tidigare. En annan deltagare uttryckte sig också om andra insatser: "Ibland kanske man behöver nån att gå själv o prata med liksom o få mer specifik hjälp, det här blir ju ändå ganska allmänt liksom sådär stort, mer som en bas".

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om *ACT - att hantera stress och främja hälsa* är en effektiv intervention för att behandla en grupp primärvårdspatienter med blandad stress-, ångest- och depressionsproblematik. Ett annat syfte med studien var att belysa kursdeltagarnas upplevelser av kursen samt om och på vilket vis de upplever att den påverkat något område i deras liv.

Studien visar på en signifikant förbättring i deltagarnas stress-, ångest-, och depressionsnivåer samt livskvalitet före jämfört med efter genomgången kurs. Effektstorleken för stress var stor, för ångest och depression medelstora samt för livskvalitet liten. Jämfört med studier på samma intervention given för lärare och socialsekreterare var effektstyrkan i föreliggande högre. I studien för lärare var effektstyrkan mätt med eta partial η stark, effektstyrkan i studien för socialsekreterare var medel enligt Cohens *d*. Gruppledare hade ingen effekt på någon av de beroende variablerna.

Analysen av intervjuerna genererade tolv kategorier: *överblick över sin livssituation, tydliggörande av behov, vad som krävs för förändring, verktyg för att hantera stress,*

förhållningssätt till tankar och känslor, förändring i handling, stöd och lärdomar från gruppen, upplägg, innehåll, gruppstorlek/lokal, uppföljning/fortsättning samt passform till behov. Kategorierna sorterades under de två huvudtemana *påverkan av kursen* och *upplevelser av kursen* med tre underteman vardera.

Resultatdiskussion kvantitativ del

Denna studie har litet sample, något som generellt gör det svårt att uppnå signifikanta skillnader även där en sådana föreligger. I föreliggande studie har alla utfallsmått signifikanta skillnader mellan för- och eftermätning.

De valda beroende variablerna syftade till att besvara frågor om förändringar i olika aspekter av psykiskt välbefinnande hos deltagarna. Två av skalorna, AAQ och DAS-S, saknas i eftermätningarna vilket inneburit att det inte varit möjligt att redogöra för förändringen på dessa variabler eller jämföra resultaten på dessa skalor med andra grupper. Resultatet visar att effekten av interventionen inte skilde sig åt mellan de två interventionsgrupperna, som haft olika gruppledare. Av detta kan man dra slutsatsen att gruppleaderskap inte påverkat utfallet av interventionen vilket stöder hypotesen att effekten är resultat av interventionen.

I jämförelsen med andra studier på interventionen liknar de undersökta primärvårdspatienterna högstress-gruppen i studien på socialsekreterare (Brinkborg et al., 2011). I föreliggande studie skattade samtliga deltagare över den nivå som satts som cutoff-gräns för hög stress i studien på socialsekreterare. I studien på socialsekreterare drogs slutsatsen att interventionen lämpar sig bäst för personer med hög stress. Detta kombinerat med att patienterna i föreliggande studie blev förbättrade, indikerar att interventionen gavs till rätt personer på vårdcentralen.

Man kan tänka sig att den undersökta gruppen skiljer sig åt från grupperna i tidigare undersökningar inom socialtjänst och skola. Ett rimligt antagande är att primärvårdsgruppen har mer uttalad problematik eftersom de är patienter, än grupper inom arbetslivet. En modifierad version av den aktuella ACT-interventionen skulle därför kunna lämpa sig bättre för denna grupp. Studien visar på en möjlig effekt mot stress, men då det kan finnas en hög samsjuklighet i gruppen kan parallella interventioner eventuellt behövas.

I tidigare studier på ACT-interventioner, har man vid uppföljande mätningar kunnat påvisa tendenser till effektstorlekar som varit lika stora eller större än vid eftermätning (Hayes et al., 2006). I denna studie saknades möjligheter till en uppföljning vilket gör att det inte går att uttala sig om den preventiva effekten.

Resultatdiskussion kvalitativ del

Intervjuerna syftade till att få fram information om deltagarnas upplevelse av kursen och dess eventuella påverkan på livet. Kursinnehållet beskrevs generellt som positivt. Detta är något som kan ses som viktigt för aktivt deltagande och fullföljande av kursen. Olika

delar beskrevs som positiva respektive negativa av olika deltagare. Detta gör det svårt att utifrån intervjuerna dra generella slutsatser om något visst moment.

När det gäller upplevelser av upplägget framkom både positiva upplevelser och en del konkreta synpunkter på hur upplägget skulle kunna förbättras. I intervjuerna framkom tankar kring att vara del i en grupp. Förslag på mindre grupper, mindre rum samt större utrymme att samtala med de andra kursdeltagarna tyder på att något som upplevs som viktigt hos deltagarna är grupptillhörigheten. Det stöd, utbyte och känsla av samhörighet som deltagare lyfte fram som positiva aspekter av att vara del av en grupp, skulle kunna öka om kursen hölls i en mindre grupp och/eller i en miljö som inbjuder till interaktion.

Ett önskemål som lyftes fram var att ha en uppföljning på kursen. Detta skulle kunna ske som ytterligare ett ordinarie kurstillfälle en tid efter avslutad kurs. Under sista kurstillfället ingår i kursmanualen att ta upp förslaget att intresserade deltagare kan starta en studiecirkel för att jobba vidare med de frågor som avhandlats under kursen. För att detta skulle kunna komma till stånd kan gruppleddare ta upp konkreta förslag på hur de intresserade deltagarna kan göra. Då kursen i detta fall utgörs av patienter på en vårdcentral kanske ett bättre alternativ är en uppföljning i vårdcentralens regi.

Något som framkom var upplevelsen att hemuppgifterna tog mycket tid i anspråk. Kursen riktar sig till och gavs i denna studie till en grupp med hög stressnivå. Hemuppgifter är ett centralt moment i kursen och dessa tar en del tid i anspråk. Det är ofrånkomligen så att det kan öka upplevd stress att lägga till ytterligare ett åtagande till ett redan fullt schema. En möjlighet är att vissa av de som hoppar av kanske är de som skulle behöva kursen bäst.

Metoddiskussion kvantitativ del

Studien gjordes i en klinisk miljö under de förutsättningar som råder på en vårdcentral med befintliga patienter och med en intervention som normalt används där. Detta gör den ekologiska validiteten hög. En fördel med att studera en intervention i en miljö som inte är manipulerad, är att resultatet säger något om den faktiska användbarheten.

I denna studie var randomisering eller kontrollgrupp inte möjlig. Generaliserbarheten blir således begränsad, även om upplägget gav information som i viss mån kan vara utgångspunkter för liknande grupper inom primärvården framlades. Då studien saknar kontrollgrupp är det inte möjligt att dra slutsatsen att det är interventionen som ligger bakom förändringen i psykisk hälsa hos deltagarna. Dessutom saknas uppföljning av resultaten för att se om förändringen är ihållande, en annan faktor som gör det svårt att dra slutsatser om interventionens effekt. Samtidigt visar resultaten ett tydligt positivt mönster från för- till eftermätning.

Antalet deltagare i studien är relativt litet, något som påverkar studiens styrka negativt. Upplägget för studien gör det svårt att generalisera resultaten till populationen primärvårdspatienter i stort. Däremot kan resultatet generaliseras till primärvårdspatienter med intresse för interventionen. För att utesluta att andra faktorer än interventionen

påverkat resultatet behövs kontrollgrupp och uppföljning av resultaten. En annan faktor som kan ha påverkat resultatet är att flera av deltagarna hade samtidig individuell psykologisk behandling, något som kan ha påverkat förändringen i mående hos deltagarna.

Avsikten från början var att ha en kontrollgrupp i form av väntelista. Att lägga upp studien på detta sätt var inte möjligt, vilket gjorde att vi valde ett upplägg med en baslinje med tre mättillfällen innan interventionen som kontroll för tid och tillfälliga fluktuationer på grund av dagsform. Svarefrekvensen vid mätningarna var låg och deltagare anmälde sig kort innan kursstart, två faktorer som gjorde baslinjemätning ogenomförbar. Detta gör att kontrollen för tidseffekter och andra bakomliggande variabler inte kunde genomföras som planerat. För de patienter där fler än en mätning ändå samlades in, användes medelvärdet av dessa som förmätning då detta värde bedömdes vara sannare än en enskild, utvald mätning.

På grund av ett administrativt misstag saknades självskattningsformulären AAQ-II och DAS-S vid eftermätningen. Detta gör att det inte är möjligt att dra slutsatser om hur deltagarnas psykologiska flexibilitet sett ut över tid. Dessutom finns inte möjligheten att jämföra resultaten för psykologisk flexibilitet, ångest, depression och stress med resultatet i andra studier, mätt med dessa skalor.

Något som riskerar att påverka svarsresultaten vid ifyllande av enkäter är social önskvärdhet. I denna studie var det samma personer som höll kursen som även ringde för att påminna deltagarna om att fylla i enkäterna. Detta kan påverka svarsresultaten. Samtidigt borde denna risk ha minskat genom att enkäterna fylldes i utanför vårdcentralen och att information givits om att resultaten presenteras oidentifierade och på gruppnivå.

Metoddiskussion kvalitativ del

För att få variation i data gjordes ett obundet slumpmässigt urval av undersökningsdeltagarna till intervjuerna. Alla hade alltså lika stor sannolikhet att bli tillfrågade för intervju. Tre personer föll bort då de inte hade möjlighet att intervjuas. Två av dessa personer uppgav tidsbrist på grund av arbete som orsak för att inte delta, en uppgav ingen orsak. Intervjuerna genomfördes till dess att mättnad i materialet uppnåtts och bedömningen gjorts att tillräcklig information för att besvara frågeställningarna inhämtats. Utifrån tematisk analysmetod tänker man sig att när mättnad uppnåtts skulle fler intervjuer inte ge ett annat resultat (Kvale, 1997).

Med intervjuer som datainsamlingsmetod finns alltid ett hot mot tillförlitligheten i materialet, eftersom frågorna kan formuleras olika från en intervju till en annan och för att frågorna kan vara ledande och därigenom i viss mån påverka svaren. Genom att använda en semistrukturerad intervjuguide med standardiserade frågor minskar denna risk (Kvale, 1997). För att minska försöksledarpåverkan vid intervjuerna togs beslutet att inte intervju personer ur den grupp man själv varit gruppledare för. Denna åtgärd antas ha minskat risken för att social önskvärdhet påverkade informanternas svar.

I denna studie har det varit samma personer som hållit i kursen som också genomfört intervjuer och bearbetning av dessa. Att det funnits ett visst bias till förmån för kursen går inte att utesluta då båda försöksledarna är insatta i och intresserade av de teorier som kursen baseras på. Detta kan i viss mån ha påverkat genomförandet av intervjuer och i synnerhet bearbetningen av materialet från dessa. Upprepade och individuella genomläsningar av materialet i två omgångar har genomförts för att minska denna risk. Förförståelse och egna tolkningar av språkligt innehåll kan också ha påverkat analysen av materialet. Förförståelsens inverkan på resultaten antas ha minskats genom de separata genomläsningarna och kategoriseringarna av materialet. Dessutom har diskussioner förts för att medvetandegöra egna uppfattningar om kursen och dess innehåll. För att göra det möjligt för läsaren att bedöma kopplingen mellan data och tolkningen av denna, har illustrativa citat från intervjuerna lyfts fram.

Vidare forskning

Utifrån efterforskningar på området verkar detta vara första gången som ACT-SMI utvärderas i en primärvårdskontext. Med utgångspunkt i föreliggande studie och tidigare forskning på metoden, finns anledning att tro att kursen har positiva effekter för patienter inom primärvården. Det skulle vara önskvärt med en större randomiserad kontrollerad studie för att vidare undersöka en potentiell effekt av kursen i detta sammanhang. Det vore också intressant att titta på om kursen lämpar sig olika bra för olika patienter, utifrån exempelvis diagnos och stressnivå.

Förutsatt att kursen skulle visa sig ha en säkerställt positiv effekt för primärvårdspatienter, är ytterligare ett undersökningsområde att titta på vilka komponenter inom teknik, format och innehåll som är verksamma och att utifrån denna kunskap anpassa kursen till målgruppen. Ytterligare ett område som är viktigt att undersöka är hur denna kurs fungerar för primärvårdspatienter i jämförelse med andra liknande interventioner för stress och stressrelaterade besvär.

Referenser

- American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV*: Diagnostiska kriterier enligt DSM- IV- TR. Danderyd: Pilgrim press.
- Anderberg, U. M. (2005). Stress och smärta samt könshormonella aspekter på stress. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna* (ss. 210-223). Stockholm: Liber AB.
- Bernin, P. (2001). Kroppsliga signaler - doktors synpunkter och råd om stressorsakad ohälsa. I A. Perski (Red.), *Stress och sjukdom – Fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar* (sid. 53-59). Västerвик: Ekblad & Co.
- Biglan, A., Hayes, S., & Pistorello, J. (2008) Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Prevention Science*, 9, 139-152.
- 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. W., Hayes, S.C. & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26 (1-2), 25-54.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Rouget, B.B., Gex-Fabry, M., McQuillan, A., Dupont-Willemin, A., Aubry, J.M., & Nguyen, C. (2010). Self- and clinician- rated Montgomery Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 121(3), 268-272.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (6-7), 389-398.
- Ciarrochi, J., Robb, H. & Godsell, C. (2005a). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from acceptance and commitment therapy Part 1: Philosophical and theoretical underpinnings. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (2), 79-106.
- Ciarrochi, J. & Robb, H. (2005b). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from acceptance and commitment therapy Part 2: Applications. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (2), 107-130.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-802.
- Donaldson-Feilder, E.J. & Bond, F.W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 187-203.
- Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.). (2005). *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.

- 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.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, N. (2000). *Doing psychological research, gathering and analysing data*. Suffolk: St Edmundsbury Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Heilig, M. (2005). Är det farligt att vara rädd? I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna* (ss. 131-149). Stockholm: Liber AB.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227-239.
- Hydman, A., & Larsson, L. (2010) *Acceptance and Commitment Therapy som stresshanteringsmetod för lärare*. (Opublicerad psykologexamensuppsats). Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Jakobsson, C., & Wellin, J. (2006). *ACT - Stress i skolan. En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen*. (Opublicerad psykologexamensuppsats). Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future: *Psykosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Levi, L. (2005). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna* (sid. 56-71). Stockholm: Liber AB.
- 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 ungdomars psykosociala hälsa, Maria Ungdom och Karolinska institutet (FORUM).
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995a). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.)* Sydney: Psychology Foundation. ISBN 7334-1423-0.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lundberg, U. (2005). Samspelet individ, samhälle, livsstil och biologi. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna* (sid. 269-281). Stockholm: Liber AB.
- McEwen, B. (2002). *The End of Stress as We Know It*. Washington: National Academies Press.
- Olin, R. (2001). Fibromyalgi. A. Perski (Red.), *Stress och sjukdom – Fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar* (sid. 29-32). Västervik: Ekblad & Co.
- Olsson, I., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*. 5:46. doi: 10.1186/1471-244X-5-46.
- Olsson, T., & Sapolsky, R. (2005). Kortisol och stressrelaterad ohälsa. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna* (sid. 345-350). Stockholm: Liber AB.
- Perski, A. (2001). *Stress och sjukdom – Fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västervik: Ekblad & Co.
- Perski, A. (2003). Om stress, utbrändhet och vägarna tillbaka till hälsa. I T. Theorell (Red.), *Psykosocial miljö och stress* (sid. 101-117). Lund: Studentlitteratur AB.
- Perski, A. (2006). *Ur balans*. Stockholm: Bonnier fakta.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008) Efficacy of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Ruiz, F.J. (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.
- Selye, H. (1958). *Stress*. Stockholm: Natur och kultur.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Socialstyrelsen (2009). Artikelnr. 2009-126-85. *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom, beslutsstöd för prioriteringar - Preliminär version*.
Besökt 2011-12-30 på:
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8509/2009-126-85_200912685.pdf
- Socialstyrelsen (2007a). Artikelnr. 2011-2-1. *Lägesrapport. Hälso- och sjukvård*.

Besökt 2011-12-30 på: www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-1

Socialstyrelsen (2007b). Artikelnr: 2007-107-22. *Psykosocial kompetens i primärvården - Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården.*

Besökt 2011-12-30 på:

www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8973/2007-107-22_200710722.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). Rapport nr: 171. *Behandling av ångestsyndrom : En systematisk litteraturöversikt. Vol. 2.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Besökt 2011-12-30 på: www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/angest_vol_2.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). Rapport nr: 166. *Behandling av depressionsjukdomar: En systematisk litteraturöversikt. Vol. 1.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Besökt 2011-12-30 på:

www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_depression_1999/SSF_depres_bil1.pdf

Statens folkhälsoinstitut (2010). Nationell folkhälsorapport: *Sjukdomar och besvär.*

Tillgänglig 2011-12-30 på:

www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Psykisk-halsa/Sjukdomar-och-besvar/

Törneke, N. (2004). Acceptance and Commitment Therapy (ACT). En behavioristisk psykoterapi. *Sokraten*, 3, 14-19.

Törneke, N. (2009). *Relational Frame Theory*. Stockholm: Studentlitteratur.

Wasserman, D. (2003). Allmänt om psykisk ohälsa. I T. Theorell (Red.), *Psykosocial miljö och stress* (sid. 119-158). Lund: Studentlitteratur.

WHO (2010). *International Classification of Diseases 10.*

Besökt 2011-12-29 på: www.who.int/classifications/icd/en/

Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain – a randomized controlled trial. *Pain*, 141, 248–257.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

Åsberg, M., Nygren, Å., Herlofson, J., Rylander, G., & Rydmark, I. (2005). Utmattningsyndrom. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna* (sid. 224-231). Stockholm: Liber AB.

Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 46, 296-321.

”ACT – att hantera stress och främja hälsa”

Välkommen till kursen ACT – Att hantera stress och främja hälsa! Kursen ges på Gustavsbergs vårdcentral och kursstart är onsdag 31/8, kl. 15 – 17.30. Datum och tider för samtliga fyra kurstillfällen är:

Ons	kl
Ons	kl
Ons	kl
Ons	kl

Vid eventuella förhinder kontakta expeditionen Kompassen på plan 1: 08-718 73 20 eller 08-718 73 50 och observera att patientavgift skickas vid återbud senare än 4 timmar innan bokad besök. Du är inbokad på samtliga 4 träffar och behöver aktivt boka av om du inte kommer. Tänk på att komma i god tid då det kan bli lite kö i receptionen.

För att kunna ge bättre vård och bemötande utvärderar Gustavsbergs vårdcentral kontinuerligt sin verksamhet. Som kursdeltagare blir du därför ombedd att svara på ett antal frågor om dig själv och ditt mående, både innan och efter kursen (se bifogat brev med inloggningsuppgifter). Du kan svara på enkäterna hemifrån på en dator eller i väntrummet Jungfrufjärden. Det är inte obligatoriskt att fylla i enkäterna men de ger värdefull information om hur kursen fungerat för att på bästa sätt kunna hjälpa dig och andra framtida patienter.

På just denna kurs sker även ett utvärderingsarbete inom ramen för ett examensarbete på Stockholms universitet. Syftet med denna studie är att se på vilka sätt kursen är hjälpsam samt att få underlag för att förbättra kursens innehåll. Nedan följer kort information om studien och en förfrågan om du vill delta. Det går även bra att endast delta i kursen utan att medverka i studien.

Studien är upplagd på följande sätt:

Den här studien syftar till att utvärdera en kurs som riktar sig till primärvårdspatienter med stressrelaterade besvär. Studien är ett samarbetsprojekt mellan Gustavsberg vårdcentral och studenter på psykologlinjen vid Stockholms universitet. Kursen hålls av personal på vårdcentralen tillsammans med studenterna. Projektet pågår under 2011.

Att delta i studien innebär att du kommer att få fylla i några av enkäterna ytterligare en eller två gånger innan kursen. Dessutom innebär deltagandet att vi som utför den får din tillåtelse att använda informationen från enkäterna i en sammanställning på gruppnivå. Enkäterna som du kommer att få besvara handlar om olika aspekter av stress, ångest och livskvalitet och tar mellan 20 och 30 minuter att besvara. Efter kursens slut kan du komma att bli tillfrågad om att delta i en kortare intervju om hur du upplevt kursen.

All information som vi får av dig kommer att hanteras av personer som har tystnadsplikt och de uppgifter du lämnar till oss är sekretesskyddade enligt lag. När all data till slutsammanställs kommer ingen att kunna se vad just du svarat. Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan!

Kontaktperson vid frågor om kursen:

PTP-psykolog Tfn: XX-XXX XX XX E-post: xxxxxxxx@xxxx.com

Kontaktpersoner vid frågor och information om studien:

Sanna Grön, psykologkandidat E-post: sanna.gron@gmail.com

Julia Kiiskinen, psykologkandidat E-post: julia@kiiskinen.se

Gemensam mobil: XXX-XX XX XX

Medgivande

Jag har tagit del av ovanstående skriftlig information och därmed fått information om vad det innebär att delta i studien. Jag har fått veta att min medverkan i studien är fullt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta medverkan.

Härmed ger jag mitt skriftliga medgivande till att jag,

.....
.....

(skriv ditt namn, personnummer och dagens datum här)

deltar i ovanstående studie som innebär:

- Att information som samlas in i samband med att jag deltar i ACT-kursen på Gustavsbers vårdcentral används i en psykologexamensuppsats.
- Att jag är villig att fylla i enkäter vid totalt fyra olika tillfällen.

Ta med detta papper på första kurstillfället!

Intervjuguide

1. Hur kom det sig att du valde att gå den här kursen?
2. Kommer du att använda dig av något du har lärt dig under kursen? –Vad?
-Vad tycker du är det viktigaste du har fått ut av kursen?
3. Har det skett några förändringar i ditt liv sedan du började kursen? -Vad beror de på?
(Sett till områdena relationer, arbete, fritid, hälsa)
4. Finns det någonting du kommer att göra annorlunda efter att ha gått kursen?
5. Vad tycker du om innehållet i kursen?
-Var det något som kändes mer/mindre relevant?
6. Var det något som var svårt att förstå under kursen?
-Vad tycker du om tydligheten i kursinnehållet?
7. Vad skulle kunna förbättra kursen?
8. Vad tyckte du om att ”öva hemma”?
9. Vilka förväntningar hade du på kursen? Blev dessa uppfyllda?
10. Vad tyckte du om innehållet i kursen?
11. Vad tyckte du om kursens längd? Längden på tillfällena? Upplägget?
12. Tycker du att den här kursen var en passande hjälp för dig?

ACT – Att hantera stress och främja hälsa

Träff 1

Första träffen ägnas främst åt psykoedukation kring stress och genomgång av acceptans och medveten närvaro.

Presentation och dagordning

Vad är stress?

Ska jag förändra eller acceptera?

Att undvika tankar och känslor

Tänkandet kan skapa lidande

Medveten närvaro

Öva hemma

Träff 2

Under andra träffen får deltagarna arbeta med värderingar, fundera kring vad som är viktigt i livet, se hur livet ser ut just nu samt undersöka hinder för ett liv mer i enlighet med värderingarna.

Repetition av träff 1

Genomgång av öva hemma

Livskompassen

Hinder

Språk, tankar, känslor och regler som hinder

Kort repetition av dagens träff

Öva hemma

Träff 3

Under tredje träffen fortsätter deltagarna med värderingsarbetet. Det observerande jaget introduceras.

Kort repetition av träff 1 och 2

Genomgång av öva hemma

Att leva enligt sin livskompass

Hur vårt tänkande skapar lidande, problem och stress

Kort repetition av dagens träff

Öva hemma

Träff 4

Under sista träffen får deltagarna öva på att använda några verktyg för effektiv kommunikation. Träffen innehåller också övningar i medkänsla med sig själv och andra. Dessutom repeteras innehållet från hela kursen.

Öva hemma

Introduktion till träff 4

Kommunikation

Medkänsla och relationer

Repetition av hela kursen

Avslut och utvärdering