Självständigt arbete på avancerad nivå

Independent degree project – second cycle

Psykologexamensuppsats, 30hp

ACTa våra studenter

Att minska stress och främja hälsa hos universitetsstudenter

En randomiserad kontrollerad interventionsstudie

Sofia Djusberg & Sandra Rydberg
Handledare: JoAnne Dahl

Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. **Campus Sundsvall** Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.
Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.
Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET
Avdelningen för psykologi
Examinator: Örjan Sundin, orjan.sundin@miun.se
Handledare: JoAnne Dahl, Jo_anne.dahl@comhem.se
Författare: Sofia Djusberg & Sandra Rydberg, sodj0800@student.miun.se, sary0802@student.miun.se
Utbildningsprogram: Psykologprogrammet, 300 hp
Huvudområde: psykologi
Termin, år: 10, 2013

Tack till

JoAnne Dahl, för ditt engagemang, ditt stöd och för att du fått oss att hålla modet uppe.

Fredrik Livheim, för inspirerande utbildning och handledning i metoden.

Jan Lisspers, för ditt engagemang och för att du uppmuntrat oss.

Marie-France Larsson, för all hjälp med att datorisera formulären.

Alla deltagare i studien, för ert intresse för kursen och tänkvärda diskussioner.

Sammanfattning

Stressrelaterad ohälsa är ett problem som skapar negativa konsekvenser för både individ och samhälle. I synnerhet ungdomar och unga vuxna är en grupp där den psykiska ohälsan ökat kraftigt de senaste åren, varför behovet av hälsofrämjande insatser är stort. Syftet med denna studie var att utvärdera effekten av en preventiv intervention mot stress och ohälsa baserad på principerna för Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Universitetsstudenter randomiserades till en ACT-intervention (n=10) eller en väntelist kontrollgrupp (n=12). Deltagarna i interventionsgruppen fick gå en gruppbaserad kurs innefattande 4 sessioner á 3 timmar under fem veckor. Resultaten av en upprepad ANOVA visade att deltagarna i interventionsgruppen förbättrats signifikant avseende stress, allmänt psykiskt mående samt grad av medveten närvaro. Slutsatsen är att ACT-interventionen tycks vara hjälpsam för att minska stress och främja generell hälsa hos universitetsstudenter. Fler studier av randomiserad kontrollerad design behövs för att ge ytterligare stöd för interventionens effekter på universitetsstudenter.

Innehållsförteckning

Inledning ... 6
Stress ... 6
Stresshanteringsinterventioner ... 7
Acceptance and Commitment Therapy ... 7
Tidigare forskning Acceptance and Commitment Therapy ... 9
ACT som stressintervention ... 9
ACT-Att hantera stress och främja hälsa, för ungdomar och unga vuxna ... 10
Syfte och hypoteser ... 11
Frågeställning ... 11
Metod ... 12
Deltagare ... 12
Procedur och design ... 13
ACT-interventionen ... 14
Väntlist kontrollgrupp ... 15
Material ... 15
Mätinstrument ... 15
Statistisk analys ... 16
Etiska överväganden ... 17
Kursledare ... 17
Resultat ... 18
Resultatutvärdering ... 21
Diskussion ... 22
Resultatdiskussion ... 22
Metodologiska aspekter ... 24
Om mätinstrumenten ... 25
Könsskillnader ... 25
Bortfall ... 25
Behandlare ... 25
Slutsatser och framtida forskning ... 26
Referenser ... 27
Bilagor ... 31
Bilaga 1: Kursinbjudan ... 31
Bilaga 2: Information om studien och samtycke till deltagande ... 32

ACTa våra studenter
Att minska stress och främja hälsa hos universitetsstudenter
– En randomiserad kontrollerad interventionsstudie

Befolkningens självrapporterade psykiska ohälsa är ett av de största hälsoproblemen i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). Kostnaderna för stressrelaterad ohälsa är höga, de stressrelaterade sjukskrivningarna beräknas kosta samhället minst 8.2 miljarder kronor per år i form av sjukfrånvaro och personalomsättning (Malmqvist, 2001). Perski (2012) menar att en av de stora utmaningarna för att uppnå en god hälsa hos befolkningen ligger i att minska den psykosociala stressen. I en litteraturöversikt framför Ljungdahl, Malmberg och Bremberg (2007) att lindriga psykiska besvär ökar risken för allvarlig psykisk sjukdom senare i livet varför det är viktigt med tidiga och preventiva insatser.

Bland unga vuxna har den självrapporterade psykiska ohälsan ökat kraftigt sedan början av 1990-talet (Socialstyrelsen, 2009). Besvären har ökat i hela befolkningen men är mest uttalad för unga vuxna, i åldern 16-24 år. Flera rapporter visar att det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har värk (SOU 2006:77). Besvär som ångest, oro och ängslan har också ökat bland ungdomar och unga vuxna, och i synnerhet är det kvinnliga högskolestudenter som utmärker sig som den grupp där oro och ångest är vanligast. Bland högskolestudenter, 20-24 år, rapporterade 39 procent av kvinnorna att de besväras av oro, ängslan eller ångest, 21 procent av männen rapporterade att de besvärats av samma symtom (Socialstyrelsen, 2009). Dessa symtom anses vara stressrelaterade.

Enligt Högskoleverkets Årsrapport (2012) utgör kvinnor majoriteten av svenska studenter. Enligt Statistiska centralbyråns rapport, Högskolestuderandes levnadsvillkor (2007), konstateras att sju av tio studenter kände sig stressade. Rapporten visar också att tre av tio studenter hade svårt att sova och en av fyra studenter hade ont i magen eller ont i huvudet minst en dag per vecka. Symtomen var vanligare hos de kvinnliga, jämfört med de manliga studenterna. Cirka 40 procent av studenterna uppgav att de hade svårt att kombinera studier med privatliv och drygt hälften upplevde att deras sociala situation hade en negativ inverkan på deras studier. Som förklaring till den ökade psykiska ohälsan bland unga vuxna i Sverige ges den förändring samhället genomgått de senaste 60-70 åren, med en ökad sekularisering och individualisering (Socialstyrelsen, 2009).

Något som anses vara en riskfaktor för att stressen ska övergå i utmattning är hög grad av prestationsbaserad självkänsla. Personer med prestationsbaserad självkänsla tenderar att vara mycket engagerade i sitt arbete och är beroende av att vara duktiga och prestera för att duga inför sig själva. Även i pressade situationer ignorerar de hälsorisker och driver sig själva väldigt hårt (Hallsten, Bellaagh & Gustafsson, 2002). Prestationsbaserad självkänsla utvecklas under en längre tid och bygger i hög grad på individens sociala inlärningshistoria (Hallsten et al. 2002). Studenter är en grupp i samhället som rapporterar hög grad av prestationsbaserad självkänsla (Hallsten, Josephson & Torgén, 2005).

Stress

Stress definieras vanligtvis som en kroppslig reaktion som uppstår när det råder en obalans mellan de resurser vi har och de påfrestningar vi utsätts för (Lazarus & Folkman, 1984). I situationer som individen uppfattar som hotande aktiveras det sympatiska nervsystemet och kroppen förbereder sig på att kämpa eller fly. I dagens samhälle utgörs människans värsta fiende av den vardagsstress som många omger sig med. Om individen inte lyckas avvärja hotet och stressreaktionen blir långvarig kan stressymtom utvecklas såsom koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, utmattning, nervositet, ångest, störd sömn, smärta och stimulusöverkänslighet (Almén, 2007).

Med utgångspunkt i Lazarus definition av stress finns det två olika sätt att angripa stressen på; antingen individens tolkning av situationen eller kraven från den yttre miljön, det vill säga stressorn. Föreliggande studie har sin utgångspunkt i att förändra deltagarnas förhållningssätt till stress.

Stresshanteringsinterventioner. Av de stresshanteringsinterventioner som finns idag har de interventioner som bygger på KBT visat sig vara mest effektiva (van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001). Interventionerna riktar ofta in sig på att reducera eller förebygga stress och syftar i allmänhet till att öka individens psykologiska resurser. Metoder som används är till exempel kognitiv omstrukturering, avslappning och problemlösning, vilka syftar till att förändra destruktiva tankar och beteendemönster.

Acceptance and Commitment Therapy

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) tillhör den tredje vågens beteendeterapi (Biglan, Hayes & Pistorello, 2008). Det som kännetecknar den tredje vågens KBT är att funktionen av inre och yttre händelser betonas. Genom ökad acceptans av smärtsamma tankar och känslor, samt större distans till dessa vill man öka psykiskt välbefinnande och livskvalitet hos klienterna (Flaxman & Bond, 2010a; Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

ACT har sin teoretiska förankring i inlärningspsykologiska antaganden och i Relational Frame Theory (RFT) (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Syftet med RFT är att förklara hur vårt språk och våra kognitioner påverkar hur vi handlar. Teorin framhåller att språk och tankar är en form av inlärt beteende, och att vi genom språket kan relatera händelser och saker till varandra, även om vi aldrig varit i direkt kontakt med dessa. Genom att tillskriva händelser olika betydelse förändras även funktionen av händelserna. Språket är på så sätt en hjälp för att hantera den yttre verkligheten, men på vår inre verklighet kan användande av språket snarare få oss att agera på ett dysfunktionellt sätt. Språkliga processer bidrar på så vis till att skapa mänskligt lidande och vår förmåga att relatera till händelser trots att vi inte direkt upplevt dem ligger till grund för utvecklandet av psykopatologi (Hayes et al., 2006).

Genom att vanemässigt använda språket och inlärda associationer kan vi fastna i ett tolkningsmönster av våra obehagliga känslor och tankar där det logiska sättet att hantera situationen blir att vi undviker det som väcker det inre obehaget. Inom ACT benämns denna copingstrategi upplevelsemässigt undvikande. Upplevelsemässigt undvikande uppstår när en person är ovillig att vara i kontakt med sina inre upplevelser såsom tankar, känslor, minnen och kroppsliga förnimmelser. Det innebär att personen hanterar dessa genom att försöka undvika eller fly. Åtgärder som syftar till att undvika, kontrollera eller minska olika inre upplevelser kan fungera symtomreducerande på kort sikt, men långsiktigt är de dysfunktionella och leder till att personen inte agerar i linje med vare sig kontext eller värderingar (Biglan et al., 2008). Genom att undvika och kämpa emot inre upplevelser som tankar och känslor, tenderar frekvensen av dessa att öka. Inom ACT menar man att det varken är nödvändigt eller förståndigt att fokusera på innehållet i kognitionerna, utan ACT syftar snarare till att istället släppa denna kamp (Hayes et al., 2006). Inom ACT anser man att det är ovilligheten att uppleva obehagliga tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser som är källan till lidandet (Hayes et al., 1999). Genom upplevelsemässigt undvikande blir även individens beteenderepertoar begränsad (Törneke, 2004). Genom att bryta sitt upplevelsemässiga undvikande och öka sin psykologiska flexibilitet kan individen få nya erfarenheter och därmed kan förändring ske (Ghaderi & Parling, 2009). Målet med ACT är att minska det upplevelsemässiga undvikandet och öka att därmed den psykologiska flexibiliteten, vilka står

i ömsesidig relation till varandra. På så vis vill man förmå individen att handla utifrån sina värderingar trots negativa tankar, känslor och minnen.

Att öka den psykologiska flexibiliteten är således målet med ACT, vilket handlar om förmågan att medvetet ha kontakt med, och acceptera det som är i stunden, både de inre och yttre upplevelserna, samt att styra sitt beteende i linje med sina värderingar (Hayes et al., 2006). Ökad psykologisk flexibilitet antas leda till en ökad villighet att förbli i kontakt med obehag utan att försöka undvika eller kontrollera detta obehag (Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010). Flexibiliteten uppnås genom sex sammanlänkade kärnprocesser; acceptans, defusion, medveten närvaro, jag-som-kontext, värderingar och ändamålsenligt handlande (figur 1). Genom dessa kärnprocesser antas individen utveckla psykologiska färdigheter som främjar dennes psykiska hälsa (Hayes et al., 2006).

Acceptans minskar de obehagliga inre upplevelsernas inverkan på individens beteenden, vilket gör det enklare att leva i linje med det personen värdesätter (Hayes et al., 1999). Acceptans innebär även att inta ett aktivt förhållningssätt och en villighet att uppleva inre obehag, utan att försöka undvika eller förändra dessa obehagliga tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser (Biglan et al., 2008).

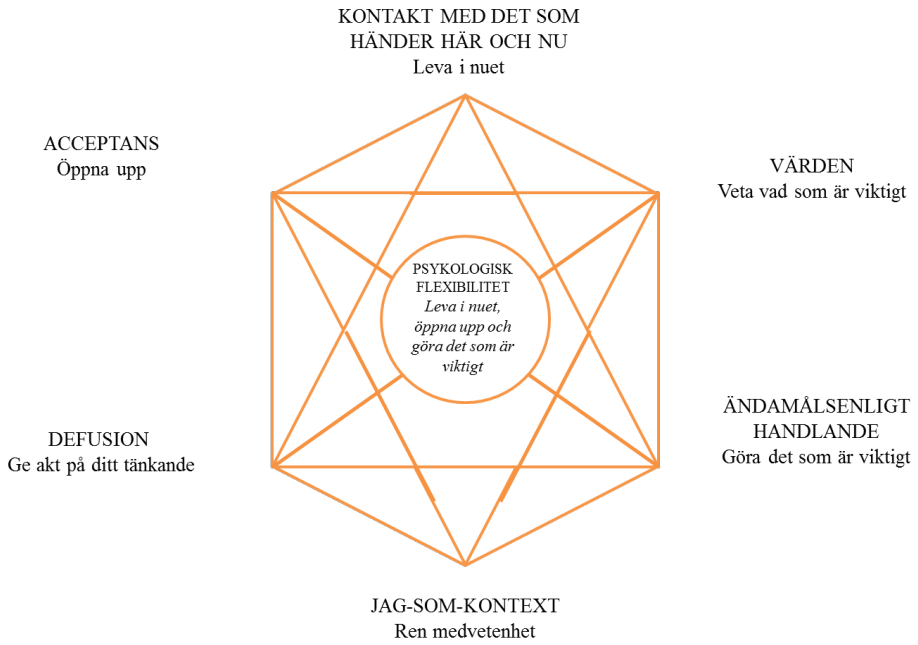
Defusion syftar till att förändra tankarnas funktion genom att frikoppla sig från dem, och således öka distansen till tankarna (Hayes et al., 2006). Genom defusion kan individen skapa en distans mellan vem han/hon är och vad han/hon tänker om sig själv. Fusion är motsatsen till defusion och då sammansmälter individen med sina tankar och tankarna behandlas som sanna. Ett exempel på fusion är ”Jag är dålig”, och att defusionera med tanken skulle innebära att vi i stället säger ”Nu får jag en tanke som säger att jag är dålig” (Biglan et al., 2008).

Medveten närvaro handlar om att medvetet rikta sin uppmärksamhet mot nuet, utan att döma eller värdera (Kabat-Zinn, 2009). Genom att öva upp sin förmåga att vara medvetet närvarande kan vi uppleva världen mer direkt, agera flexibelt och i enlighet med våra värderingar, utan att falla för impulser som upplevelsemässigt undvikande (Hayes et al., 2006). Mindfulness har rapporterats leda till minskad stress, förbättrad uppmärksamhet, förbättrat minne och förbättrad sinnesstämning (Schenström, 2007). Vidare menad Baer (2003) att mindfulness kan bidra till att minska individernas stressnivå genom att inducera avslappningsresponser.

Jag-som-kontext (det observerande jaget) handlar om att skapa kontakt med den del av jaget som är och har varit konstant under livet (Fledderus et al., 2010). Inom ACT anser man att människan är mer än hennes föränderliga känslor, tankar och förnimmelser och att det observerande jaget utgör en stabil bas. När individen är i kontakt med det observerande jaget minskar risken att hon ska överväldigas och fastna i det som finns i stunden (Hayes et al., 2006). Inom ACT lyfter man fram det observerande jaget som en position varifrån man kan möta det som är svårt (Törneke, 2004).

Värderingar berör det som är viktigt inom olika områden i livet, så som relationer, hälsa, arbete/utbildning och fritid. Biglan m.fl. (2008) menar att medvetna värderingar utgör en livsriktning och en vilja hos individen att gå i riktning med dessa värderingar.

Ändamålsenligt handlande syftar till att bredda individens beteenderepertoar så att personen kan ta steg i linje mot valda livsriktningar (Hayes et al., 2006).



Figur 1. De sex kärnprocesserna i ACT, ”ACTs hexaflex” (Harris, 2011, sid. 24). Enligt modellen kan en ökad psykologisk flexibilitet uppnås genom att arbeta med dessa sex kärnprocesser.

Tidigare forskning Acceptance and Commitment Therapy

Hayes m.fl. (2006) sammanfattar forskningsstödet för ACT som visar på goda resultat vid flera olika diagnoser såsom kronisk smärta, epilepsi, social fobi och depression. ACT har även jämförts med traditionell KBT, och båda har visat sig förbättra människors psykiska hälsa. Förbättringen tycks dock ske genom olika mekanismer (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007). Traditionell KBT försöker reducera och förändra kognitivt innehåll medan ACT syftar till att öka individers villighet att uppleva sådana symtom genom att minska upplevelsebaserat undvikande och öka beteenden som är i linje med ens värderade riktning (Hayes et al., 1999). Forman m.fl. (2007) jämförde en kognitiv intervention med ACT och visade att ACT-interventionen grundade sig på ökad psykologisk flexibilitet medan den kognitiva interventionen minskade negativa kognitioner. Detta indikerar på att ACT och KBT verkar via olika processer.

Vidare granskar Öst (2008) i en metaanalys studier utförda på tredje vågens beteendeterapi och kritiserar ACT för att inte ha samma forskningsmetodologiska standard som traditionella KBT-studier. Forskning kring ACT har ökat kraftigt de senaste åren, det tycks dock finnas ett behov av fler kontrollerade studier med högre metodologisk kvalitet.

ACT som stressintervention. ACT har också visat sig vara lämplig som gruppintervention för olika typer av populationer i hälsofrämjande syfte (Livheim, 2004; Altbo & Nordin, 2007; Biörklund & Wall, 2009; Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011). Det finns idag ett par olika studier som utvärderat ACT som stressintervention med goda resultat (t.ex. Bond & Bunce, 2000; Flaxman & Bond, 2010a; Brinkborg, et al., 2011). Bond och Bunce (2000) var först med att undersöka effekterna av en kort kurs på tre träffar baserad på ACT-principer, kallad ”ACT at work”. Studien omfattade 90 personer i en stor mediaorganisation. Deltagarna randomiserades till en av tre olika betingelser; (1) deltagarna fick identifiera stressorer och påverka dessa, (2) ACT med fokus på att förändra upplevelsen av stress samt acceptans, (3) passiv kontrollgrupp. Båda behandlingsgrupperna visar förbättrad psykisk hälsa i förhållande till kontrollgruppen. Deltagarna som fick identifiera stressorer och påverka dessa rapporterade

minskad depression och ökad jobbrelaterad kreativitet. Deltagarna som gått i ACT gruppen rapporterade minskad depression, bättre generell hälsa samt ökad jobbrelaterad kreativitet. Mekanismerna bakom förändringen i de två behandlingarna skiljer sig dock åt. De förändringar som erhölls i ACT gruppen medierades genom acceptans av oönskade tankar och känslor. De förändringar som erhölls i den andra interventionsgruppen medierades av den direkta påverkan av stressorerna i sig.

Vidare undersökte Bond och Bunce (2003) hur psykologisk flexibilitet är kopplat till olika variabler i arbetsmiljön för anställda på ett kundservicecenter. Resultatet indikerade att psykologisk flexibilitet predicerar en högre grad av acceptans, psykisk hälsa och prestationsförmåga i upp till ett år senare. Studien visar också hur de fördelaktiga effekterna av upplevd kontroll över arbetssituationen samverkade med hög grad av acceptans.

Flaxman och Bond (2010a) jämförde Stress Inoculationtraining (SIT) och ACT som stressintervention (ACT at work manualen). Studien innefattade 107 deltagare som slumpades till ACT, SIT eller väntelistkontroll. Båda stressprogrammen visade goda resultat. Man undersökte också vilka processer som förklarade förbättringar inom respektive grupp. En ökad psykologisk flexibilitet kunde förklara förbättringarna i ACT gruppen. Man fann däremot inte att dysfunktionella kognitioner, som man ville förändra med SIT, minskade i SIT gruppen. Vilken mekanism som förklarade förbättringen i SIT gruppen kunde därför inte fastställas i studien. Vidare undersökte Flaxman och Bond (2010b) hur effektiv ACT som stressintervention var då den gavs till grupper där det finns deltagare med hög stressnivå respektive deltagare med lägre grad av stress. Författarna drog slutsatsen att de deltagare som var stressade på en klinisk nivå förbättrades mest medan de som hade en lägre stressnivå när de började interventionen enbart nådde en ringa förbättring.

Ytterligare en studie (Lloyd, Bond, & Flaxman, 2012) undersökte vilka processer som förklarade förbättringar vid ACT som stressintervention, samt dess koppling till teorier om utmattningssyndrom. 100 deltagare randomiserades till ACT eller väntelistkontroll. Studien visade att jämfört med kontrollgruppen så rapporterade ACT-gruppen en signifikant ökning i psykologisk flexibilitet. Vid sex månaders uppföljning rapporterade ACT-gruppen minskade symptom på utbrändhet.

I en svensk studie gavs ACT at work omarbetad på svenska (enligt manualen: ACT- Att hantera stress och främja hälsa) till stressade socialsekreterare anställda i Stockholms stad. 106 deltagare randomiserades till att få antingen ACT eller vara väntelistkontroll. Resultaten visar att ACT-gruppen rapporterade statistiskt säkerställt mindre stress, mindre utmattningssymtom och bättre generell hälsa jämfört med kontrollgruppen (Brinkborg et al., 2011). Studien hade ett stratifierat urval där deltagarna delades in efter stressnivå vid baslinjemätning. Det var primärt deltagare med hög grad av stress före interventionen som uppvisade signifikanta skillnader i resultat. Behandlarna som höll i kursen kunde ej ACT sedan tidigare men hade gått en fyra dagar lång ACT gruppledarutbildning.

ACT- Att hantera stress och främja hälsa, för ungdomar och unga vuxna. Livheim (2004) utvärderade ACT som stressintervention i en randomiserad kontrollerad studie på 230 gymnasieungdomar. ACT-interventionen, som är en svensk omarbetning av ACT at work anpassad för ungdomar och unga vuxna, jämfördes med en kontrollgrupp. Lovande resultat erhölls som visade att elever som hade gått kursen har statistiskt säkerställt mindre ångest samt fungerar bättre inom det område de rapporterar som sitt största problemområde. En oberoende tvåårs-uppföljning utfördes på denna studie som visar att förbättringarna höll i sig och till och med hade blivit större två år efter kursavslut (Jacobsson & Wellin, 2006). ACT-interventionen som användes i studien fick senare i en något omarbetad form namnet ”ACT-Att hantera stress och främja hälsa”.

Vidare har ett antal olika mindre studier utförts för unga vuxna och studenter utifrån manualen ”ACT- att hantera stress och främja hälsa” (t.ex. Djordjevic & Frögéli, 2012; Andersson & Waller, 2011). Flertalet av dessa låter kursen löpa under åtta veckor i enlighet med manualen. Djordjevic & Frögéli (2012) påvisade lovande resultat i sin randomiserade kontrollerade studie som testade ACT som stressintervention för 113 sjuksköterskestudenter (studien förbereds för publicering 2013). Jämfört med en kontrollgrupp rapporterade gruppen som fick gå ACT kursen statistiskt signifikant mindre stress, mindre utmattningssymptom, förbättrat arbetsengagemang, bättre skattad hälsa, högre grad av medveten närvaro och större psykologisk flexibilitet. Vid en tre månaders uppföljning kvarstod resultaten för upplevd stress, utmattningssymptom, arbetsengagemang samt medveten närvaro. Författarna betonar att en implementering av denna intervention i större skala skulle kunna förväntas gynna den framtida sjuksköterskeprofessionen.

Tidigare studier har primärt utvärderat effekterna av ACT-interventionen genom att undersöka upplevd stress mätt med Percieved stress scale (PSS) (t.ex. Livheim, 2004; Brinkborg et al., 2011), generellt psykiskt mående mätt med General Health Questionnaire (GHQ) (t.ex. Flaxman & Bond, 2010a; Brinkborg et al., 2011), ångest och depression mätt med Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) (t.ex. Livheim, 2004). Även Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) används i tidigare studier för att mäta psykologisk flexibilitet (t.ex. Brinkborg et al., 2011; Livheim, 2004; Flaxman & Bond, 2010a). Livheim (2004) använde även ett funktionsmått, Problem Questionnaire. I linje med denna tidigare forskning bedömdes dessa mått på psykisk hälsa relevanta för att undersöka effekterna av ACT interventionen. Ingen tidigare studie har undersökt hur graden av medveten närvaro förändras under kursen, detta bedömdes även intressant att utvärdera då mindfulness är en komponent i programmet.

Sammanfattningsvis är stress ett utbrett problem i vårt samhälle idag och studenter rapporterar hög grad av stress och stressrelaterad ohälsa. I linje med detta visar flera rapporter att den självrapporterade psykiska hälsan har försämrats kraftigt bland unga vuxna i Sverige. Fler insatser behövs för att jobba preventivt med detta utbredda problem. Det bedömdes därför vara relevant att undersöka om en korttidsintervention baserad på ACT, enligt manualen ACT-Att hantera stress och främja hälsa, kan vara ett sätt att minska stress och allmän psykisk ohälsa hos universitetsstudenter. Flertalet av de nämnda studierna på manualen ”ACT-Att hantera stress och främja hälsa” har utfört kursen under en period på åtta veckor, med en träff varannan vecka. Huruvida samma effekter kan erhållas även om kursen utförs under en kortare period är relevant att undersöka varför kursen i föreliggande studie gavs under fem veckor.

Syfte och hypoteser

Syftet med denna studie är att undersöka om en korttids ACT-intervention ger effekter på universitetsstudenters psykiska hälsa. Hypotesen för studien är att deltagarna i interventionsgruppen kommer minska sin upplevda stress, ångest och depression, samt öka sin psykologiska flexibilitet, självkänsla, grad av mindfulness och funktion inom eget valt problemområde.

Frågeställning

Kan en ACT-intervention som innefattar 4 träffar á 3 timmar över en 5 veckors period visa sig vara effektiv jämfört med en kontrollgrupp för att förbättra psykisk hälsa?

Metod

Deltagare

Till studien rekryterades 34 universitetsstudenter. Deltagarna rekryterades från ett universitet där tre olika utbildningsprogram valdes ut där samtliga studenter vid dessa program fick en inbjudan (bilaga 1) via sin studentmail.

Av de som anmält intresse till studien föll totalt tolv personer bort, se Figur 2. Tre personer exkluderades på grund av att de ej besvarade förmätningens enkäter. Fyra individer i interventionsgruppen avbröt sitt deltagande innan kursstart. Tre av dessa uppgav att de gjorde praktik under tiden för interventionsgruppens träffar och därför inte kunde närvara på utsatt tid. En uppgav ingen anledning. En deltagare som fullföljt ACT interventionen utförde inte eftermätningarna och exkluderades därför. I kontrollgruppen föll tre personer bort. För att få delta i eftermätningen krävdes att deltagarna hade närvarat på minst 2 av 4 träffar, en deltagare i interventionsgruppen exkluderades på grund av detta.

För de 22 deltagare som fullföljde studien, det slutgiltiga stickprovet, var 1 man och 21 kvinnor. Medelålder och standardavvikelse för dessa deltagare rapporteras i Tabell 1. Civilstånd och antal studietimmar/per vecka fördelades relativt jämt mellan kontroll- och interventionsgrupp efter randomisering, se Tabell 1.

Tabell 1.

Demografisk beskrivning av deltagarna avseende ålder, kön, civilstånd. Även studietimmar/vecka rapporteras. De signifikanta skillnader som förelåg för demografiska variabler redovisas i tabellen. Dessa beräknade med t-test och χ^2-test.

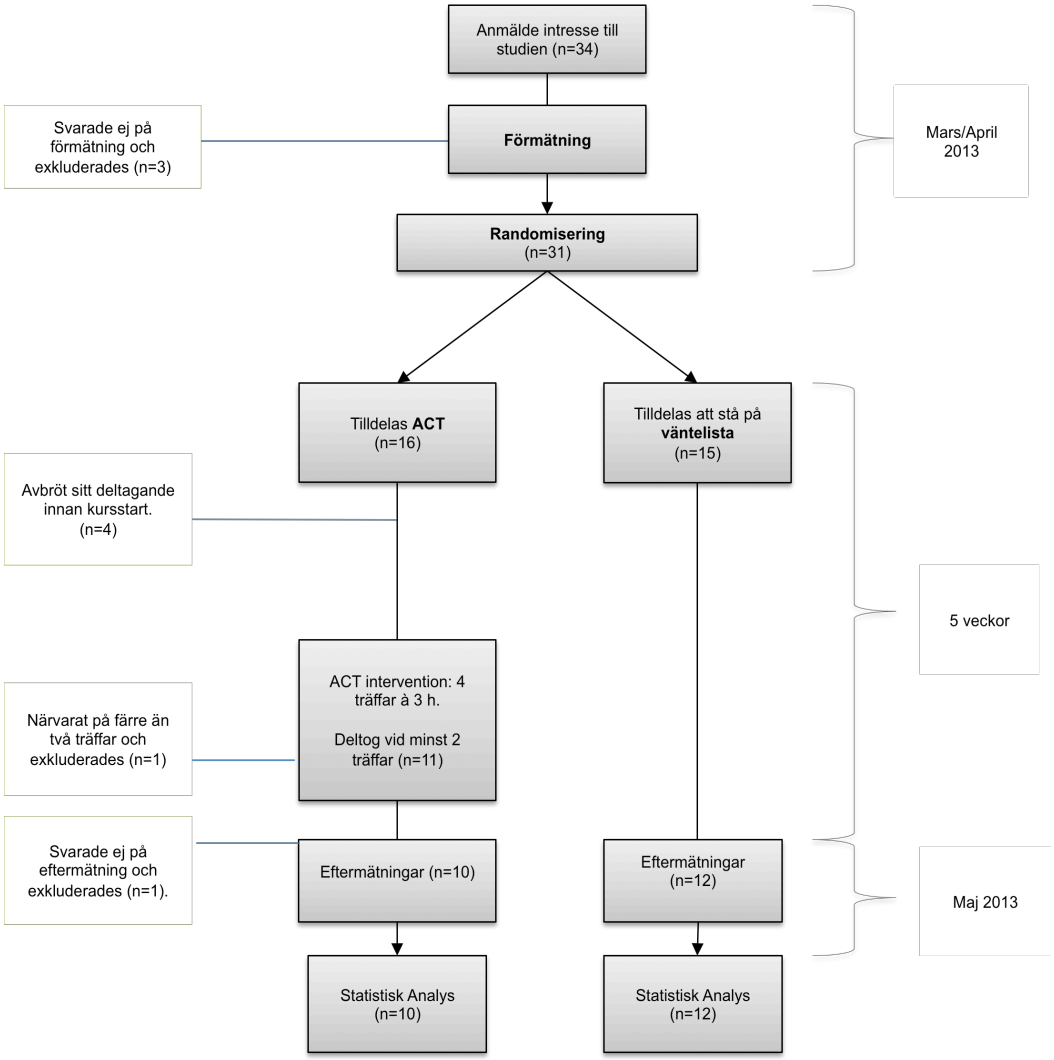
		ACT (n=10)	Kontroll (n=12)	Total (n=22)
Ålder	Medel (Sd)	26.80 (6.91)	25.17 (3.61)	25.91 (5.29)
	Min-Max	21-44	23-35	21-44
Kön	Kvinna	9 (81%)	12 (100%)	21 (95%)****
	Man	1 (18%)	0 (0%)	1 (4.5%)
Civilstånd	Singel	4 (40%)	5 (42%)	9 (40%)
	Särbo	1 (10%)	3 (25%)	4 (18%)
	Sambo/Gift	5 (50%)	4 (33%)	9 (40%)
Studietimmar/vecka	Typvärde	21-30	11-20	21-30
5-10		0 (0%)	2 (17%)	2 (9%)
11-20		2 (20%)	4 (33%)	6 (27%)
21-30		7 (70%)	3 (25%)	10 (45%)
31-40		1 (10%)	2 (17%)	3 (18%)
>40		0 (0%)	1 (8.3%)	1 (4.5%)

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

Procedur och design

Studien är en randomiserad kontrollerad interventionsstudie med för- och eftermätning. För att mäta effekten av ACT-interventionen användes självskattningsskalor som mätte nivåer av stress, depression, ångest, allmän psykisk hälsa, subjektivt upplevt välmående, funktion inom sitt största problemområde, psykologisk flexibilitet, grad av medveten närvaro och grad av prestationsbaserad självkänsla. Dessa utfallsmått utgjorde således studiens beroende variabler. Samtliga mätningar genomfördes online via Pupil (Pedagogiskt UtvecklingsProject I Labbet) som är en plattform för flexibel och distansoberoende forskning och undervisning vid Mittuniversitetet. Varje deltagare fick ett mejl med inloggningsuppgifter för att fylla i enkäterna online. Innan detta gjordes fick varje deltagare ge sitt informerade samtycke via en blankett (se bilaga 2). Förmätningen utfördes under mars-april månad, kursen pågick därefter under 5 veckor varpå eftermätningen gjordes (Figur 2).

Randomiseringsproceduren utfördes efter förmätningen (Figur 2). Denna gjordes i SPSS och fördelade hälften av deltagarna till ACT-interventionen och hälften till en väntelistkontroll. Därefter meddelades deltagarna via mejl vilken grupp de tilldelats att delta i.



Figur 2. Design och sammanställning av deltagarflöde samt bortfall.

ACT- interventionen. Den första betingelsen innefattade ACT-interventionen. Denna manualbaserade behandling byggde på nyckelkomponenterna i ACT; acceptans, medveten närvaro, det observerande jaget, defusion, värderingar och värderad handling beskrivna i figur 1. Interventionen bestod av kursen ”ACT- Att hantera stress och främja hälsa” (Livheim, 2008). Manualen är framtagen vid Forskningscentrum för psykosocial hälsa (FORUM) och är en svensk omarbetning av ”ACT at work”. Kursen innefattar fyra träffar á tre timmar, och ges i gruppformat. Normalt ges kursen under åtta veckor men i föreliggande studie skedde träffarna under en femveckors period med anledning av tidsmässiga begränsningar samt intresse av att undersöka om interventionen ger effekter även då den ges under fem veckor.

Samtliga träffar innehöll övningar i medveten närvaro och acceptans. Varje gruppträff följde ett liknande upplägg där psykoedukation varvades med metaforer, upplevelsebaserade övningar och reflektion. Kursen bestod förutom de fysiska träffarna av hemuppgifter. Som en del i kursen ingick att alla deltagare erhöll och lyssnade på en CD-skiva med övningar i mindfulness och acceptans. Regelbunden motion var också en återkommande hemuppgift. Vikten av att öva hemma mellan träffarna betonades och för att öka deltagarnas motivation och sannolikhet att genomföra hemuppgifterna avslutades varje träff med hemuppgiftsplanering. Vidare inleddes träff två till fyra med genomgång av hemuppgifter samt utdelning av belöning i form av godis. Detta syftade till att dels förstärka beteendet ”att öva hemma” men var samtidigt en övning i defusion och deltagarna uppmuntrades att notera eventuella dömande tankar om sig själva och andra. De olika träffarna hade olika teman och nedan följer en sammanfattning av de fyra träffarnas innehåll.

Träff ett fokuserad på psykoedukation kring stress, hur språket och vårt tänkande fungerar och påverkar oss, samt funktionella verktyg att hantera stress på. Träffen inleddes med psykoedukation om vad stress är och hur vi kan hantera stress. Acceptans introducerades som ett alternativ till kontroll av inre upplevelser enligt hypotesen ”om du inte är villig att ha dina tankar och känslor så är du fast med dem”. Hypotesen testades genom upplevelsebaserade övningar så som ”lögndetektorn” och ”tänk inte på siffrorna” (Harris, 2011). Koncepten ”naturlig smärta” och ”onödig smärta” presenterades.

Den andra träffen ägnades åt livsvärderingar och deltagarna fick fundera över vad de värdesätter inom olika områden av livet och hur de kan ta steg i riktning mot dessa värderingar. Syftet med träffen var att introducera livskompassen som ett hjälpmedel att ta steg i linje med sin värderade riktning. Övningen ”90-års kalas” (Harris, 2011) gjordes som en hjälp att hitta sin värderade riktning. Bussmetaforen (Harris, 2011) genomfördes som en metafor för att visa att vi kan ta steg i värderad riktning trots alla våra tankar och känslor. Avslutningsvis ägnades tid åt hur språk, tankar, känslor och språkliga regler kan hindra oss från att leva det liv i vill leva.

Under tredje träffen diskuterades självkänsla, defusion och det observerande jaget. Arbetet med livskompassen fortsatte och deltagarna fick bedöma i vilken utsträckning de den senaste veckan hade levt i sin värderade riktning, och därmed få en bild av sitt livsutrymme. Deltagarna fick en kortlek med livskort som de fick placera ut på sin livskompass. De fick också berätta för varandra två och två om vilka kort de valt och varför, som en övning i medveten talande och lyssnande. Resterande tid ägnades åt hur tänkandet kan skapa lidande och hur mindfulness, defusion och ökar kontakt med det observerande jaget kan underlätta att ta steg i värderad riktning.

Den fjärde träffen behandlade kommunikation, medkänsla, repetition och avslutningsvis fick deltagarna fylla i eftermätningarna, samt skriftligen utvärdera interventionen. Under träffen fick deltagarna öva kommunikationsfärdigheter som jagbudskap och gränssättning. En stor del av tiden fick deltagarna göra övningar som syftade till att skapa medkänsla med sig själva och andra. Avslutningsvis repeterades hela kursens innehåll.

Väntelist kontrollgrupp. Betingelse två bestod av en kontrollgrupp som stod på väntelista att få ACT-interventionen. Gruppen informerades om att de skulle fylla i skattningsformulär vid två tillfällen och att de därefter skulle få gå en ACT-intervention med start i maj. Denna grupp fick fylla i samma skattningsformulär som interventionsgruppen vid för- och eftermätning. Både för- och eftermätning för kontrollgruppen sker under samma vecka som för interventionsgruppen.

Material

En behandlingsmanual med namnet ”ACT- att hantera stress och främja hälsa” (Livheim, 2008) användes. Deltagarna fick också en CD-skiva med mindfulnessövningar inspelade av Fredrik Livheim, åhörarkopior, ACT samtalskortlekar, samt övningsuppgifter relaterade till gruppträffarna. Gruppträffarna hölls i Mittuniversitetets lokaler, projektor användes. Dessutom bjöds deltagarna på fika varje vecka.

Mätinstrument. Percieved Stress Scale (PSS-14) användes för att mäta graden av upplevd stress (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Formuläret innefattar 14 frågor som tillsammans mäter grad av upplevd stress den senaste månaden. Svaren på frågorna skattas på en femgradig likertskala (0-4). PSS har tillfredsställande intern- och test-retest reliabilitet och korrelerar med en rad av självrapporteringsformulär och beteende kriterium. Den svenska versionen av PSS-14 har prövats på en universitetspopulation (n=87), och uppvisade goda psykometriska egenskaper. Internkonsistensen var god, Cronbachs alfa .82 och Splithalf-reliabiliteten estimerades till .83 (Eskin & Parr, 1996). Förhållandet mellan PSS och validitetskriteriet var i det stora hela opåverkat av kön eller ålder. PSS skalan kan ses som att den indikerar ett risktillstånd, det vill säga ett tillstånd som föregår klinisk psykisk problematik (Cohen et al., 1983).

För att mäta depression, ångest och stress används Depression, Anxiety and Stress scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995). Instrumenten består av 21 frågor och har tre delskalor; depression, ångest och stress. Skalorna kommer utan inbördes ordning. Svaren skattas på en fyrgradig likertskala (0-3). Svarsalternativen sträcker sig från ”stämmer inte alls på mig” (0) till ”stämmer nästan hela tiden” (3). Höga resultat på DASS indikerar hög grad av depression, ångest och stress beroende på delskalan. Reliabiliteten för de tre skalorna anses vara bra liksom test- retest värden med .71 för depression, .79 för ångest och .81 för stress (Brown, Chorpita, Korotitsch & Barlow, 1997).

För att mäta generellt psykiskt välmående används den svenska 12 frågors versionen av ”Allmän psykisk hälsa-formuläret” (GHQ-12) (Goldberg, 1972). Respondenten skattar på en fyrgradig likertskala (0-3) hur ofta han/hon nyligen har upplevt ett visst symtom. Svarsalternativen sträcker sig från ”aldrig” (0) till ”alltid” (3). Sex av frågorna berör symtom som är närvarande vid psykisk ohälsa, där en hög skattning indikerar psykisk ohälsa och resterande sex frågor handlar om symtom som indikerar psykisk hälsa. Poängsättningen kan antingen göras genom en fyrgradig likertskala eller på en dikotom skala. Den fyrgradiga skalan används i denna studie där en högre poäng indikerar högre grad av psykisk ohälsa (0-36 poäng). GHQ-12 har uppvisat god validitet, hög intern konsistens (Cronbachs alfa 0.90) och god test-retest reliabilitet (Hankins, 2008).

För att mäta livstillfredsställelse används Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Den här versionen används internationellt på studenter och vuxna (Pavot & Diener, 1993). Skalan består av fem frågor och besvaras med hjälp av en likertskala (1-7). Skalan går från ”instämmer inte alls” (1) till ”instämmer helt” (7). En högre poäng indikerar högre grad av livstillfredsställelse (5-35 poäng). Skalan ger ett övergripande mått på hur deltagaren själv upplever sin livssituation som helhet. Testet har goda

psykometriska egenskaper så som hög begreppsvaliditet och test-retest reliabilitet (Diener et al., 1985).

I Problemformuläret, Problem Questionnaire- PQ, (Folke & Parling, 2004) som är ett funktionsmått, ombeds deltagarna att ange det område i sitt liv som för närvarande upplevs som mest problematiskt. Därefter skattas på en sjugradig skala hur mycket hon/han kan göra de saker hon/han vill inom det området trots problemen. Skalan spänner mellan: ”Jag kan inte göra någonting jag vill” (1)” till ”Jag kan göra allt jag vill” (7). Poängsumman kan variera mellan 1-7 poäng. Högre poäng indikerar högre funktionsförmåga i det angivna problemområdet. Det finns inga psykometriska egenskaper tillgängliga för denna skala, men den har använts i tidigare studier (Folke & Parling, 2004; Livheim, 2004).

För att mäta graden av psykologisk flexibilitet användes Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). AAQ-II består av 10 frågor som avser mäta graden av olika former av inre undvikande genom undvikande av negativa känslor, kognitiv och emotionell kontroll, och brist på förmåga att agera i riktning mot sina värderade livsriktningar. Svarsalternativen finns på en sjugradig skala (1-7). Svarsalternativen sträcker sig från ”aldrig sant” (0) till ”alltid sant” (7). Poängsumman varierar mellan 10 och 70 poäng, där höga poäng indikerar på låg grad av psykologisk flexibilitet. Instrumentet har i tidigare studier visat på god reliabilitet över tolv månader, 0.79, och Cronbach’s alfa på 0.84 (Bond et al., 2011). I föreliggande studie användes en svensk översättning.

Mindful Awareness Attention Scale, MAAS (Brown & Ryan, 2003) användes för att mäta graden av medveten närvaro, mindfulness. Skalan består av 15 frågor som besvaras med en sexgradig skala (1-6). Svarsalternativen sträcker sig från ”nästan alltid” (1) till ”nästan aldrig” (6). En högre poäng indikerar en högre grad av självskattad mindfulness. Formuläret har god reliabilitet (Cronbach's alfa, 0.82 till 0.89) (Brown & Ryan, 2003). Denna studie använder en svensk version av MAAS.

Graden av prestationsbaserad självkänsla mättes med Pbs (Hallsten, Josephson & Torgén, 2005). Pbs är ett självskattningsinstrument vars syfte är att mäta i vilken utsträckning individens självkänsla baseras på egna prestationer. Instrumentet består av fyra påståenden och besvaras med en femgradig likertskala (1-5). Svarsalternativen sträcker sig från ”stämmer inte alls” till ”stämmer helt” (5). Respondenten ombeds skatta i vilken grad påståendet överensstämmer med dennes verklighet. En högre skattning indikerar en högre grad av prestationsbaserad självkänsla (4-20 poäng). Pbs-skalan har tillfredställande psykometriska egenskaper med en konvergerande validitet och en hög intern konsistens som varierar mellan 0.85 och 0.89 (Hallsten et al., 2005). Stabiliteten över tre år beräknas till r=0.64 (Hallsten, Voss, Stark, Josephson & Vingård, 2010).

Statistisk analys

IBM SPSS statistic 20 användes för att analysera data. Oberoende t-test utfördes för att säkerställa att inga signifikanta skillnader i medelvärden fanns mellan grupperna vid förmätning. Medelvärdesskillnader mellan de två betingelserna analyserades med repeated measures ANOVA. Inomgruppsvariabler innefattar resultaten på för och eftermätningar av mätinstrumenten och mellangruppsfaktorn var gruppbetingelse. Bonferroni korrektion gjordes för de parvisa jämförelserna. Signifikansnivån sattes till 0,05. Denna signifikansnivå innefattar hur säkert man kan uttala sig om resultatet. Ett p-värde <0,05 anger att det statistiskt är mindre än 5 procents chans att skillnaderna mellan grupperna har uppkommit av en slump. För att analysera eventuella skillnader mellan demografiska variabler utfördes ett oberoende t-test samt χ^2-test. I de fall data saknades för enstaka items i självskattningsformulären, och detta inte översteg 50 procent av de totala frågorna, estimerades medelvärden utifrån den aktuella deltagarens svar på de frågor denne besvarat.

Innan statistiska analyser utfördes undersöktes datan, den bedömdes uppfylla kraven för normalfördelning och homogenitet i variansen. Levene´s test användes för att utröna att det fanns homogenitet i variansen hos grupperna. Oberoende t-test vid förmätning visade att inga signifikanta skillnader förelåg mellan grupperna. Partial Eta Squared (η_p^2) användes för att mäta effektstorleken mellan grupperna. Inomgruppseffekten beräknades med Cohens's, d=(M1 – M2) / ((*Sd*1 + *Sd*2)/2).

Etiska överväganden

Information om studien gavs till deltagare i skriftlig form. En del av mätinstrumenten innehåller känsliga frågor som kan upplevas som obehagliga att besvara, deltagarna informerades därför noga om sekretess- och tystnadspliktsaspekter samt avidentifiering av uppgifter. De informerades också om sin rätt att när som helst avbryta deltagandet. Samtycke (bilaga 2) inhämtades innan deltagarna fyllde i enkäterna. Kontrollgruppen erbjuds efter det att eftermätningarna utförts att gå samma kurs som interventionsgruppen i kortare utformning.

ACT-interventionen uppmanar deltagarna att uppleva och bejaka alla sina känslor, vilket kan leda till obehag på kort sikt. Kursen anses dock bidra till ökad självkännedom samt kunskap och övning i hur man kan hantera känslor på ett funktionellt sätt. Om deltagare skulle uppvisa tecken på allvarlig psykisk ohälsa kommer denne kontaktas individuellt och hänvisas till studenthälsan. Alla deltagare informerades på träff ett om möjligheten att söka behandling vid studenthälsan eller på universitetets psykologmottagning i de fall ACT-interventionen inte bedömdes tillräcklig. Deltagarna hade alltid kontaktuppgifter till ansvariga för studien ifall frågor eller dylikt dök upp.

Kursledare

Kursen leddes av uppsatsförfattarna som går sista terminen (termin 10) på Psykologprogrammet vid Institutionen för psykologi, Mittuniversitetet. Kursledarna är utbildade i manualen "Att hantera stress och främja hälsa" och har fått handledning och feedback av personer som har omfattande erfarenhet av ACT-interventioner. Kursledarna är också utbildade mindfulnessinstruktörer och har erfarenhet av att leda grupper.

Resultat

I tabell 2 redovisas de erhållna medelvärdena från för- och eftermätningarna på samtliga mätinstrument för interventions- och kontrollgrupp. Även huvudeffekter, interaktionseffekter samt mellangruppseffekter redovisas i tabellen.

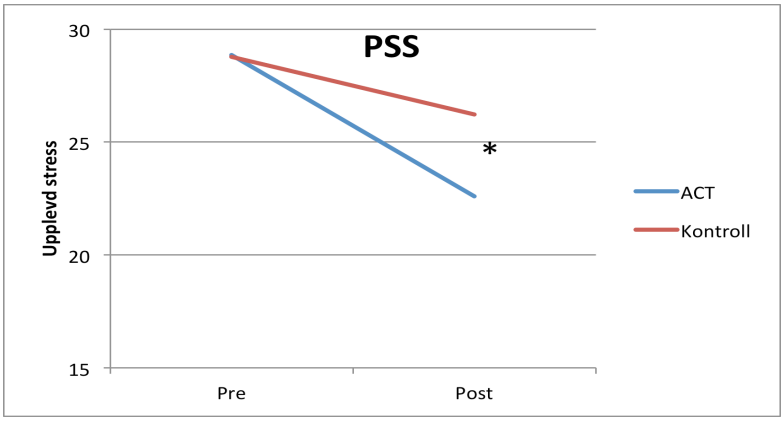
Tabell 2.

I tabellen presenteras resultaten av en upprepad variansanalys för beroendevariabeln. Medelvärden (M) och observerade standardavvikelser (Sd) för interventions- och kontrollgruppen på samtliga mätinstrument vid för- och eftermätning presenteras. Huvudeffekert och interaktionseffekter, där T= Tidseffekt och I= interaktionseffekt, redovisas liksom Inomgruppseffekter (Cohens d) samt effektstorlek på gruppskillnaderna (Patial Eta Squared, η_p^2).

Mått		ACT (n=10)		Kontroll (n=12)		ANOVA repeated measure (F)	
Percieved Stress Scale-14		M	Sd	M	Sd		
0-56 poäng. Ett högre värde indikerar att respondenten vid flera tillfällen under den senaste månaden har upplevt stress.	Pre	28.87	8.64	28.78	4.27	T: 24.94***	
	Post	22.6	6.55	26.22	5.78	I: 4.43*	ηp2= .18
	d	.82		.51			
Depression. Anxiety and Stress scale							
0-63 poäng. Höga resultat på DASS indikerar hög grad av depression, ångest och stress beroende på delskala.	Pre	18.92	12.58	18.25	8.57	T: 6.39*	
	Post	13.36	10.5	14.67	6.95	I: .3	ηp2= .02
	d	.48		.46			
General Health Questionnaire-12							
0-36 poäng. En högre poäng på GHQ-12 indikerar högre grad av psykisk ohälsa.	Pre	14.2	8.53	11.68	3.71	T: 11.07**	
	Post	9.8	5.77	11.00	3.84	I: 5.93*	ηp2= .02
	d	.62		.18			
Satisfaction With Life Scale							
5-35 poäng. Höga poäng indikerar en högre grad av subjektivt välmående.	Pre	21.4	6.88	21.92	6.1	T: 11.69**	
	Post	25.1	7.75	25.75	4.9	I: .004	ηp2= .00
	d	.51		.7			
Problem questionnaire ****							
1-7 poäng Höga poäng på skalan indikerar på en högre funktionsförmåga inom det angivna problemområdet.	Pre		4 1.07	4.88	1.36	T: 8.42*	
	Post	5.3	0.89	5.5	0.93	I: .94	ηp2= .06
	d	1.33		.54			
Acceptance and Actions Questionnaire-II							
10-70 poäng. Höga poäng indikerar på låg grad av psykologisk flexibilitet.	Pre	32.7	13.27	29.58	10.6	T: 1.47	
	Post	29.86	11	29.1	10.48	I: .72	ηp2= .04
	d	.23		.047			
Mindfulness Attention Awereness Scale							
15-90 poäng. En högre poäng indikerar på en högre grad av självskattad mindfulness.	Pre	52.1	12.94	60.92	13.4	T: 1.21	
	Post	58.68	10.85	57.8	14.1	I: 9.66**	ηp2= .33
	d	.55		.23			
Prestationsbaserad självkänsla							
	Pre	15.5	4.25	14.33	5.3	T: 5.47*	
4-20 poäng. En högre skattning indikerar en högre grad av prestationsbaserad självkänsla.	Post	13.6	3.17	14.00	5.39	I: 2.69	ηp2= .12
	d	.51		.06			

Notering: **p ≤ .05; **p ≤ .01: ***p ≤ .001; **** N1(8). N2(8)
Datan från SPSS beskrivs med två decimaler.

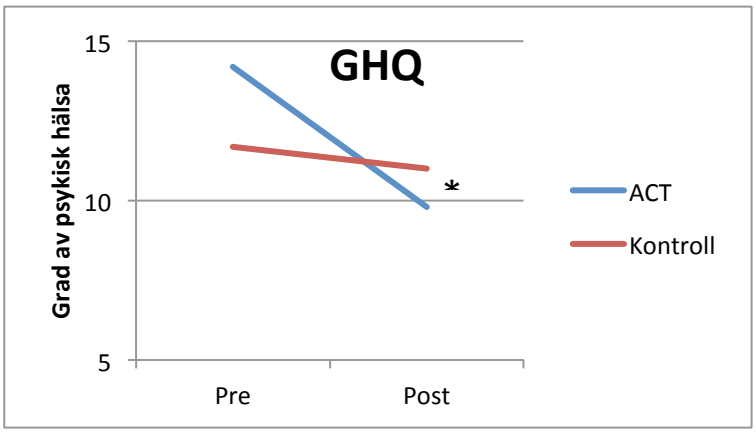
Stress mätt med PSS-14: En signifikant huvudeffekt av tid (F (1, 20)=24,94, p=0,000) visades för upplevd stress. För detta mått fanns även en interaktionseffekt F(4,43) som visade att behandlingsgruppen signifikant upplevde sin stress som lägre efter behandling jämfört med kontrollgruppen, se Figur 3. Effektstorleken på gruppskillnaden var liten medan inomgruppseffekten för interventionsgruppen var hög, se Tabell 2.



Figur 3: Figuren visar en grafisk presentation av medelvärden vid för- och eftermätning avseende upplevd stress mätt med Perceived Stress Scale-14 (PSS-14). Både interventionsgruppens och kontrollgruppens upplevda stress har minskat, interventionsgruppens minskning skiljer sig signifikant från kontrollgruppens vid eftermätning.

Depression, ångest och stress mätt med DASS: En signifikant huvudeffekt av tid (F (1, 20)=6,39, p=0,020) visades för depression, ångest och stress. För detta mått återfanns ingen interaktionseffekt. Inomgruppseffekten för interventionsgruppen var måttlig, se Tabell 2.

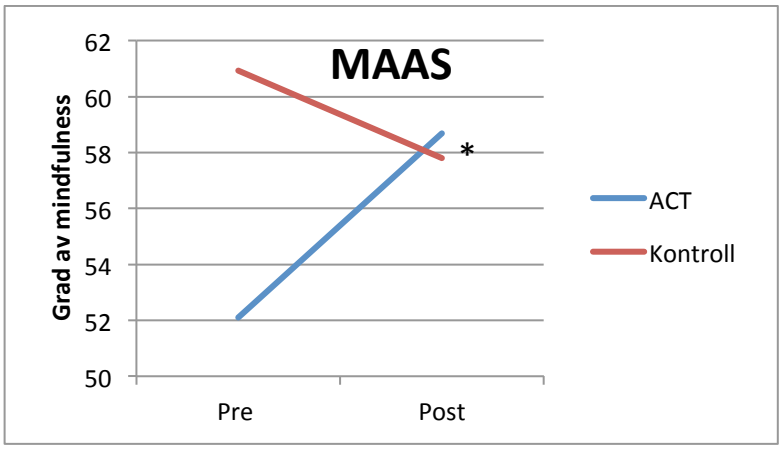
Allmänt psykiskt mående, mätt med GHQ-12: En signifikant huvudeffekt av tid (F (1,20)=11,06, p=0,003) visades för grad av allmänt psykiskt välmående. För detta mått fanns även en interaktionseffekt F(5,93) som visade att behandlingsgruppen upplevde sin grad av psykisk hälsa som signifikant förbättrad efter behandling jämfört med kontrollgruppen, se Figur 4. Dock fanns ingen effektstorlek på gruppskillnaderna. Inomgruppseffekten för interventionsgruppen var måttlig, se Tabell 2.



Figur 4: Figuren visar en grafisk presentation av medelvärden vid för- och eftermätning avseende allmänt psykisk välmående mätt med General Health Questionnaire (GHQ-12). ACT-gruppens allmänna hälsa har ökat från för- till eftermätning vilket illustreras med en sänkning i medelvärde på GHQ. Även kontrollgruppens allmänna hälsa har ökat något från för till eftermätning.

Psykologisk flexibilitet mätt med AAQ-II: Behandlingsgruppen ökade inte sin psykologiska flexibilitet jämfört med kontrollgruppen. Ingen signifikant huvudeffekt av tid erhölls och ingen signifikant interaktionseffekt återfanns på tid och grupp. Inomgruppseffekten för interventionsgruppen var låg, se Tabell 2.

Medveten närvaro mätt med MAAS: Ingen signifikant huvudeffekt av tid visades för grad av medveten närvaro. För detta mått fanns en interaktionseffekt F(9,66) som visade att behandlingsgruppen signifikant ökad sin medvetna närvaro efter behandling jämfört med kontrollgruppen, se Figur 5. Effektstorleken på gruppskillnaden var låg, medan inomgruppseffekten för interventionsgruppen var måttlig, se Tabell 2.



Figur 5: Figuren visar en grafisk presentation av medelvärden vid för- och eftermätning avseende medveten närvaro mätt med Mindfulness Attention Awareness scale (MAAS). Interventionsgruppens medvetna närvaro har ökat markant från för till eftermätning medan kontrollgruppens medvetna närvaro minskat något vilket illustreras i grafen.

Livstillfredsställelse mätt med SWLS: En signifikant huvudeffekt av tid (F (1,20)=11,69, p=0.003) visades för grad av livstillfredsställelse. För detta mått fanns ingen interaktionseffekt. Inomgruppseffekten för interventionsgruppen var måttlig, se tabell 2.

Grad av prestationsbaserad självkänsla mätt med formuläret Prestationsbaserad självkänsla (Pbs): En signifikant huvudeffekt av tid (F (1,20)=5,47, p=0.03) visades för prestationsbaserad självkänsla. För detta mått fanns ingen interaktionseffekt F(2,69), behandlingsgruppen skiljde sig inte signifikant jämfört med kontrollgruppen avseende prestationsbaserad självkänsla. Inomgruppseffekten för interventionsgruppen var måttlig, se tabell 2.

Funktion inom sitt största problemområde mätt med PQ: En signifikant huvudeffekt av tid (F (1, 14)=8,42, p=0.012) visades för upplevd stress. För detta mått fanns ingen interaktionseffekt F(.94) och ingen effektstorlek på gruppskillnaden återfanns, se Tabell 2.

Resultat kursutvärdering

Majoriteten av deltagarna i interventionsgruppen angav i den skriftliga utvärderingen av kursen att undervisningstillfällena hade varit mycket värdefulla, att cd-skivan var värdefull, samt att de skulle valt att delta i kursen igen nu när de vet vad den handlade om. De skulle också rekommendera kursen till sina vänner. Resultaten från utvärderingen presenteras i Tabell 3.

Tabell 3.

Sammanfattning av interventionsdeltagarnas skriftliga utvärdering av ACT- att hantera stress och främja hälsa. Svaren redovisas i frekvens för olika svars alternativ samt medelvärden. Tio deltagare utförde utvärderingen.

Fråga	Svarsalternativ	Antal (Andel)
Hur värdefull tycker du att undervisningstillfällena varit?		
	1= Inte alls värdefulla	0 (0%)
	2=	0 (0%)
	3=	0 (0%)
	4= Varken eller	0 (0%)
	5=	0 (0%)
	6=	1 (10%)
	7= Väldigt värdefulla	9 (90%)
	Medelvärde: 6.9	
Hur värdefull tycker du att cd-skivan har varit?		
	1= Inte alls värdefull	0 (0%)
	2=	0 (0%)
	3=	2 (20%)
	4= Varken eller	2 (20%)
	5=	1 (10%)
	6=	3 (30%)
	7= Väldigt värdefull	2 (20%)
	Medelvärde: 5.1	
Nu när jag har gått den här kursen och vet vad den handlar om så hade jag fortfarande valt att delta i kursen.	1= Stämmer mycket dåligt	0 (0%)
	2= Stämmer dåligt	0 (0%)
	3= Stämmer ganska dåligt	1 (10%)
	4= Stämmer varken bra eller dålig	0 (0%)
	5= Stämmer ganska bra	0 (0%)
	6= Stämmer bra	1 (10%)
	7= Stämmer mycket bra	8 (80%)
	Medelvärde: 6.5	
Jag skulle rekommendera mina vänner att gå den här kursen.	1= Stämmer mycket dåligt	0 (0%)
	2= Stämmer dåligt	0 (0%)
	3= Stämmer ganska dåligt	0 (0%)
	4= Stämmer varken bra eller dålig	0 (0%)
	5= Stämmer ganska bra	0 (0%)
	6= Stämmer bra	1 (10%)
	7= Stämmer mycket bra	9 (90%)
	Medelvärde: 6.9	

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka effekten av en korttids stressintervention baserad på ACT för universitetsstudenter. Studiens hypotes var att deltagarna i interventionsgruppen skulle uppleva minskad grad av stress, ångest och depression, samt öka sin psykologiska flexibilitet, självkänsla, grad av mindfulness och funktion inom eget valt problemområde. Resultaten visade på signifikanta interaktionseffekter gällande deltagarnas upplevda stress, allmänt psykiskt mående samt grad av medveten närvaro till fördel för ACT-interventionsgruppen. Signifikanta interaktionseffekter återfanns dock inte mellan grupperna avseende psykologisk flexibilitet, ångest och depressiva tendenser, prestationsbaserad självkänsla och livstillfredsställelse samt funktion inom sitt största problemområde. Signifikanta huvudeffekter av tid i positiv riktning återfanns på samtliga beroende variabler, bortsett från grad av medveten närvaro och psykologisk flexibilitet. Deltagarna i interventionsgruppen uppgav sig vara mycket nöjda med kursen.

Resultatdiskussion

De resultat som stödjer hypotesen för denna studie är att deltagarna i interventionsgruppen minskat sin upplevda stress, ökat sin grad av medveten närvaro, samt förbättrat sitt allmänna psykiska mående. Att den upplevda stressen minskar är i linje med tidigare forskning gjord på denna manual (Brinkborg et al., 2011). Likaså har tidigare studier fått stöd för att deltagarna som fått ACT-interventionen förbättrat sin allmänna psykiska hälsa mätt med GHQ (Brinkborg et al., 2011; Flaxman & Bond, 2010a). Intressant är också att denna positiva förändring skett trots att kursen endast pågick under fem veckor.

För beroendevariabeln medveten närvaro fanns en signifikant interaktionseffekt, samt en liten effektstorlek på gruppskillnaden. Interventionsgruppen och kontrollgruppen skiljde sig tydligt vid förmätningen, skillnaden var stor men inte signifikant. För detta mått har kontrollgruppen minskat sin grad av medveten närvaro från för till eftermätning, trots att gruppen förväntades vara oförändrad över de fem veckorna. Resultaten för detta mått bör därför tolkas med försiktighet. Trots att det inte är ett huvudresultat är det intressant att interventionsgruppen har en hög inomgruppseffekt, detta eftersom vikten av att öva mindfulness hemma poängterats under kursen. Denna träning har utförts under en relativt kort tid, deltagarna i interventionsgruppen har endast övat mindfulness hemma under fem veckor. Detta kan tyda på att man med förhållandevis lite träning kan öva upp sin förmåga till att vara medvetet närvarande. Det bör också sättas i relation till att gruppen innefattade mycket motiverade deltagare som implementerade mindfulnessträningen hemma.

Tidigare forskning på mindfulness visar att man genom att öva upp sin förmåga till att vara medvetet närvarande kan minska stress och förbättra sitt generella välmående (Schenström, 2007; Baer, 2003). Man kan därför fråga sig om det är deltagarnas förändringar inom mindfulness som leder till minskad stress och förbättrat välmående. Eller om det föreligger så att minskad stress öppnar upp för ökat välmående och ökad grad av medveten närvaro.

I både interventionsgruppen och kontrollgruppen har positiva tidseffekter detekterats för upplevd stress, ångest, depression, allmänt psykiskt välmående, prestationsbaserad självkänsla och funktion inom valt problemområde. En möjlig förklaring till detta är att kursen löpte under en period då det blir allt ljusare, vilket kan tänkas ha påverkat det psykiska välmåendet i positiv riktning. Ytterligare en effekt kan hänga samman med att samtliga deltagare faktiskt börjat reflektera över sin hälsa i samband med att de fyllde i enkäterna vid förmätning.

En störande variabel som kan ha påverkat resultatet är i de fall deltagarna gått i annan behandling samtidigt. Då studien är randomiserad bör detta fördelas jämt mellan grupperna,

det hade dock ändå varit relevant att ha med en fråga om huruvida deltagarna erhöll annan pågående behandling. Det hade också gett en möjlighet att i förväg kontrollera för att det inte förelåg signifikanta skillnader mellan grupperna för denna variabel.

Resultat som inte var i linje med hypotesen var att deltagarna i interventionsgruppen inte uppvisade signifikant säkerställda skillnader avseende psykologisk flexibilitet, ångest och depressiva tendenser, prestationsbaserad självkänsla och livstillfredsställelse samt funktion inom sitt största problemområde jämfört med kontrollgruppen. Det är dock möjligt att det kan ha skett en förändring på övriga beroendevariabler som inte kunnat beläggas, ett så kallat typ II fel (Shadish, Cook & Campell, 2002).

Psykologisk flexibilitet avsåg fångas in med AAQ-II. För detta mått återfanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Detta trots att ACT bygger på antagandet att en ökad psykologisk flexibilitet är nära kopplat till ökad psykisk hälsa. I denna studie visade resultatet att interventionsgruppen förbättrats signifikant på generell hälsa (GHQ) och stress (PSS) vilket borde gå hand i hand med en ökad psykologisk flexibilitet. Samma överraskande resultat erhöll Brinkborg m.fl. (2011) som inte heller fick signifikanta effekter av interventionen för AAQ-II. Detta trots att tidigare studier bidragit med preliminära bevis för att ökad psykologisk flexibilitet är en mediator för minskad ohälsa (t.ex. Flaxman & Bond, 2010a). Att ingen effekt återfanns för AAQ-II i denna studie kan bero på flera olika saker. Tidsaspekten kan ha spelat in och fem veckor var eventuellt för kort tid för att se effekter på psykologisk flexibilitet. Ytterligare en möjlig förklaring bottnar i själva mätinstrumentet och huruvida detta är känsligt nog för att upptäcka förändringar på gruppnivå. Vidare användes inte den senaste versionen av AAQ-II från 2011, i denna studie användes istället en version med tio frågor.

Vad gäller beroendevariabeln depression och ångest uppvisades inga signifikanta förbättringar, vare sig inom grupperna eller mellan grupperna. Detta kan bero på att deltagarna skattade en låg grad av ångest och depression vid förmätningen och det fanns således inget stort utrymme för förbättring. Inte heller resultatet på deltagarnas livstillfredsställelse påvisade någon signifikant skillnad mellan grupperna, vilket är i linje med resultat som erhölls i Livheim (2004).

Resultatet gällande studiens hypotes att ACT-interventionen skulle leda till minskad grad av prestationsbaserad självkänsla visade inte på några signifikanta interaktionseffekter. Dock har en måttlig effektstorlek påvisats inom interventionsgruppen vilket kan tyda på att ACT-interventionen kan leda till en reducering gällande grad av prestationsbaserad självkänsla. Då prestationsbaserad självkänsla är ett inlärt beteendemönster som utvecklats under en längre tid (Hallsten et al., 2005) är det möjligt att fem veckor är för kort tid att påverka och förändra denna.

Inga signifikanta skillnader återfanns mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen avseende funktion inom sitt största problemområde, vilket skiljer sig från tidigare forskning (Livheim, 2004). I föreliggande studie har detta funktionsmått stora begränsningar då deltagarna benämnde olika problemområden vid för- och eftermätning. Det fanns således deltagare som rapporterat och skattat ett problemområde vid förmätning och ett annat vid eftermätning. Det blir därmed svårt att jämföra dessa mättillfällen med varandra. Vidare hade flera deltagare missat att skatta i vilken grad deras problemområde hindrade dem från att göra det hon/han vill göra.

En sak som bör tas i beaktande då resultaten värderas är att stickprovsstorleken är liten, vilket påverkar studiens power i negativ bemärkelse. Stickprovsstorleken begränsar också generaliserbarheten, och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Det hade därför varit intressant att titta på effekterna av samma intervention för ett större antal universitetsstudenter.

Normalt ges manualen som en åttaveckors kurs, men i föreliggande studie gavs den under fem veckor. De tre första träffarna låg med en veckas mellanrum och det var två veckor mellan den tredje och fjärde träffen. Detta kan ha påverkat resultatet negativt då deltagarna inte hade lika lång tid på sig att utveckla nya färdigheter och bredda sin beteenderepertoar. Samtidigt kan intensiteten på kursen ha gynnat inlärningen.

Manualen ACT-Att hantera stress och främja hälsa utvecklades till en början för ungdomar, och även om kursen uppskattades av studenterna så hade det varit önskvärt att revidera manualen utifrån den aktuella målgruppen. Då flera av deltagarna redan hade kunskap om vissa områden som togs upp under kursen hade dessa kunnat plockas bort till fördel för andra ACT-komponenter.

Vidare bör resultaten tolkas med hänsyn till att interventionen innehåller flera olika komponenter som kan ligga bakom den förändring som observerats. Exempelvis ingår i hemuppgifterna att motionera minst två gånger per vecka. Motion har visat sig vara effektivt mot stressproblematik och mot depression (Währborg, 2009) och det skulle därför kunna vara denna komponent som ökat välmåendet för individerna i interventionsgruppen. Dock innefattar den motion som ingår i hemuppgifterna endast 30 minuters rask promenad två gånger i veckan, vilket bedöms som relativt lite.

En fördel med intervention i studien är att det är en korttidsintervention som kan hållas på tolv timmar, till en relativt låg kostnad. Med små medel kan således denna typ av interventioner implementeras i olika typer av miljöer så som arbets- och studiemiljö. Utifrån Ljungdahl et al., (2007) ökar lindriga psykiska besvär risken för allvarlig psykisk sjukdom senare i livet, vilket gör det motiverat att implementera tidiga och preventiva insatser som denna.

Metodologiska aspekter

Interventionen som använts i denna studie, ACT- Att hantera stress och främja hälsa, har tidigare prövats på andra populationer i hälsofrämjande syfte. En skillnad är dock att den i detta fall har getts över fem veckor istället för åtta. Detta kan ha betydelse för studiens resultat, i synnerhet då det finns studier som visat att effekterna av interventionen ökar över tid (t.ex. Jacobsson & Wellin, 2006). Detta kan således indikera på att kursen bör ges över åtta veckor för att säkerställa de goda effekterna av interventionen. Detta även för att öka chanserna att implementera färdigheterna i sin vardag.

Något som kan ha påverkat utfallet av resultatet är att eftermätningar utfördes direkt i anslutning till sista kurstillfället. Det hade varit önskvärt om det fått gå viss tid från sista träffen till själva eftermätningen. En längre tid mellan kursavslut och eftermätning hade också ökat möjligheterna för deltagarna att ytterligare implementera färdigheterna i sin vardag. Av intresse vore att göra en uppföljning av dessa deltagare för att undersöka om effekterna av studien ökar över tid.

Ytterligare en aspekt som kan ha påverkat interventionsutfallet är att träffarna för kursen hölls under sen eftermiddag till kväll. Detta har också kommenterats av deltagarna vid utvärderingen att en nackdel med kursen var att den låg så pass sent på eftermiddagen. Många upplevde sig då trötta och hade önskat att träffarna legat tidigare under dagen, för att i högre grad kunna fokusera och ta till sig av kursinnehållet.

Även själva rekryteringsförfarandet har vissa begränsningar. Relativt få deltagare anmälde sitt intresse. Det finns flera tillvägagångssätt som hade kunnat öka chanserna att få flera deltagare till studien, t.ex. hade affischer kunnat sättas upp, ett annat sätt hade varit att författarna gick ut i klasser och berättade kort om kursen. Rekryteringsperioden var också kort på grund av den begränsade tidsramen för att färdigställa studien. Ett vanligt problem med

själva rekryterandet till stresshanteringsstudier tycks också vara att de riktigt stressade upplever att de inte ”hinner” gå en stresskurs och således inte anmäler sig till kursen.

Trots de positiva effekter som observerats har studien metodologiska begränsningar. En brist är att interventionen inte jämfördes med en annan aktiv behandling. Vi kan därav inte vara säkra på att det var interventionen i sig som gav effekten, det skulle likväl kunna vara att få träffa en grupp andra studenter som sökt sig till en stresshanteringskurs, eller att få uppmärksamhet från kursledarna. Det hade således varit att föredra att ha en placebogrupp eller en annan aktiv behandling som jämförelsegrupp för att kontrollera för icke specifika faktorer.

Ytterligare en begränsning i studien är att den riktar sig till ett icke kliniskt sample. I samplet för denna studie finns individer med både hög och låg grad av stress. Tidigare studier har visat att resultatet av interventionen kan döljas då stressade deltagare blandas med mindre stressade deltagare (t.ex. Flaxman & Bond, 2010b). Det är framförallt individer som är stressade på en klinisk nivå som förbättras mest. Brinkborg m.fl. (2011) fick goda resultat av samma ACT intervention för socialsekreterare men visade också att de med initialt högre stressnivå förbättrades mer än de med lägre nivåer av stress. Det hade därför kunnat vara relevant att ha någon form av cut-off gräns, exempelvis för PSS, för att få delta i studien. I föreliggande studie genomfördes heller inga diagnostiska intervjuer varpå studenterna som anmälde intresse själva fick avgöra huruvida de upplevde en stressproblematik och skulle ha nytta av att delta i studien. Samtidigt ges interventionen som en prevention, som kan förebygga framtida ohälsa, vilket motiverar till att erbjuda interventionen till individer oavsett upplevd stressnivå.

Om mätinstrumenten. Ett relativt omfattande batteri av mätinstrument användes i studien och det finns både för och nackdelar med detta. Det var av intresse att få en bred bild av gruppens hälsa men samtidigt finns risken att visa blev uttröttade av att svara på så många formulär. Detta kan ha gjort att vissa deltagare valde att inte svara på enkäterna. För att säkerställa att varje deltagare verkligen orkar läsa och svara på samtliga items hade det varit bättre att välja ut ett färre antal mätinstrument.

Könsskillnader. Att ta i beaktande är att könsfördelningen är ojämn i samplet, resultaten kan därför enbart generaliseras till kvinnliga studenter. Vidare kan detta spegla den ökade psykiska ohälsan i form av till exempel ångest och oro, som inledningsvis nämnts för kvinnliga högskolestudenter och att kvinnor i högre grad sökt sig till kursen. Till viss del kan skevheten i könsfördelning också spegla att kvinnor idag utgör majoriteten av alla högskolestudenter i Sverige. Paralleller kan också dras till kvinnor respektive mäns olika sätt att hantera psykiskt lidande där kvinnor i högre grad söker hjälp inom vården.

Bortfall. I interventionsgruppen föll flera deltagare bort på grund av att de hade praktik förlagd till annan ort och således endast kunde delta om de hamnade i kontrollgruppen. Detta hade kunnat kontrolleras bättre vid anmälan och det hade varit önskvärt med en telefonscreening efter anmälan för att säkerställa deltagande oavsett randomiseringsutfall. Vidare var det endast ett avhopp från interventionsgruppen av de som påbörjade behandlingen, vilket ska ses som positivt.

Behandlare. Behandlarna i föreliggande studie är själva studenter och kände flera av deltagarna innan kursens start. Detta kan ha påverkat deltagarnas följsamhet till kursen. Behandlarna utgick från en manual då kursträffarna hölls men behandlarnas preferenser för vissa komponenter i manualen kan ha gjort att vissa komponenter fick större utrymme. Vidare

var det kursledarna som analyserade datamaterialet, optimalt hade varit om en oberoende person gjort analyserna.

Slutsatser och framtida forskning

Sammanfattningsvis visade denna studie att en korttids ACT-intervention över 5 veckor förbättrade universitetsstudenters generella hälsa, upplevda stress och graden av medveten närvaro jämfört med en väntelistkontrollgrupp. Vad gäller grad av depression, ångest, livstillfredsställelse, funktion inom största problemområde, psykologisk flexibilitet och prestationsbaserad självkänsla kunde inga skillnader mellan grupperna påvisas. Det finns således stöd för hypotesen att interventionen skulle förbättra studenternas upplevda stress, generella hälsa och graden av mindfulness. Trots att inga signifikanta interaktionseffekter kunde observeras på övriga variabler kan det vara motiverat att ge interventionen till universitetsstudenter. Ytterligare något som talar för att interventionen är relevant att ge till universitetsstudenter baseras på de svar interventionsgruppen gett på de utvärderande frågorna. Deltagarna uppger att de tycker kursen har varit väldigt värdefull samt att de skulle rekommendera sina vänner att gå den.

Fler randomiserade, kontrollerade studier, gärna med större antal deltagare, skulle behövas för att kunna uttala sig om huruvida interventionen, ACT- Att hantera stress och främja hälsa, ger hälsofrämjande effekter för universitetsstudenter. Interventionen behöver också jämföras med andra aktiva behandlingsformer och/eller placebo. Vidare behövs flera studier som gör långtidsuppföljningar då tidigare forskning visat att effekterna av ACT-interventionen ökar med tiden. Något som ytterligare är intressant är att undersöka medierande faktorer, samt vilka komponenter i programmet som har störst effekt.

Referenser

Almén, N. (2007) Stress- och utmattningsproblem. Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, S., & Waller, E. (2011) *Att främja hälsa och minska grad av prestationsbaserad självkänsla hos läkarstudenter. En randomiserad kontrollerad studie.* Examensuppsats. Umeå: Institutionen för psykologi, Umeå universitet.

Altbo, S., & Nordin, L. (2007). *ACTa våra stressade lärare. En randomiserad studie om Acceptance and Commitment Therapy (ACT) för stressade lärare*. Examensuppsats. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 125-143.

Biglan, A., Hayes, S., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Preventive Science, 9*, 139-152.

Biörklund, E., & Wall, H. (2009) *Prevention av ökad stress, psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol baserad på Acceptance and Commitment Therapy. En randomiserad kontrollerad studie baserad på ACT*. Examensuppsats. Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.

Bond, F. W. & 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. & Bunce, D. (2003). The role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology*. *88* (6), 1057-1067.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionniare - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42* (4). 676-688.

Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H. & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for treatment of stress among social workers: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49* (6-7), 389-398.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W. & Barlow, D. H. (1997) Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79-89.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 822-848.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behavior, 24*, 385-396.

Diener.E., Emmons. R. A., Larsen. R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment. 49*. 71-75.

Djordjevic, A., & Frögéli, E. (2012). *Mind the gap: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for preventing stress-related ill-health among future nurses. A randomized controlled trial (*Examensuppsats). Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (Förbereds för publicering 2013).

Eskin, M., & Parr, D. (1996). Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress. Unpublished manual, Stockholm University, Department of Psychology, Sweden.

Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010a). A randomised worksite comparision of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, *48* (8), 816-820.

Flaxman, P. E., & Bond, F.W (2010b) Worksite Stress Management Training: Moderated Effects and Clinical Significance. *Journal of Occupational Health Psychology, 15* (4), 347-358.

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

Folke, F. & Parling, T. (2004) *Acceptance and Commitment Therapy in group format for individuals who are unemployed and on sick leave suffering from depression: A randomized Controlled Trial.* Psykologexamensuppsats. Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.

Forman, E., Herbert, J., Moitra, J., Yeomans, P. & Geller, P. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptande and Commitment Therapy and cognitive Therapy for Anxiety and depression. *Behavior Modification, 31* (6). 772-799.

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

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

Hallsten, L., Bellaagh, K. & Gustafsson, K. (2002). *Utbränning i Sverige - en populationsstudie* (Arbete och hälsa, 2002:6).

Hallsten, L., Josephson, M., & Torgén, M. (2005). *Performance-based self-esteem*. Arbetslivsinstitutet. Stockholm: Elanders Gotab.

Hallsten, L., Voss, M., Stark, S., Josephson, M. & Vingård, E. (2010). *Job burnout and job wornout as risk factors for long-term sickness absence* (accepted work). Stockholm: Department of clinical neuroscience, Karolinska Institutet.

Hankins, M. (2008). The reliability of the twelve-items general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Pubilc Health,* 8, 355-341.

Harris, R. (2011). *ACT helt enkelt. En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy.* Stockholm: Natur & Kultur.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition.* New York: Kluwer/Plenum.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiental approach to behavior change.* New York: the Guilford press.

Hayes, S. C., Louma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy,* 44, 1-25.

Högskoleverket årsrapport 2012, Universitet och högskolor. Högskoleverkets årsrapport 2012, hämtat från högskoleverkets hemsida 2013-05-01.

Jakobsson, C., & Wellin, J. (2006) *ACT Stress i skolan: En två årsuppföljning av interventionsbehandlingen.* Uppsala Universitet, Uppsala.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (4th ed.). New York: Bantam Bell.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer Publishing Company, Inc.

Livheim, F. (2004). Acceptance and Committment Therapy i skolan- att hantera stress. En randomiserad, kontrollerad studie [Acceptance and Commitment Therapy in school: To prevent stress. A randomized controlled trial.]. Unpublished master thesis, Uppsala University.

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

Ljungdahl, S., Malmberg, L., Bremberg, B. (2007). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser.* Stockholm; Statens Folkhälsoinstitut.

Lloyd, J., Bond, F.W., & Flaxman, P. E. (2012). Identifying Psychological Mechanisms Underpining a Cognitive Behavioural Therapy Intervention for Emotional Burnout. *Work and Stress* (In press).

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states:

Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy, 33*, 335-343.

Malmquist, C. (2001). *Ds 2001:28. Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv. Bilaga 3: Kostnader för produktionsbortfall i samband med* 60 *arbetsbetingad ohälsa och stress.* Regeringskansliet, Näringsdepartementet, Departementsserien.

Pavot, P., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment 1993, 5* (2), 164-172.

Perski, A. (2012). Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till hälsa. I Theorell, T. (red.). *Psykosocial miljö och stress.* Lund: Studentlitteratur AB.

Schenström, O. (2007). *Mindfulness i vardagen*. Falun: Viva.

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campell, D. T. (2002) *Experimental and Quasi-experimental designs for generalized causal inference.* Boston: Houghton Mifflin.

Socialstyrelsen, Artikelnummer 2009-126-71. (2009). Folkhälsorapport 2009. ISBN 978-91-978065-8-9.

Statistiska centralbyrån (SCB). (2007). *Högskolestuderandes levnadsvillkor. Enkätundersökning bland högskolestuderande våren 2007*. Sveriges officiella statistik. Statistiska meddelanden, UF57. Stefan Lundgren, SCB.

Statens offentliga utredningar. (2006). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder.* Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. SOU 2006:77.

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

Währborg, P. (2009) *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

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.

Bilaga 1

Inbjudan
Är du stressad och vill lära dig att hantera stressen?
Vi är två psykologstudenter som kommer att erbjuda kurser i stresshantering under våren. Två kurser kommer erbjudas:

1. Den första är en ACT-kurs och baseras således på kunskap från forskning inom den psykologiska inriktningen ”Acceptance and Commitment Therapy”. Kursen ger dig som deltagare förhållningssätt att hantera den stress som är ofrånkomlig när vi lever vårt dagliga liv (se bifogad fil för mer information).

När? Kursen innefattar 4 tillfällen á 3 timmar.
Träff 1: v.15 torsdag 11/4, kl. 16-19
Träff 2: v.16 torsdag 18/4, kl. 16-19
Träff 3: v.17 torsdag 25/4. kl. 16-19
Träff 4: v.19 tisdag 7/5, kl. 16-19

2. Den andra kursen är i princip identisk med den första men har kortats ner till tre träffar i stället för fyra.

När? Kursen innefattar 3 tillfällen á 3 timmar.
Träff 1: v. 19 måndag 6/5 kl. 16-19
Träff 2: v. 20 måndag 13/5 kl. 16-19
Träff 3: v. 21 torsdag 23/5 kl. 16-19

VAR? Både kurserna kommer att vara förlagda på campus Östersund.

Kurserna är en del i vår examensuppsatts och som deltagare kommer du därför lottas till vilken av grupperna du hamnar i. Det är önskvärt om du kan delta på minst tre av fyra träffar. Som en del av kursen ingår det att fylla i enkäter om din hälsa vid två tillfällen. Det är helt frivilligt att delta i kursen, och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande.

För vem? Dig som studerar på XXXXprogrammet termin 2-8, XXXXprogrammet termin 1-7, eller XXXXprogrammet termin 1-6 vid Mittuniversitetet Östersund.

Hur anmäler man sig: Skicka ett mail till XXXX@gmail.com med ditt namn, telefonnummer och epost, samt vilket program du går och vilken termin. Du kommer sedan få ett mejl med en länk där du kan fylla i enkäterna.

Ta chansen att gå denna kurs och att göra något för dig själv, samtidigt som du får verktyg som är värdefulla i ditt kommande yrke!

Sista dag att anmäla sig är torsdag 28/4!

Välkommen med din anmälan!

Sandra Rydberg & Sofia Djusberg, psykologkandidater Mittuniversitetet

Bilaga 2

Information om studien *”ACTmiun”* och samtycke till deltagande

Östersund 2013-03-24

Du har tidigare anmält intresse att delta i stresshanteringsprogrammet och studien *”ACTmiun”*. Om Du väljer att delta, behöver vi ditt formella godkännande. Du får därför här mera detaljerad information om studien och programmet.

Syftet med studien är att främja universitetesstudenters hälsa och utvärdera effekten av ACT metoden. Deltagarna kommer slumpmässigt att fördelas till två olika betingelser.

Stresshanteringsprogrammet pågår under en period av cirka 5 veckor. En viktig komponent i programmet är att genomföra olika praktiska övningar dagligen.

Programmet kommer att ges i två olika omgångar, en grupp som startar i april och en grupp som startar i maj. Den senare gruppen kommer att få en mer komprimerad form som ges under tre träffar á 3 timmar. Du kommer senare att bli lottad till en av dessa.

Ett gruppbaserat stresshanteringsprogram utifrån **ACT (acceptance and commitment therapy)** som består av fyra träffar á 3 timmar.
Kursen kommer att ta upp frågor som:

- ✓ 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 undersöka strategier och möjligheter för att konkret börja ta steg i riktning mot det liv vi vill leva.

Vid deltagande i studien så ingår det att besvara ett antal enkäter via vårt webbsystem vid två tillfällen. Syftet med dessa mätningar av olika stressrelaterade faktorer är att möjliggöra en bred utvärdering av effekterna av programmen.

Skydd av personlig integritet
Den vetenskapliga undersök-ningen och ovan beskrivna mätningar genomförs vid Avdelningen för Psykologi, Institutionen för Samhällsvetenskap, Mittuniversitetet Campus Östersund, under ledning av professor JoAnne Dahl. De svar Du ger och de uppgifter som samlas in behandlas helt konfidentiellt och inga obehöriga kan få tillgång till dem. Uppgifterna kommer att lagras och bearbetas avidentifierat, dvs. inte med namn etc, utan endast med kodnummer. Resultatet kommer endast att redovisas genom gruppsammanställningar, vilket innebär att just Dina svar är omöjliga att särskilja.

Deltagandet i den här studien är helt frivilligt och Du kan när som helst, utan motivering, avbryta ett påbörjat deltagande. Enligt Personuppgiftslagen (PuL) har Du rätt att en gång per år få ta del av de uppgifter om Dig som har hanterats, och vid behov få eventuella fel rättade. Ansvarig för behandling av dina personuppgifter i denna studie är: *Mittuniversitetet, 831 25 Östersund*

Ansvariga för studien
Studien ingår i en examensuppstats vid Mittuniversitetet och utförs av psykologkandidaterna Sofia Djusberg och Sandra Rydberg. Handledare är JoAnne Dahl.

Kontaktuppgifter

Om du har frågor om studien kontakta gärna studieledarna via mail eller telefon:
E-Mail: XXXX@gmail.com
Sandra Rydberg telefon: 073-XX XX XXX
Sofia Djusberg, telefon: 070-XX XX XXX