



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet
Psykologexamensuppsats, 20p
Vt 2006

ACT Stress i skolan
En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen

Carola Jakobsson och Jennifer Wellin

Handledare: Ann-Margret Rydell

Examinator: Timo Hursti

Tack!

Först och främst vill vi tacka alla elever och berörda lärare på Fyrissskolan och alla deltagare som tidigare gått på Lundellska skolan. Utan ert engagemang och er välvilja hade det inte blivit någon tvåårsuppföljning av ACT – stress i skolan.

Det sistnämnda gäller också i allra högsta grad för Fredrik Livheim, som lade grunden för vårt arbete med en alldeles otroligt ambitiös interventionsstudie för två år sedan. Tack Fredrik, för all hjälp och för alla glada hejarop som du försett oss med på vägen.

Vi vill också tacka Frank Bond för visat intresse och statistisk support och Steven Hayes och Preventionscentrum Stockholm för ekonomiskt bistånd.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till vår handledare Ann-Margret Rydell som generöst delat med sig av sitt stora kunnande. Vi har alltid känt oss så lugna när vi lämnat ditt rum.

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur stor positiv effekt en nio timmars ACT-intervention hade på en interventionsgrupp, jämfört med en kontrollgrupp, när det gäller förbättringar avseende ett flertal variabler såsom upplevd stress, ångest, självförtroende, kognitivt processande, allmän psykisk hälsa, depressiva tendenser, subjektivt välmående, psykologisk flexibilitet, medveten närvaro och att leva sitt liv i enlighet med sina värderingar.

Mätpunkterna för jämförelserna var förmätningen, eftermätningen och tvåårsuppföljningen. Studien omfattade 150 deltagare och var en tvåårsuppföljning av studien ACT- stress i skolan (Livheim, 2004). Deltagarna i studien söktes upp och fick fylla i stort sett samma mätinstrument som ingick i ursprungsstudiens för- och eftermätning. 75 procent av deltagarna svarade. Analyserna visade tre signifikanta interaktionseffekter, grupp gånger tid, där interventionsgruppen hade förbättrat sig mer än kontrollgruppen. Detta gällde psykologisk flexibilitet, kognitivt processande och stress och ångest. När det gäller allmän psykisk hälsa noterades en stark tendens till förmån för interventionsgruppen som antydde att de förbättrats mer. För över hälften av mätinstrumenten noterades signifikanta effekter av tid för båda grupperna.

Nyckelord: ACT, skolan, stress, ungdomar.

| | |
|---|-----------|
| INLEDNING..... | 6 |
| 1.1 STRESS BLAND BARN OCH UNGDOMAR | 6 |
| 1.2 VAD KAN SAMHÄLLET GÖRA | 7 |
| 1.3 STRESS OCH PSYKISK OHÄLSA | 8 |
| 1.4 ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY | 9 |
| 1.4.1 <i>Kreativ hopplöshet</i> | 11 |
| 1.4.2 <i>Kontroll som problemet</i> | 11 |
| 1.4.3 <i>Kognitiv defusion</i> | 12 |
| 1.4.4 <i>Villighet och acceptans</i> | 13 |
| 1.4.5 <i>Medveten närvaro</i> | 13 |
| 1.4.6 <i>Värderingar</i> | 13 |
| 1.5 FORSKNING OM ACT..... | 14 |
| 1.5.1 <i>Forskning om ACT som stressintervention</i> | 14 |
| 1.5.2 <i>Forskning om AAQ 16</i> | 16 |
| 1.6 INTERVENTIONEN | 16 |
| 1.6.1 <i>Interventionens upplägg</i> | 17 |
| 1.6.2 <i>Träffarna</i> | 17 |
| 1.7 SYFTE..... | 20 |
| 1.7.1 <i>Forskningsfråga och hypoteser</i> | 20 |
| 2 METOD | 21 |
| 2.1 DESIGN..... | 21 |
| 2.2 DELTAGARE | 23 |
| 2.2.1 <i>Deltagare i ursprungsstudien</i> | 23 |
| 2.2.2 <i>Deltagare i tvåårsuppföljningen</i> | 23 |
| 2.2.3 <i>Bortfallsanalys</i> | 23 |
| 2.3 PROCEDUR | 25 |
| 2.3.1 <i>Procedur i ursprungsstudien</i> | 25 |
| 2.3.2 <i>Procedur i tvåårsuppföljningen</i> | 25 |
| 2.3.3 <i>Information till dem som mätte dåligt</i> | 27 |
| 2.4 MÄTINSTRUMENT | 27 |
| 2.4.1 <i>Stress</i> | 27 |
| 2.4.2 <i>Depression, ångest och stress</i> | 27 |
| 2.4.3 <i>Allmänt psykiskt mående, självförtroende och kognitivt processande</i> | 28 |
| 2.4.4 <i>Psykologisk flexibilitet</i> | 28 |
| 2.4.5 <i>Att leva efter sina värderingar</i> | 29 |
| 2.4.6 <i>Välmående</i> | 30 |
| 2.4.7 <i>Medveten närvaro</i> | 30 |
| 2.4.8 <i>Egna frågor</i> | 30 |
| 2.5 STATISTISK BEARBETNING | 31 |
| 3 RESULTAT | 32 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.1 | SAMBAND MELLAN MÅTTEN..... | 31 |
| 3.2 | DESKRIPTIV STATISTIK..... | 34 |
| 3.3 | HUVUDANALYSER..... | 36 |
| 3.3.1 | <i>Upplevd stress</i> | 36 |
| 3.3.2 | <i>Ångest</i> | 37 |
| 3.3.3 | <i>Depressiva tendenser</i> | 38 |
| 3.3.4 | <i>Självförtroende och kognitivt processande</i> | 39 |
| 3.3.5 | <i>Allmän psykisk hälsa</i> | 40 |
| 3.3.6 | <i>Psykologisk flexibilitet</i> | 41 |
| 3.3.7 | <i>Att leva efter sina värderingar</i> | 42 |
| 3.3.8 | <i>Subjektivt välmående</i> | 43 |
| 3.3.9 | <i>Medveten närvaro</i> | 43 |
| 3.3.10 | <i>Egna frågor</i> | 43 |
| 4 | DISKUSSION..... | 45 |
| 4.1 | SAMMANFATTNING AV RESULTAT..... | 45 |
| 4.2 | INTERVENTIONENS EFFEKTER..... | 45 |
| 4.3 | VARFÖR FANNS DET INTE STÖRRE EFFEKTER..... | 46 |
| 4.4 | ACT-INTERVENTIONENS HUVUDSAKLIGA SYFTE..... | 47 |
| 4.5 | STYRKOR OCH SVAGHETER I STUDIEN..... | 48 |
| 4.6 | ETISKA ÖVERVÄGANDEN..... | 49 |
| 4.7 | FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING..... | 50 |
| 4.8 | SLUTSATSER..... | 50 |
| 5 | REFERENSLISTA..... | 52 |
| 6 | BILAGOR..... | 56 |
| 6.1 | MANUS FÖR BESÖK PÅ FYRISSKOLAN..... | 56 |
| 6.2 | FÖLJEBREV TILL ENKÄTEN, FYRISSKOLAN..... | 57 |
| 6.3 | HÄNVISNING TILL ELEVVÅRDEN, FYRISSKOLAN..... | 58 |
| 6.4 | HÄNVISNING TILL VÅRDGIVARE..... | 59 |
| 6.5 | FÖLJEBREV TILL ENKÄTEN, LUNDELLSKA SKOLAN..... | 60 |
| 6.6 | TELEFONMANUS..... | 65 |
| 6.7 | BREV TILL DEM SOM MÅDDE DÅLIGT, FYRISSKOLAN..... | 62 |
| 6.8 | BREV TILL DEM SOM MÅDDE DÅLIGT, LUNDELLSKA SKOLAN..... | 64 |
| 6.9 | BULL'S EYE..... | 66 |

1 INLEDNING

Fredrik Livheims examensuppsats ”Acceptance and Commitment Therapy i skolan – att hantera stress”, som lades fram vårterminen 2004 vid institutionen för psykologi vid Uppsala universitet, uppmärksammades internationellt av bland andra Steven C. Hayes och Frank W. Bond. Det stora intresset för studien berodde på att den var preventiv samt att den inkluderade ett stort antal gymnasieungdomar, 230 elever deltog i studien från början. Det faktum att preventiva studier av detta slag är ovanliga och att det fanns positiva resultat väckte intresse för en tvåårsuppföljning.

1.1 Stress bland barn och ungdomar

Flertalet rapporter under de senaste åren har visat att svenska barn och ungdomar är stressade och upplever psykosomatiska problem. I barnombudsmannens skrift (Barnombudsmannen, 2004) presenterades en undersökning där mer än var fjärde flicka och var tionde pojke höll med om påståendet ”Jag känner mig ofta ledsen och nere”. Försäljningen av antidepressiva mediciner till 15-19 åringar fördubblades mellan 1999 och 2003. (Barnombudsmannen, 2005). Var femte barn som ringde till BRIS (Barnens rätt i samhället) hade problem som handlade om psykisk ohälsa. Det kunde handla om självmordstankar, självdestruktivitet eller ätstörningar. Även samtal om stress ökade och den var ofta relaterad till skolan (BRIS, 2005).

I en undersökning som Skolverket gjorde uppgav nästan hälften av flickorna att de alltid eller oftast kände sig stressade i skolan. Hos pojkarna var en femtedel ofta eller alltid stressade när de var i skolan. Det skedde en markant ökning av andelen elever som kände sig stressade från 1997 och framåt. 1997 var en femtedel av flickorna och en sjättedel av pojkarna stressade. Inom gymnasieskolan uppgav drygt en tredjedel av eleverna (båda könen) att de oftast eller alltid kände sig stressade i skolan. För de utbildningar med mer renodlat teoretisk inriktning var andelen uppe i nästan hälften. Nästan var femte flicka ansåg att kraven i skolan var för höga medan var tionde kille tyckte detsamma. På de teoretiska utbildningarna tyckte en femtedel av eleverna (både killar och tjejer) att kraven var för höga (Skolverket, 2004).

Jeanette Olsson vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, undersökte i sin avhandling förekomsten av stress och psykosomatiska besvär bland gymnasieungdomar på västkusten. Totalt svarade 970 elever på enkäten. Av dem som svarade angav en fjärdedel av eleverna att de ofta blev arga och irriterade och cirka en femtedel att de ofta kände sig nedstämda, oroliga och hade svårt att sova. Knappt hälften av eleverna angav att de mycket ofta eller ofta var stressade. Den främsta anledningen till stress var skolan som nämndes som orsak i hälften av fallen. I linje med annan forskning visade den här undersökningen också att det var tjejerna som var mest stressade och mådde sämst. Mer än dubbelt så många flickor som pojkar kände sig ofta nedstämda, oroliga och rädda. De angav också i högre grad än pojkarna att de blev irriterade, arga och hade svårt att sova (Olsson, 2005).

1.2 Vad kan samhället göra?

Det är en stor utmaning för samhället att rusta barn och ungdomar för den stress de upplever och kommer att uppleva genom livet. Skolan är en given plats för inläring även av psykologiska färdigheter då de allra flesta ungdomar samlas där. Hösten 2004 hade nästan 1,4 miljoner elever, på gymnasiet och grundskolan, skolan som sin arbetsplats (Skolverket, 2005).

Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut kom 2004 ut med rapporten ”Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa.” I den konstaterade utredarna att det fanns stora samhällsekonomiska vinster att göra genom att förebygga psykisk ohälsa genom tidiga generella insatser, det vill säga, insatser som alla får del av. De hade funnit forskningsstöd, vid en internationell genomgång, för att exempelvis föräldrastöd, personal- och lärartäthet i förskolan och skolan, särskilda pedagogiska insatser samt lärarnas kompetens hade betydelse för barns och ungdomars skolprestationer och psykiska hälsa. Att lägga resurser på dessa områden ansågs kunna minska behovet av selektiva insatser (till exempel barn- och ungdomspsykiatri eller olika familjehemsplaceringar) senare då färre personer skulle komma att behöva dem. Utredarna konstaterade också att det är viktigt med forskning för att utveckla de generella insatserna så att de blir så effektiva som möjligt och att dessa insatser följs upp och utvärderas.

Rapporten innehöll också en del räkneexempel som visade att generella insatser är förhållandevis billiga när de jämförs med de selektiva insatser som samhället måste ställa upp

med om psykiska problem inte förebyggs och motverkas i ett tidigt skede. Då rapporten skrevs kostade en familjehemsplacering under två år 800 000 kronor och en placering på ett hem för vård och boende under samma tid kostade 1,1 miljoner kronor. Om dessa insatser inte skulle vara tillräckliga blir kostnaderna ännu högre. En enda missbrukare beräknas kosta samhället 12-15 miljoner kronor under sin livstid. När det gäller psykisk ohälsa räknar man med att en person som utvecklar psykosociala arbetshinder under trettio år kostar samhället ungefär 2 miljoner kronor. Kostnader för psykiska sjukdomstillstånd beräknas uppgå till drygt 7 miljoner kronor för en enda person under dennes livstid. (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2004).

1.3 Stress och psykisk ohälsa

Stressbegreppet introducerades först av forskaren Hans Selye. Han såg stress och stressreaktioner som en ospecifik kroppslig reaktion på alla slags påfrestningar. Med ospecifik menade han att reaktionen blir densamma oavsett vad som stressar individen. (Selye, 1976 i Währborg, 2002). Selye och andra forskare efter honom beskrev hur människan reagerar neurofysiologiskt på stressande händelser. I en situation som individen uppfattar som stressande aktiveras det sympatiska nervsystemet och kroppen utsöndrar extra hormoner, speciellt adrenalin, noradrenalin och kortisol för att kroppen ska producera mer blodsocker till musklerna. Samtidigt ökar pulsen och blodgenomströmningen i kroppen och andra i situationen mindre nödvändiga kroppsfunktioner, som till exempel matsmältningen, dämpas. Kroppen gör sig beredd på att antingen kämpa eller fly. Detta hade ett stort överlevnadsvärde i tidigare mer primitiva samhällen då människan ofta fick försvara sig mot till exempel vilda djur. Problemen uppstår när stressen är av en mer långvarig natur och inte en övergående fara som man kan återhämta sig från när kampen eller flykten är avslutad. Numera är det inte vargar eller björnar som är människans värsta fiende utan den vardagsstress som många omger sig med (Agervold, 2001).

Modern stressforskning utvidgade begreppet stress och tittade också på samspelet mellan individen och stressorn och pekade på att det är där stressreaktioner uppstår. Den amerikanska psykologen Richard Lazarus menade att det är personers värderingar av de egna resurserna i förhållande till kraven som är avgörande för om förhållandena i miljön framkallar stress eller inte. Om det uppstår en obalans mellan kraven och de egna resurserna känner sig individen hotad och gör allt för att avlägsna denna obalans. Kroppen gör sig beredd att kämpa eller fly

vilket rent fysiologiskt leder till de reaktioner som vi tidigare talat om. Om hotet inte avvärjs följs de fysiologiska reaktionerna ofta av psykiska stressymtom som till exempel sömnproblem, nervositet, ångest, nedstämdhet, otrygghet och depression (Agervold, 2001). Vid långvarig stress kan individen drabbas av så kallad utmattningsdepression som bland annat kännetecknas av extrem trötthet, allvarliga sömnproblem, hopplöshetskänslor och skuld-känslor. Kroppen är som en uppvarvad bil vid ett rödljus som aldrig slår om till grönt. Den är på helspänn hela tiden men det blir aldrig någon aktivitet. Tillståndet kan snabbt förvärras genom att den som är sjuk ofta drar sig undan andra och inte själv förmår ändra situationen. Risken för självmord är stor under långvariga depressionstillstånd (Perski, 2002). Den förändrade neurofysiologin i kroppen, som blir en följd av långvarig stress, har också satts i samband med några av våra stora folksjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och fetma (Währborg, 2002).

Man brukar skilja på två olika typer av stressreaktioner; aggressivitetsstress och uppgivenhetsstress. Den vanligaste stressreaktionen hos människor är av den aggressiva sorten, man blir lättirriterad och fientlig. Den andra typen, som ofta blir en följd av långvarig stress, präglas av initiativlöshet, håglöshet, apati ofta tillsammans med trötthet, nedstämdhet och förändringar i sömn-, mat- och sexvanor. Vid långa allvarliga stresstillstånd förekommer ofta båda typer av stressreaktioner samtidigt (Währborg, 2002).

Utifrån Lazarus tankar kring stress, att den uppstår i obalansen mellan individens värdering av sin förmåga och de krav som ställs i den omgivande miljön, finns det två olika angreppspunkter som man kan angripa stressen från – antingen individens tolkning av situationen eller kraven från den yttre miljön. Livheims ACT-intervention siktade in sig på att förändra deltagarnas upplevelse av stress och se den som mindre hotande (Livheim, 2004).

1.4 Acceptance and Commitment Therapy

Acceptance Commitment Therapy (ACT) är en av den så kallade tredje vågens kognitiva beteendeterapier (Hayes, 2004). Exempel på andra terapiformer som räknas till den tredje vågen är: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002) Dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993) och Functional Analytic Psychotherapy (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991). Dessa nya beteendeterapier skiljer sig åt men de har också

gemensamma inslag som till exempel acceptans, ”medveten närvaro”, värderingar, kognitiv ”defusion” och så vidare (Hayes, 2004).

ACT grundar sig på en teori om språk och kognition som heter Relational Frame Theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Teorin är alltför omfattande för att gås igenom här och vi hänvisar därför intresserade läsare till källan. ACT är en vidareutveckling av beteendeterapi, med exponering och beteendeaktivering som viktiga inslag, och har samma grundsyn som den radikalbehaviorism som B. F. Skinner utvecklade. På senare tid har man också börjat använda en vidare term, funktionell kontextualism. Med funktionell kontextualism menas att beteenden, även tankar och känslor, alltid måste ses i sin kontext, och då inte bara i det aktuella sammanhanget utan också i dess historia. Man tillämpar också ett pragmatiskt sanningskriterium vilket innebär att det som avgör om ett påstående skall bedömas som sant eller falsk är hur det fungerar, om det leder till önskvärda konsekvenser eller inte (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Inom denna inriktning har man alltid varit noga med att basera interventionerna på psykologisk grundforskning. Utvecklarna av ACT utgår från de upptäckter som gjorts i laboratorium när de utvecklar sin intervention (Törneke, 2004).

Det kliniska målet med ACT är att förmå personer att handla utifrån sina värderingar trots negativa känslor, tankar och minnen. De får ta med sig sin personliga historia och sina automatiska reaktioner (till exempel rädsla, ångest och negativa tankar) och göra det som är viktigt för dem. Inom ACT betraktar man inte till exempel ångesten som problemet i ångestsjukdomar utan det är individens kamp mot ångesten och de undvikanden som följer med som betraktas som patologiska. Det är svårt att vara människa och ACT-terapeuternas mål ska därför inte vara att rädda människor från de naturliga obehag och utmaningar som följer med själva livet. Inom ACT anser man att det är ovilligheten att ha och acceptera det naturliga obehaget som är källan till lidandet. (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Åtgärder som personer tar till för att undvika, kontrollera eller minska olika inre upplevelser, så kallat ”upplevelsemässigt undvikande” (eng. ”experiential avoidance”) kan fungera symptomreducerande på kort sikt men är ofta dysfunktionellt på lång sikt då personen hindras från att leva det liv som han värderar. Beteenderepertoaren blir begränsad (Törneke, 2004). ACT-modellen består av sex grundkomponenter: acceptans, medveten närvaro, värderingar, handling ”committed action”, självet i en kontext (”self as context”) och defusion. Målet i behandlingen är att påverka alla dessa grundkomponenter och därmed skapa en större

psykologisk flexibilitet hos klienten. Med psykologisk flexibilitet menas förmågan att medvetet ha kontakt med och acceptera det som stunden ger, både det som händer inom personen som tankar, känslor och minnen och det som händer utanför, samt att kunna styra sitt beteende i linje med sina värderingar (Hayes et. al. 2006).

En ACT-intervention kan delas upp i flera delar med olika terapeutiska mål. För att uppnå målen har terapeuten tillgång till olika övningar, metaforer och hemuppgifter som skiljer sig åt för de olika delarna. Vi kommer att gå igenom de olika delarna nedan, kortfattat. För att få reda på fler detaljer; till exempel vilka metaforer och övningar som används hänvisar vi intresserade läsare till Hayes och medarbetare (1999), Hayes (2004), Hayes och Smith, (2005), med flera.

1.4.1 Kreativ hopplöshet

Terapin inleds vanligtvis med att terapeuten kartlägger de strategier som klienten hittills använt sig av på egen hand för att försöka lösa problemet. Ofta handlar de om olika kontrollstrategier som klienten använt för att undvika obehag. Strategierna analyseras utifrån vad de har gett på kort, respektive på lång sikt. Utifrån att strategierna ofta har varit misslyckade, åtminstone på lång sikt (annars skulle inte klienten ha sökt terapi) väcker terapeuten frågan: ”Tänk om det inte är strategierna eller din egen insats som det är fel på utan att själva syftet, att bli av med obehaget, som är felaktigt?” (Hayes, 2004). Detta skapar kreativ hopplöshet hos klienten som ses som en sorts utgångspunkt för att man ska ge upp det som inte fungerat och vara öppen för andra lösningar (Hayes, et. al. 1999). Syftet med kreativ hopplöshet är inte att få klienten att känna sig hopplös utan att de gamla strategierna ska framstå som hopplösa (Törneke, 2004).

1.4.2 Kontroll som problemet

Från kreativ hopplöshet går man inom ACT vidare med att ifrågasätta själva kontrollagendan som består av känslomässigt undvikande och flykt. Det är först här som man klart pekar ut kontroll som problemet. Det är inte en alldeles enkel pedagogisk uppgift att förmå personer att ge upp kampen mot sina negativa tankar, känslor, minnen och kroppsliga sensationer. (Hayes et. al.1999). Undvikande av inre upplevelser är inbyggt i det svenska språket och även något som är kulturellt sanktionerat. Föräldrar säger ofta till sina barn ”Inte ska du gråta, du

behöver inte vara ledsen” i tröstande syfte (Törneke, 2004). Kontrollstrategierna fungerar också bra på saker som finns i yttervärlden. Om vi inte gillar något är det logiskt att försöka göra oss av med det. Till exempel om vi stör oss på tapeterna hemma kan vi bestämma oss för att tapetsera om. På saker som finns utanför huden fungerar dessa strategier, det är när vi försöker tillämpa det på det som finns innanför som vi stöter på problem. Terapeuten utgår hela tiden från klientens egen erfarenhet. ”Hur har det fungerat för dig?” är en fråga som ofta ställs. Ofta är det klienternas egen erfarenhet att det man försöker bli av med bara ökar om man inte vill ha det. Till exempel: Man oroar sig för att man oroar sig och är rädd för att man har så mycket ångest och så vidare. Tillsammans gör klienten och terapeuten övningar som till exempel går ut på att klienten inte får tänka på en rosa elefant. Detta görs för att illustrera hur svårt det är att styra tankar. För att försäkra sig om att man inte tänker på en rosa elefant måste man tänka på en rosa elefant för annars kan man inte rapportera att man inte tänker på en (Hayes et. al.1999).

1.4.3 Kognitiv defusion

Att sammansmälta med språket, så kallad kognitiv fusion, är det man inom ACT försöker att motverka. Automatiskt reagerar människor på det som händer omkring dem, ofta utan att själva reflektera över det. Det är denna språkliga process som ACT försöker förändra. Genom språket (i det här fallet tankar) kan vi komma i kontakt med och respondera på saker vi aldrig upplevt, till exempel så kan vi känna ångest och sorg om vi föreställer oss att vårt barn omkommer i en drunkningsolycka. Poängen med det är inte responsen i sig utan att den kan styra vårt beteende. Vi kan till exempel förbjuda vårt barn att följa med klassen till badhuset. Vår språkliga förmåga gör oss benägna att uppleva vår egen inre respons som ”verkligheten” och inte som den egentligen är, en respons hos oss. Vi kan också säga att en tröja är ”dålig” eller ”stickig” och betrakta det som en egenskap hos tröjan och inte som en respons på tröjan från oss. I terapin jobbar terapeuten med att få klienten att uppmärksamma själva tankeprocessen och inte fastna i innehållet i tankarna och ”köpa dem” som sanningar. Om klienten till exempel säger: ”Jag kommer aldrig att klara av det där” så kan terapeuten säga: ”Så du fick en tanke just nu; jag kommer aldrig kommer att klara av det där”. Det finns en skillnad mellan att betrakta sina tankar som just tankar och att inte betrakta världen utifrån sina tankar. Terapeuten hjälper också klienten att inte låta ”innehållet”, plågsamma tankar och känslor, utgöra personens självbild. Klienten uppmanas att betrakta sig själv här och nu (”self as context”) som har haft och kommer att ha olika tankar, känslor, kroppsliga

sensationer. Det är samma person som hela tiden upplever och observerar men upplevelserna och observationerna definierar inte personen. Detta observerande jag lyfts fram inom ACT som en position varifrån man kan möta det som är svårt (Törneke, 2004).

1.4.4 Villighet och acceptans

Acceptans, eller villighet att ha, negativa känslor, tankar, minnen och kroppsliga sensationer, är motsatsen till kontroll. Inom ACT pratar man om en aktiv form av acceptans. Det handlar inte om att resignera eller ge upp utan att vara beredd att uppleva det stunden har att erbjuda. Är det något som går att påverka, som till exempel att någon behandlar en illa, så ska man naturligtvis göra det. Acceptans, att ta in verkligheten som den är, kan också vara en plattform för förändring. Törneke förklarar acceptans och villighet så här: *”villighet som alternativ till inre kontroll är att ”andas in” den upplevelse (tankar, känslor och kroppsliga sensationer) som de närvarande omständigheterna och min historia ger mig”* (Törneke, 2004, sid. 16).

1.4.5 Medveten närvaro

Det finns olika definitioner av ”medveten närvaro”. Inom ACT definierar man medveten närvaro som en psykologisk process som kännetecknas av kontakt med den innevarande stunden, acceptans för det som är, defusion från tankar, känslor och kroppsliga förmimmelser via det observerande jaget vilket ger den psykologiska flexibilitet som gör det möjligt att agera i linje med sina egna värderingar (Fletcher & Hayes, under tryckning). Medveten närvaro handlar om att inte värdera eller döma sina egna upplevelser, vare sig det gäller yttre stimuli eller inre, utan att bara observera det som är. Det är ett förhållningssätt till livet som kräver daglig träning (Hayes & Smith, 2005).

1.4.6 Värderingar

En ACT-behandling innehåller i likhet med mer traditionell kognitiv beteendeterapi (KBT) exponeringsövningar och beteendeaktivering och det är här värderingar kommer in som en viktig del. Klienterna får i exponeringen lära sig att engagera sig i sammanhang som väcker obehag och plåga men detta är inget självändamål utan syftet är att klienten ska våga möta negativa känslor och tankar och ändå göra det som är viktigt för dem. Inom ACT hjälper man klienterna att hitta sina sanna värderingar. De sätts inte upp som mål som man kan uppnå utan

som ett slags processmått, något som man kan röra sig emot eller leva i enlighet med under hela livet, till exempel att vara en kärleksfull och uppmärksam partner. När värderingarna är kartlagda kan man sedan jobba mot dem i terapin i form av hemuppgifter. Vilket innebär både exponering, att göra saker trots att det väcker jobbiga tankar och känslor inom en, och beteendeaktivering för klienten (Törneke, 2004). Klienterna får också göra en överenskommelse med sig själva att gå i den riktning de värderar ”committed action” (Hayes et. al, 1999).

1.5 Forskning om ACT

Det har inte gjorts så många kontrollerade studier på ACT men de studier som publicerats visar lovande resultat inom en rad olika områden (Hayes, Masuda, Louma & Guerrero, 2004), som till exempel depression (Zettle & Hayes, 1987; Zettle & Raines, 1989), psykos (Bach & Hayes, 2002), missbruksproblem (Hayes, et. al. 2004b), rökavvänjning (Gifford, et. al., 2004), diabetes (Gregg, 2004) och generaliserad ångest (Roemer & Orsillo, 2002).

Greco & Eifert argumenterar för att barn och ungdomar skulle vara särskilt lämpade för ACT då vuxenblivandet ändå innehåller så många förändringar och övergångar. Enligt dem skulle tonårstiden vara en utmärkt tid att lära sig psykologisk flexibilitet och att leva efter sina värderingar (Greco & Eifert, 2004). Barn och ungdomar har inte haft lika lång tid på sig att fastna i sina kognitiva mönster som vuxna (Greco, Blackledge, Coyne & Enreheich, 2005). Greco (opublicerat material) har undersökt villighet och ”experiential avoidance” bland barn med kronisk magvärk och ihärdig huvudvärk. Efter att ha kontrollerat bland annat för kön, ålder och typ av smärta predicerade en högre nivå av acceptans högre livskvalitet. Högre nivå av ”experiential avoidance” och fusion predicerade mer användning av elevvård och vilorum under undervisningstid, lägre livskvalitet, högre ångestnivå och sämre skolprestationer (enligt lärarskattning). Greco, Dew & Blomquist (opublicerat material) håller också på med en liten pilotstudie där de undersöker vad ACT har för inverkan på tonåringar med kronisk magvärk, ångest och depression.

1.5.1 Forskning om ACT som stressintervention

Bond och Bunce (2000) genomförde en stor studie vid en mediaorganisation i London för att jämföra två olika sätt att komma åt arbetsrelaterad stress. De 90 deltagarna slumpades till

antingen en ACT-intervention som syftade till att förändra upplevelsen av stress och tillämpa acceptans eller till en problemfokuserad intervention som syftade till att identifiera stressorer på arbetsplatsen och ta bort dem. Det fanns också en kontrollgrupp som inte fick någon behandling alls. Totalt fick de anställda, i de två olika behandlingsgrupperna, behandling under sammanlagt nio timmar. Varje träff var tre timmar och de tre träffarna var spridda över tre månader i båda grupperna. Resultatet blev bra för båda grupperna som fick behandling, kontrollgruppen förbättrades inte signifikant. På variablerna som mätte depression och ökad kreativitet förbättrades både ACT-gruppen och problemfokusgruppen. ACT-gruppen förbättrades också gällande allmän psykisk hälsa, vilket inte gruppen som jobbade med att identifiera och åtgärda stressorer gjorde. Ingen av behandlingsgrupperna förbättrades signifikant mer än kontrollgruppen när det gällde motivation eller arbetsglädje. När det gällde resultaten berodde förändringarna i den problemfokuserade gruppen på att man identifierade och åtgärdade stressorerna direkt. I ACT-behandlingsgruppen nådde man resultat genom att lära ut acceptans av oönskade tankar och känslor samt att deltagarna också fick hjälp att identifiera sina värderingar och börja leva mer sant mot dem (Bond och Bunce, 2000).

En annan studie av Bond och Bunce (2003) visar att högre grad av acceptans; villighet att uppleva tankar, känslor och kroppsliga sensationer utan att försöka kontrollera dem eller låta dem styra ens beteende, predicerar högre mental hälsa och bättre jobbprestationer ett år senare. Effekterna blev ännu större om en hög grad av acceptans kombinerades med hög grad av upplevd kontroll över arbetsituationen. Studien genomfördes bland drygt 400 kundtjänstarbetare i England och man kontrollerade för upplevd kontroll över arbetet "locus of control" samt för negativ personlig läggning (Bond & Bunce, 2003). Fler replikationer och utvidgningar av ursprungsstudien (Bond & Bunce, 2000) väntas bli klara för publicering inom kort (http://www.contextualpsychology.org/studies_underway_that_we_know_about).

I en svensk studie (Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004) gavs ACT-behandling till sjuksköterskor och andra vårdgivare inom den offentliga sektorn som led av kronisk värk och eller stressymtom och ansågs vara i riskzonen för långtidssjukskrivning. 19 deltagare slumpades till två grupper; den ena gruppen fick sedvanlig medicinsk behandling och den andra gruppen fick ACT-interventionen och sedvanlig medicinsk behandling. Vid eftermätning och vid uppföljningen efter sex månader hade ACT-gruppen färre sjukskrivningsdagar och hade gjort färre läkarbesök, jämfört med kontrollgruppen.

I en studie av cancersjuka i terminalstadiet slumpade man patienter antingen till tolv sessioner traditionell KBT (avslappning och kognitiv omstrukturering) eller till tolv sessioner ACT. Behandlingen genomfördes i samband med cellgiftbehandling eller andra sjukhusbesök. Då personerna var döende var det inte möjligt att göra en uppföljning men i samband med session tolv visade ACT-gruppen signifikant större reduktion i sin stress och sorg över att dö, jämfört med den grupp som hade fått KBT. De hade också lägre självskattningar av ångest och depression jämfört med KBT gruppen (Branstetter, Wilson, Hildebrant, & Mutch i Hayes Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

1.5.2 Forskning på AAQ 16

Inom forskningen på ACT har man inte mätt enskilda aspekter av ACT-modellen (acceptans, medveten närvaro, värderingar, handling ”committed action”, självet i en kontext ”self as context” och defusion) utan de flesta studier har utgått från AAQ 16 som tagits fram, av ACT-forskare, för att vara ett helhetsmått på framgång i alla delar av modellen. Det man mäter är grad av psykologisk flexibilitet. Detta har sedan korrelerats med andra mått på välmående och fungerande. En metaanalys som inkluderade 32 studier med 6628 deltagare visade att AAQ hade ett samband med psykologiska tillstånd i allmänhet (till exempel depression, ångest, posttraumatisk stress syndrom, smärta och stress). Den vägda effektstorleken var $r = .42$ (Hayes et. al, 2006).

1.6 Interventionen

Vårterminen 2004 genomförde Fredrik Livheim en behandlingsstudie ”Acceptance and Commitment Therapy i skolan – att hantera stress” på två gymnasieskolor i Uppsala. Åtta klasser från gymnasiets teoretiska program slumpades till antingen ACT-behandling eller kontrollgrupp. Till grund för kursen låg ”ACT at work” (Bond & Bunces, 2000). Målet med behandlingen var att öka elevernas förmåga att hantera den stress som finns inom skolan idag. Man ville också förebygga och minska psykisk ohälsa. Behandlingen gavs i helklass vid två tillfällen med en veckas mellanrum och ett tredje tillfälle tre veckor senare. Kontrollgruppen erbjöds en kortversion av behandlingen i form av en halvdagsundervisning. Ungefär hälften av personerna i kontrollgruppen deltog i en sådan.

I ACT-behandlingsgruppen sågs efter behandlingen signifikanta minskningar av ångestnivån, samt signifikant bättre funktion inom det som eleverna rapporterat som sitt största problemområde. Förändringarna i behandlingsgruppen tycktes också bero på att eleverna accepterade, snarare än försökte förändra eller undvika oönskade tankar och känslor eller ta bort stressfyllda element i skolan (Livheim, 2004).

Ett år efter behandlingen gjorde Fredrik Livheim en egen uppföljning av sin studie (som inte publicerats) och fick då fram ännu bättre resultat. Det vill säga skillnaderna mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen var större efter ett år jämfört med vid eftermätningen, vilket tyder på att ACT-behandlingen haft långtverkande effekter (Personligt meddelande från Fredrik Livheim, 2005).

1.6.1 Interventionens upplägg

Kursen gavs enligt ”2+1” formatet för psykoterapi, vilket innebar att deltagarna fick tre halvdagssessioner. Kursledaren lämnade ut hemuppgifter till eleverna efter varje träff. Kursen gick ut på att lära deltagarna ett nytt sätt att hantera sin inre stress. St. Fransiscus kända bön ”Gud giv mig styrka att acceptera det jag inte kan förändra, mod att förändra det jag kan förändra och visdomen att se skillnaden” sammanfattar väl vad kursledaren ville förmedla till deltagarna. Till sin hjälp hade han övningar och metaforer från ACT; Hayes, Strosahl & Wilson (1999) och Dahl, Wilson & Nilsson (2004). Övningarna och metaforerna översattes och anpassades till målgruppen av Fredrik Livheim själv. Alla kursdeltagare fick också varsin CD där han spelat in två övningar i medveten närvaro. De uppmuntrades att lyssna på den hemma.

1.6.2 Träffarna

Kursledaren gick igenom stressbegreppet med ungdomarna och uppmuntrade dem att berätta hur de brukar hantera sin egen stress. Detta syftade till att utlösa ”kreativ hopplöshet” hos eleverna. Det vill säga, de fick själva upptäcka att deras egna strategier för att hantera stress ofta ledde till mera stress. Han gick också igenom regeln om yttvärlden och regeln om världen inom oss. Om något utanför stör oss, som till exempel fel färg på väggarna eller damm i lägenheten, är det ofta relativt enkelt att åtgärda med lite ny färg eller en dammsugning. Annat är det med som plågar oss inifrån, som till exempel stress, oro eller

minnen från en olycklig barndom. Om vi inte vill känna stress, oro eller minnas tråkiga saker och försöker att trycka bort de känslor och tankar som är förknippade med det leder det oftast till en olycklig rundgång. Vi oroar oss för att vi oroar oss, blir stressade över att vi känner så mycket stress och så vidare. När det gäller världen innanför oss är regeln ”vill du inte ha det så har du det”.

Kursledaren hänvisade hela tiden till elevernas egna erfarenheter och uppmuntrade dem att testa och undersöka. Han var också noga med att påpeka vikten av att eleverna själva jobbade för att förändra det som gick att förändra i yttrevärlden, till exempel om alla lärarna bestämde sig för att lägga sina prov veckan före lovet. Med hjälp av till exempel ”kvicksandsmetaforen” pekade han på en annan strategi för att hantera det obehag som finns inom oss. För att kunna ta sig ur kvicksand ska man ha full kontaktyta med det man vill undvika. Lika är det med tankar, känslor och minnen – ”trycka undan strategier” får dem bara att växa sig större. Den rätta vägen kanske är att komma i kontakt med dem fullt ut, med acceptans och villighet. Livheim illustrerade det bland annat med ”två skalor metaforen”. Varje person kan bestämma sig för att ställa villighetsreglaget högt. Det vill säga, de accepterar och är villiga att ha alla känslor av stress och ångest och försöker inte kämpa emot dem. I och med att man gör detta tillåter man stress- och ångestreglaget, som vi inte kan kontrollera, att pendla fritt. Ibland är det högt och ibland är det lågt och så vidare, beroende på vilken yttre press vi utsätts för. Om vi däremot ställer villighetsreglaget lågt, och därmed inte accepterar och är villiga att ha våra stress- och ångestkänslor, kan vi vara säkra på att stress/ångest reglaget också kommer att vara konstant uppskruvat. Kampen mot stressen och ångesten får de negativa känslorna att öka.

Värderingar var ett stort inslag i kursen. Målet var att var och en skulle identifiera sina värderingar och börja ta steg i den riktningen trots hinder, till exempel negativa känslor och tankar. Där var arbetet med livskompassen (Dahl, Wilson & Luciano i Livheim, 2004), som utformats av Joanne Dahl (docent vid institutionen för psykologi vid Uppsala universitet och ”ACT-trainer”) centralt. Livskompassen täcker in tio områden som är viktiga i de flesta människors liv; egenvård, familjerelationer, intima relationer, vänner/socialt liv, arbete, utbildning/utveckling, fritidsaktiviteter, andlighet, föräldraskap och samhällsengagemang. Den som fyller i livskompassen ska skatta på en skala mellan ett och tio hur högt han/hon värderar varje område. Det behöver inte finnas en inbördes rangordning, alla områden kan till exempel få en tia. Nästa steg blir att fylla i det som personen vill ha med i just det området i

sitt liv, till exempel att kunna anförtro sig åt sina kompisar under vänner/socialt liv. Sedan ska man göra en ny skattning, från ett till tio, hur man tycker att man tagit steg i riktning mot sina värderingar inom de olika områdena under den senaste veckan. När man har gjort det tittar man på mellanskillnaden inom respektive område. Om det finns områden med stora differenser tittar man extra mycket på dem och funderar över vad som har hindrat en att leva som man vill. Dessa "stories" skrivs också ner och analyseras. Kontentan blir att man kan ha sina hinder (till exempel rädsla och oro) och ändå leva det liv man vill leva. Du kan gå fram till den där killen i elevcafeterian fastän du är rädd för att han inte gillar dig. Du kan ha din rädsla och agera i riktning med din värdering. Detta illustrerades också i rollspelet "bussmetaforen" som syftade till att visa att varje person kan styra sin buss dit den vill trots att det finns "passagerare" på bussen (negativa tankar och känslor) som hela tiden bråkar och vill få dig att stanna eller ta en annan väg. Det är du som bestämmer om du stannar bussen och försöker kompromissa eller argumentera med dem eller om du låter dem sitta där och skräna medan du rattar bussen dit du vill. Det senare är ett prov på acceptans, villighet och "committed action".

Hand i hand med acceptansen går den "medvetna närvaron". Fredrik Livheim som själv är intresserad av zen-buddism och meditation spelade in en CD med två övningar i medveten närvaro som han delade ut till alla deltagare i interventionsgruppen. De hade sedan som hemuppgift mellan undervisningstillfällena att lyssna på den och göra övningarna.

Eleverna fick också lära sig att ifrågasätta språkets makt över oss. Bokstäver är ju egentligen bara en samling symboler som när de sätts samman på ett visst sätt har förmågan att väcka så mycket känslor. Eleverna ombads ta en "laddad tanke" till exempel "jag klarar inte det här" och beskriva de känslor som orden väcker. De fick sedan säga orden högt i drygt en minut och upplevde då att känslorna försvann och meningen förvandlades från något som hade ett budskap till några konstiga ljud.

Ett inslag i kursen som faller lite utanför ramen för ACT var "jagbudskap". Kursledaren hjälpte eleverna att lära sig ge konstruktiv kritik, utan att attackera, i form av enkla "jagbudskap". Istället för att säga "du är ju dum i huvudet som gör så här mot mig" kan man säga "jag blir ledsen när du gör så här mot mig". Då är det inte lika lätt för personen som får kritiken att hamna i försvarsställning utan man kan få till en mer konstruktiv dialog.

Fredrik Livheim sammanfattade själv innehållet i sin kurs med orden ”Acceptera, välj och gör” vilket är en översättning av det engelska ”Accept, Choose and Take action.

Hela sammanfattningen av interventionen formulerades efter det arbetsmaterial som Fredrik Livheim (2003) gjorde i ordning till interventionen.

1.7 Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur mycket den grupp som fått en niotimmars ACT-intervention förbättrats under loppet av två år jämfört med en kontrollgrupp, avseende variablerna; upplevd stress, ångest, självförtroende, kognitivt processande, allmän psykisk hälsa, depressiva tendenser, subjektivt välmående, psykologisk flexibilitet, medveten närvaro och att leva sitt liv i enlighet med sina värderingar.

1.7.1 Forskningsfråga och hypoteser

Har interventionsgruppen förbättrats mer än kontrollgruppen under tiden från förmätning till eftermätning och tvåårsuppföljning?

Hypoteserna är att interventionsgruppen har förbättrat sina resultat, jämfört med kontrollgruppen, på följande variabler:

1. Upplevd stress
2. Depressiva tendenser
3. Ångest
4. Självförtroende.
5. Kognitivt processande
6. Allmänt psykiskt välmående
7. Psykologisk flexibilitet
8. Subjektivt välmående
9. Liv i enlighet med värderingar
10. Medveten närvaro

2 METOD

2.1 Design

Det här är sista delen av en kontrollerad randomiserad interventionsstudie med förmätning och två eftermätningar (direkt efter studien och två år senare). Studien har en mixad design med jämförelser mellan individer, mellan de olika grupperna (kontroll och intervention) samt inom samma individ vid de olika mättillfällena (förmätning, eftermätning och tvåårsuppföljning).

Oberoende variabler i tvåårsuppföljningen:

Gruppvariabel med två lägen:

- Intervention (ACT)
- Kontroll

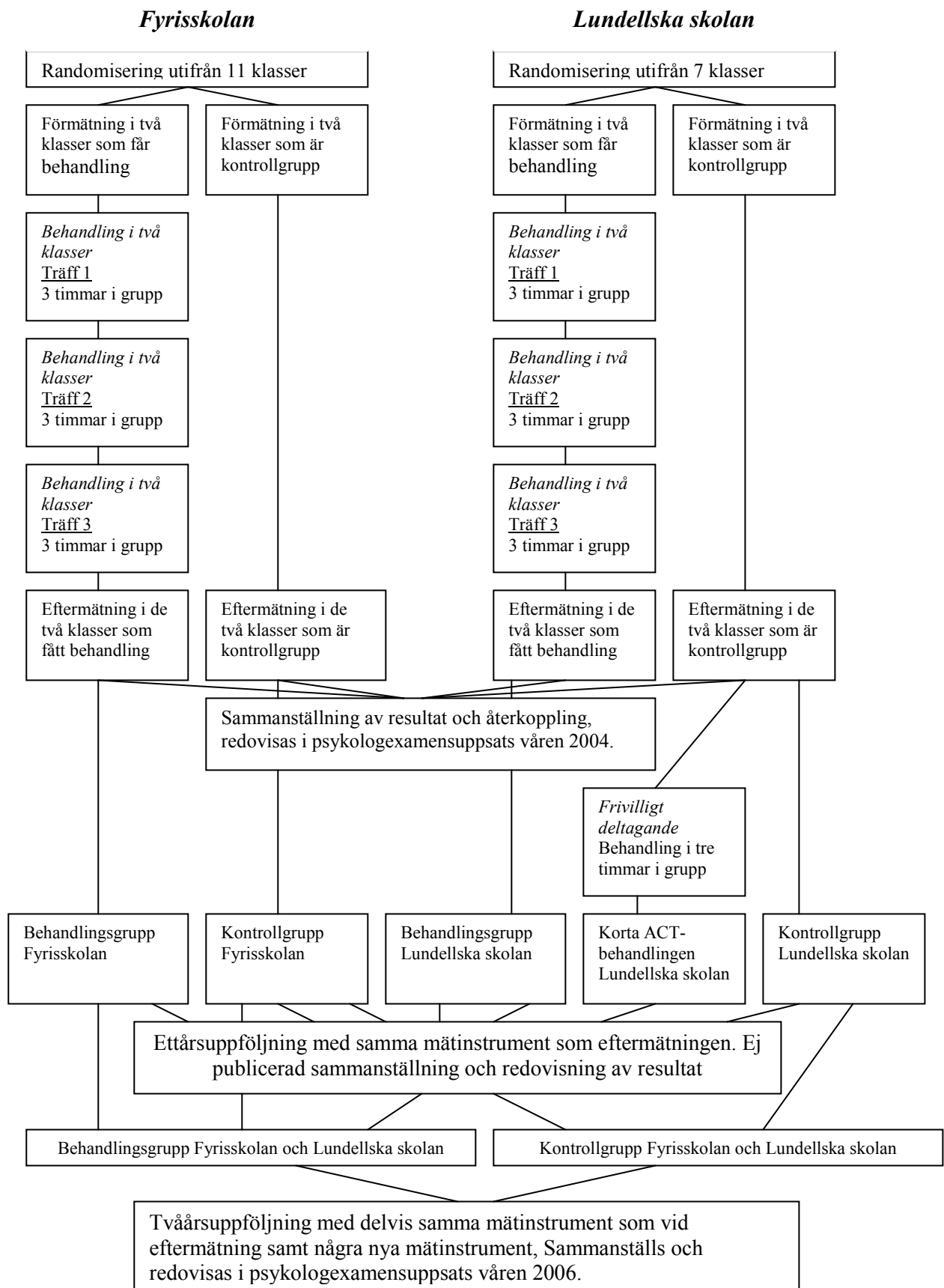
Tidsvariabel med tre lägen:

- Förmätning
- Eftermätning
- Tvåårsuppföljning

Gemensamma beroendevariabler för hela studien var självskattningsskalor som mätte nivåer av stress, depression, ångest, subjektivt upplevt välmående, allmän psykisk hälsa, och psykologisk flexibilitet. I ursprungsstudien fanns det variabler som även mätte alkoholkonsumtion och upplevelse av att vara hindrad av sitt största problemområde. Dessa variabler mättes inte i tvåårsuppföljningen. I tvåårsuppföljningen tillkom två variabler som mätte huruvida personerna levde efter sina värderingar respektive ”medveten närvaro”.

I överenskommelse med gymnasieskolorna ingick att de personer som varit med i kontrollgruppen skulle erbjudas en kortare komprimerad version av ACT-behandlingen (Livheim, 2004). Trettiosex personer (19 procent av samplet) valde att delta i den korta ACT interventionen som varade tre timmar en eftermiddag under hösten 2004. Dessa ingick inte i tvåårsuppföljningen då de inte kan anses passa in vare sig i interventionsgruppen eller i kontrollgruppen. I nedanstående figur visas studiens upplägg.

Figur 1, som visar studiens upplägg från start till och med tvåårsuppföljningen.



2.2 Deltagare

2.2.1 Deltagare i ursprungsstudien

I studien deltog från början åtta gymnasieklasser från två olika skolor. På varje skola ingick alltså fyra klasser, men det var bara två klasser på varje skola som fick interventionen, de andra två utgjorde kontrollgrupp och fick ingen behandling för stress medan studien pågick. Eleverna som deltog gick i årskurs ett på Fyrisskolan och i årskurs två på Lundellska skolan, samtliga gick på något av de teoretiska programmen. Totalt deltog 230 elever i studien från början, 116 elever i behandlingsgruppen och 114 elever i kontrollgruppen. Alla var mellan 15-21 år gamla. Det stora flertalet var mellan 16-18 år. Kön fördelningen var 58 procent pojkar och 42 procent flickor. Av de 230 elever som ingick föll 33 elever bort under studiens gång, 21 som tillhörde behandlingsgruppen och tolv som tillhörde kontrollgruppen. Totalt deltog 197 elever i hela undersökningen; 94 elever från Fyrisskolan och 103 elever från Lundellska skolan (Livheim, 2004).

2.2.2 Deltagare i tvåårsuppföljningen

Av de 197 deltagarna som ingick i Livheims studie (2004) fanns 186 tillgängliga för tvåårsuppföljningen. De elva som försvann mellan mätningarna hade antingen hoppat av gymnasiet, bytt utbildning eller flyttat till en för oss okänd adress under de år som gått.

Efter att vi hade tagit bort de 36 personer som fått den korta ACT-interventionen återstod 150. Av dem svarade 113 på enkäterna, vilket ger ett bortfall på 25 procent. Svarsfrekvensen på respektive skola var 84 procent för Fyrisskolan och 62 procent för Lundellska skolan.

2.2.3 Bortfallsanalys

Det var totalt 37 personer som inte besvarade undersökningen. 38 procent av bortfallsgruppen kom från Fyrisskolan och 62 procent från Lundellska gymnasiet vilket var väntat då vi använde oss av olika insamlingsmetoder på de båda skolorna. Vi besökte eleverna i klassrummet på Fyrisskolan då de fortfarande gick kvar där medan eleverna från Lundellska, som var ett år äldre när ursprungsstudien genomfördes, hade gått ut skolan och kontaktades med en brevenkät. Skillnaden i fördelning av bortfallet mellan skolorna var signifikant ($\chi^2(1) = 7,062, p = .008$), se tabell 1. Det fanns också en signifikant skillnad för bortfallet när det gällde grupptillhörighet (intervention eller kontroll) då fler ur interventionsgruppen föll bort

($\chi^2(1) = 4,111$, $p = .043$), se tabell 2. Det fanns däremot inga signifikanta skillnader gällande vilka som inte svarat när det gällde kön ($\chi^2(1) = 1,255$, $p = .263$), tabell 3, eller hemspråk där skillnaden var i stort sett obefintlig ($\chi^2(1) = 0,000$, $p = .987$).

Tabell 1

Fördelningen mellan Fyrissskolan och Lundellska skolan och respektive bortfall, $n = 150$.

| | Fyris | | Lundellska | | χ^2 | df |
|---------|-------|-----|------------|-----|----------|----|
| | n | % | n | % | | |
| Svar | 75 | 84 | 38 | 62 | 7,062** | 1 |
| Ej svar | 14 | 16 | 23 | 38 | | |
| Summa | 89 | 100 | 61 | 100 | | |

** $p < .01$

Tabell 2

Fördelningen mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp och respektive bortfall, $n = 150$.

| | Intervention | | Kontroll | | χ^2 | df |
|---------|--------------|-----|----------|-----|----------|----|
| | n | % | n | % | | |
| Svar | 61 | 69 | 52 | 84 | 4,111* | 1 |
| Ej svar | 28 | 31 | 9 | 16 | | |
| Summa | 89 | 100 | 61 | 100 | | |

* $p < .05$

Tabell 3

Fördelningen mellan män och kvinnor och respektive bortfall, $n = 150$.

| | Män | | Kvinnor | | χ^2 | df |
|---------|-----|-----|---------|-----|----------|----|
| | n | % | n | % | | |
| Svar | 66 | 72 | 47 | 81 | 1,255 | 1 |
| Ej svar | 26 | 28 | 11 | 19 | | |
| Summa | 92 | 100 | 58 | 100 | | |

Vi kontrollerade också med hjälp av oberoende t-test om bortfallsgruppen svarat annorlunda på de olika utfallsmåtten på förmätningen jämfört med dem som svarade på tvåårsuppföljningen men fann inte några signifikanta skillnader, samtliga $t(149) < 1,20$ och $p > .05$ tvåsidigt test.

Då vi försökte nå dem som inte besvarat brevenkäten via telefon fick vi i många fall information av föräldrar eller syskon om var personen vi sökte befann sig. Många i bortfallsgruppen från Lundellska skolan, där vi hade det största bortfallet, vistades utomlands för studier, jobb eller resor vid undersökningstillfället. Det fanns också några killar som gjorde sin militärtjänstgöring långt från bostadsorten och bara kom hem var tredje eller fjärde helg.

2.3 Procedur

2.3.1 Procedur i ursprungsstudien (Livheim, 2004)

Alla deltagande klasser på respektive skola lades samman till en grupp. Ur denna grupp slumpades två klasser på varje skola in i interventionsgruppen och två klasser slumpades in i kontrollgruppen. Totalt blev det alltså två klasser på varje skola som fick interventionen och två klasser som utgjorde kontrollgrupp.

En vecka innan behandlingen började gjordes förmätningar i alla klasser under ordinarie lektionstid. Vid detta tillfälle fick också klasserna information om projektet och de fick också veta när och i vilken utsträckning de förväntades delta. De elever som inte var närvarande vid förmätningen fick fylla i formulären vid ett senare tillfälle. Detta administrerades av ansvarig lärare och denne ansvarade också för att formulären skickades till försöksledaren. Samma procedur tillämpades vid eftermätningen som skedde kort efter avslutad intervention

Undervisningstillfällena för deltagarna i interventionsgruppen skedde i deras ordinarie klasser och var förlagda till en halvdag under ordinarie skoltid, vid sammanlagt tre tillfällen, antingen för- eller eftermiddag. Det var som vid alla ordinarie lektionstillfällen obligatorisk närvaro för eleverna och närvaron rapporterades till klassföreståndare/mentor.

2.3.2 Procedur i tvåårsuppföljningen

Rektorerna på de båda skolorna kontaktades och gav sitt medgivande till genomförandet av tvåårsuppföljningen av undersökningen. Förutsättningarna skiljde sig åt för de båda skolorna då eleverna gick i olika årskurser då behandlingen genomfördes. På Fyrisskolan gick eleverna kvar, om än i andra klasser än tidigare. På Lundellska skolan hade eleverna lämnat skolan.

Dessa olika förutsättningar gör att proceduren också skiljer sig åt. Vi redovisar tillvägagångssättet för de olika skolorna var för sig.

På Fyrissskolan spårade vi upp de aktuella eleverna med hjälp av aktuella klasslistor. Vi fick sedan hjälp av biträdande rektor Christina Egemalm med att kontakta de berörda lärarna och bestämma tid för vårt besök. Vi besökte klassrummen vid fyra tillfällen i december. När vi kom till klassrummet presenterade vi oss och berättade kort om vårt ärende (bilaga 6:1) och ropade sedan upp de aktuella eleverna. Dessa fick sedan följa med oss till ett grupprum där vi delade ut enkäterna och gav mer ingående instruktioner. Eleverna fick enkäterna i ett kuvert med sitt namn på. Med följde också ett brev med skriftliga instruktioner (bilaga 6:2). Vi undvek att svara på frågor om ifyllandet och motiverade det med att det även skulle gå ut en brevenkät och att förutsättningarna skulle vara så lika som möjligt. Ifyllandet tog mellan tjugo och fyrtio minuter. Eleverna fick gå när de var färdiga och lämnade då de kodade enkäterna till oss och fick själva behålla kuverten med sina namn på. Innan de gick fick de en varsin tianlott som belöning.

Vi informerade elevvården på Fyrissskolan innan vi startade undersökningen och de fick också se den hänvisning till elevvården (bilaga 6:3) och till andra vårdgivare som också låg i kuverten tillsammans med frågeformulären. Hänvisningen var tänkt som en hjälp för de elever som mår dåligt och kanske blev påmind om det när de fyllde i enkäten som rörde psykiskt välmående.

Till dem som gått på Lundellska skolan skickade vi ut de kodade enkäterna per brev med frankerat svarskuvert. Även där ingick det en hänvisning till olika vårdgivare (bilaga 6:4) och ett brev med instruktioner (bilaga 6:5). Vi skickade enkäterna till elevernas senast kända adress enligt de klasslistor vi fick från skolan. I följebrevet utlovade vi varsin biocheck till dem som skickade in sina svar. Enkäterna gick ut före jul, veckan efter vårt besök på Fyrissskolan. Ett par veckor in i januari ringde vi till dem som inte hade skickat in något svar. Vi genomförde samtalen enligt en telefonmanual (bilaga 6:6). De som önskade fick en ny enkät utskickad. De som vi inte fick tag på telefon fick ett påminnelsebrev med ett nytt frågeformulär.

2.3.3 Information till dem som mådde dåligt

Under databearbetningen identifierades femton personer som enligt mätinstrumenten visade tecken på en klinisk depression. Personerna, som fördelade sig jämt över skolorna (7/8) identifierades då vi räknade samman poängen för varje försöksperson på respektive mätinstrument. Vi utgick främst från depressionsskalorna i Depression Anxiety Stress Scale (DASS) i General Health Questionnaire (GHQ) men vi tittade också på Percieved Stress Scale (PSS) och Satisfaction With Life Scale (SWLS) när vi gjorde vår bedömning. Breven (bilaga 6:7 och 6:8), som gick ut under våren, innehöll samma hänvisningar till elevvården och till andra vårdinstanser i Uppsala som de brev som följde med enkäterna från början. Breven skickades till deltagarnas hemadresser i kuvert med Uppsala Universitets logotyp. Elevvården på Fyrissskolan informerades också om breven och att de skickats till några elever på skolan. Vi lämnade dock inte ut några namn.

2.4 Mätinstrument

Skalor och delskalor bildades genom att poängen på de ingående frågorna summerades. När mätinstrumentet bara består av en fråga är det poängen på den frågan som utgör måttet.

2.4.1 Stress

Percieved Stress Scale (PSS) med 14 frågor används som ett mått på upplevd stress i olika situationer (Cohen, Kamarack & Mermelstein, 1983). Deltagarna ombeds skatta hur ofta under den senaste veckan som de till exempel ”...tagit itu med vardagliga förtret på ett tillfredsställande sätt”. De får svara på en likertskala som löper från Aldrig (0) till Mycket ofta (4). Möjliga poäng på skalan varierar mellan 0-56. Högre poäng på skalan indikerar mindre upplevd stress i olika vardagliga situationer. PSS anses kunna identifiera personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla klinisk psykisk problematik (Cohen et al.,1983). I tvåårsuppföljningen fick vi ett alfavärde på .83.

2.4.2 Depression, ångest och stress

För att mäta depression, ångest och stress användes en svensk översättning av Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995) med 21 frågor. Alla frågor

besvaras med en fyrgradig likertska som löper från ”*stämde inte alls på mig (0)*”, till ”*stämde väldigt bra på mig eller nästan hela tiden (3)*”. Höga resultat indikerar en hög grad av depression, ångest och/eller stress. På hela skalan kan man få 0 till 63 poäng. I vår tvåårsuppföljning fick vi ett alfavärde på .92 för hela skalan. När det gäller delskalorna fick vi alfavärdet .89 för depressionsskalan, .80 för ångestskalan och .84 för stressskalan. Frågorna, sju för varje delskala, kommer inte i någon speciell ordning. När det gäller samband med andra test så har man funnit att ångestskalan korrelerar .81 med Beck Anxiety Inventory (BAI), och depressionsskalan korrelerar .74 med Beck Depression Inventory (BDI) (Lovibond & Lovibond 1995). Instrumentet fanns inte på svenska så Fredrik Livheim översatte själv testet från engelska till svenska inför förmätningen. Denna version översattes sedan tillbaka till engelska, så kallad ”backtranslation” av en kvinna som har engelska och svenska som modersmål och därefter gjordes korrigeringar (Livheim, 2004).

2.4.3 Allmänt psykiskt mående, självförtroende och kognitivt processande

General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1972) i versionen med tolv frågor användes för att mäta allmänt psykiskt välmående. Mätinstrumentet har använts i många studier som varit relaterade till arbetslivet (till exempel Bond & Bunce, 2000; 2003). I GHQ 12 får deltagarna skatta på en fyrgradig skala hur de upplevt sin livssituation under den senaste veckan. Frågorna täcker och delas upp i fyra delskalor; ångest/stress (tre frågor), depression (fyra frågor), självförtroende (tre frågor) och kognitivt processande (två frågor). Deltagarna kan få mellan 12-48 poäng på hela skalan. Höga siffror innebär mindre psykologisk stress. Den svenska översättningen av skalan som använts i studien togs från QPS Nordic, General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (Dallner, Gamberale, Olsson & Örelius, 1999). Cronbach’s alfa visade .87 för hela skalan i tvåårsuppföljningen. För delskalorna var alfakoefficienterna .54 för ångest/stress, .82 för depression, .62 för självförtroende och .52 för kognitivt processande. För ångest/stress och kognitivt processande är dessa siffror tyvärr att betrakta som relativt låga, något som kan tyda på frågorna inte mäter ett enhetligt fenomen.

2.4.4 Psykologisk flexibilitet

Acceptance Action Questionnaire (AAQ) med åtta frågor användes för att mäta deltagarnas förmåga till att leva det liv de eftersträvar trots att de har jobbiga tankar och känslor som kan betraktas som hinder. AAQ mäter acceptans för negativa tankar och känslor och villighet att

ändå ta steg i riktning mot de värderingar som känns viktiga i livet. En av frågorna lyder: ”Jag kan sätta upp en riktning i mitt liv och hålla mig till den, även om jag tvivlar”. En sjugradig likertskala med alternativen *stämmer aldrig* (1) till *stämmer alltid* (7) användes som svarsunderlag. Högre poängsumma indikerar att personen har större psykologisk flexibilitet (AAQ; Hayes, 1996). Med högre psykisk flexibilitet menas att personen i mindre grad ”sammansmälter” med sina tankar (kognitiv fusion) undviker känslor och låter tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser styra sina beteenden (Hayes, et. al. 2006). Möjliga poäng på skalan är 8-56. Vid tvåårsuppföljningen av den här studien fick vi Cronbach’s Alfa på .68 för hela skalan.

Som ytterligare ett mått på psykologisk flexibilitet konstruerade Fredrik Livheim (2004) en egen fråga med en sjugradig likertskala. Frågan lyder: *om jag tänker att jag är rädd eller orolig för att göra något, eller träffa någon så... Svarsskalan varierar från; då följer jag den tanken/känslan och struntar i att göra det* (1) till *ser jag det bara som en tanke och gör det jag vill göra ändå* (7).

2.4.5 Att leva efter sina värderingar

Bull’s Eye är ett nytt mått som utformats av Tobias Lundgren och använts bland annat i epilepsistudier i Sydafrika (Lundgren, 2004). Måttet justerades av Tobias Lundgren i samarbete med uppsatsförfattarna för att passa den här undersökningen (bilaga 6:7). Det avser att mäta huruvida personen lever efter sina egna värderingar och i vilken grad som personen låter exempelvis tankar och känslor bli hinder som hindrar personen att leva det liv som denne egentligen vill. Skalan är konstruerad som en piltavla med sju ringar och kan jämföras med en likertskala i sju steg. De tre första piltavlorna (del 1 av testet) frågar efter deltagarens värderingar inom områdena; Nära relationer, Arbete och utbildning och Hälsa, egenvård och fritid. Deltagaren får sedan kryssa i vilken grad hon/han tycker att hon/han lever efter sina värderingar. Ett kryss i mitten av piltavlan, Bull’s Eye, ger sju poäng och ett kryss längst ut i den yttersta ringen ger ett poäng. På del ett av Bull’s Eye kan deltagaren få 3-21 poäng. Högre värde indikerar att personen lever mer enligt sina egna värderingar. Alfavärdet på de tre första piltavlorna sammanslagna är .60. Del två av instrumentet, de tre sista piltavlorna i Bull’s Eye, frågar efter vad deltagaren upplever för hinder för att leva som han/hon vill. Deltagaren får sedan kryssa i piltavlan; ett kryss i mitten, Bull’s Eye, betyder att man alltid gör som man vill trots hinder (7) och ett kryss i den yttersta ringen betyder att man aldrig låter hinder stå i

vägen för det som man vill göra (1). Då Cronbach's alfa bara visar .17 för de tre sista tavlorna tillsammans har vi valt att betrakta dem som tre separata mått.

2.4.6 Välmående

Som ett mått på subjektivt välmående användes Satisfaction with Life Scale med fem frågor (SWLS: Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Denna variant av instrumentet har använts internationellt på studenter och vuxna (Pavot & Diener 1993). Skalan avser att ge ett globalt mått på hur den som fyller i ser på sitt liv och sin livskvalitet. Påståendena ställs mot personens egen uppfattning och inte mot i förväg bestämda kriterier. Formuläret består av fem påståenden, som exempelvis "Mina livsvillkor är utmärkta" och den som fyller i får skatta på en sjugradig likertskala som löper från *stämmer mycket dåligt* (1) till *stämmer mycket bra* (7). Högre poäng indikerar en högre livskvalitet. Möjliga poäng på skalan är 5-35. I tvåårsuppföljningen fick vi en alfakoefficient på .75 på skalan.

2.4.7 Medveten närvaro

"Medveten närvaro" mättes med MAAS, Mindful Attention Awareness Scale, (Brown & Ryan, 2003). Det är ett i sammanhanget nytt instrument som består av 15 påståenden om deltagarnas vardagliga upplevelser. De ombeds att fylla i på en sexgradig likertskala om påståendet stämmer *nästan alltid* (1) till *nästan aldrig* (6). Ett exempel på påstående är: "Jag har en benägenhet att gå fort dit jag ska utan att lägga märke till vad jag upplever på vägen". Höga poäng indikerar högre grad av "medveten närvaro". Möjliga poäng på skalan är 15-90. Alfakoefficienten för MAAS var .75. MAAS har i tidigare studier korrelerat positivt med andra mått på livskvalitet (Brown & Ryan, 2003).

2.4.8 Egna frågor

Vi lade till två frågor för att ytterligare ta reda på huruvida deltagarna lever efter sina värderingar. Först frågade vi efter vilken sysselsättning de hade. De fick kyssa för antingen 1) arbetar, 2) studerar, 3) militärtjänstgöring, 4) arbetar utomlands, 5) reser, 6) sjukskriven, 7) arbetslös eller 8) föräldraledig. Sedan frågade vi hur nöjda de var med den sysselsättningen. De fick ange sina svar på en femgradig likertskala som löpte från *inte alls* (1) till *mycket* (5). Dessa två frågor ställdes bara till de elever som gått ut skolan (Lundellska skolan).

Andra egna frågor som ställdes var om deltagarna trodde att kursen varit till någon hjälp. De fick ange sina svar på en femgradig likertskala; från *inte alls* (1), till *mycket* (5). Vi frågade också hur ofta de använt sig utav den CD-skiva med medveten närvaro övningar som distribuerades till alla som genomgick behandlingen. Även här fick de svara på en femgradig likertskala; från *aldrig* (1), till *varje dag* (5). Dessa två frågor ställdes bara till deltagarna i interventionsgruppen.

2.5 Statistisk bearbetning

Vi har ersatt värden då internbortfallet på mätinstrumentet varit lägre än tio procent. Det saknade värdena har ersatts med medelvärdet för den aktuella frågan, beräknat på kön. I det fall då internbortfallet var högre togs resultatet på hela mätinstrumentet bort för den aktuella personen. På grund av detta varierar antalet deltagare i de olika analyserna.

Mätinstrumentens interna konsistens mättes med Cronbach's alfa (α). Det är ett reliabilitetsmått som baseras på korrelationer inom testet. Rekommenderat alfavärde är över .70 (Clark-Carter, 2004). Då våra hypoteser var riktade använde vi oss av ensidiga prövningar.

För bearbetning av data användes SPSS (12.0 for Windows). I bortfallsanalyserna använde vi chi 2 (χ^2) för att jämföra bortfallsgruppen med dem som svarat angående variablerna grupp, kön, hemspråk och skola. Vi gjorde också oberoende t-test för att jämföra bortfallsgruppen med svarsgruppen avseende hur de svarat på förmätningen på de mätinstrument som även ingick i tvåårsuppföljningen. Samband mellan måtten i tvåårsuppföljningen mättes med Pearsons produktmomentkorrelation (r). För att jämföra interventionsgruppen med kontrollgruppen över tre tidpunkter genomfördes flera ANOVA med upprepad mätning i formatet 2 [grupp] x 3 [tid]. Där vi fick signifikanta huvudeffekter av tid eller signifikanta interaktionseffekter [grupp] x [tid] eftertestade vi med parvisa t-test för att ta reda på mellan vilka mätpunkter förändringarna hade skett. T-testen gjordes gruppvis i samtliga fall där tidseffekten var säkerställd eftersom eventuella olikheter mellan grupperna var studiens huvudfråga, och vi ville belysa även små effekter. I de efterföljande t-testen justerades också signifikansnivån ned till .017 (.05 delat med tre då vi hade tre mättillfällen). I de fall där mätinstrumenten bara fanns med på mätning nummer tre gjordes oberoende t-test.

Effektstorlekarna beräknades med partial eta-squared (η_p^2). Gränsvärdena för partial eta squared (η_p^2) tycks vara oklara men enligt Levine & Hullet (2002) får man ett högre värde om man räknar ut partial eta squared (η_p^2) än om man räknar ut eta squared (η^2) för samma material. När vi har bedömt effektstorlekarna har vi därmed utgått från gränsvärdena för eta squared (η^2) som är över .01 för liten effekt, över .059 för en mellanstor effekt och över .138 för en stor effekt (Clark-Carter, 2004) och tänkt att vi behövt lite högre värden än dessa gränsvärden, då vi räknat ut partial eta squared, för att uppnå samma effekt.

3 RESULTAT

Forskningsfrågeställningarna var alltså kopplade till syftet som var att undersöka hur mycket den grupp som fått en niotimmars ACT-intervention förbättrats under loppet av två år jämfört med en kontrollgrupp, avseende variablerna; upplevd stress, ångest, självförtroende, kognitivt processande, allmän psykisk hälsa, depressiva tendenser, subjektivt välmående, psykologisk flexibilitet, medveten närvaro och att leva sitt liv i enlighet med sina värderingar.

Mätpunkterna för jämförelserna var förmätningen, eftermätningen och tvåårsuppföljningen.

Hypoteserna var att interventionsgruppen skulle ha förbättrat sina resultat i jämförelse med kontrollgruppen på följande variabler (mätinstrumenten inom parantes):

1. Upplevd stress (PSS 14 och en delskala ur DASS 21).
2. Depressiva tendenser (DASS 21 och en delskala ur GHQ 12).
3. Ångest (delskala ur DASS 21 och delskalan stress/ångest ur GHQ 12).
4. Självförtroende (delskala ur GHQ 12).
5. Kognitivt processande (delskala ur GHQ 12).
6. Allmänt psykiskt välmående (GHQ 12).
7. Psykologisk flexibilitet (AAQ 8 och Fredrik Livheims egen fråga).
8. Subjektivt välmående (SWLS).
9. Att leva sitt liv i enlighet med sina värderingar (Bull's Eye).
10. Medveten närvaro (MAAS)

3.1 Samband mellan måtten

Skalorna mäter i många fall överlappande fenomen och bör därmed korrelera vilket också var fallet med nästan alla mått. Pearson's korrelationer (r) visade på måttliga samband men att alla mätinstrumenten korrelerade signifikant med varandra förutom Bull's Eye måttet som inte korrelerade med MAAS, se tabell 4.

Tabell 4
Samband mellan måtten på tvåårsuppföljningen, n=150.

| | AAQ | Livheim egen fråga | DAS | GHQ | PSS | MAAS | Bull's eye |
|----------------------------|--------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|------------|
| | r | r | r | r | r | r | r |
| SWLS r | ,684** | ,421** | -,434** | ,593** | ,561** | ,406** | ,327** |
| AAQ r | | ,449** | -,451** | ,544** | ,564** | ,514** | ,201* |
| Livheim egen fråga r | | | -,261** | ,412** | ,343** | ,337** | ,248* |
| DAS r | | | | -,512** | -,615** | -,588** | -,258** |
| GHQ r | | | | | ,682** | ,455** | ,279** |
| PSS r | | | | | | ,609** | ,328** |
| MAAS r | | | | | | | ,152 |

** p< 0,01, * p< 0,05

3.2 Deskriptiv statistik

Deltagarna i interventionsgruppen ombads också svara på om de trodde att kursen “Att hantera stress” hjälpt dem något vilket de fyllde i på en flytande skala från *inte alls* (1) till *mycket* (5). Svaren fördelade sig enligt diagram 1. Huvudparten av deltagarna i interventionen ansåg alltså att de åtminstone till någon del hade blivit hjälpta av kursen, även om ingen av deltagarna tyckte att kursen hjälpt dem mycket.

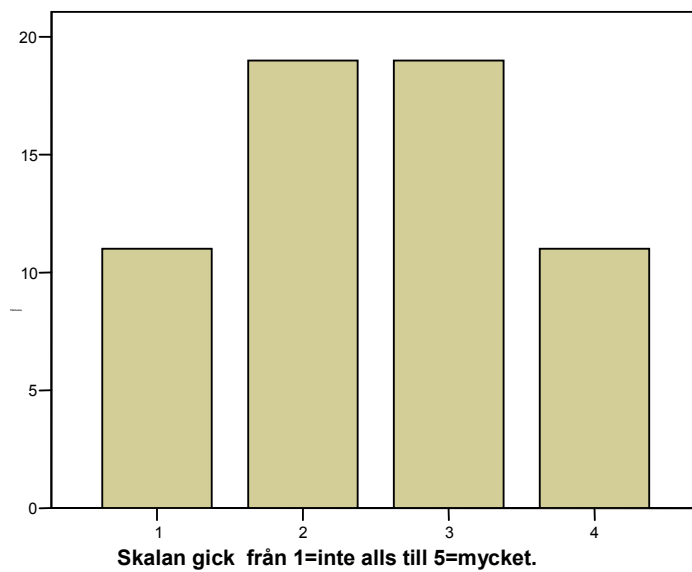


Diagram 1

Hur mycket deltagarna i interventionsgruppen tyckt kursen hjälpt dem, n=60

Under den första sessionen i interventionen fick alla deltagare en CD-skiva med övningar i ”medveten närvaro” som skulle göras i hemuppgift mellan undervisningstillfällena. CD-skivan var även tänkt att ge deltagarna en chans att öva upp förmågan till ”medveten närvaro” efter kursens slut. Därför frågade vi om deltagarna fortfarande använde sig av skivan. Flertalet av deltagarna visade sig dock aldrig använda sig av skivan, se diagram 2.

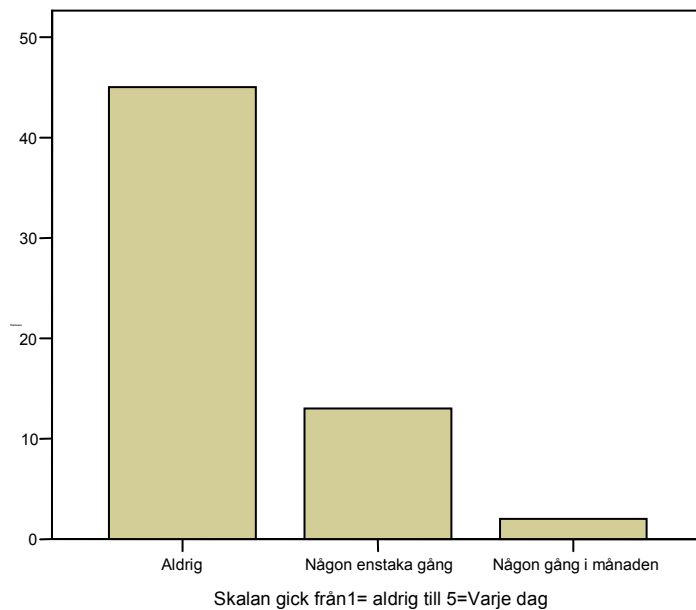


Diagram 2

Hur mycket deltagarna i interventionsgruppen använt cd-skivan "Medveten närvaro", n=60

3.3 Huvudanalyser

För att ta reda på hur stor effekt ACT-interventionen hade på de beroende variablerna genomfördes variansanalyser (ANOVA) upprepade mätning i formatet 2[grupp] x 3[tid]. Där det fanns en signifikant huvud- eller interaktionseffekt av tid, intervention eller grupp har vi eftertestat med parvisa t-test för att kunna se var i tiden förändringen skett.

3.3.1 Upplevd stress

Upplevd stress mättes med PSS-14 och en subskala ur DASS 21, resultaten redovisas i tabell 5. Resultaten för PSS 14 visade på en signifikant effekt av tid ($F(2)= 3,834$, $p=0,025$, $\eta_p^2=0,067$). Parvisa t-test visade på en signifikant skillnad för interventionsgruppen mellan mätning ett och två ($t(83)=-2,868$, $p=0,005$) men ingen signifikant skillnad mellan mätning två och tre ($t(57)=-0,230$, $p=0,819$). Skillnaden mellan mätning ett och tre är signifikant ($t(60)=-2,571$, $p=0,013$). För kontrollgruppen finns det inga signifikanta skillnader vare sig mellan mätning ett och två, två och tre eller ett och tre alla $t(59,50,51)<1,12$ och $p>0,05$. Det fanns heller ingen signifikant interaktionseffekt på [grupp] x [tid] på vare sig PSS-14 eller stresskalan i DASS 21. Även på subskalan i DASS 21 fanns det en huvudeffekt av tid

($F(2)=10,864$, $p=0,000$ $\eta_p^2=0,024$). För interventionsgruppen visade parvisa t-test en signifikant skillnad mellan mätning ett och två med ($t(83)=4,236$, $p=0,000$), ingen signifikant skillnad mellan mätning två och tre ($t(57)=-1,484$, $p=0,143$) och sammantaget ingen signifikant förbättring mellan mättillfälle ett och tre med ($t(60)=2,193$, $p=0,032$). För kontrollgruppen hade det också skett en signifikant förbättring mellan mätning ett och två ($t(59)=2,835$, $p=0,006$) men det förelåg ingen signifikant skillnad mellan mätning två och tre ($t(50)=-1,550$, $p=0,127$). Mellan mätning ett och tre fanns det heller ingen signifikant skillnad ($t(51)=1,552$, $p=0,127$).

Tabell 5

Upplevd stress, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108 respektive n=109.

| | ACT n=58 | | Kontroll n=50 | | | | | | |
|-------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------|
| PSS 14 | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 32,39 | 8,421 | 33,60 | 9,577 | Tid | 3,834 | 2 | ,025 | ,067 |
| Eftermätning | 35,31 | 8,643 | 34,07 | 9,359 | Tid x grupp | 1,471 | 2 | ,117 | ,027 |
| Tvåårsuppföljning | 35,60 | 8,750 | 34,67 | 7,490 | Grupp | ,054 | 1 | ,817 | ,000 |

| | ACT n=58 | | Kontroll n=51 | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------|
| DASS 21- delskala stress | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 7,14 | 4,759 | 6,08 | 4,616 | Tid | 10,864 | 2 | ,000 | ,024 |
| Eftermätning | 4,97 | 3,514 | 4,43 | 4,173 | Tid x grupp | ,265 | 2 | ,384 | ,002 |
| Tvåårsuppföljning | 5,81 | 4,251 | 5,25 | 4,638 | Grupp | 1,096 | 1 | ,297 | ,010 |

3.3.2 Ångest

Ångest mättes med en subskala ur DASS 21. Resultaten, se tabell 6, visade återigen på en signifikant huvudeffekt av tid ($F(2)=8,225$, $p=0,000$, $\eta_p^2=0,134$). Parvisa t-test visade att det för interventionsgruppen fanns en signifikant förbättringseffekt mellan mätning ett och två ($t(83)=3,288$, $p=0,001$) mellan mätning två och tre försämrades personerna, dock ej signifikant ($t(57)=-2,176$, $p=0,034$) och när man jämför mätning ett och tre får man inga signifikanta värden ($t(60)=1,765$, $p=0,083$). Kontrollgruppen hade ingen signifikant förbättring mellan mätning ett och två ($t(59)=2,095$, $p=0,041$) och även här fanns det en svag försämring i resultaten mellan mätning två och tre som dock ej är signifikant ($t(50)=-1,544$,

p=0,129) och sammantaget blev det ingen signifikant skillnad mellan mätning ett och tre (t(51)=0,231, p=0,818). Det fanns inga signifikanta interaktionseffekter av [grupp] x [tid].

Stress och ångest finns också som en subskala i GHQ 12 och resultaten där visade på en signifikant interaktionseffekt av [grupp] x [tid] (F(2)=2,859, p=0,031 $\eta_p^2=0,051$) men ingen huvudeffekt av tid, se tabell 6. Parvisa t-test för interventionsgruppen visade på en tendens men inte på någon signifikant skillnad mellan mätning ett och två (t(83)=-1,502, p=0,069) och ej heller någon signifikant skillnad mellan mätning två och tre (t(57)=0,280, p=0,390) men att en signifikant skillnad föreligger mellan mätning ett och tre (t(60)=-2,470, p=0,008).

Interventionsgruppen har alltså förbättrats signifikant mer när det gäller stress och ångest jämfört med kontrollgruppen. Kontrollgruppen hade inte signifikant förbättrats mellan några av mättillfällena, från tillfälle ett till två, mellan tillfälle två och tre eller mellan tillfälle ett och tre alla t(58,49,51)<0,19 och p>,05.

Tabell 6

Ångest och stress, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=109 respektive n=100.

| | ACT n=58 | | Kontroll n=51 | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| DASS 21- delskala ångest | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 3,72 | 4,043 | 2,89 | 3,563 | Tid | 8,225 | 2 | ,000 | ,134 |
| Eftermätning | 1,81 | 2,298 | 2,10 | 3,245 | Tid x grupp | 1,261 | 2 | ,144 | ,023 |
| Tvåårsuppföljning | 2,67 | 2,910 | 2,86 | 4,060 | Grupp | ,057 | 1 | ,811 | ,001 |

| | ACT n=57 | | Kontroll n=43 | | | | | | |
|--|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| GHQ 12- stress & ångest | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 9,69 | 2,045 | 10,09 | 1,850 | Tid | 1,331 | 2 | ,269 | ,024 |
| Eftermätning | 10,33 | 1,491 | 10,02 | 1,985 | Tid x grupp | 2,859 | 2 | ,031 | ,051 |
| Tvåårsuppföljning | 10,39 | 1,483 | 9,84 | 2,072 | Grupp | ,321 | 1 | ,572 | ,003 |

3.3.3 Depressiva tendenser

Depressiva tendenser mättes med en subskala ur DASS 21 och depressionsskalan i GHQ 12. I DASS 21 kunde inga signifikanta interaktionseffekter av [grupp] x [tid] eller huvudeffekter påvisas. Depressionsskalan i GHQ 12 visade inte heller på några signifikanta resultat, se tabell 7.

Tabell 7

Depressiva tendenser, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108 respektive n=109.

| | ACT n=58 | | Kontroll n=50 | | | | | | |
|------------------------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| DASS 21-delskala depression | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 3,90 | 3,946 | 4,11 | 4,392 | Tid | 2,167 | 2 | ,119 | ,020 |
| Eftermätning | 2,86 | 3,176 | 3,53 | 4,527 | Tid x grupp | ,422 | 2 | ,324 | ,004 |
| Tvåårsuppföljning | 3,63 | 4,455 | 3,60 | 3,959 | Grupp | ,190 | 1 | ,664 | ,002 |

| | ACT n=57 | | Kontroll n=43 | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| GHQ 12-delskala depression | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 12,76 | 2,175 | 12,28 | 2,951 | Tid | 2,386 | 2 | ,097 | ,043 |
| Eftermätning | 13,33 | 2,022 | 12,51 | 2,611 | Tid x grupp | ,384 | 2 | ,341 | ,007 |
| Tvåårsuppföljning | 12,91 | 2,774 | 12,27 | 2,639 | Grupp | 2,770 | 1 | ,099 | ,025 |

3.3.4 Självförtroende och kognitivt processande

I GHQ 12 finns också några delfrågor (tre stycken) som mäter självförtroende. Här visade resultaten på en signifikant effekt av tid ($F(2)=3,502$, $p=0,034$, $\eta_p^2=0,062$), tabell 8. Parvisa t-test visar att interventionsgruppen hade en signifikant förbättring mellan mättillfälle ett och två ($t(83)=-2,621$, $p=0,010$), ingen signifikant skillnad mellan mättillfälle två och tre ($t(57)=0,394$, $p=0,695$) och inte heller mellan mättillfälle ett och tre ($t(60)=-1,314$, $p=0,194$). För kontrollgruppen fanns det inga signifikanta skillnader, mellan mättillfälle ett och två, mellan mättillfälle två och tre eller mellan mättillfälle ett och tre ($t(58,49,51)<1,13$ och $p>,05$). Det fanns inga signifikanta interaktionseffekter av [grupp] x [tid].

Tabell 8

Självförtroende, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=109.

| | ACT N=58 | | Kontroll N=51 | | | | | | |
|---|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| GHQ 12- delskala självförtroende | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 7,03 | 1,414 | 6,83 | 1,589 | Tid | 3,502 | 2 | ,034 | ,062 |
| Eftermätning | 7,45 | 1,142 | 7,06 | 1,400 | Tid x grupp | 0,208 | 2 | ,402 | ,002 |
| Tvåårsuppföljning | 7,36 | 1,195 | 7,06 | 1,502 | Grupp | 2,187 | 1 | ,142 | ,020 |

De delfrågor (två stycken) i GHQ 12 som avser att mäta kognitivt processande påvisade signifikanta resultat både avseende tid som huvudeffekt ($F(2)=4,642$, $p=0,011$, $\eta_p^2=0,042$) och för en interaktionseffekt av [grupp] x [tid] ($F(2)=3,151$, $p=0,023$, $\eta_p^2=0,029$), se tabell 9. Interventionsgruppens parvisa t-test visade att det mellan mättillfälle ett och två inte fanns någon signifikant förbättring ($t(83)=-1,720$, $p=0,045$) mellan mättillfälle två och tre var det inte heller någon signifikant förbättring ($t(57)=-2,082$, $p=0,021$) men att det fanns en signifikant skillnad mellan mättillfälle ett och tre ($t(60)=-4,101$, $p=0,000$). För kontrollgruppen fanns inga signifikanta skillnader, mellan mättillfälle ett och två, mättillfälle två och tre eller mellan mättillfälle ett och tre alla $t(58,49,51)<0,87$ och $p>,05$ mellan alla mättillfällen.

Tabell 9

Kognitivt processande, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108..

| GHQ 12-kognitivt processande | ACT n=58 | | Kontroll n=50 | | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
|------------------------------|----------|-------|---------------|-------|-------------|-------|----|------|------------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Förmätning | 5,71 | 1,213 | 6,06 | 1,213 | Tid | 4,642 | 2 | ,011 | ,042 |
| Eftermätning | 6,09 | 1,113 | 6,16 | 1,330 | Tid x grupp | 3,151 | 2 | ,023 | ,029 |
| Tvåårsuppföljning | 6,48 | 1,367 | 6,32 | 1,325 | Grupp | ,023 | 1 | ,879 | ,000 |

3.3.5 Allmän psykisk hälsa

Allmän psykisk hälsa mätt med GHQ 12 påvisade en signifikant huvudeffekt av tid ($F(2)=4,851$, $p=0,010$, $\eta_p^2=0,085$) och en stark tendens när det gäller interaktionseffekten [tid] x [grupp] ($F(2)=2,305$, $p=0,053$, $\eta_p^2=0,042$), vilket redovisas i tabell 10. Parvisa t-test för interventionsgruppen visade på en signifikant förbättring mellan mättillfälle ett och två ($t(83)=-2,919$, $p=0,003$), ingen signifikant skillnad mellan mättillfälle två och tre ($t(57)=-0,125$, $p=0,451$) och att det blev en signifikant skillnad mellan tillfälle ett och tre ($t(60)=-2,853$, $p=0,003$). För kontrollgruppen fanns det inga signifikanta skillnader mellan de olika mättillfallen, mellan tillfälle ett och två, mellan tillfälle två och tre eller mellan tillfälle ett och tre då alla $t(58,49,51)<0,88$ och $p>,05$.

Tabell 10

Allmän psykisk hälsa, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108.

| GHQ 12- helskala | ACT n=58 | | Kontroll n=50 | | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
|-------------------|----------|-------|---------------|-------|-------------|-------|----|------|------------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Förmätning | 37,98 | 5,208 | 37,99 | 6,353 | Tid | 4,851 | 2 | ,010 | ,085 |
| Eftermätning | 40,06 | 4,738 | 38,42 | 6,371 | Tid x grupp | 2,305 | 2 | ,053 | ,042 |
| Tvåårsuppföljning | 40,15 | 5,990 | 38,20 | 6,729 | Grupp | 1,619 | 1 | ,206 | ,015 |

3.3.6 Psykologisk flexibilitet

Psykologisk flexibilitet mättes dels med frågeformuläret AAQ 8 och dels med en egen fråga formulerad av Fredrik Livheim (Livheim, 2004). I AAQ 8 kunde man se en huvudeffekt av tid ($F(2)=4,457$, $p=0,014$, $\eta_p^2=0,039$) samt en interaktionseffekt av [tid] x [grupp] ($F(2)=3,668$, $p=0,015$, $\eta_p^2=0,036$), se tabell 11. Parvisa t-test visade inte på någon signifikant skillnad för interventionsgruppen mellan mätning ett och två ($t(84)=-1,117$, $p=0,134$) och ej heller någon signifikant skillnad mellan mätning två och tre ($t(57)=-1,296$, $p=0,100$). Ser man på resultatet från mätning ett till tre fanns det en signifikant skillnad för interventionsgruppen ($t(60)=-2,802$, $p=0,004$). Det fanns inga signifikanta skillnader för kontrollgruppen, på trendnivå hade man en försämring från mättillfälle ett till två ($t(58)=2,341$, $p=0,023$) och en förbättring mellan mättillfälle två och tre ($t(49)=-2,339$, $p=0,023$), sammantaget var det inga trender eller signifikanta förändring mellan mättillfälle ett och tre. När det gällde den egna frågan fanns det inga signifikanta skillnader i tid, grupp eller [tid] x [grupp].

Tabell 11

Psykologisk flexibilitet, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108 respektive n=100.

| | ACT n=58 | | Kontroll n=50 | | | | | | |
|-------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| AAQ | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 37,92 | 6,69 | 40,01 | 6,44 | Tid | 4,457 | 2 | ,014 | ,039 |
| Eftermätning | 39,57 | 5,31 | 38,52 | 6,51 | Tid x grupp | 3,668 | 2 | ,015 | ,036 |
| Tvåårsuppföljning | 40,52 | 6,10 | 40,43 | 5,75 | Grupp | ,104 | 1 | ,747 | ,001 |

| | ACT n=57 | | Kontroll n=43 | | | | | | |
|-----------------------------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|------------------------------|
| Livheim - egen fråga | M | SD | M | SD | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
| Förmätning | 4,58 | 1,511 | 4,98 | 1,596 | Tid | 2,369 | 2 | ,096 | ,024 |
| Eftermätning | 4,96 | 1,210 | 5,09 | 1,444 | Tid x grupp | ,963 | 2 | ,192 | ,010 |
| Tvåårsuppföljning | 5,14 | 1,394 | 5,09 | 1,428 | Grupp | ,527 | 1 | ,470 | ,005 |

3.3.7 Att leva efter sina värderingar

Resultaten från piltavlorna i Bull's Eye (Lundgren, 2004) syftar till att mäta hur deltagarna lever efter sina värderingar (de tre första tavlorna) samt i vilken grad som personerna låter hinder som tankar och känslor stå i vägen för hur de vill leva sina liv (de tre sista tavlorna). Oberoende t-test visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Grupperna jämfördes med frågorna ett till tre sammanslagna och frågorna fyra, fem och sex var för sig, se tabell 12.

Tabell 12

Att leva sitt liv efter sina värderingar, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108.

| | ACT n=60 | | Kontroll n=48 | | | | |
|-------------------------|----------|-----------|---------------|-----------|----------|-----------|----------|
| | M | SD | M | SD | t | df | p |
| Bull's Eye 1-2-3 | 12,12 | 4,030 | 11,74 | 3,256 | ,526 | 106 | ,300 |
| Bull's Eye 4 | 4,34 | 1,711 | 4,58 | 1,917 | -,703 | 106 | ,483 |
| Bull's Eye 5 | 5,70 | 12,364 | 4,02 | 1,611 | ,935 | 106 | ,176 |
| Bull's Eye 6 | 3,85 | 2,084 | 3,68 | 2,046 | ,436 | 106 | ,332 |

3.3.8 Subjektivt välmående

I SWLS som användes för att mäta subjektivt välmående fanns en huvudeffekt av tid ($F(2)=4,610$, $p=0,012$, $\eta_p^2=0,081$) men ingen signifikant effekt av grupp eller [tid] x [grupp], se tabell 13. För interventionsgruppen visade parvisa t-test inte på någon signifikant effekt mellan mättillfälle ett och två ($t(84)=-0,622$, $p=0,536$) eller mellan mättillfälle två och tre ($t(57)=-1,376$, $p=0,174$) men att det fanns en signifikant positiv effekt mellan mättillfälle ett och tre ($t(60)=-2,721$, $p=0,008$). Kontrollgruppen hade haft en liknande utveckling; ingen signifikant effekt mellan mättillfälle ett och två ($t(57)=0,000$ och $p=1,000$) eller mellan mättillfälle två och tre ($t(50)=-1,280$, $p=0,207$) här finns ingen signifikant effekt men dock en tendens mellan mättillfälle ett och tre ($t(50)=-2,143$, $p=0,037$).

Tabell 13

Subjektivt välmående, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=108.

| SWLS | ACT n=58 | | Kontroll n=50 | | Effekt | F | df | p | η_p^2 |
|-------------------|----------|------|---------------|------|-------------|-------|----|------|------------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Förmätning | 24,64 | 5,25 | 24,74 | 5,39 | Tid | 4,610 | 2 | ,012 | ,081 |
| Eftermätning | 25,29 | 5,40 | 24,82 | 5,45 | Tid x grupp | ,433 | 2 | ,325 | ,008 |
| Tvåårsuppföljning | 26,26 | 5,02 | 25,72 | 4,60 | Grupp | ,118 | 1 | ,731 | ,001 |

3.3.9 Medveten närvaro

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende hur de skattat på MAAS, tabell 14.

Tabell 14

Medveten närvaro, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid för- och eftermätning samt vid tvåårsuppföljning, n=112.

| MAAS | ACT n=60 | | Kontroll n=52 | | t | df | p |
|------|----------|--------|---------------|--------|-------|-----|------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| | 64,45 | 12,987 | 65,52 | 15,936 | -,392 | 110 | ,696 |

3.3.10 Egna frågor

Vi frågade också dem som gått ut gymnasieskolan (de från Lundellska skolan) vilken deras nuvarande sysselsättning var, se tabell 15, och hur nöjda var med den. När det gällde hur nöjda personerna var med sin nuvarande sysselsättning fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna, se tabell 16.

Tabell 15

Nuvarande sysselsättning för de elever som avslutat sin gymnasieutbildning (Lundellska skolan) , n=38

| Nuvarande sysselsättning | Frekvens | Procent |
|---------------------------------|-----------------|----------------|
| Arbetar | 19 | 50,0 |
| Studerar | 12 | 31,6 |
| Värnplikt | 5 | 13,2 |
| Arbetat utomlands | 1 | 2,6 |
| Arbetsökande | 1 | 2,6 |
| Totalt | 38 | 100 |

Tabell 16

Är nuvarande sysselsättning vad personen vill göra, interventionsgruppen (ACT) och kontrollgruppen (Kontroll) vid tvåårsuppföljning , skalan löper från 1=inte alls till 5=exakt, n=37.

| | ACT n=21 | | Kontroll n=16 | | t | df | p |
|---|----------|-------|---------------|-------|------|----|------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Är nuvarande sysselsättning vad individen vill göra? | 3,48 | 1,209 | 3,25 | 1,183 | ,569 | 35 | ,287 |

4 DISKUSSION

4.1 Sammanfattning av resultat

Syftet med studien var att undersöka hur mycket den grupp som fått en niotimmars ACT-intervention förbättrats under loppet av två år jämfört med en kontrollgrupp, avseende variablerna; upplevd stress, ångest, självförtroende, kognitivt processande, allmän psykisk hälsa, depressiva tendenser, subjektivt välmående, psykologisk flexibilitet, medveten närvaro och att leva sitt liv i enlighet med sina värderingar. Vi fann tre signifikanta interaktionseffekter [grupp] x [tid] där interventionsgruppen hade förbättrats mer än kontrollgruppen. På AAQ 8 som mäter psykologisk flexibilitet hade interventionsgruppen förbättrats mer än kontrollgruppen mellan förmätning och tvåårsuppföljning. På delskalan i GHQ som mäter kognitivt processande hade interventionsgruppen blivit bättre mellan alla mättillfällen. Förbättringen var signifikant större än kontrollgruppens. På variabeln stress och ångest (mätt med delskala i GHQ) hade interventionsgruppen minskat sin stress och ångest mellan förmätningen och tvåårsuppföljningen, vilket skiljer dem från kontrollgruppen som har annan riktning i sin utveckling. På GHQ 12, som mäter allmän psykisk hälsa, noterades en stark tendens till förmån för interventionsgruppen som antydde att de förbättrats mer. För över hälften av mätinstrumenten noterades signifikanta effekter av tid. Det fanns däremot inga signifikanta gruppskillnader oberoende av tid. Effektstorlekarna, mätt med partial eta squared (η_p^2), var genomgående små för interaktionseffekterna.

4.2 Interventionens effekter

I linje med vår hypotes visade resultaten att interventionen hade effekt när det gällde att öka deltagarnas psykologiska flexibilitet, vilket stämmer med det övergripande målet med behandlingen; att förändra upplevelsen av stress genom att öka den psykologiska flexibiliteten. Detta går i linje med resultaten av den studie (Bond & Bunce, 2000) som Livheim byggde sin intervention på (Livheim, 2004). I Bond & Bunces studie förbättrades också interventionsgruppen signifikant mer än kontrollgruppen och den problemfokuserade IPP-gruppen på GHQ. På Becks Depression Inventory (BDI) förbättrades båda behandlingsgrupperna signifikant mer än kontrollgruppen (Bond & Bunce, 2000). När det gäller GHQ uppvisade även denna studie positiva resultat för interventionsgruppen; en stark

tendens för hela skalan och ett signifikant resultat för delskalorna stress och ångest och kognitivt processande. Vi fick däremot inte några signifikanta utslag på depressionsskalorna i DAS och GHQ som kan antas mäta samma saker som BDI. Vi fick heller inga signifikanta resultat, förutom tidseffekter, på GHQ delskala depression, delskala självförtroende, SWLS, Livheims egen fråga, PSS, MAAS, DAS helskala och delskala stress och ångest och Bull's Eye. Resultaten på samtliga mätinstrument och delskalor (förutom MAAS och Bull's Eye piltavla 4) visade dock en fördel för interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen, men dessa skillnader var inte stora nog för att kunna säkerhetsställas statistiskt.

4.3 Varför fanns det inte större effekter?

Hur ska man då förstå att så många av hypoteserna inte kunde styrkas? Det kan naturligtvis vara så att interventionen helt enkelt hade begränsad effekt. Vi har också funderat över måtten. En möjlig förklaring till de uteblivna resultaten kan vara att många av måtten är utformade för en klinisk population och därmed inte är känsliga nog för att användas i en normalpopulation som gymnasieskolorna i den här undersökningen räknas till. Detta visades av de så kallade ”golfeffekter” som uppstod. Det vill säga det var inte tillräckligt många som mådde tillräckligt dåligt eller var tillräckligt stressade från början för att interventionen skulle kunna ge utslag. Utrymmet för förbättring var alltså för litet. För även om till exempel om var fjärde flicka och var tionde pojke i Barnombudsmannens undersökning (Upp till 18, 2004) höll med om påståendet ”Jag känner mig ofta ledsen och nere” så är det lyckligtvis så att de allra flesta inte känner så. På samma sätt är det med stress; även om nästan hälften av ungdomarna på gymnasiet teoretiska utbildningar uppger att de ofta eller alltid är stressade så betyder det också att mer än hälften inte är det (Skolverket, 2004).

Resultaten visade också att både interventionsgruppen och kontrollgruppen, mådde bättre vid tvåårsuppföljningen än innan interventionen. Dessa stora tidseffekter, som noterades på de flesta mått, kan tänkas ha gjort det svårare att upptäcka de förbättringar som härrör från interventionen. Då båda grupperna förbättrades så pass mycket mellan mättillfällena fanns det mindre utrymme för interventionsgruppen att förbättras ytterligare. Man kan också fundera över hur skilda grupperna (intervention och kontroll) har varit från varandra då deltagarna gick i parallellklasser och hade vissa gemensamma lektioner. På Fyrisskolan splittrades dessutom klasserna upp i nya klasser terminen efter interventionen. Vissa så kallade ”spill over effects”, att deltagarna i de olika grupperna pratade med varandra om kursen måste ha

varit ofrånkomliga. Det rapporterades till och med till kursledaren att ett sådant utbyte av information förekom (Livheim, 2004). Det känns naturligt att tänka sig att de ungdomar som deltog i interventionen delade med sig av de saker de lärde sig till sina kompisar (som kanske var med i kontrollgruppen) om de tyckte att strategierna fungerade för dem själva.

Ungdomarna i interventionen fick en hel del skriftligt material i form av till exempel åhörarkopior. Detta kan kanske delvis förklara studiens stora tidseffekter, att ungdomarna generellt mår så pass mycket bättre nu än när studien inleddes. Vi har inte funnit något stöd i litteraturen om stress och psykisk ohälsa att ungdomar generellt ska må bättre nu än för två år sedan, istället verkar trenden gå åt andra hållet – att stressen och den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar ökar (Skolverket, 2004, BRIS 2005, Barnombudsmannen, 2005). Till viss del kan man tänka att det ökade välmåendet kan hänga ihop med att nästan hälften av ungdomarna gått ut skolan (de från Lundellska) och att den skolrelaterade stressen försvunnit för många men å andra sidan torde året efter gymnasiet också vara en stressig tid i livet då man ska bestämma sig för vad man ska göra i framtiden. Deltagarna från Fyrisskolan borde rent allmänt vara utsatta för mer skolrelaterad stress nu än i studiens början då de nu går sista året på gymnasiet.

4.4 ACT-interventionens huvudsakliga syfte

ACT-interventioner syftar inte primärt till att minska eller få bort stress, ångest, negativa tankar och känslor utan till att uppmärksamma dem och förändra upplevelsen av dem så att personen kan ha dem och samtidigt göra saker som är i linje med hans/hennes värderingar (Hayes, et. al. 1999), så kallad ”psykologisk flexibilitet”. Eventuell minskning av ångest, stress och andra psykologiska besvär ses bara som trevliga bieffekter av behandlingen. Erfarenheten säger dock att när individen lärt sig nya sätt att se på sina tankar och känslor och förmår leva det liv han/hon eftersträvar trots hinder blir dessa nya beteenden positivt förstärkta och beteenderepertoaren utvidgas. I och med att beteenderepertoaren utvidgas kommer personen i kontakt med fler naturliga förstärkare i omgivningen, till exempel nya vänner, och det allmänna välbefinnandet brukar då förbättras enligt samma principer som för beteendeaktivering (Addis & Martell, 2004). Huvudsyftet med att ACT – att uppmärksamma och förändra upplevelsen av till exempel stress och ångest, gör det lite tveksamt att använda de traditionella måtten som användes i den här studien men det fanns inte några andra att tillgå. ACT som intervention är fortfarande relativt ny och AAQ är i stort sett det enda ordentligt validerade utfallsmått som anpassats direkt till terapin (Hayes, et. al 2006). I ACT-

interventionen fick deltagarna träna på att stanna upp och uppmärksamma sina känslor och tankar, acceptera dem, och ändå göra det som låg i linje med deras värderingar. I till exempel PSS är en av frågorna *”hur ofta har du under den senaste veckan känt dig nervös och stressad”*. Denna fråga och liknande frågor i formulären kan man förvänta sig att interventionsgruppen kanske till och med skattar högre på än kontrollgruppen eftersom de lärt sig att uppmärksamma sina känslor och tankar. Att de sedan i högre grad följer sina värderingar trots negativa tankar och känslor fångas inte upp av de mer traditionella måtten. Andra studier om ACT har också visat att förekomsten av symtom som till exempel stress och smärta inte minskar efter en ACT-intervention utan att förändringarna istället kan ses i antalet sjukskrivningsdagar och antal sjukhusbesök (Dahl, Wilson och Nilsson, 2004). Dessa förändringar, det vill säga att kunna leva efter sina värderingar trots hinder, borde ha visat sig i Bull's Eye, speciellt på de tre sista piltavlorna, men de gjorde de tyvärr inte i denna studie.

4.5 Styrkor och svagheter i studien

En av studiens styrkor var den höga svarsfrekvensen, 75 procent, vilket måste betraktas som mycket högt i en tvåårsuppföljning. Det var också den största utmaningen på förhand för oss som uppsatsförfattare, hur vi skulle få så många som möjligt att delta. En av åtgärderna som vi diskuterade oss fram till var att använda olika procedurer för de olika skolorna. Vi sökte upp deltagarna från Fyrisskolan personligen och de fick fylla i mätinstrumentet på skoltid medan de från Lundellska gymnasiet kontaktades via en postutsändelse och således fick fylla i mätinstrumentet på sin fritid. Vi gjorde bedömningen att det skulle krävas en större belöning för att få deltagarna från Lundellska att delta och erbjöd dem en biocheck medan deltagarna från Fyrisskolan fick en tianlott som belöning. För att få upp svarsfrekvensen i gruppen från Lundellska ytterligare ringde vi också upp dem som inte svarade på första utskicket. Att proceduren skiljer sig åt för deltagarna från de olika skolorna kan naturligtvis betraktas som en svaghet i studien men vi ansåg att den var motiverad med tanke på att den hjälpte oss att få en bra svarsfrekvens, vilket var angeläget för studiens relevans. Vi gjorde också bedömningen att de skilda procedurerna inte påverkade resultatet eftersom interventionsgruppen och kontrollgruppen innehöll elever från båda skolorna.

Vårt att notera är att bortfallet var signifikant större från interventionsgruppen än från kontrollgruppen. Detta kan man ha olika tankar omkring men det är svårt att egentligen tro någonting om hur detta kan ha påverkat resultatet. Det skulle vara problematiskt om det vore

så att det fanns ett systematiskt missnöje med kursen hos interventionsgruppen och att detta avspeglades i den lägre svarsfrekvensen. Men det finns egentligen ingenting som tyder på detta. På eftermätningen, direkt efter interventionen, rapporterade 88 procent av deltagarna att de var nöjda med kursen (Livheim, 2004). Totalt är det 28 personer från interventionsgruppen (nio från kontrollgruppen) som inte besvarade enkäten, vilket måste betraktas som en relativt liten grupp. Några av dem som inte svarade vet vi befann sig utomlands för studier eller resor när undersökningen genomfördes, ytterligare några gjorde lumpen på annan ort och kom bara hem någon gång i månaden. Detta framkom i rundringningen efter det första utskicket.

Valet av mått, eller snarare bristen på mått som ”matchade” ACT-interventionen kan ses som en brist i studien (se tidigare diskussion). Bull’s Eye, som lades till i tvåårsuppföljningen, mätte kanske inte heller helt det vi avsåg att mäta då instrumentet ännu inte är validerat. Justeringar kan komma att behöva göras. Studien utgjorde dock ett bra underlag för att pröva mätinstrumentet.

4.6 Etiska överväganden

Den största etiska invändningen man kan ha mot studien är att kursen gavs som ett obligatoriskt moment i skolundervisningen. Deltagandet var därmed inte frivilligt (Livheim, 2004). Vid tvåårsuppföljningen däremot påpekade vi både muntligt i klassrummen och i breven som följde med frågeformulären att det var frivilligt att delta. Man kan tänka sig att den obligatoriska närvaron på kursen kan ha inverkat på vissa deltagares motivation vilket i förlängningen kan ha påverkat resultatet.

När det gäller innehållet i frågeformulären, frågor som berör psykisk hälsa och välmående, anser vi inte att dessa enbart skulle kunna få någon att börja må dåligt. Utan vi tror att de som mådde dåligt gjorde det även innan de fyllde i formulären och att deras illabefinnande inte förvärrades av undersökningen. Vi kunde också se genom att korrelera varje persons resultat på de olika mätinstrumenten vid de olika mätpunkterna, att det till stor del var samma personer som mådde dåligt vid förmätningen som vid tvåårsuppföljningen. Med varje frågeformulär skickade vi dock med en hänvisning till olika vårdgivare för dem som ansåg att de behövde hjälp. Vi stämde också av detta med elevvården på Fyrisskolan. Som vi tidigare nämnt så skickade vi också ut brev till femton personer som enligt våra mätinstrument verkade må dåligt.

Då det gällde att säkerhetsställa deltagarnas anonymitet så använde vi oss av kodade enkäter och kodnyckel som förvarades på olika ställen. Uppsatsförfattarna var de enda som kunde identifiera personerna bakom svarsformulären vilket var nödvändigt för utskick av biobiljetter, påminnelser och brevet som gick ut till dem som mådde dåligt. Allt material har behandlats konfidentiellt.

4.7 Förslag till fortsatt forskning

Under arbetet med den här tvåårsuppföljningen har vi funderat över hur resultaten skulle ha blivit om deltagarna fått ett par så kallade ”boostersessioner”, det vill säga påfyllnad av kursens innehåll, under de år som gått. Det som kursen lär ut; att vara medveten i stunden och förhålla sig accepterande till negativa tankar, känslor och kroppsliga sensationer, samt att leva i enlighet med sina värderingar trots dessa är inte helt lätt att tillägna sig. Man måste betänka att det gamla sättet att tänka och de beteendemönstren har lite försprång. Vi skulle gärna se att det gjordes fler studier av det här slaget och att interventionen sattes in tidigare, förslagsvis redan hos barn i förpuberteten när det abstrakta tänkandet vidareutvecklas och språket kan tänkas bli ett problem (Greco & Eifert, 2004). Den första interventionen skulle sedan följas upp med regelbundna ”boosters”. Bortsett från det förslaget följer vi givetvis den övriga utvecklingen inom ACT-forskningen med stort intresse. Under arbetet med den här studien har vi tagit del av många spännande projekt som befinner sig någonstans mellan idé och publicering. Det känns spännande att vara en del av något som är under så stor utveckling.

4.8 Slutsatser

Det är vår uppfattning att den här tvåårsuppföljningen visar att interventionen ”ACT-stress i skolan” gjorde nytta för deltagarna, även om inte så många av skillnaderna mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen kunde säkerställas statistiskt. Exempelvis tror vi att kursen för enskilda deltagare kan ha gjort stor skillnad i sättet att förhålla sig till stress och negativa tankar och känslor, vilket i förlängningen kan fungera preventivt mot psykisk ohälsa. Då vi vet att psykisk ohälsa inte bara orsakar stort lidande för individen och dess omgivning utan också medför stora kostnader för samhället anser vi att det är motiverat med flera insatser liknande den här.

Vi lånar slutorden från en av studiens deltagare, tjej 17 år:

” Trots att jag inte har gjort mina läxor till stresshanteringen så tycker jag att den har påverkat mycket och att det här är en mycket nödvändig del av undervisningen, speciellt när det är så mycket stress i skolan. Lärare borde dock se resultatet av undersökningen eftersom jag kan tänka mig att skolan bidrar till den största stressen idag. Tack för en bra kurs.”

(Livheim, 2004, sid. 73)

5 REFERENSLISTA

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time. The new behavioral activation approach to getting your life back*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Agervold, M. (2001). *Arbete och stress. En introduktion till arbetsmiljöpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (5), 1129-1139.
- Barnombudsmannen (2005). *Satsa tidigt. En undersökning av barn- och ungdomspsykiatrien*. Barnombudsmannen rapporter 2005:04. Stockholm.
- Barnombudsmannen (2004). *Upp till 18. Fakta om barn och ungdom*. Barnombudsmannen rapporter 2004:06. Stockholm.
- 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*, 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*, 1057-1067.
- BRIS (2005). *BRIS-rapporten Ungdom. Samtal till BRIS år 2005*.
<http://www.bris.se/upload/library/brisreport/brisrapporten05sista2.pdf>
(Hämtat: April 2006)
- 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.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research. A students handbook*. New York: Psychology Press.
- Cohen, S., Kamarack, T., & Mermelstein, R. (1983) A Global measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behavior, 24*, 385-396.
- Dallner, M., Gamberale, F., Olsson, A-M., & Öreljus, D. (1999). Testning av samnordiskt frågeformulär om psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet, QPSNordic. Arbetslivsinstitutet, *Arbetslivsrapport, 14*, 1-9.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 24*, 71-75.

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.

Fletcher, L., & Hayes, S., C (under tryckning). *Relational Frame Theory, Acceptance and Comittment Therapy and a Functional Analytic Definition of Mindfulness*.

http://www.contextualpsychology.org/fletcher_hayes_in_press
(Hämtat: April 2006)

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.

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

Greco, L. A.(opublicerat material).

http://www.contextualpsychology.org/studies_underway_that_we_know_about
(Hämtat: April 2006)

Greco, L. A, Dew, S., & Blomquist (opublicerat material).

http://www.contextualpsychology.org/studies_underway_that_we_know_about
(Hämtat: April 2006)

Greco, L.A., Blackledge, J.T., Coyne, L. W., & Enreheich, J. (2005). Acceptance and mindfulness-based approaches for childhood anxiety disorders: Acceptance and Commitment Therapy as an Example. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. Kluwer/Penum.

Greco, L.A., & Eifert, G.H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-314.

Gregg, J. (2004). *Development of an acceptance-based treatment for the self-management of diabetes*. Doktorsavhandling, University of Nevada, Reno.

Hayes, S. C. (1996). Acceptance and action questionnaire. Opublicerat test, tillgängligt från Steven C. Hayes, University of Nevada, Reno, NV 89557-0062.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Rational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 35, 639-665.

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

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

- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*, 35-54.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005) *Get out of your mind and in to your life. The new Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland. New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004 b). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*, 667-688.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Levine, T. R., & Hullett, C. R., (2002). Eta Squared and Partial Eta Squared and Misreporting of Effect Size in Communication Research. *Human Communication Research, 28 (4)*: 612-625.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guildford Press.
- Livheim, F. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy i skolan – att hantera stress. En randomiserad, kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet.
- Livheim, F. (2003). Manual, övningar och PowerPoint presentation som användes i interventionsstudien ACT – att hantera stress. Kan delges av Fredrik Livheim som kontaktas på: livhiem@hotmail.com
- Livheim, F (2005). Personligt meddelande från Fredrik Livheim.
- 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.
- Lundgren, T. (2004). *Development and evaluation of an integrative health model in the treatment of epilepsy: Two randomized controlled trials investigating the effects of a short term ACT intervention, yoga, and attention control therapy in India and South Africa*. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet.
- Olsson, J. (2005). *Ungdomar och stress – en undersökning av förekomsten av stress och psykosomatiska besvär bland gymnasieelever*. Avhandling vid Nordiska högskolan för folhälsovetenskap, Göteborg.
- Pavot, P., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment, 1993 vol. 5. No. 2*, 164-172.

Perski, A. (2002). *Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Stockholm: Bonnier fakta.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptancebased approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.

Segal, Z.V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Skolverket (2004). *Attityder till skolan 2004*. Skolverket, Stockholm.

Skolverket (2005). *Beskrivande data om förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning 2005*. Skolverket, Stockholm.

Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.

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

Währborg, P. (2002) *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). A component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports*, 61, 939-953.

Zettle, R. D., & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.

6 BILAGOR

6.1 Manus för besök på Fyrisskolan

I helklass:

Jennifer: Hej, jag heter Jennifer Wellin.

Carola: Och jag heter Carola Jakobsson. Vi går nionde terminen på Psykologprogrammet här i Uppsala och håller på med vår examensuppsats.

Jennifer: Vi ska göra en tvåårsuppföljning av studien ”ACT-stress i skolan” som några av er deltog i våren 2004.

Carola: Vi har gjort upp med er lärare/lärlarinna att vi ska få låna er som var med i studien i ungefär en halvtimme. Vi har en enkät som vi hoppas att ni vill fylla i. Som tack för att ni fyller i den kommer ni att få en tianlott.

Jennifer: Jag läser upp namnen på dem det gäller. När ni hör ert namn kan ni resa er upp, ta med er penna, och komma hit och ta emot en enkät och vänta vid dörren. Vi går sedan tillsammans till grupprummet som ligger här bredvid.

I grupprummet:

Carola: Vi är glada om ni vill hjälpa oss och fylla i de här enkäterna.

Jennifer: Ni måste inte delta om du inte vill. Ni får också avbryta ifyllandet när ni vill och gå tillbaka till klassrummet utan att känna att ni måste lämna någon förklaring.

Carola: Vi hoppas ju ändå så klart att ni stannar kvar. Ingen kommer att få se vad var och en av er svarar eftersom enkäterna inte innehåller några personuppgifter. Vi kopplar ihop de här svaren med svaren från de tidigare undersökningarna med hjälp av kodnumren som står på enkäterna. Kuverten med era namn på får ni behålla själva. Inte ens vi som läser och sammanställer svaren kommer att veta vem som har svarat vad. Resultaten är också endast intressanta på gruppnivå, det vill säga, individuella svar kommer inte att redovisas och ingen enskild person kommer att kunna kännas igen. Efter att studien har avslutats kommer alla dokument att förstöras.

Jennifer: Vi kommer inte att ge er några instruktioner för hur enkäten ska fyllas i utöver det som står i papperen. Häftet innehåller frågor som berör olika områden i era liv. När ni kommer till ett nytt formulär så läs igenom instruktionerna och sätt er in i hur frågorna ska besvaras innan ni börjar. Om ni inte hittar något alternativ som ni tycker stämmer precis kryssa bara i det alternativ som känns bäst. Ni behöver alltså inte fastna så länge på en viss fråga. Det är bra om ni svarar på alla frågor och väljer ett alternativ som finns med.

Carola: Nu kan ni börja. Kom ihåg att svara på båda sidorna. När ni är färdiga kan ni lägga enkäterna i den här lådan så får ni eran lott. Sedan kan ni gå tillbaka till klassrummet.

Efter ifyllandet:

Då tackar vi dem och delar ut tianlotten. Vi ber också om respons och frågor om något var speciellt krångligt att fylla i.

Frågor besvaras med följande fraser:

- 1, Försök att fylla i så gott du kan utifrån de instruktioner som finns i enkäten.
- 2, Den här enkäten ska gå ut i som brevenkät också, därför kan vi tyvärr inte ge mer instruktioner än det som står i papperen.

6.2 Följebrev till enkäten, Fyrisskolan

Psykologkandidater
Carola Jakobsson
carola.jakobsson@gavle.to
Jennifer Wellin
jennifer.wellin@swipnet.se

Hej,

Under vårterminen 2004 deltog du i studien ”ACT- stress i skolan” på Fyrisskolan. Vi gör nu en uppföljning av den kursen och ber om din medverkan.

Dina svar fyller en mycket viktig funktion och hjälper psykologer att utveckla så effektiva metoder som möjligt för att hjälpa ungdomar och vuxna att leva rika liv. När du fyller i den här enkäten gör du alltså en viktig forskningsinsats. För att det här projektet ska lyckas är det viktigt att du besvarar frågorna så uppriktigt du kan. Som ett litet tack för den tid du lägger ner kommer du att få en tialott från oss så snart vi fått dina svar.

Deltagandet i studien är naturligtvis frivilligt och får avbrytas när du vill. Ingen kommer att få se vad just du har svarat eftersom enkäterna inte innehåller några personuppgifter. Inte ens den som läser svaren kommer att veta vem som har svarat. Resultaten är också endast intressanta på gruppnivå, det vill säga dina individuella svar kommer inte att redovisas och ingen enskild person kommer att kunna kännas igen. Efter att studien har avslutats kommer alla dokument att förstöras.

Det här häftet innehåller frågor som berör olika områden i ditt liv. När du kommer till ett nytt formulär så läs igenom instruktionerna och sätt dig in i hur frågorna ska besvaras innan du börjar. Om du inte hittar något alternativ som du tycker stämmer precis kryssa bara i det alternativ som känns bäst. Du behöver alltså inte fastna så länge på en viss fråga. Det är bra om du svarar på alla frågor samt väljer ett alternativ som finns med.

OBS! Kom ihåg att svara på båda sidorna av formulären.

Tack för din medverkan!

6.3 Hänvisning till elevvården, Fyrisskolan

Hänvisning till elevvården

Den här enkäten består av en rad formulär som rör ditt välmående. Ibland händer det att man inte mår så bra och att man behöver prata med någon för att få hjälp att förstå och reda ut sina problem. Om du känner att det är någonting som du vill ha hjälp med så tveka inte att vända dig till någon som kan hjälpa dig.

Ett förslag är att du först vänder dig till din mentor.

Du kan även vända dig till elevvården på skolan. Kan inte elevvårdens personal hjälpa dig själva kan de se till att du får kontakt med någon utanför skolan som har rätt kompetens för att handskas med dina problem. Alla som jobbar inom elevvården har väldigt sträng tystnadsplikt.

För dig som går Teknikprogrammet:

Kurator:

Jenny Huhta, jenny.huhta@fyrisskolan.uppsala.se, tel: 27 77 13.

Skolsköterska:

Sabrina Österman Pauksens, sabrina.osterman.pauksens@fyrisskolan.uppsala.se, tel: 27 77 78

För dig som går Naturvetenskapsprogrammet:

Kurator:

Titti Wästberg, titti.wastberg@fyrisskolan.uppsala.se, tel: 27 77 76

Skolsköterska:

Marie-Louise Berndtson, marie-louise.berndtson@fyrisskolan.uppsala.se, tel: 27 77 18

För dig som går Samhällsprogrammet:

Kurator:

Titti Wästberg, titti.wastberg@fyrisskolan.uppsala.se, tel: 27 77 76

Skolsköterska:

Sabrina Österman Pauksens, sabrina.osterman.pauksens@fyrisskolan.uppsala.se, tel: 27 77 78

Möjligheten att söka hjälp utanför skolan finns också alltid. Elevvården på skolan kan ofta hjälpa dig att hamna rätt men om du av någon anledning inte vill gå via dem så kan du till exempel vända dig direkt till någon av dessa mottagningar. Det kan vara bra att veta att de kan ha lång väntetid.

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, tel: 60 61 70

Samarbete mellan BUP och gymnasieskolor för ungdomar mellan 16-25 år.

Ungdomshälsan i Uppsala, tel: 611 57 40

Jobbar mest med frågor kring sexualitet, som till exempel preventivmedel, relationer, könssjukdomar, sexuella övergrepp med mera. För ungdomar upp till 20 år.

Ungdoms Teamet Uppsala, tel: 727 15 50

Jobbar främst med att hjälpa ungdomar med någon slags drog- eller alkoholproblematik

6.4 Hänvisning till vårdgivare

Hänvisning till Dig som mår dåligt

Den här enkäten består av en rad formulär som rör ditt välmående. Ibland händer det att man inte mår så bra och att man behöver prata med någon för att få hjälp att förstå och reda ut sina problem. Om du känner att det är någonting som du vill ha hjälp med så tveka inte att vända dig till någon som kan hjälpa dig.

Ett förslag är att vända dig till Din husläkare, eller om du inte har någon sådan, den husläkarmottagning som hör till den adress som du är skriven på. Där kan du också få en hänvisning till den öppenvårdsmottagning inom psykiatrin som du hör till.

Du kan också vända dig till:

Mottagningen för Ungavuxna

(f.d. BUP:s lokaler på Ulleråkersområdet)
Bernhard Jacobowskys väg
756 43 UPPSALA
Telefon: 018-611 89 61

Mottagningen tar emot personer mellan 18 och 25 år.

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen

S:t Olofsgatan 9 B
Telefon: 018-60 61 70

Samarbete mellan BUP och gymnasieskolor för ungdomar mellan 16-25 år.

6.4.1 Ungdomshälsan

Kungsgatan 25, 1 trappa
Telefon 018-611 57 40

Jobbar mest med frågor kring sexualitet, som till exempel preventivmedel, relationer, könssjukdomar, sexuella övergrepp med mera. För ungdomar upp till och med 20 år.

Ungdomsteamet Uppsala

Suttungsgränd 4
Tel:018-727 15 50

Jobbar främst med att hjälpa ungdomar med någon slags drog- eller alkoholproblematik

6.5 Följebrev till enkäten, Lundellska skolan

Psykologkandidater
Carola Jakobsson
carola.jakobsson@gavle.to
Jennifer Wellin
jennifer.wellin@swipnet.se

Hej,

Under vårterminen 2004 deltog du i studien ”ACT- stress i skolan” på Lundellska skolan. Vi gör nu en uppföljning av den kursen och ber om din medverkan.

Dina svar fyller en mycket viktig funktion och hjälper psykologer att utveckla så effektiva metoder som möjligt för att hjälpa ungdomar och vuxna att leva rika liv. När du fyller i den här enkäten gör du alltså en viktig forskningsinsats. För att det här projektet ska lyckas är det viktigt att du besvarar frågorna så uppriktigt du kan.

Som ett litet tack för den tid du lägger ner kommer du att få en biocheck från oss så snart vi fått dina svar.

Deltagandet i studien är naturligtvis frivilligt och får avbrytas när du vill. Ingen kommer att få se vad just du har svarat eftersom enkäterna inte innehåller några personuppgifter. Inte ens den som läser svaren kommer att veta vem som har svarat. Resultaten är också endast intressanta på gruppnivå, det vill säga dina individuella svar kommer inte att redovisas och ingen enskild person kommer att kunna kännas igen. Identifiering kommer endast att ske när biocheckarna ska skickas ut. Efter att studien har avslutats kommer alla dokument att förstöras.

Det här häftet innehåller frågor som berör olika områden i ditt liv. När du kommer till ett nytt formulär så läs igenom instruktionerna och sätt dig in i hur frågorna ska besvaras innan du börjar. Om du inte hittar något alternativ som du tycker stämmer precis kryssa bara i det alternativ som känns bäst. Du behöver alltså inte fastna så länge på en viss fråga. Det är bra om du svarar på alla frågor samt väljer ett alternativ som finns med.

OBS! Kom ihåg att svara på båda sidorna av formulären.

Tack för din medverkan!

6.6 Telefonmanus

Hej,

Jag heter Carola Jakobsson/Jennifer Wellin och ringer från Uppsala Universitet. Jag går sista terminen på psykologprogrammet och håller på med min examensuppsats som är en tvåårsuppföljning av "ACT-stress i skolan" som du deltog i.

Före jul skickade jag en brevenkät hem till dig. Har du fått den? Jag skulle vara mycket tacksam om du ville fylla i den och skicka tillbaka den så snart som möjligt. Vet du inte var du har den så skickar jag gärna en ny till dig. Det är naturligtvis frivilligt att delta men alla som skickar in sina svar får en biocheck som tack för hjälpen.

6.7 Brev till dem som mådde dåligt, Fyrisskolan
1(2)

Carola Jakobsson
carola.jakobsson@gavle.to
Jennifer Wellin
jennifer.wellin@swipnet.se
Psykologkandidater

Uppsala 2006-04-06

HEJ,

Tack för att du tog dig tid att vara med i uppföljningen av studien ”Att hantera stress” som gavs via Institutionen för Psykologi vid Uppsala Universitet.

En del av studien är ju en massa frågeformulär (som du redan fyllt i) som alla får svara på vid fyra tillfällen. De formulären är framtagna för att få en uppfattning hur människor själva anser att de mår. När vi gick igenom alla svar märkte vi att ett antal personer inte verkade må så bra. Du är en av dem och därför skriver vi till dig.

Vi är av den åsikten att även om man har det tungt så finns det gränser för vad man ska behöva klara av själv. Formulären som vi använder är inget ”facit” som säger att det är något fel på dig. Du är den personen i världen som känner dig själv bäst. Kanske har vi feltolkat dina svar, kanske hade du en tillfällig svacka just när du fyllde i formulären eller så har du det så jobbigt att du skulle behöva hjälp.

Är det så vill vi påminna dig om möjligheten att få hjälp av människor som är vana att hjälpa ungdomar. Ett förslag är att vända sig till elevvården, det vill säga till någon av skolans kuratorer eller skolsystrar. Även om du inte skulle tycka att de kan hjälpa dig, så kan de se till att du får kontakt med rätt ställe utanför skolan.

Vi har skickat med telefonnummer till elevvården och andra i det här brevet. Var inte rädd för att ta kontakt med till exempel elevvården, det är normalt att det kan kännas nervöst att prata om personliga saker med någon man inte känner sedan tidigare, det här brukar dock oftast ge sig när man väl kommit dit. Vi har informerat elevvården om att vi har skickat ut det här brevet. Vi har däremot inte lämnat ut ditt eller någon annans namn, eller sagt vilka klasser det rör sig om. Vi gjorde det här enbart för att underlätta för dig om du vill ta kontakt.

Vi vill också berätta att vi inte har lämnat ut namn till någon. Det är bara vi som sett ditt namn när vi skrev adressen på kuvertet och vi har tystnadsplikt. Listan med ”kodnyckeln” (vem som svarat på vilket formulär) kommer att förstöras när projektet är klart och inga personliga uppgifter sparas.

Kom ihåg att du vet bäst vad som är rätt att göra just för dig. Oavsett om du väljer att söka hjälp eller arbetar vidare på egen hand så önskar vi dig lycka till. Vi tror att du har modet och styrkan att lösa din situation på bästa sätt även om det kan kännas svårt ibland.

Med vänliga hälsningar,

Carola Jakobsson och Jennifer Wellin

Här är förslag på några ställen dit du kan vända dig:

På skolan

För dig som går Teknikprogrammet:

Kurator:

Jenny Huhta, jenny.huhta@fyrissskolan.uppsala.se, tel: 27 77 13.

Skolsköterska:

Sabrina Österman Pauksens, sabrina.osterman.pauksens@fyrissskolan.uppsala.se,
tel: 27 77 78

För dig som går Naturvetenskapsprogrammet:

Kurator:

Titti Wästberg, titti.wastberg@fyrissskolan.uppsala.se, tel: 27 77 76

Skolsköterska:

Marie-Louise Berndtson, marie-louise.berndtson@fyrissskolan.uppsala.se, tel: 27 77 18

För dig som går Samhällsprogrammet:

Kurator:

Titti Wästberg, titti.wastberg@fyrissskolan.uppsala.se, tel: 27 77 76

Skolsköterska:

Sabrina Österman Pauksens, sabrina.osterman.pauksens@fyrissskolan.uppsala.se,
tel: 27 77 78

Möjligheten att söka hjälp utanför skolan finns också alltid. Elevvården på skolan kan ofta hjälpa dig att hamna rätt men om du av någon anledning inte vill gå via dem så kan du till exempel vända dig direkt till någon av dessa mottagningar. Det kan vara bra att veta att de kan ha lång väntetid.

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, tel: 60 61 70

Samarbete mellan BUP och gymnasieskolor för ungdomar mellan 16-25 år.

Ungdomshälsan i Uppsala, tel: 611 57 40

Jobbar mest med frågor kring sexualitet, som till exempel preventivmedel, relationer, könssjukdomar, sexuella övergrepp med mera. För ungdomar upp till 20 år.

Ungdoms Teamet Uppsala, tel: 727 15 50

Jobbar främst med att hjälpa ungdomar med någon slags drog- eller alkoholproblematik

6.8 Brev till dem som mådde dåligt, Lundellska skolan
(2)

1

Carola Jakobsson
carola.jakobsson@gavle.to
Jennifer Wellin
jennifer.wellin@swipnet.se
Psykologkandidater

Uppsala 2006-04-06

Hej,

Tack för att du tog dig tid att vara med i uppföljningen av studien ”ACT- stress i skolan” som gavs via Institutionen för Psykologi vid Uppsala Universitet.

En del av studien är ju en massa frågeformulär (som du redan fyllt i) som alla får svara på vid fyra tillfällen. De formulären är framtagna för att få en uppfattning hur människor själva anser att de mår. När vi gick igenom alla svar märkte vi att ett antal personer inte verkade må så bra. Du är en av dem och därför skriver vi till dig.

Vi är av den åsikten att även om man har det tungt så finns det gränser för vad man ska behöva klara av själv. Formulären som vi använder är inget ”facit” som säger att det är något fel på dig. Du är den personen i världen som känner dig själv bäst. Kanske har vi feltolkat dina svar, kanske hade du en tillfällig svacka just när du fyllde i formulären eller så har du det så jobbigt att du skulle behöva hjälp.

Är det så vill vi påminna dig om möjligheten att få hjälp av människor som är vana att hjälpa ungdomar. Vi har skickat med telefonnummer till några sådana ställen i det här brevet. Var inte rädd för att ta kontakt, det är normalt att det kan kännas nervöst att prata om personliga saker med någon man inte känner sedan tidigare, det här brukar dock oftast ge sig när man väl kommit dit.

Vi vill också berätta att vi inte har lämnat ut namn till någon. Det är bara vi som sett ditt namn när vi skrev adressen på kuvertet och vi har tystnadsplikt. Listan med ”kodnyckeln” (vem som svarat på vilket formulär) kommer att förstöras när projektet är klart och inga personliga uppgifter sparas.

Kom ihåg att du vet bäst vad som är rätt att göra just för dig. Oavsett om du väljer att söka hjälp eller arbetar vidare på egen hand så önskar vi dig lycka till. Vi tror att du har modet och styrkan att lösa din situation på bästa sätt även om det kan kännas svårt ibland.

Med vänliga hälsningar,

*Carola Jakobsson och Jennifer
Wellin*

(2)

Här är förslag på några ställen dit du kan vända dig:

Mottagningen för Ungavuxna

(f.d. BUP:s lokaler på Ulleråkersområdet)

Bernhard Jacobowskys väg

756 43 UPPSALA

Telefon: 018-611 89 61

Mottagningen tar emot personer mellan 18 och 25 år.

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen

S:t Olofsgatan 9 B

Telefon: 018-60 61 70

Samarbete mellan BUP och gymnasieskolor för ungdomar mellan 16-25 år.

6.6.1 Ungdomshälsan

Kungsgatan 25, 1 trappa

Telefon 018-611 57 40

Jobbar mest med frågor kring sexualitet, som till exempel preventivmedel, relationer, könssjukdomar, sexuella övergrepp med mera. För ungdomar upp till och med 20 år.

Ungdomsteamet Uppsala

Suttungsgränd 4

Tel:018-727 15 50

Jobbar främst med att hjälpa ungdomar med någon slags drog- eller alkoholproblematik

(5)

Instruktioner Bull's-Eye Del 1

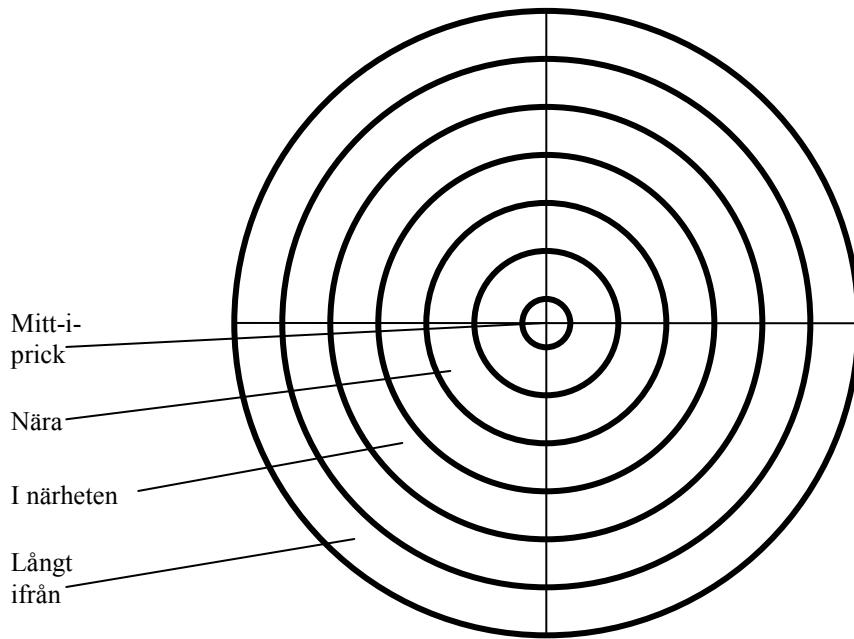
- Bull's-Eye består av piltavlor. Varje piltavla representerar viktiga områden i ditt liv.
- Börja med att fundera ut vad **du** värderar inom respektive område. Tänk dig området utifrån hur det ser ut i din drömvärld, om du kunde önska helt fritt. Din värdering ska inte vara ett konkret mål som man kan uppnå utan är en riktning som man alltid kan utvecklas mot. Att bli gift är ett mål, att vara en älskande partner kan vara en värdering. Att följa med sin son på hockey är ett mål, att vara en närvarande, intresserad förälder kan vara en värdering. Skriv din egen värdering på den tomma raden. Det är **din** personliga värdering som är viktig.
- Tänk att din värdering är "Bull's-Eye" (mitten av piltavlan). Bull's-Eye är precis som du vill att det skall vara, din drömvärld där du är precis som du vill vara i ditt liv. Sätt ett **X** på piltavlan som bäst representerar hur det ser ut i ditt liv *just nu*. Ett **X** i Bull's-Eye innebär att du lever precis enligt din värdering, fulländat och vitalt. Ett **X** långt från Bulls-Eye innebär att dina aktiviteter inte överensstämmer med hur du egentligen vill ha det.
- Gör klart en piltavla innan du börjar med nästa och ta den tid du behöver.

Första piltavlan: Nära relationer

Beskriv hur du vill vara i dina nära relationer. Kom ihåg att du ska föreställa dig en idealisk värld där du kan agera precis som du vill. Skriv ner vad du värderar på raden nedan.

Värdering: _____

Ser ditt liv ut som din värdering just nu så sätt ett kryss i Bull's-Eye, är det långt borta från hur du vill att det ska se ut efter din värdering sätt ett kryss i ytterkanten.



Copyright Tobias Lundgren, In Vivo AB

Andra piltavlan: Arbete och utbildning

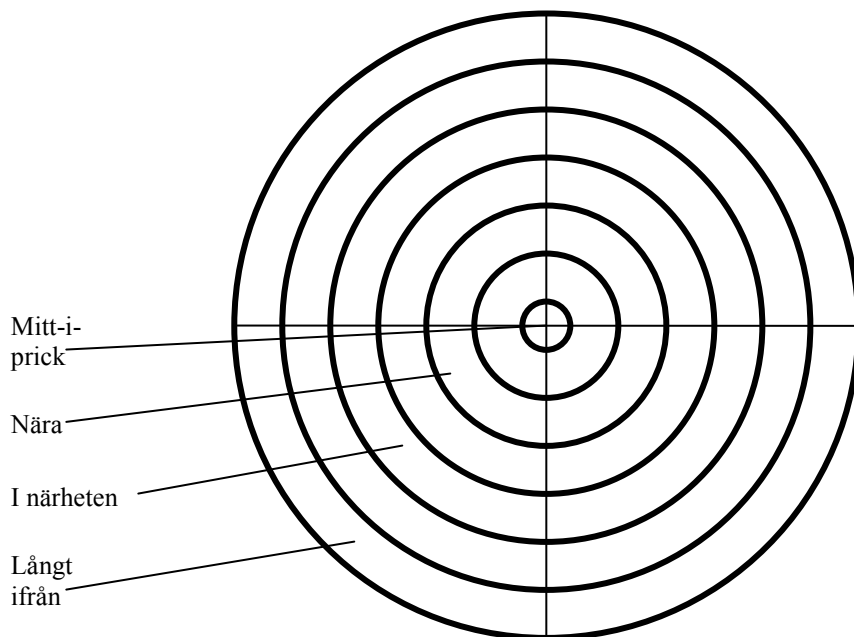
2

(5)

Beskriv hur du vill agera och vara i ditt arbete, din utbildning eller annan sysselsättning om du fick önska helt fritt. Skriv ner vad du värderar på raden nedan.

Värdering: _____

Ser ditt liv ut som din värdering just nu så sätt ett kryss i Bull's-Eye, är det långt borta från hur du vill att det ska se ut efter din värdering sätt ett kryss i ytterkanten.

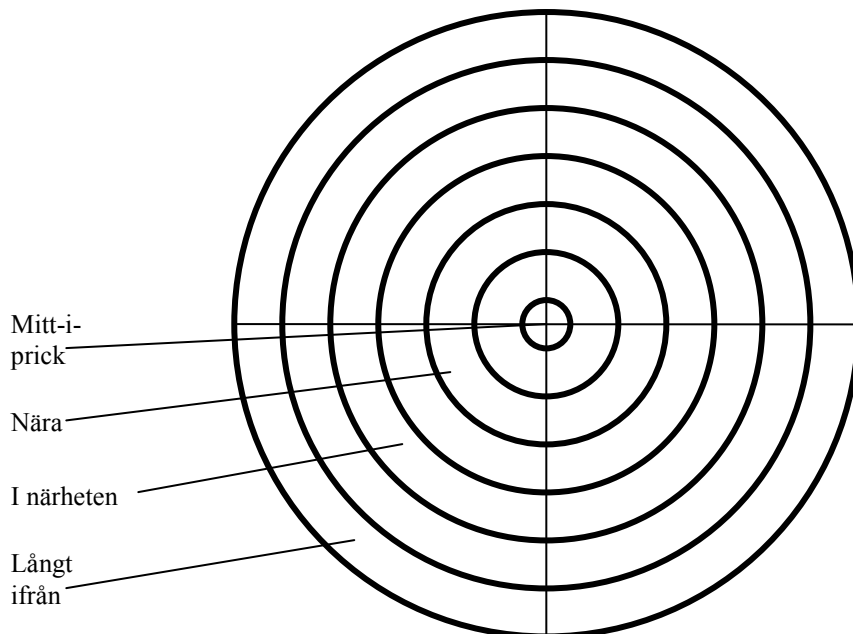


Tredje Piltavlan: Hälsa, egenvård och fritid

Beskriv hur du vill sköta din hälsa och hur vill du ta hand om dig själv. Hur skulle det se ut i det här området om du fick bestämma? Skriv ner vad du värderar på raden nedan.

Värdering: _____

Ser ditt liv ut som din värdering just nu så sätt ett kryss i Bull's-Eye, är det långt borta från hur du vill att det ska se ut efter din värdering sätt ett kryss i ytterkanten.



3 (5)

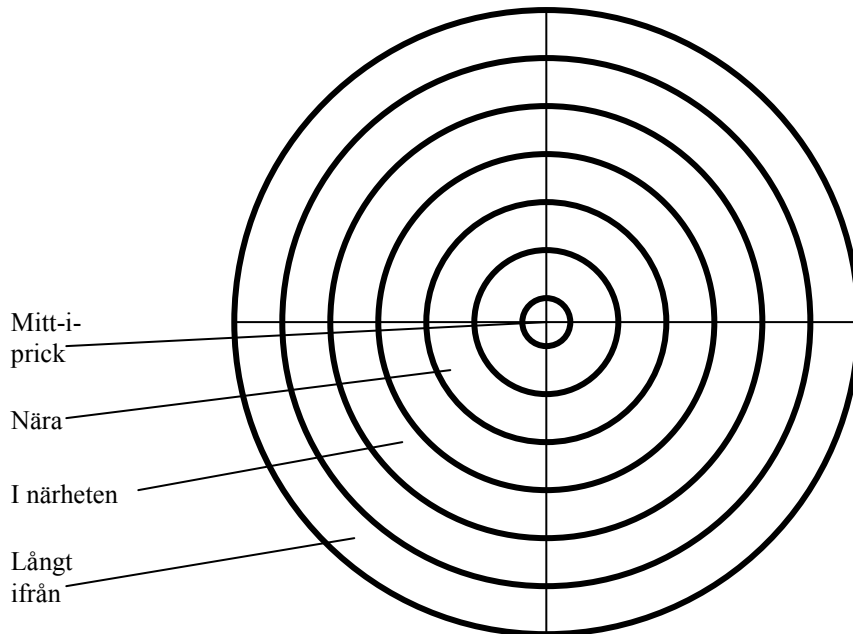
Instruktioner del 2

- Det kan finnas hinder som står mellan dig och det du värderar. Exempel på hinder kan vara: känslor (rädsla, oro eller ångest), tankar ("jag klarar det aldrig", "det är för svårt", "de gillar inte mig") eller att du upplever stress. Hindren är ofta det som du anger som förklaring till varför du inte gör saker som du egentligen vill.
- Sätt ett **X** på följande piltavlor som visar hur ofta du gör som du vill *fastän* du stöter på hinder. Ett **X** i Bulls-Eye innebär att du alltid agerar i din värderade riktning trots dina hinder. Ett **X** långt ifrån Bulls-Eye innebär att du aldrig gör som du vill utan avstår på grund av dina hinder.

Första piltavlan del 2: Nära relationer

Upplever du att det finns något som hindrar dig från att leva som du vill i dina nära relationer? Beskriv dina hinder på raden nedan.

Hur ofta agerar du i linje med dina värderingar trots att du upplever hinder? Om du alltid gör det du vill sätt krysset i Bull's-Eye och om du aldrig gör som du vill på grund av dina hinder sätt krysset i ytterkanten.



Copyright Tobias Lundgren, In Vivo AB

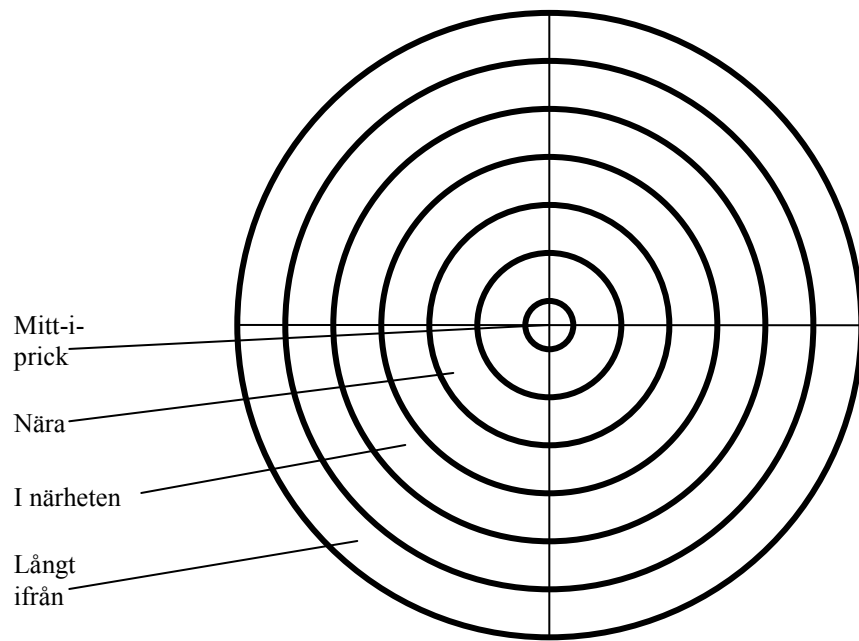
4

(5)

Andra piltavlan del 2: Arbete och utbildning

Upplever du att det finns något som hindrar dig från att leva som du vill i din utbildning, på ditt arbete eller inom den sysselsättning som du har? Beskriv dina hinder på raden nedan.

Hur ofta agerar du i linje med dina värderingar trots att du upplever hinder? Om du alltid gör det du vill sätt krysset i Bull's-Eye och om du aldrig gör som du vill på grund av dina hinder sätt krysset i ytterkanten.



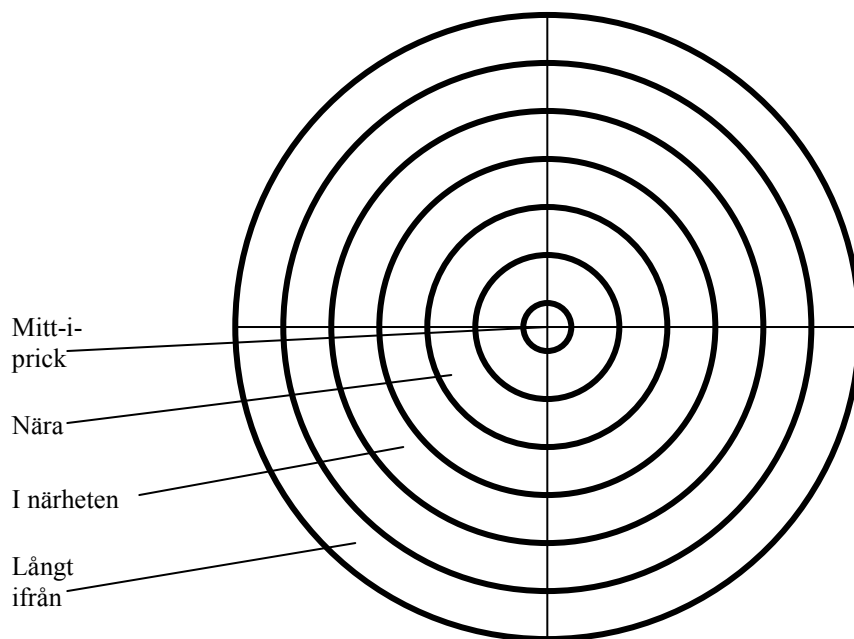
Copyright Tobias Lundgren, In Vivo AB

(5)

Tredje Piltavlan del 2: Hälsa, egenvård och fritid

Upplever du att det finns något som hindrar dig från att leva som du vill på din fritid och från att ta hand om dig såsom du behöver för att leva bra? Beskriv dina hinder på raden nedan.

Hur ofta agerar du i linje med dina värderingar trots att du upplever hinder? Om du alltid gör det du vill sätt krysset i Bull's-Eye och om du aldrig gör som du vill på grund av dina hinder sätt krysset i ytterkanten.



Till sist, hur lång tid tog det dig att fylla i Bull's-Eye formuläret: _____