



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

DELAKTIGHETENS BETYDELSE
I UTFORMANDET AV EN HEMUPPGIFT

En experimentell studie av en stressintervention

Rauli Sulanko & Henni Wiik

Examensuppsats HT 2010, Psykologprogrammet

Handledare: Jan-Åke Jansson & Gerd Waldhauser

Examinator: Roger Sages

Tack

För handledning och stöd – ett stort tack till Jan-Åke Jansson. Tack även till Gerd Waldhauser för värdefull handledning kring metod och statistik. Dessutom tack till alla som gett synpunkter under arbetets gång och framför allt till alla som frivilligt deltagit i studien.

The aim of the present study was to examine whether participation in the design of homework in a stress intervention affected the outcome of the intervention and participants' engagement to the task. The study also examined the relationship between participation and dropouts from the study. The study used an experimental design in which participants were randomly assigned to two groups with different degrees of involvement in the design of homework. The sample consisted of 71 participants, including 57 students and 14 teachers. The participants' perceived stress was measured with Percieved Stress Scale and engagement with self-designed questions. The study failed to demonstrate any significant relationship between participation and the effect of the intervention. No connection between participation and dropouts in the study has been found. The results suggest that there is a connection between participation and participant's engagement in their homework.

Keywords: participation, engagement, homework, coping, stress, choice, preferences.

Syftet i föreliggande studie var att undersöka om delaktighet i utformandet av hemuppgiften i en stressintervention påverkade interventionens utfall och deltagarnas engagemang i uppgiften. Dessutom undersöktes sambandet mellan delaktighet och bortfall ur studien. Studien använde en experimentell design där deltagarna randomiserades till två grupper med olika grad av delaktighet i utformandet av en hemuppgift. Urvalet bestod av 71 deltagare, varav 57 studenter och 14 lärare. Deltagarnas upplevda stress och engagemang mättes med Percieved Stress Scale respektive egenkonstruerade frågor. Studien har inte kunnat påvisa något signifikant samband mellan delaktighet och effekten av interventionen. Något samband mellan delaktighet och bortfall i studien har inte heller kunnat konstateras. Däremot tyder resultatet på att det finns ett samband mellan delaktighet och deltagarnas engagemang i sin hemuppgift.

Nyckelord: delaktighet, engagemang, hemuppgift, coping, stress, val, preferenser.

Innehållsförteckning

Inledning.....	7
Fyra modeller på delaktighet.....	8
Psykologisk behandling och delaktighet.....	10
Forskning kring delaktighet.....	10
Engagemang.....	11
Klientens preferenser.....	12
Metoder för att studera preferenser.....	12
Forskning kring preferenser.....	13
Valets betydelse.....	14
Forskning kring val.....	14
Stress.....	15
Coping.....	16
Kategorisering av copingstrategier.....	17
Syfte.....	18
Metod.....	19
Design.....	19
Undersökningsgrupp.....	20
Urval.....	20
Bortfall.....	20
Procedur.....	21
Standardisering av seminariet.....	21
Seminariet.....	21
Seminarieledare.....	23
Uppföljning.....	23
Statistisk analys.....	24
Material.....	24
Perceived Stress Scale (PSS)	24
Frågor angående engagemang.....	24
Copingstrategier.....	25
Etiska överväganden.....	26

Resultat.....	27
Gruppskillnader i interventionseffekt.....	27
Gruppskillnader i engagemang under interventionsperioden.....	27
Gruppskillnader i engagemang efter interventionsperioden.....	27
Gruppskillnader i bortfall.....	27
Diskussion.....	28
Resultatdiskussion.....	28
Metoddiskussion.....	30
Deltagare.....	30
Seminarieledare.....	31
Interventionen.....	31
Mätinstrument.....	32
Etiska metodöverväganden.....	32
Förslag till fortsatt forskning.....	32
Slutsatser.....	33
Referenser.....	35
Bilaga 1.....	40
Bilaga 2.....	41
Bilaga 3.....	43
Bilaga 4.....	51

Inledning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) ska patienten ges förutsättningar att bli delaktig i sin vård. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS, SFS 1998:531) betonar samverkan och informationsutbyte mellan vårdgivare och patient. Patienten skall få individuellt anpassad information om sin hälsa och om de undersökningsmetoder och den behandling som finns (kap.2, 2 §). Dessutom tydliggörs det i lagen att vid flera behandlingsalternativ ska patienten ges möjlighet att välja det behandlingsalternativ han eller hon föredrar (kap.2, 2a §). Dessa lagar gäller generellt inom hälso- och sjukvården och omfattar även psykologisk behandling.

Mer specifika riktlinjer för psykologisk behandling gällande patientens delaktighet beskrivs i en rapport från American Psychological Association (APA, 2006). I denna rapport betonas vikten av att psykologen i sin kliniska expertis förstår patientens individuella, kulturella och kontextuella olikheter samt deras inverkan på behandlingen. I den evidensbaserade praktiken ingår det att ha patientens värderingar och preferenser i beaktande och öka förutsättningarna för patienten att välja bland effektiva alternativa interventioner. Enligt rapporten ska kliniska beslut fattas i samarbete med en involverad och informerad patient för att den psykologiska behandlingen ska bli så framgångsrik som möjlig.

Synen på läkaren som en expert som fattar beslut över huvudet på patienten har kritiserats och utmanats under en lång tid, både inom och utanför den medicinska professionen. Det har argumenterats att maktbalansen mellan läkare och patient kan justeras genom att skapa förutsättningar för delaktighet och autonomi för patienten, så att denne kan fatta beslut angående sin egen vård (Auerbach, 2001). Adams och Drake (2006) påpekar att en samarbetsprocess mellan vårdgivare och vårdtagare där besluten tas gemensamt betonas allt mer. De konstaterar samtidigt att forskning kring gemensamt beslutsfattande inom psykiatrisk vård fortfarande ligger efter den somatiska vården. Begreppet delaktighet inom psykologisk behandling har inte använts i samma utsträckning som inom medicinsk behandling, och synen på patientens autonomi i psykoterapi har enligt Handelzalts och Keinan (2010) inte förändrats i samma utsträckning som inom det medicinska verksamhetsfältet. En möjlig förklaring till detta är att delaktighet inom psykologisk behandling tas för given och anses vara en naturlig del av behandlingsrelationen.

Föreliggande studie har som avsikt att undersöka om olika grad av delaktighet i en stressintervention kan påverka utfallet av interventionen. Ytterligare ett intresse är att se om olika grad av delaktighet påverkar bortfallet i studien och deltagarnas engagemang i sin hemuppgift. I följande avsnitt kommer delaktighet inom vården att beröras utifrån ett medicinskt perspektiv då liknande modeller inom den psykologiska behandlingen varit svåra att finna. Därefter kommer forskning kring betydelsen av patienters preferenser och val behandlas. Då delaktighet undersöks inom en stressintervention kommer även teori och forskning kring stress och coping att presenteras.

Fyra modeller på delaktighet

Begreppet delaktighet inom vården definieras på varierande sätt och används synonymt med andra benämningar som involvering, medverkan och inflytande (Cahill, 1996; Henderson 2003). Föreliggande studie definierar delaktighet som den frihet som klienten har att bestämma hur behandlingen ska utformas och att göra aktiva val gällande behandlingsalternativ utifrån relevant information.

För att belysa vad som menas med delaktighet och hur olika grad av delaktighet kan se ut presenteras fyra modeller utifrån Emanuel och Emanuels (1992) artikel om relationen mellan läkare och patient. Dessa modeller benämns som den patriarkaliska modellen, den rådgivande modellen, den tolkande modellen och den informativa modellen. Modellerna härstammar från det medicinska verksamhetsfältet och deras presentation är en av de mest omdiskuterade analyserna av interaktionen mellan patient och läkare (Clarke, Hall & Rosencrance, 2004). Modellerna har som syfte att på ett förenklat sätt gestalta variationer av interaktionen mellan läkare och patient. Trots att modellerna utgår från relationen mellan läkare och patient kan de enligt Emanuel och Emanuel (1992) också användas som en förståelseram för professionella interaktioner utanför det medicinska verksamhetsfältet.

Den patriarkaliska modellen utgår från att det finns objektiva kriterier för vad som är bäst för patienten. Läkaren kan bedöma detta utan att låta patienten delta i någon större utsträckning. Utifrån sin egen bedömning presenterar läkaren information som syftar till att få patienten att samtycka till den intervention som läkaren anser vara mest lämplig. Modellen prioriterar patientens hälsa framför patientens autonomi och värderingar (Emanuel & Emanuel, 1992).

I den rådgivande modellen (deliberative model) prioriteras patientens hälsorelaterade värderingar framför andra värderingar. Läkaren hjälper patienten att fastställa och välja de

värderingar som bäst kan relateras till patientens hälsa och den kliniska situationen. I denna modell föreslår läkaren vilka hälsorelaterade värderingar som ska värdesättas genom en moralisk diskussion tillsammans med patienten. Den rådgivande modellen utgår från att patientens värderingar kan utvecklas och omarbetas, och läkaren kan därför fungera som en pedagog och leda in patienten mot önskvärda värderingar och beslut (Emanuel & Emanuel, 1992).

I den tolkande modellen (interpretive model) delar läkaren med sig av den relevanta informationen som berör behandlingen med alla de fördelar och risker som den medför. Utöver detta vägleder läkaren patienten i att välja den intervention eller behandling som bäst stämmer överens med de värderingar som patienten har. Denna modell utgår från att patienten inte alltid är medveten om sina värderingar eller har en klar bild av dem. Läkarens roll är därför att klargöra dessa värderingar genom att arbeta med patientens mål och önsknings. Läkaren dömer inte patientens värderingar i denna process utan hjälper patienten att få en större förståelse över hur värderingarna kan relateras till det medicinska beslutsfattandet. Det är dock patienten som slutligen avgör vilka värderingar som ska följas (Emanuel & Emanuel, 1992).

I den informativa modellen presenterar läkaren all väsentlig information om sjukdomen och möjliga interventioner samt risker och fördelar med olika tillvägagångssätt för patienten. Därefter får patienten välja intervention utifrån sina egna värderingar. Patienten har i denna modell kontroll över det medicinska beslutsfattandet och det är patientens egna värderingar som avgör hur behandlingen kommer att utformas (Emanuel & Emanuel, 1992).

Den patriarkaliska och informativa modellen belyser två extrema former av patientens delaktighet i beslutsfattandet. I den patriarkaliska modellen befinner sig patienten generellt sett utanför beslutsfattandet och i den informativa modellen exkluderas läkaren från beslutsfattandet (Charles, Gafni & Wheelan, 1997). Den rådgivande och tolkande modellen positionerar sig mellan dessa två modeller. Beroende på situationen så kan de olika modellerna vara olika lämpliga, men Emanuel och Emanuel (1992) anser att den rådgivande modellen är den ideala relationen mellan läkare och patient. Auerbach (2001) menar att det medicinska verksamhetsfältet idag tar avstånd från den patriarkaliska modellen och betonar samarbetet mellan patient och läkare.

Ambitionen i föreliggande studie är att skapa två versioner av en stressintervention som ska spegla olika grad av delaktighet. Den ena versionen utgår ifrån den informativa modellen i Emanuel och Emanuels (1992) presentation, den andra ifrån den patriarkaliska modellen.

Psykologisk behandling och delaktighet

Emanuel och Emanuels modeller (1992) lyfter fram vem som äger beslutsfattandet och behandlar därmed också graden av delaktighet som kan förekomma i valet av medicinsk behandling. Även i den psykologiska behandlingen kan man skönja en strävan efter att utifrån forskningsevidens matcha en specifik problematik eller diagnos med en specifik behandling eller intervention. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010) ges rekommendationer på specifika behandlingsmetoder utifrån diagnostiska kategorier. Hälso- och sjukvården ska enligt riktlinjerna hjälpa patienten att värdera de olika behandlingsalternativen för att undvika att alltför stort beslutsansvar överförs på patienten. Denna syn på beslutstagande kan jämföras med den rådgivande och den tolkande modellen i Emanuel och Emanuels presentation (1992).

Både Emanuel och Emanuels modeller (1992) och socialstyrelsens riktlinjer (Socialstyrelsen, 2010) beaktar de valsituationer och den delaktighet som uppkommer vid val av behandling i ett initialt skede av vårdplaneringen. Föreliggande studie undersöker delaktighetens inverkan på utfallet av en stressintervention. De val som görs under interventionen handlar inte om val av behandling utan om mer subtila val i utformandet av en hemuppgift. Denna möjlighet att göra självständiga val likställs i föreliggande studie med begreppet delaktighet.

Forskning kring delaktighet

Då samarbetet mellan vårdgivare och vårdtagare betonas alltmer i dagens sjukvård innebär det att även forskning kring patienternas syn på delaktighet inom vården undersöks utifrån olika perspektiv. Ett begrepp som ofta nämns i detta forskningsområde är gemensamt beslutsfattande (shared decision-making). Charles et al. (1997) beskriver det gemensamma beslutsfattande som en samspeletsprocess inom vården där vårdtagaren och vårdgivaren samspelar och tar gemensamma beslut. Denna beslutsprocess utgår från att båda parter tillför viktig information för att ett beslut ska kunna fattas. Läkaren har information om patientens hälsa och behandling medan patienten är expert på sina egna preferenser och värderingar.

Patienters attityd gentemot vården har undersökts i ett flertal studier som visar att det finns en vilja hos patienterna att få information om sin hälsa och den medicinska vården. Rollen patienter föredrar att ha i beslutsfattandet varierar (Adams & Drake, 2006; Auerbach,

2001). Clarke et al. (2004) fann i sin intervjustudie att det finns stora skillnader i vad patienter förväntar sig av kommunikationen med sin läkare. De drar slutsatsen att det inte finns någon idealisk modell som passar alla patienter. Adams och Drake (2006) sammanfattar forskningen kring det gemensamma beslutsfattandet. Enligt dem argumenterar ett stort antal studier för att ett gemensamt beslutsfattande i vården kan påverka behandlingsresultaten. Vidare konstaterar Adam och Drake att bevisen för denna påverkan dock inte är entydiga. Även Auerbach (2000) redovisar studier kring medicinsk behandling där graden av kontroll hos patienterna har manipulerats. Dessa studier har visat på varierande resultat angående patienttillfredsställelse och behandlingsresultat.

Engagemang

Klientens engagemang i en behandling kan inte tillskrivas klienten själv, utan skapas i en dynamisk process tillsammans med behandlaren (Miller, Duncan & Hubble, 1997). Enligt Duncan och Miller (2000) skapas ett mer aktivt deltagande i en behandling genom att ha tillgång till klientens egna tankar kring förändring och genom att lyfta fram det som klienten tillför i samtalet. I en jämförande studie fann Piper et al. (1999) att klienter som i de initiala sessionerna av en tidsbestämd psykoterapi konfronterades med tolkningar av sitt beteende avbröt sina behandlingar i betydligt större grad än de klienter som fick ett i huvudsak stödjande bemötande av terapeuten. Genom att inte ge utrymme för klientens egen teori kring förändring tycks det finnas en risk att klientens engagemang att fortsätta med behandlingen undermineras.

Begreppet engagemang definieras i föreliggande studie som mängden tid klienten avsätter på hemuppgiften. Inom psykologisk behandling kan hemuppgifter användas för att testa nya beteenden och för att träna färdigheter. Forskningen om hemuppgifters effekter är begränsad, men det finns ett dokumenterat samband mellan välfungerande hemuppgifter och terapiframgång (d'Elia, 2008). Seligman, Steen, Park & Peterson (2005) undersökte i sin studie interventioner bestående av hemuppgifter som förväntades öka det generella välmåendet och minska de depressiva symptomen. De deltagare som upplevde en mer bestående effekt av interventionerna uppgav sig ha assimilerat övningarna från hemuppgifterna i sina liv.

I ett flertal studier har bortfallets relation till deltagarnas möjlighet att göra behandlingsval undersökts. Detta bortfall kan indikera på ett svagt engagemang för behandlingen (Swift & Callahan, 2009). I en studie där effekten av behandlingsval

undersöktes använde sig Elkin et al. (1999) av bortfallet som en av många variabler för att mäta patientens engagemang.

I föreliggande studie undersöks om sambandet mellan delaktighet och engagemang kan observeras i en stressintervention som genomförs i grupp. Studien prövar även om en större delaktighet ökar sannolikheten att deltagarna assimilerar övningarna från hemuppgifterna i sin vardag efter avslutad intervention. Dessutom undersöks sambandet mellan delaktighet och bortfall.

Klientens preferenser

Delaktigheten i vården innebär en möjlighet för klienten att ha inflytande över behandlingen och därmed är klientens åsikter och värderingar viktiga i sammanhanget. Ett forskningsområde som riktat in sig på just detta är forskningen kring klienters preferenser. Nedan kommer olika metoder och studier från preferensforskningen att presenteras.

Klientpreferenser definieras av Glass, Arnkoff och Shapiro (2001) som de faktorer klienten önskar och begär i terapin. Dessa preferenser kan bland annat handla om vilken typ av behandling klienten önskar, exempelvis inriktning eller längd på terapin, samt val mellan psykoterapi eller medicinering (Swift & Callahan, 2009).

Ett flertal studier inom preferensforskningen har influerats av Aptitude treatment interaction (ATI) paradigmet (Snow, 1991). ATI-forskningen inom psykoterapi har som syfte att undersöka interaktionen mellan klienternas olika personliga egenskaper och behandlingens utfall. ATI-forskningen försöker fastställa om behandlingar kan anpassas till patienternas specifika egenskaper för att få en så bra effekt på behandlingen som möjligt (Snow, 1991). Relaterat till preferensforskningen kan denna anpassning förverkligas genom att låta klienter välja typ av behandling. Detta kan tänkas tillgodose klienternas preferenser och underlätta matchningen mellan klientens egenskaper och behandling.

Metoder för att studera preferenser

Olika metoder används inom forskningen för att fastställa om klientpreferenser har en effekt på behandlingen. Swift och Callahan (2009) går igenom dessa och delar in dem i tre grupper: matchning/icke matchning, kontrollerade randomiserade studier och delvis randomiserade preferensstudier.

Matchning/icke matchning innebär att deltagarna randomiseras till en behandling som endera stämmer överens eller inte stämmer överens med deras preferenser. Sedan jämförs

utfallet mellan grupperna. En annan liknande metod jämför deltagare som får välja en behandling med deltagare som inte har någon valmöjlighet. Dessa två metoder är lämpliga för att studera preferensers inverkan på behandlingsresultatet, men är sämre på att fastställa effekten av en behandling överlag (Swift & Callahan, 2009).

Preferensers effekt på behandlingar har även studerats i samband med kontrollerade randomiserade studier av olika behandlingar. Deltagarna anger sina behandlingspreferenser innan randomiseringen. Därefter jämförs resultatet av behandlingen mellan deltagare som inte fått önskad behandling med deltagare som, tack vare slumpen, fått den behandlingen som stämde överens med deras preferenser. Fördelen med denna metod är att behandlingens effekt är lättare att fastställa. Nackdelen är att deltagare som inte velat bli randomiserade inte kan tas med i studien, vilket ökar risken för att dessa typer av studier kännetecknas av deltagare utan starka preferenser. Ett sätt att komma tillrätta med detta är att använda delvis randomiserade preferensstudier, där deltagare som vägrar att randomiseras får den behandling de föredrar, medan övriga deltagare randomiseras. Dock finns en risk att ingen av deltagarna får en behandling som går emot deras preferenser. Grupperna som jämförs skiljer sig således i hur starka deltagarnas preferenser är för en viss behandling vilket kan försvåra tolkningen av resultaten (Swift & Callahan, 2009).

Forskning kring preferenser

I en studie av äldre deprimerade patienter fann Rokke, Tomhave och Jovic (1999) inga skillnader i behandlingsresultat mellan de deltagare som fick välja behandling och de deltagare som blev tilldelade en behandling. Däremot var de som fick möjligheten att välja mindre benägna att hoppa av behandlingen.

I en studie av ormfobi visade det sig däremot att de deltagare som fick den behandling som de önskade visade bäst behandlingsresultat i jämförelse med de andra deltagarna (Devine & Fernald, 1973).

I en metaanalys av studier kring klientens egna val angående behandlingsmetod vid psykologiska besvär fann Swift och Callahan (2009) att möjligheten för klienten att välja mellan två olika behandlingsformer gav dem en liten förbättring på behandlingsresultatet jämfört med klienter som inte fick välja behandling. Men framför allt slog studien fast att klienter som inte fick välja behandlingsform var ungefär dubbelt så benägna att avbryta behandlingen. Valet i en del av studierna kunde handla om huruvida deltagarna föredrog medicin före psykoterapi, medan det i andra studier handlade om valet av olika former av

psykologisk behandling. De psykologiska besvären varierade från tunga psykologiska diagnoser, missbruksproblem och depression till övervikt och specifika fobier, något som skapar problem i generaliserbarheten av slutsatserna.

Valets betydelse

Delaktighet handlar till stor del om de val som klienten får utrymme att göra. Handelzalts och Keinan (2010) presenterar, utifrån tidigare studier, tre möjliga förklaringar till varför valet i sig kan vara gynnsamt i behandlingskontexten.

Den första förklaringen handlar om matchningen mellan patient och behandling. Genom att göra det möjligt för patienten att själv få välja behandling kan matchningen mellan patientens preferenser och behandlingen förstärkas och därmed kan även behandlingsresultatet förbättras (Devine & Fernald, 1973).

En annan möjlig förklaring handlar om känslan av kontroll. Enligt Brehm och Smith (1986) kan möjligheten att få välja leda till en känsla av kontroll som i sig bidrar till bättre resultat av vald behandling. Ett flertal studier har argumenterat för att ökade valmöjligheter under terapin kan ge bättre behandlingsresultat. Brehm & Smith (1986) påpekar dock att möjligheten till kontroll inte nödvändigtvis uppfattas som positivt av alla. En del patienter kan uppleva en känsla av misslyckande om det alternativ de själva valt av någon anledning inte ger det önskade resultatet.

Den tredje förklaringen handlar om kognitiv dissonans (Festinger, 1957). Dissonansteorin utgår från att motsägelser mellan värderingar och beteende skapar ett obekvämt spänningstillstånd hos människan. För att reglera dissonansen förändrar människan sina värderingar och attityder för att de bättre ska överensstämma med beteendet. Detta fenomen kan uppstå när patienten känner sig tvingad att ta ansvar för sitt val (Devine & Fernald, 1973; Gordon, 1976) vilket leder till att patienten anstränger sig för att demonstrera förbättrade resultat för att rättfärdiga de val som gjorts.

Forskning kring val

Flera studier visar på att valet i sig är en avgörande faktor för behandlingsutfallet, inte matchningen mellan deltagarnas önskemål angående behandling och behandlingen som slutligen erbjuds. Kanfer och Grimm (1978) undersökte i en studie hur beaktandet av deltagarnas val av intervention påverkade deras förmåga att öva upp sin läshastighet. Beaktandet av valen påverkade utfallet positivt, medan att inte ta hänsyn till deltagarnas val

medförde negativa konsekvenser. Alla deltagare gavs samma intervention trots att den presenterades i tre versioner. Kontrollgruppen som inte ställdes inför valet fick ett bättre utfall än gruppen vars val inte beaktades. Skillnaden mellan grupperna kan därmed inte förklaras enbart utifrån matchning med deltagarnas preferenser. Handelzalts och Keinan (2010) fann liknande resultat i deras studie av valets inverkan på en ångestbehandling.

Möjligheten att få välja inte nödvändigtvis lämplig för alla personer. Rokke, Absi, Lali och Oswald (1991) fann i en studie om copingstrategier vid smärta att valmöjligheten inte gynnar personer som saknar tilltro till sin egen förmåga att påverka sin situation. Studien utesluter inte heller att valmöjligheter för denna grupp kan ha en negativ effekt ifall personerna förutsätter att andra är bättre lämpade att ta beslut kring deras situation.

Stress

För att undersöka om ökad delaktighet påverkar utfallet och deltagarnas engagemang i en hemuppgift har en stressintervention med en hemuppgift utformats och prövats i föreliggande studie. Stressinterventionen utfördes med två versioner av en hemuppgift som deltagarna i olika hög grad fick utforma själva. Hemuppgiften gick ut på att använda olika copingstrategier som deltagarna endera fick välja eller blev tilldelade. Detta avsåg att spegla olika grad av delaktighet. Studiens intention var inte att utveckla metoder för att behandla stressproblematik, utan att undersöka relationen mellan delaktighet och engagemang. Stressinterventionen som konstruerades inför studien bör därmed betraktas som ett verktyg och inte som ett studieobjekt.

En stressreaktion innebär att organismen mobiliserar energi för att bemöta både positiva och negativa situationer. Reaktionen är i sig funktionell, men kan även ha skadliga konsekvenser vid en konstant mobilisering av energi under en lång period. En period av långvarig stress hämmar kroppens återhämtningsförmåga och kan leda till utmattningssyndrom, depression, sömnrubbningar, nedsatt immunförsvar, mag- och tarmproblematik, hjärt- och kärlsjukdomar och muskuloskeletala besvär (Theorell, 2004)

Begreppet stress har kritiserats utifrån svårigheten att hitta en gemensam definition. Lazarus och Folkman (1984) lyfter fram skillnaderna i hur människor reagerar i jämförbara situationer och visar på att det som kan upplevas som stressigt för en person inte nödvändigtvis behöver upplevas som stressigt av en annan. Utifrån detta synsätt definierar Lazarus och Folkman psykologisk stress som en särskild relation mellan personen och miljön som bedöms av personen som påfrestande, eller som överskrider personens resurser och som

hotar dennes välmående. Denna definition är utgångspunkten för hur begreppet stress används i föreliggande studie.

Coping

Individens sätt att hantera stress brukar sammanfattas i begreppet coping. Sedan Lazarus och Folkman (1984) formulerade sin syn på coping så har deras definition blivit den mest accepterade. Definitionen betonar kognitiva och beteendemässiga processer i indivens hantering av stress (Tennen, Affleck, Armeli & Carney, 2000). Lazarus och Folkman (1984) beskriver coping som ständigt föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att hantera både specifika externa och interna krav. Dessa krav uppfattas av personen som svåra eller bedöms överskrida personens resurser. Föreliggande studie utgår från denna definition av coping. Lazarus och Folkman (1984) anser att coping bör ses som något som omfattar alla tankar och handlingar, oberoende av hur funktionella dessa är för individen. Därmed finns det inga bra eller dåliga copingstrategier, utan effektiviteten av en strategi är beroende av hur lämplig den är för situationen. Synen på coping som en process framställer människan som en aktiv agent. Någon som medvetet förutser problem och manipulerar den externa miljön eller det interna tillståndet för att nå sina mål (Aldwin, 1994).

Forskningen kring coping lyfter fram olika perspektiv på hur coping kan påverka den psykiska och fysiska hälsan. Den kausala riktningen mellan coping och välmående är inte självklar, och coping kan ha en direkt-, medierande- och modererande effekt på hälsan. Sambandet mellan coping och välmående kan bland annat påverkas av situationen, lämpligheten av strategin och individuella skillnader (Aldwin, 1994).

Interventionen i föreliggande studie har som ambition att skapa en omstrukturering av befintliga copingstrategier hos deltagarna. Copingstrategierna som presenteras avses att utgöra ett inspirationsmaterial för deltagarna. I gruppen där deltagarna inte fick vara delaktiga i valet av copingstrategier tilldelades de fyra strategier: problemlösning, framförhållning, socialt stöd och acceptans. Även om forskningen kring copingstrategier inte påvisar något entydigt stöd för specifika strategiers effekt, så har de fyra strategierna i föreliggande studie valts utifrån etablerade teoretiska antaganden och beskrivs för deltagarna som adaptiva och välgörande mot stress.

Problemlösning handlar om att aktivt ta itu med problemsituationer och att minska på undvikandebeteenden som upprätthåller upplevelsen av stress. Genom att konfrontera problemen skapas en realistisk bild av problemsituationen (Larsson & Wisung, 2005).

Mental förberedelse och framförhållning har visat sig ha betydelse för psykosocial stress. Framförhållning tycks öka känslan av kontroll och fungera som en skyddande strategi inför situationer som innebär negativ stress (Theorell, 2005).

Det finns en betydande mängd studier som visar på att stöd från familj, vänner och sociala nätverk är relaterat till bättre fysisk hälsa och lägre nivåer av psykologiska besvär (Levi, 2005). Det sociala stödets skyddande effekter gäller både för strukturella åtgärder, såsom storlek på det sociala nätverket, och för funktionella åtgärder, som tillgänglighet av emotionellt och instrumentellt stöd. (Cohen & Wills, 1985).

I forskningen har man funnit både positiva och negativa effekter av acceptans som copingstrategi. Detta tycks bero på att begreppet ofta används för två kvalitativt olika copingstrategier. Man bör därför separera aktiv acceptans, som handlar om att finna sig i den svåra situationen, från passiv resignation (Nakamura & Orth, 2005). Enligt Bond och Hayes (2002) kan människors genom acceptans ägna sig åt färre undvikandebeteenden. Acceptans samverkar med upplevd egenkontroll och har därmed en stressreducerande effekt (Bond & Bunce, 2003).

Kategorisering av copingstrategier

Lazarus och Folkman (1984) skiljer på två olika former av coping, emotionsfokuserad coping och problemfokuserad coping. Emotionsfokuserad coping används för att reglera emotionell respons, medan problemfokuserad coping riktar in sig på att hantera problemet som skapar stress. Sideridis (2006) påvisade i en studie att varken problemfokuserade eller emotionsfokuserade copingstrategier minskade stressen signifikant, men att interaktionen mellan de två strategierna var associerat med signifikant minskat stress. Studien gjordes på studenter inför en presentation i skolan och stressen mättes med hjälp av hjärtfrekvens. Enligt Lazarus och Folkman (1984) räcker det inte med att individen endast reglerar emotionerna utan att hantera problemet som orsakar stressen. Det är inte heller tillräckligt att individen hanterar problemet utan att ta hand om de negativa känslorna som kan uppstå.

Skinner, Edge, Altman och Sherwood (2003) analyserade fler än 100 olika kategorisystem av coping som uppkommit de senaste tjugo åren och fann över 400 olika namn på copingstrategier, något som illustrerar svårigheten i kategoriserandet av copingstrategier. De flesta copingstrategier kan passa in i både emotions- och problemfokuserad coping. Skinner et al. tillägger också att begreppen emotions- och problemfokuserad coping inte lyckas omfatta alla typer av copingstrategier.

Stressinterventionen i föreliggande studie inbegriper en presentation av 21 stycken copingstrategier (se tabell 1). Majoriteten av copingstrategierna som används är hämtade från en faktoranalys av Persson (1985). Faktoranalysen baserar sig på ett frågeformulär bestående av 103 frågor som täcker in 22 dimensioner av stress och coping. Frågeformuläret utgår från en litteraturgenomgång. Faktoranalysen resulterade i 17 copingstrategier. Dessa har även använts av Cederblad, Dahlin, Hagnell och Hansson (1995) i en studie som undersökte hantering av kriser i ett livsloppsperspektiv. I denna studie har forskarna lagt till fyra copingstrategier som är definierade av Ryan-Wenger (1992), som också inkluderats i föreliggande studie.

Syfte

Syftet i föreliggande studie är att undersöka om delaktighet i utformandet av en hemuppgift i en stressintervention påverkar interventionens utfall och deltagarnas engagemang i uppgiften. Även sambandet mellan delaktighet och bortfall undersöks i studien. Delaktigheten handlar i studien inte om val av intervention, utan om utformningen av hemuppgiften som ingår i interventionen, så att den är mer anpassad till de egna förutsättningarna och värderingarna. Begreppet engagemang definieras i föreliggande studie som mängden tid klienten lägger på hemuppgiften.

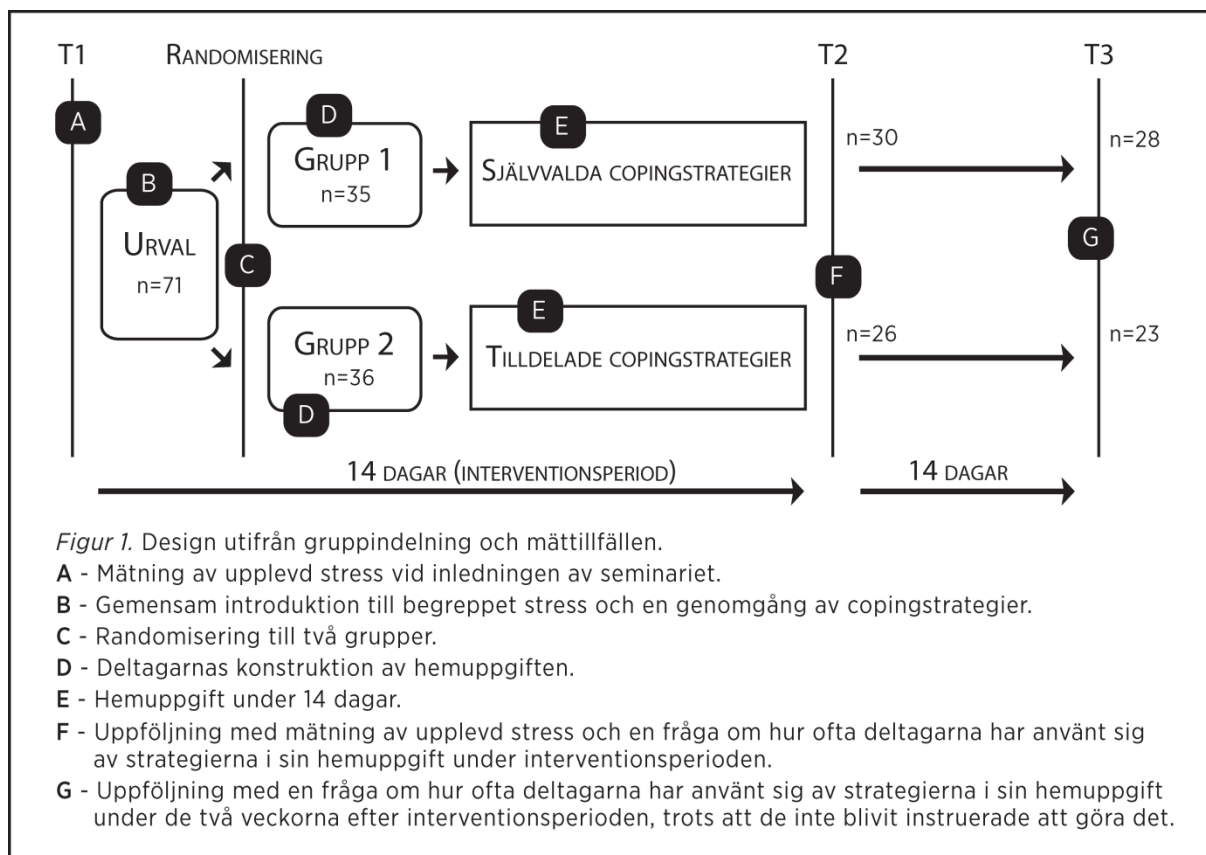
Följande hypoteser undersöks i föreliggande studie:

1. Upplevd stress minskar mer hos deltagarna om de får en större delaktighet i utformandet av hemuppgiften i stressinterventionen.
2. Deltagarna utför sin hemuppgift mer frekvent under interventionsperioden om de får en större delaktighet i utformandet av hemuppgiften i stressinterventionen.
3. Deltagarna utför sin hemuppgift mer frekvent efter interventionsperioden om de får en större delaktighet i utformandet av hemuppgiften i stressinterventionen.
4. Fler deltagare fullföljer studien om de får en större delaktighet i utformandet av hemuppgiften i stressinterventionen.

Metod

Design

En stressintervention utfördes inom ramen för studien (figur 1). Interventionen utgjordes av en seminariedel på en timme och av en hemuppgift som deltagarna instruerades att utföra under 14 dagar. Seminariedelen av interventionen utgjordes av en genomgång av copingstrategier och en konstruktion av en hemuppgift. Studien avslutades med en uppföljning ytterligare 14 dagar efter interventionsperioden (T3).



Studien har en experimentell design där deltagarna randomiseras till två grupper som i föreliggande studie refereras till som grupp 1 och grupp 2. Grupp 1 gavs en större grad av delaktighet i konstruerandet av sin hemuppgift än grupp 2. Delaktighet är dock något som i viss mån finns i båda grupperna.

Stressnivån mättes vid inledningen till seminariet (T1). Deltagarna fick en hemuppgift att utföra de följande 14 dagarna. Vid en uppföljning efter dessa 14 dagar (T2) gjordes en ny mätning av stressnivån. I samband med den andra mätningen fick deltagarna även svara på en fråga om graden av engagemang de haft i hemuppgiften, det vill säga hur ofta de använt sig

av copingstrategierna i den. Ytterligare 14 dagar efter det andra mättillfället fick deltagarna svara på en ny fråga om graden av engagemang i hemuppgiften (T3). Båda uppföljningarna skedde via ett nätbaserat frågeformulär som deltagarna fick tillgång till via e-post.

Då interventionen utvecklats inför denna studie och inte prövats tidigare genomfördes en pilotstudie med tre deltagare för att undersöka om seminariet var operationellt genomförbar. Utifrån deltagarnas kommentarer bedömdes seminariet genomförbar och lämplig för studiens syfte.

Av praktiska skäl delades det totala antalet deltagare in i sju separata seminarietillfällen, varav en lärargrupp. Samma procedur användes för dessa grupper.

Undersökningsgrupp

Urval. Rekryteringen av deltagare inleddes med telefonsamtal och e-post till större företag i Malmö och Lund. Då dessa kontakter inte gav några resultat kontaktades rektorer på gymnasieskolor och grundskolor i Malmö och Lund i syfte att rekrytera lärare. Rektorena ombads att ta kontakt vid intresse för att komma överens om en lämplig tidpunkt för seminariet. Då rekryteringen av lärare inte ledde till ett tillfredsställande antal deltagare (n = 14) påbörjades en rekrytering av studenter från samhällsvetenskapliga program vid Lunds universitet. Detta skedde genom en kort presentation av seminariet på studenternas ordinarie lektioner. Samtliga intresserade studenter fick skriva upp sig på en anmälningslista där de erbjöds att välja ett tillfälle bland sex olika seminarietillfällen. Dessa tillfällen var schemalagda under de två kommande veckorna. Rekryteringen skedde även via Facebook och resulterade i en deltagare som erbjöds att delta i samma grupper som studenterna.

Av 97 studenter som visat intresse infann sig sammanlagt 59 personer vid något av seminarietillfällena. Av lärarlaget på 14 personer som anmälde sitt intresse deltog alla. Totalt var antalet deltagare 71 personer. Av dessa var 10 män och 61 kvinnor.

Bortfall. Av de 71 deltagare som påbörjade studien fullföljde 56 deltagare den första uppföljningen (T2). För att säkerställa ett högt deltagande i studien skickades en påminnelse via e-post till de deltagare som inte svarat på T2 efter sju dagar. Detta avbröts dock efter att påminnelsen skickades ut till fyra deltagare i första seminariegruppen. Då enkätfrågorna syftade på upplevelser, tankar och handlingar under de senaste 14 dagarna fanns det en risk med att deltagare som svarade sent besvarade frågorna utifrån en annan tidsperiod än vad som avsågs. Detta kunde göra deltagarnas svar svårtolkade och försvåra dataanalysen. Två deltagare som svarat efter påminnelserna behandlades som deltagare som avbrutit studien.

Ytterligare två deltagare föll bort i uppföljningen på grund av ett misstag vid e-postandet av länken. Av dessa två personer kom en ur grupp 1 och en ur grupp 2. Övriga deltagare svarade inom sju dagar efter utskicket. Det totala bortfallet vid den första uppföljningen (T2) bestod av fem personer i grupp 1 och av 10 personer i grupp 2. Vid den andra uppföljningen (T3) föll ytterligare fem personer bort ur studien. Se figur 1 för en detaljerad beskrivning av bortfallet.

Ett t-test för oberoende grupper gjordes för att säkerställa att grupperna var lika varandra angående nivå av upplevd stress som mättes med Perceived Stress Scale (PSS). Det kunde konstateras att dessa två grupper inte skiljde sig åt signifikant i PSS, $t(54) = 0.932$, $p = .355$, two-tailed. Ytterligare ett t-test för oberoende grupper gjordes för att kontrollera för skillnader i upplevd stress mellan gruppen som fallit bort och gruppen som fullföljt studien. Det fanns inte heller här några signifikanta skillnader mellan grupperna i PSS, $t(69) = 1.605$, $p = .113$, two-tailed.

Procedur

Standardisering av seminariet. För att standardisera seminariet genomfördes det med hjälp av ett på förhand skrivet manus (bilaga 3) och en powerpoint-presentation som kompletterade den muntliga framställningen. Powerpoint-presentation tillförde ingen ny information utöver den i manuset. Dess syfte var att förtydliga de viktigaste punkterna för deltagarna och standardisera presentationen ytterligare. Manuset säkerställde att alla steg i seminariet utfördes och att dessa kom i rätt ordning. Deltagarna fick dessutom ett skriftligt material som bestod av ett försättsblad, en blankett för informerat samtycke (bilaga 1), Perceived Stress Scale (Eskin & Parr, 1996), ett formulär med de 21 copingstrategier som presenterades (bilaga 2) och ett separat formulär för hemuppgiften (bilaga 4).

Seminariet. Av praktiska skäl hölls seminarierna vid sju olika tillfällen, varav sex seminarier hölls i lokaler tillhörande Institutionen för psykologi på Lunds universitet. Varje deltagare var närvarande vid ett av dessa tillfällen. Studenterna valde själv seminarietidpunkt utifrån de sex tillfällena som erbjöds och blev påmind om tid och plats för interventionen via e-post några dagar innan. Gruppstorleken vid dessa varierade mellan 4-16 deltagare. Ett undantag gjordes med deltagargruppen som bestod av lärare. Av praktiska skäl bokades denna grupp in på ett separat tillfälle på sin arbetsplats.

Deltagarna välkomnades i helgrupp och fick en kort genomgång av seminariets innehåll. Därefter delades ett skriftligt material ut bestående av försättsblad, blankett för informerat

samtycke (bilaga 1), Perceived Stress Scale (Eskin & Parr, 1996) och formulär med de 21 copingstrategierna (bilaga 2).

Deltagarna skrev sina namn och e-postadresser på försättsbladet. På detta följde en genomgång av informerat samtycke som deltagarna skrev under. Sedan fyllde deltagarna i PSS (A, figur 1). Efter detta följde en kort muntlig genomgång av begreppen stress och copingstrategier (B, figur 1). Några strategier lyftes fram kort med följande formulering:

Det finns en mängd olika sorters strategier som vi använder oss av. Bland de specifika copingstrategierna lyfts det inom forskningen ofta fram strategier som konfronterar problemet. Även strategier där man söker socialt stöd och strategier som undviker ältande har generellt en stressreducerande effekt. Samtidigt är vi olika som människor och befinner oss i olika situationer. Våra strategier och deras effektivitet skiljer sig från människa till människa.

De 21 copingstrategier (bilaga 3) presenterades sedan till deltagarna. Strategierna nämndes vid namn, förklarades med en kort definition och illustrerades med två korta konkreta exempel. Deltagarna blev instruerade att följa med i sina formulär (bilaga 2) där strategierna fanns upplistade samtidigt som deltagarna fick stryka de strategier som de personligen inte trodde kunde vara till hjälp i deras nuvarande situation. Även de strategier som de inte förstod fick strykas.

Efter genomgången randomiserades deltagarna upp i två grupper, där den ena gruppen fick stanna kvar i rummet och den andra fick flytta till en ny sal (C, figur 1). Deltagarna konstruerade sina hemuppgifter i de två separata grupperna (D, figur 1) utifrån två olika förutsättningar. Grupp 1 instruerades skriva egna exempel på tillämpningar av de copingstrategier de inte strukit. I de fall de inte kunde komma på ett exempel fick de stryka strategin och fortsätta på nästa. Efter detta fick deltagarna välja de fyra strategier som de ansåg vara mest till hjälp för dem i deras vardag, och markera dessa med en stjärna.

Deltagarna i grupp 2 fick en kort muntlig presentation (se bilaga 3) av fyra av de 21 copingstrategierna: socialt stöd, problemlösning, framförhållning och acceptans. Dessa strategier var i förväg utvalda som goda copingstrategier vid stress utifrån litteraturen. Deltagarna fick sedan hitta på egna exempel på tillämpningar av dessa fyra copingstrategier.

Ett identiskt formulär för hemuppgiften (bilaga 4) delades sedan ut till deltagarna i de båda grupperna. Deltagarna förde över sina fyra strategier, och sina exempel av

tillämpningar, på formuläret. Instruktionerna till hemuppgiften beskrevs i slutet av formuläret:

Ta den här lappen med dig hem. Använd aktivt någon eller några av dessa strategier när du möter på stressiga situationer eller känner dig stressad under de kommande 14 dagarna. Diskutera inte strategierna med andra deltagare i studien så länge studien pågår. Vi vill inte att dina svar i uppföljningen ska ha blivit färgade av andras åsikter.

Instruktionerna gick även igenom muntligt av seminarieledarna. Uppmaningen att inte diskutera svaren hade som syfte att minska kommunikationen mellan deltagarna, så att faktumet att det fanns två olika varianter av interventionen inte skulle bli för uppenbar. Avslutningsvis samlades formulärhäftena in, informationen kring uppföljningen upprepades och deltagarna tackades för sin medverkan i seminariet.

Seminarieledare. Den gemensamma presentationen av copingstrategierna leddes av två seminarieledare som turades om att hålla i var sin del av den. Fördelningen i två delgrupper gjordes så sent som interventionen tillät för att skapa en så likvärdig intervention som möjligt för de båda grupperna gällande de delar som inte skulle skilja sig. De två seminarieledarna turades sedan om att leda grupp 1 respektive grupp 2 efter uppdelningen. Detta gjordes för att hindra att seminarieledarnas individuella egenskaper skulle påverka studien.

Uppföljning. Deltagarna fick en e-post 14 dagar efter att de deltagit i interventionen (F, figur 1). Valet av 14 dagar gjordes främst med hänsyn till tidsramen för studien. I e-posten fanns en elektronisk länk som tog dem till ett nätbaserat frågeformulär som bestod av Perceived Stress Scale.

Deltagarna ställdes även en fråga angående hur ofta har de använt sig av strategierna i sin hantering av stress under de senaste 14 dagarna. Detta för att ta reda på hur frekvent de använt sig av sina copingstrategier under interventionen. Deltagarna gavs också en möjlighet att skriva kommentarer kring sitt deltagande i studien.

Den andra uppföljningen skedde 14 dagar efter interventionens avslut (G, figur 1) via en nätbaserad enkät. Denna uppföljning bestod av en fråga angående hur ofta har deltagarna använt sig av strategierna i sin hantering av stress under de senaste 14 dagarna efter avslutad intervention, trots att de inte blev instruerade att göra det. Deltagarna gavs även vid detta tillfälle möjlighet att skriva fria kommentarer.

Statistisk analys. Alla statistiska analyserna genomfördes med SPSS Statistics 17. För att jämföra gruppernas skattningar av upplevd stress vid de två olika mättillfällena användes envägs mixed model ANOVA för upprepade mätningar. Gruppernas skattningar kring hur frekvent de använts sig av strategierna under och efter interventionsperioden jämfördes med t-test för oberoende grupper. För att jämföra om grupperna skiljer sig åt i antalet deltagare som fallit bort i studien användes chi-square test (Fischer's exact test). Signifikansnivån på studien har satts till $p < .05$.

Material

Perceived Stress Scale (PSS). PSS är ett självskattningsinstrument som avser att mäta i vilken grad situationer i en individs liv bedöms som stressiga. Frågorna i formuläret är utformade att fånga in i vilken mån livet känns oförutsägbart, okontrollerbart och överbelastande (Cohen, Kamarck & Marmelstein, 1983). Formuläret består av 14 frågor som besvaras på en femgradig likertskala mellan 0-4, där 0 = aldrig och 4 = mycket ofta. Frågorna handlar om upplevelser, känslor och tankar som uppkommit den senaste månaden. Ett exempel på en fråga i PSS är: "Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du inte kunnat hantera allt som måste göras". I studien justerades frågorna så att de fokuserade på de senaste 14 dagarna istället för den senaste månaden, något som inte ska påverka validiteten enligt upphovsmännen till instrumentet. Poängen i PSS kan variera mellan 0-56 där höga poäng indikerar hög grad av upplevd stress. Den ursprungliga amerikanska versionen har visat sig ha hög begreppsvaliditet och reliabilitet med en Chronbachs α mellan .84 och .86 (Cohen et al., 1983). Den svenska översättningen och valideringen av PSS är gjord av Eskin och Parr (1996) och har en reliabilitet på .82 beräknat med Chronbachs α .

Frågor angående engagemang. För att ta reda på hur frekvent deltagarna använt sig av sina copingstrategier efter interventionen konstruerades följande fråga till det andra mättillfället: "Tänk på de strategier som du har på din lista. Hur ofta har du använt dig av dem i din hantering av stress under de senaste två veckorna?".

För att ta reda på hur frekvent deltagarna använt sig av strategierna efter de första 14 dagarna konstruerades följande fråga till det tredje mättillfället:

I uppgiften som du fick för fyra veckor sedan stod följande instruktion: "Använd aktivt någon eller några av dessa strategier när du möter på stressiga situationer eller känner dig stressad under de kommande 14 dagarna." Tänk på de strategier som du hade på din

lista. Hur ofta har du fortsatt att använda dig av dem i din hantering av stress under de senaste två veckorna, trots att du inte blivit instruerad att göra det?

Båda frågorna besvarades på en femgradig likertskala mellan 0–4, där 0 = aldrig och 4 = mycket ofta.

Copingstrategier. I seminariet presenterades 21 copingstrategier. De copingstrategier som grupp 1 valde till sin hemuppgift fördelade sig enligt tabell 1. Copingstrategierna som tilldelades grupp 2 finns bland de sju vanligaste valda strategierna i grupp 1.

Tabell 1

Fördelning av valda copingstrategier i grupp 1

Copingstrategi	Antal
Problemlösning	20
Självförtroende	19
Socialt stöd	19
Optimism	16
Framförhållning	13
Substitution	9
Accepterande	7
Humor	6
Värdeförankring	6
Uthållighet	5
Informationssökande	4
Bedövning	3
Katharsis	3
Professionell hjälp	3
Religion	3
Isolerande aktivitet	1
Jämförelse med andra	1
Resignation	1
Önsketänkande	1
Ritualer	0
Självkritik	0

Not. Copingstrategier är hämtade ur Cederbladh et al. (1995) och Persson (1985). Strategierna som tilldelades grupp 2 i fetstil.

De 21 strategierna presenterades med hjälp av en definition och två exempel (bilaga 3). Definitionerna utgår ifrån de definitioner som Cederbladh et al. (1995) och Persson (1985) använt. Exempelen i presentationen som följde definitionerna formulerades av författarna till föreliggande studie. Generella exempel som kunde passa in i olika situationer och igenkännas av så många personer som möjligt eftersträvades. Exempelen konstruerades med målet att dessa skulle vara fria från värderingar, så att deltagarna själva skulle kunna avgöra nyttan av varje strategi. Exempelen formulerades som tankar eller uttryck som en person kan tänka eller säga åt sig själv när denne möter på svårigheter. Strategierna med respektive definition och exempel presenterades i en slumpmässig ordning, något som förklarades för deltagarna innan genomgången. Detta för att ordningen inte skulle uppfattas som en rangordning av strategier.

Etiska överväganden

Innan interventionens början hade alla deltagare fått information om studiens upplägg och om de metoder som skulle komma att användas. Deltagarna hade även informerats om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst hade rätt att avbryta sin medverkan i studien utan förklaring. Materialet som deltagarna har lämnat under studiens gång har behandlats konfidentiellt. Deltagarna fick ta del av denna information muntligen och skriftligen och fick sedan skriva under ett informerat samtycke (bilaga 1). Studiens syfte och hypoteser kunde inte förklaras i detalj för deltagarna under pågående datainsamling, då detta skulle ha kunnat påverka slutresultatet. Efter att datainsamlingen avslutades skickades en e-post till alla deltagare med information om att två varianter av interventionen undersökts, och att skillnaden mellan interventionerna handlade om olika grad av delaktighet i interventionens utformning. Studien har genomförts med hänsyn till de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden (Sveriges Psykologförbund, 1998).

Resultat

Gruppskillnader i interventionseffekt

Huvudeffekten av delaktighet var icke signifikant $F(1,54) = 1.204$, n.s. Grupp 1 och grupp 2 skiljde sig inte i utfallet av interventionen mätt med PSS. Däremot var huvudeffekten av interventionerna signifikant $F(1,54) = 4.482$, $p = .039$, $\eta^2 = 0.077$. Upplevd stress mätt med PSS minskade mellan det första och andra mättillfället i det totala urvalet. Det fanns dock ingen interaktionseffekt mellan delaktighet och utfallet av interventionerna $F(1,54) = 0.091$, n.s. Minskningen av upplevd stress påverkades med andra ord inte av gruppindelningen. Hypotes 1 kan därmed inte bekräftas.

Gruppskillnader i engagemang under interventionsperioden

För att ta reda på om grupperna skiljde sig signifikant åt, gällande hur frekvent de använt sig av copingstrategierna under interventionsperioden, gjordes ett t-test för oberoende grupper. Interventionsperioden pågick 14 dagar efter att hemuppgiften utformats (T2). Det visade sig att det förekom en signifikant skillnad mellan grupperna. I enlighet med hypotes 2 så har grupp 1 använt sig av strategierna i högre utsträckning under interventionsperioden än grupp 2, $t(54) = 2.071$, $p = .033$.

Gruppskillnader i engagemang efter interventionsperioden

Deltagarna fick svara på hur frekvent de använt sig av copingstrategierna efter interventionsperioden, T3 (fyra veckor efter hemuppgiftens utformning). Det förekom inte längre några signifikanta skillnader mellan grupperna efter interventionsperioden och hypotes 3 kan därmed inte bekräftas, $t(49) = 0.361$, n.s.

Gruppskillnader i bortfall

Bortfallet under interventionsperioden mellan T1 och T2 bestod i grupp 1 av fem personer och i grupp 2 av tio personer. För att undersöka om graden av delaktighet påverkade bortfallet i grupperna gjordes ett Chi-Square test som inte visade på några signifikanta skillnader $\chi^2(1, N = 71) = 2.308$, n.s, tvåsidig. Hypotes 4 kan därmed inte bekräftas.

Diskussion

Föreliggande studie likställer delaktighet i behandlingar med friheten som klienten har att göra aktiva val gällande både behandlingsalternativ och behandlingens utformning. Patientens delaktighet inom vården är lagstadgad (SOSFS 2005:12, LYHS 1998:531) och har de senaste åren varit föremål för forskning och diskussion. En stor del av forskningen har kretsat kring patientens och läkarens relation inom den medicinska vården. Delaktighet inom psykiatrisk och psykologisk behandlingen har fått mindre uppmärksamhet (Adams & Drake, 2006; Handelzaltz & Kainan, 2010). Föreliggande studie har som syfte att undersöka om delaktighet i utformandet av en hemuppgift i en stressintervention kan påverka interventionens utfall och deltagarnas engagemang i uppgiften. Dessutom har sambandet mellan delaktighet och bortfall i studien undersökts.

I följande avsnitt diskuteras resultaten utifrån respektive hypotes. Därefter diskuteras de metodologiska begränsningarna. Slutligen presenteras en avslutande diskussion med rekommendationer inför framtida forskning och studiens huvudsakliga slutsatser.

Resultatdiskussion

Hypotesen gällande skillnader i effekten av interventionen mellan grupperna kunde inte bekräftas. Det går därmed inte att styrka att deltagarnas upplevelse av stress minskar när de får en större delaktighet i utformandet av sin stressintervention. Resultatet går i linje med preferensstudien av Rokke, Tomhave och Jovic (1999) som inte heller kunde visa på signifikanta skillnader i behandlingsresultat mellan deltagare som fått och inte fått välja behandlingsinriktning. Resultatet överensstämmer även med Swift och Callahans, (2009) metaanalys, där klienters möjlighet till att välja behandling inte har kunnat bevisas ha en stor påverkan på effektskillnaderna i behandlingar. Resultatet strider däremot mot andra tidigare studier på området (Devine & Fernald, 1973; Handelzalts & Keinan, 2010; Kanfer & Grimm, 1978; Rokke et al. 1991).

Hypoteserna som förutsatte att gruppen som haft en större delaktighet i utformandet av sin stressintervention skulle utföra sin hemuppgift mer frekvent under och efter stressinterventionen än de med mindre delaktighet bekräftades delvis. Gruppen som haft större grad av delaktighet utförde sin uppgift mer frekvent under interventionsperioden. En möjlig tolkning av resultatet är att en ökad grad av delaktighet skapat större engagemang för hemuppgiften, vilket lett till att deltagarna använt sig av strategierna mer frekvent under

interventionsperioden. Engagemanget kan vara en följd av att deltagarna i Grupp1 aktivt fick delta i utformningen av hemuppgiften. Detta genom att deltagarnas egna tankar, kring vilka copingstrategier som kunde vara hjälpsamma för dem, tydligare togs till vara i hemuppgiften. Deltagarna i grupp 2 tilldelades copingstrategier och hade inte samma möjlighet att matcha strategierna med sina värderingar om vad som kunde vara hjälpsamt för dem (Handelzalts och Keinans, 2010). Matchningen i grupp 1 kan ha resulterat i att deltagarna använde sig av strategierna mer frekvent i sin vardag.

Seligman et al. (2005) påvisade att deltagare som upplevde en mer bestående effekt av interventioner uppgav sig ha assimilerat övningarna från hemuppgifterna i sina liv. Det fanns inte någon signifikant skillnad mellan grupperna i föreliggande studie angående hur frekvent de utfört hemuppgiften efter interventionsperioden. Delaktigheten ökade inte tendensen hos deltagarna att assimilera copingstrategierna från hemuppgiften i sina liv. Detta kan ha ett samband med avsaknaden av skillnad, gällande effekten av interventionerna, mellan de två grupperna. Om en skillnad i effekt påvisats skulle även en skillnad i assimilation av copingstrategierna varit möjlig.

Hypotesen gällande sambandet mellan delaktighet och bortfallet i studien kunde inte bekräftas i föreliggande studie. En utgångspunkt i studien var att en större delaktighet kunde öka deltagarnas benägenhet att fullfölja studien. Resultatet visar på en tendens till att fler deltagare är kvar i studien och svarar på uppföljningen (T2) när de får en större delaktighet i utformandet av sin stressintervention, men skillnaden mellan grupperna är inte signifikant. Enligt metaanalysen av Swift och Callahan (2009) har möjligheten att välja behandlingsmetod ett signifikant samband med benägenhet att slutföra behandlingen, vilket inte kan styrkas i föreliggande studie. En möjlig förklaring till detta resultat är att bortfallet i en längre behandling skiljer sig från bortfallet i föreliggande studie. Resultaten bör av den anledningen tolkas med försiktighet. Föreliggande studie använde sig av en nätbaserad uppföljning som inte var tidskrävande. Detta möjliggjorde ett högt deltagarantal som fullföljt studien. Därmed blev antalet deltagare i bortfallsanalysen litet, något som försvårade tolkningen av bortfallet.

Avslutningsvis bör det påpekas att synen på delaktighet och val i föreliggande studie skiljer sig från studierna i Swift och Callahans metaanalys (2009). Tidigare studier undersöker främst valsituationer och delaktighet som uppkommer vid val av behandling i ett initialt skede av vårdplanering. Delaktigheten i föreliggande studie handlar främst om den frihet som klienten ges att vara med och bestämma hur hemuppgiften ska utformas. Detta

skiljer sig från de behandlingsval som traditionellt behandlas av forskningen. Resultaten i studien bör därför beaktas i ljuset av dessa skillnader och är därför svåra att jämföra med andra studier inom preferensforskning.

Den föreliggande studien har inte haft som avsikt att skilja åt om det är att få sina preferenser tillgodosedda eller om det är själva valet som är avgörande för de variabler som mättes. Det är möjligt att gruppen som tilldelades copingstrategier även till viss del fick sina preferenser tillgodosedda. Om det är matchningen mellan copingstrategier och preferenserna som är avgörande så kan detta förklara varför inga signifikanta skillnader kunde hittas mellan gruppernas effekt av interventionen. Om det däremot är själva valet som är den avgörande faktorn, vilket visat sig i tidigare studier (Kanfer & Grimm, 1978; Handelzaltz & Keinan, 2010; Rokke et al., 1991), borde rimligtvis gruppen som fått välja sina egna copingstrategier haft större fördel av interventionen. Deltagarna i föreliggande studie har inte konfronterats med tydligt uttalade val. Delaktigheten har istället introducerats i fler och mindre tydliga valsituationer. Delaktigheten i studien kan därför antas handla mer om att deltagarna fått sina preferenser tillgodosedda än om valet som ett uttryck för deras autonomi.

Metoddiskussion

Deltagare. Deltagarantalet gällande sambandet mellan delaktighet och bortfallet i studien kan betraktas problematiskt. Grupperna som jämförs består av deltagare som avbrutit sitt deltagande i studien. De flesta deltagare fullföljde studien, vilket leder till att bortfallet i båda grupperna är små. Samtidigt finns det en tydlig tendens i materialet som följer hypotesen att fler deltagare stannar kvar i studien om de får en större delaktighet i utformandet av hemuppgiften i stressinterventionen. En intervention som hade gett större utrymme för fler deltagare att avbryta studien, skulle ha kunnat öka signifikansen i denna tendens. Detta skulle dock kunnat medföra färre deltagare i prövningen av de övriga hypoteserna.

I databearbetningen gjordes inga analyser utifrån en gruppering av deltagarna i studenter och lärare. Detta på grund av avsaknad av specifik teori om hur lärare och studenter skiljer sig angående delaktighet och stress. Deltagarantalet gav heller inget större utrymme för en uppdelning i mindre grupper. Att deltagarna rekryterades från olika populationer talar för en högre extern validitet. Resultatet kan förväntas visa på mer generella tendenser och kan relateras till en större population. Däremot kan heterogeniteten i urvalet ha minskat den interna validiteten i studien.

Deltagarna i studien rekryterades ur sammanhang där deltagarna sannolikt kände varandra. Risken finns att en viss kommunikation skett mellan deltagarna mellan grupp 1 och grupp 2, trots att alla deltagare instruerades att inte diskutera studien med varandra. En sådan kommunikation kan ha påverkat resultatet då deltagarna kan ha fått insyn i skillnaderna mellan försöksgruppernas interventioner, något som begränsar kontrollen av variablerna som manipuleras i studien.

Seminarieledare. Det finns en möjlighet att seminarieledarna omedvetet skapat en bias till den ena gruppens fördel. Detta då seminarieledarna varit införstådda med hypoteserna i studien och därmed riskerat att agera med mer engagemang och entusiasm i arbetet med gruppen som förväntats prestera bättre i sin intervention. Det finns även en möjlighet att seminarieledarna överkompenserat för en sådan bias och därmed påverkat resultatet i motsatt riktning. Instruktionerna (bilaga 3) har dock haft som syfte att standardisera presentationerna i båda grupperna och seminarieledarna har varit införstådda med vikten av att inte nyansera informationen till någon gruppens fördel. Dessutom har grupperna skapats först i det sista momentet på seminariet för att säkerställa en hög grad av likhet i bemötandet av de båda grupperna.

Interventionen. Då deltagarna direkt randomiserades till de två olika grupperna bör båda grupperna ha bestått av deltagare med lika starka preferenser. Denna metod är i jämförelse med andra tillvägagångssätt det mest lämpliga för att studera preferensernas effekt på utfallet (Swift & Callahan, 2009). Det finns dock designmässiga skillnader i konstruerandet av hemuppgiften mellan de två grupperna. En aspekt att ta i beaktande vid tolkningen av resultaten är att grupperna till viss del använde sig av olika copingstrategier under interventionsperioden. Trots att de av deltagarna valda strategierna i stort sammanföll med strategierna som tilldelats den andra gruppen kan skillnaden ändå ha påverkat resultatet. Det är möjligt att vissa copingstrategier var lättare att använda frekvent. Detta kan förklara en del av skillnaden i engagemang mellan grupperna.

Gruppen som var mer delaktig i utformandet av sin hemuppgift tillbringade mer tid med att formulera den än den andra gruppen. Detta kan vara en bidragande faktor till att den mer delaktiga gruppen även engagerat sig mer i genomförandet av sin hemuppgift. En annan faktor som kan ha påverkat resultatet var att båda grupperna själva fick formulera egna exempel på de copingstrategier de valt eller blivit tilldelade. Detta moment hade inslag av delaktighet och medfört att skillnaderna i den upplevda delaktigheten mellan grupperna minskade.

Stressinterventionen som används i föreliggande studie konstruerades i syfte att skapa en intervention som kunde möjliggöra olika grader av delaktighet och har inte tidigare validerats. En validering av stressinterventionen ingick inte heller i studiens syfte. Studien har utgått från att stressinterventionen påverkat deltagarnas upplevda stress. Detta har dock inte varit en av frågeställningarna för föreliggande studie. För att utvärdera interventionernas effekt hade det krävts en kontrollgrupp, vilket hade minskat deltagarantalet i de två grupperna avsevärt. Utifrån den tidsbegränsning som fanns hade en uppföljning inte heller kunnat utföras, vilket hade behövts för att avgöra eventuella långsiktiga effekter.

Mätinstrument. Trots att reliabiliteten och validiteten i PSS är hög kan det ifrågasättas om PSS fångar in de förändringar som skett mellan för- och eftermätning. Även om stressinterventionen i föreliggande studie inte påvisat någon signifikant minskning av upplevd stress så kan interventionen ändå haft andra fördelar för deltagarna. Bland kommentarer som lämnats vid uppföljningarna (T2 & T3) nämner en del deltagare att de fått en ökad medvetenhet vid stress, även i fall där de inte implementerat några nya strategier i sin vardag. Detta beskrivs som något hjälpsamt och kan ha långsiktiga effekter på stress som inte fångas upp av studien.

De två självskattningarna som användes för att mäta hur frekvent deltagarna använt sig av sina copingstrategier är däremot konstruerade till föreliggande studie och inte tidigare validerade. Hur valida dessa frågor är för att mäta engagemang hos deltagarna kan ifrågasättas.

Etiska metodöverväganden

I föreliggande studie är interventionen egenkonstruerad och därmed ovaliderad. Därmed är det etiskt problematiskt att erbjuda interventionen till personer med svårare stressproblematik som i stället skulle kunna erbjudas evidensbaserad hjälp. Av denna anledning har studien genomförts med deltagare som rekryterats ur en normalpopulation, trots att forskningen kring delaktighet i hälsorelaterade interventioner behandlar främst medicinska och psykoterapeutiska behandlingar.

Förslag till fortsatt forskning

Syftet med denna studie är att undersöka betydelsen av delaktighet i en stressintervention. Under arbetets gång har författarna till föreliggande studie observerat avsaknaden av teori och forskning på delaktighet i psykologisk behandling. Det finns

närliggande begrepp för att beskriva delaktighet, som terapeutisk allians och kollaborativt arbetssätt, men dessa tycks inte beskriva delaktighet så som det definieras i föreliggande studie. Utifrån dessa förutsättningar har det varit svårt att rama in studiens resultat utifrån tidigare forskning.

Stressinterventionen i studien har dessutom genomförts i grupp, vilket skiljer sig från den generella riktningen på forskning som undersökt preferensers påverkan på behandling. Relationen mellan en seminarieledare och en grupp klienter kan inte likställas med en dialog som förs mellan en behandlare och en enskild klient. Delaktighet i ett gruppformat är förmodligen inte detsamma som delaktighet i en individuell behandling.

Enligt Rokke et al. (1991) är det möjligt att det inte är till hjälp att få välja copingstrategier för personer som saknar tilltro till sin egen förmåga att påverka sin situation. Det är sannolikt att effekten av klienters delaktighet i behandlingen varierar beroende på problematikens art. Vidare forskning behövs för att få klarhet i om klientdelaktighet är önskvärt i utformandet av interventioner för stressade personer. Med hänsyn till att stress ofta har ett samband med en förlust av kontroll (Theorell, 2005) är detta högst relevant i behandling av stress.

Då det i nuläget finns varierande resultat angående vilken roll patienten föredrar att ha i beslutsfattandet i behandlingen (Adams & Drake, 2006; Auerbach, 2001) bör det undersökas hur klienter inom psykologisk behandling ser på sin delaktighet. Vidare forskning kan utreda vilken roll klienter föredrar att ha i de beslut som tas under behandlingens gång och hur de eventuella individuella olikheterna bäst bemöts.

I en del psykologiska behandlingsformer har hemuppgifter en central roll och det är viktigt att klienter engagerar sig i genomförandet av dessa. Utifrån resultatet i föreliggande studie tycks deltagarna utföra sin hemuppgift mer frekvent när det får en större delaktighet i utformandet av den. Vidare forskning krävs för att klargöra hur man skapar denna delaktighet i psykologiska behandlingar och interventioner.

Slutsatser

Föreliggande studie har inte kunnat påvisa något signifikant samband mellan delaktighet och effekten av interventionen. Något samband mellan delaktighet och bortfall i studien har inte heller kunnat konstateras. Däremot tyder resultatet på att det finns ett samband mellan delaktighet och deltagarnas engagemang i sin hemuppgift. Sambandet begränsas dock till den

period som deltagarna blivit instruerade att göra hemuppgiften och kunde inte längre observeras efter periodens slut.

Resultatet i studien öppnar för frågor kring vilken roll delaktighet har i psykologisk behandling. Då delaktigheten i studien tycks ha ett samband med engagemanget i genomförandet av hemuppgifter väcks frågan hur delaktighet kan införlivas i fler sammanhang än en stressintervention på gruppnivå. Det är en metodologisk utmaning att genom experimentella studier utforska delaktighetens påverkan på behandling och bortfall. Framtida forskning behöver därför fortsätta att utveckla kreativa lösningar för detta ändamål.

Referenser

- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared decision-making and evidence-based practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105. doi: 10.1007/s10597-005-9005-8
- Aldwin, C.M. (1994). Stress, coping and development. New York: The Guilford Press.
- American Psychological Association presidential task force on evidence-based practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-286. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Auerbach, S. M. (2000). Should patients have control over their own healthcare?: Empirical evidence and research issues. *Annals of Behavioral Medicine*, 22 (3), 246-259. doi: 10.1007/BF02895120
- Auerbach, S. M. (2001). Do patients want control over their own healthcare?: A review of measures, findings, and research issues. *Journal of Health Psychology*, 6(2), 191-203. doi: 10.1177/135910530100600208
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067. doi: 10.1037/0021-9010.88.6.1057
- Bond, F. W., & Hayes, S. C. (2002). Act at work. I Bond, F. W., & Dryden, W. (Eds.), *Handbook of brief cognitive behavior therapy* (s. 117-139). Brisbane, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brehm, S. S. & Smith, T.W. (1986). Social psychological approaches to psychotherapy and behavior change. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3 uppl.,s. 69-115). New York: Wiley.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 561-571. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.22517.x
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioral disorders: From the Lundby study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 91(5), 322-330. doi: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09789.x
- Charles, C., Gafni, A., & Wheelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-692. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Clarke, G., Hall, R. T., & Rosencrance, G. (2004). Physician-patient relations: No more models. *The American Journal of Bioethics*, 4(2), 16-19. Hämtat från

- http://bioethics.net/journal/pdf/4.2_IF_w16_ClarkeEtal.pdf
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Hämtat från <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/2136404.pdf?acceptTC=true>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- d’Elia, G. (2008). *Kognitiv Psykoterapi: Ett samarbetsprojekt med patienten*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Devine, D.A., & Fernald, P. S. (1973). Outcome effects of receiving a preferred, randomly assigned, or nonpreferred therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 41(1), 104-107. doi: 10.1037/h0035617.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221 - 2226. Hämtad från <http://www.gduval.com/Emanuel%20Phys%20Pt%20Relp%20JAMA%201992.pdf>
- Elkin, I., Yamaguchi, J., Arnkoff, D., Glass, C., Sotsky, S., & Krupnick, J. (1999). “Patient-treatment fit” and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 437-451 doi: 10.1080/10503309912331332851
- Eskin, M., & Parr, D. (1996). *Introducing a swedish version of an instrument measuring mental stress*. (Rapport nr 813). Stockholms universitet, Institutionen för psykologi.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: theory/research/practice/training*, 38(4), 455-461. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.455
- Gordon, R. B. (1976). Effects of volunteering and responsibility on the perceived value and effectiveness of a clinical treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(5), 799-801. doi: 10.1037/0022-006X.44.5.799
- Grantham, R. J., & Gordon, M. E. (1986). The nature of preference. *Journal of Counseling & Development*, 64, 396–400. Hämtad från Academic Search Complete with Full Text.
- Handelzalts, J. E., & Keinan, G. (2010). The effect of choice between test anxiety treatment options on treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 20(1), 100-112. doi:

10.1080/10503300903121106

- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 501–508, doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00757.x
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1978). Freedom of choice and behavioral change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 873-878. doi: 10.1037/0022-006X.46.5.873
- Larsson, M. F., & Wisung, H. (2005). *Fri från oro, ångest och fobier: Råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levi, L. (2005). Stress - en översikt: Internationella och folkhälsoperspektiv. I Ekman, R., & Arnetz, B., (Red.) *Stress: Individ, samhället, organisationen, molekylerna*. (s. 56-71). Stockholm: Liber AB.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble M. A. (1997) *Escape from babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W. W. Norton & Company
- Nakamura, Y. M., & Orth, U. (2005). Acceptance as a coping reaction: Adaptive or not? *Swiss Journal of Psychology*, 64(4), 281-292. doi: 10.1024/1421-0185.64.4.281
- Persson, L.-O. (1985). *Strategier att bemöta stress: Presentation av ett frågeformulär*. (Rapport nr 5). Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Piper, W. H., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: theory/research/practice/training*, 36(2), 114-122. doi:10.1037/0033-3204.36.2.114
- Rokke, P. D., Absi, M. A., Lali, R. & Oswald, K. (1991). When Does a Choice of Coping Strategies Help?: The Interaction of choice and locus of control. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(5), 491-504. doi: 10.1007/BF00845106
- Rokke, P. D., Tomhave, J. A., & Jovic, Z. (1999). The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging*, 14(1). doi: 10.1037//0882-7974.14.1.155
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256-264. doi: 10.1037/h0079328

- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- SFS1998:531. *Yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens område*. Hämtad 2010-12-01, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>
- Sideridis, G. D. (2006). Coping is not an 'either' 'or': The interaction of coping strategies in regulating affect, arousal and performance. *Stress and Health*, 22, 315-327. doi: 10.1002/smi.1114
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216-269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/Documents/2005_12.pdf
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Sveriges Psykologförbund (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund. Hämtad 2010-10-07 från <http://www.psykologforbundet.se/SiteCollectionDocuments/Yrket/yrkesetiska.pdf>
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368-381. doi: 10.1002/jclp.20553
- Snow, R. E. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 205-216. doi: 10.1037/0022-006X.59.2.205
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping: Linking theory, research, and practice. *The American Psychologist*, 55(6), 626-636. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.626
- Theorell, T. (2004). Stressmekanismer och sjukskrivning. I C. Hogstedt, M. Bjurvald, S. Marklund, E. Palmer, & T. Theorell. (Red.), *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens* (Rapport nr 2004:15, s. 255-276). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Theorell, T. (2005). Att kunna utöva kontroll över sin egen situation - en förutsättning för

hantering av upprepad och uttalad negativ stress. I Ekman, R., & Arnetz, B. (Red.) *Stress - Individen, samhället, organisationen, molekylerna* (s. 282-291) Stockholm: Liber AB.

Information till deltagare i stressintervention

Många studier visar på att stressrelaterade sjukdomar ökar i vårt samhälle och fler känner sig överbelastade av de krav de utsätts för i arbetet och i vardagen. För att möta detta växande problem så behöver vi utveckla våra stressinterventioner. Syftet med den här studien är att utpröva effekten av en kort stressintervention och att öka kunskapen om utformningen av stressinterventioner.

Att delta i interventionen innebär att du:

- fyller i frågeformulär vid två tillfällen och svarar på ytterligare frågor en tid efter interventionen
- deltar i den cirka 1 timme långa interventionen
- får en hemuppgiften för de 14 kommande dagarna
- inte diskuterar studien med andra deltagare under den tid som studien pågår

Alla enkätsvar och personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och inga namn på deltagare kommer därför att vara tillgängliga för någon annan än för oss som arbetar med studien. I bearbetningen av materialet kommer alla insamlade uppgifter att koda om till siffror och det finns därför ingen möjlighet att identifiera en enskild person. Presentation av resultat kommer att göras på gruppnivå och det kommer inte att gå att utläsa hur enskilda personer har svarat. Alla enkätsvar och personuppgifter kommer enbart att användas i forskningssyfte och förstöras efter studiens slut.

Vi vill på förhand tacka för din medverkan och för ditt bidrag till ökad kunskap om stressinterventioner!

Denna studie görs inom ramen för det avslutande examensarbetet på Psykologprogrammet vid Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Arbetet skrivs av studenterna Rauli Sulanko och Henni Wiik och handleds av Jan-Åke Jansson, universitetslektor.

Henni Wiik
henni.wiik@live.se

Rauli Sulanko
rausul@gmail.com

Jan-Åke Jansson
Fil. dr universitetslektor
Jan-Ake.Jansson@psychology.lu.se

0734100652

0736832115

Jag är medveten om att deltagandet i studien är frivilligt och att jag har rätt att närsomhelst avbryta min medverkan. Jag godkänner att materialet används i examensuppsatsen utifrån de villkor som angetts ovan. Jag samtycker till att delta i denna stressintervention.

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Copingstrategier (sida 1)

Självförtroende

Att lita på sig själv i svåra situationer.

Accepterande

Att finna sig i den svåra situationen.

Problemlösning

Att aktivt ta itu med svåra situationer genom en handlingsplan av något slag.

Ritualer

Att lita på tur och vidskeplighet.

Önsketänkande

Att hoppas och önska att problem kommer att försvinna på något sätt.

Humor

Att se det humoristiska i svåra situationer.

Värdeförankring

Att i svåra situationer framhäva vikten av det man gör.

Bedövning

Att självmedicinera sig för att må bättre.

Informationssökande

Att söka information om den svåra situationen.

Professionell hjälp

Att söka hjälp hos en sakkunnig.

Uthållighet

Att stå ut med situationen och dess konsekvenser.

Copingstrategier (sida 2)

Isolerande aktivitet

Att söka sig ifrån andras närvaro.

Optimism

Att betrakta problem utifrån en mer positiv synvinkel eller se dem som utmaningar.

Socialt stöd

Att söka stöd, råd och uppmuntran från familj, vänner och andra närstående.

Jämförelse med andra

Att konstatera att andra trots allt har det värre.

Substitution

Att undvika problem genom att mentalt eller kroppsligt engagera sig i något annat.

Framförhållning

Att förbereda sig på förhand för att undvika problem.

Självkritik

Att anklaga sig själv för att inte ha lyckats lösa problemet.

Resignation

Att ge upp.

Katharsis

Att lätta på trycket genom att uttrycka sina känslor.

Religion

Att lita på sin andliga tro.

Manus till stressintervention

Håll dig så nära manuset i din presentation som möjligt för att garantera att alla får samma instruktioner och förklaringar. Vid frågor, svara så gott du kan på dessa utifrån materialet.

Förberedelser

Sätt upp lapp om salnummer nere i lobbyn.
Se till att formulären är blandade.
Starta PowerPoint-presentationen på datorn.
Se till att det finns stolar till alla i båda rummen.

Introduktion

Välkomna deltagarna. Presentera er och syftet med studien:

(Slide 1) "Syftet med studien är att utpröva effekten av en stressintervention och öka kunskapen om utformningen av stressinterventioner."

Be deltagarna skriva namn och e-postadress på första bladet.

(Slide 2) Gå igenom programmet för dagen.

- Genomgång av informerat samtycke.
- Formulär om stress (PSS).
- Kort om stress och copingstrategier.
- Genomgång av 21 copingstrategier.
- Uppdelning i mindre grupper.
- En hemuppgift presenteras.

Informerat samtycke

Be deltagarna att följa med i sina formulär medan du går igenom informerat samtycke.

(Slide 3) "Att delta i studien innebär att ni:

- Fyller i frågeformulär vid två tillfällen. Ett idag och ett om 14 dagar. Du kommer även att få svara på några korta frågor fyra veckor efter interventionen. Alla frågeformulär efter idag kommer att ske via nätet.
- Deltar i hela den 1 timme långa interventionen som hålls här idag.
- Får en hemuppgift som du genomför under de 14 kommande dagarna.

(Slide 4)

- Inte diskuterar studien med andra deltagare under den tid som studien pågår.
- Alla enkätsvar och personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt.
- Alla enkätsvar och personuppgifter kommer enbart att användas i forskningssyfte och förstöras efter studiens slut.
- Ditt deltagande i studien är frivilligt och du när som helst har rätt att avbryta din medverkan utan särskild förklaring.

Ni ger ert samtycke till att delta genom att skriva under formuläret för informerat samtycke."

PSS

Instruera deltagarna att fylla i PSS. Be dem att först läsa instruktionerna noggrant.

Stress och copingstrategier

(Slide 5) "Vad är stress? Vi blir stressade då vi befinner oss i svåra och krävande situationer som vi tolkar som hotfulla och då vi upplever att vi inte har tillräckliga resurser för att hantera dessa situationer. Stressreaktionen är nödvändig i situationer där vi måste prestera intensivt under en kort period men kan bli mycket påfrestande för oss om den blir långvarig.

Individens sätt att hantera stress brukar sammanfattas i begreppet coping. Vi använder oss av olika copingstrategier som avgör hur vi lyckas med att hantera stress. Antingen använder vi oss av strategier som handlar om att förändra orsaken till stress eller så reglerar vi känslorna som stressen orsakar. Man kan alltså fokusera på problemet som uppstått och försöka lösa det på olika sätt eller så kan man fokusera på att hantera sina känslor som man upplever i situationen. Det finns forskning som visar att en kombination av både emotionsfokuserade och problemfokuserade copingstrategier kan vara det bästa sättet att lindra stress.

Det finns en mängd olika sorters strategier som vi använder oss av. Bland de specifika copingstrategierna lyfts det inom forskningen ofta fram strategier som konfronterar problemet. Även strategier där man söker socialt stöd och strategier som undviker alltande har generellt en stressreducerande effekt. Samtidigt är vi olika som människor och befinner oss i olika situationer. Våra strategier och deras effektivitet skiljer sig från människa till människa."

(Slide 6) "Man har genom intervjuer och frågeformulär kunnat hitta likheter mellan strategier som folk använder sig av och grupperat dessa till olika kategorier. Det är dessa kategorier som vi kommer att presentera för er. Listan på strategier är inte komplett men den täcker in ganska mycket. Ni kommer att märka att strategierna emellanåt kan överlappa varandra och likna varandra på olika sätt. Vi kommer att förklara dem här med några exempel men de kan givetvis tillämpas på flera andra sätt. Presentationen kan ses som en möjlighet att bredda den egna repertoaren av strategier man själv använder sig utav. Strategierna presenteras inte i någon särskild ordning."

(Slide 7) "Under presentationens gång vill vi att du stryker de strategier som du personligen inte tror att kan vara till hjälp för dig i din nuvarande situation eller som du inte förstår innebörden av."

Hör om det finns några frågor innan du går vidare med genomgången av stressinterventionerna.

Genomgång av copingstrategier

(Slide 8) Självförtroende - Att lita på sig själv i svåra situationer.

Man tänker kanske att: *Jag kommer att klara det här för jag har lyckats tidigare.*

Eller att: *Det här är något jag är bra på.*

Detta är bara exempel, ni kanske själva har andra exempel som passar bättre in i hur ni tänker.

(Slide 9) Accepterande - Att finna sig i den svåra situationen.

Man säger kanske åt sig själv att:

Jag kan inte styra det som händer så då får det vara så.

Eller att: *Skadan har redan skett, nu får jag finna mig i det som kommer.*

(Slide 10) Problemlösning - Att aktivt ta itu med svåra situationer genom en handlingsplan av något slag.

Det kan till exempel handla om att:

Se över sina alternativ och välja det bästa.

Jag skriver en lista över vilken ordning saker ska göras.

(Slide 11) Ritualer - Att lita på tur och vidskeplighet.

Bara jag gör allt i exakt rätt ordning så händer inget dåligt.

Om jag tar på mig turtröjan så lyckas jag.

(Slide 12) Önsketänkande - Att hoppas och önska att problem kommer att försvinna på något sätt.

Man kan till exempel tänka att: *Det löser sig trots att jag just nu inte vet hur.*

Eller att: *Nästa vecka blir säkert bättre.*

(Slide 13) Humor - Att se det humoristiska i svåra situationer.

Ironiskt att just jag hamnat i den här situationen.

En dag kommer jag att skratta åt det här.

(Slide 14) Värdeförankring - Att i svåra situationer framhäva vikten av det man gör.

Det här är min första prioritet och allt annat får vänta.

Detta är viktigt för andra och därför har jag inget annat val.

(Slide 15) Bedövning - Att självmedicinera sig för att må bättre.

Jag tar en öl eller ett glas vin för att slappna av.

En ciggpaus är vad jag behöver.

(Slide 16) Informationssökande - Att söka information om den svåra situationen.

*Om jag inte vet vad de andra tycker så kan jag inte ta ett beslut.
Jag tar reda på så mycket som möjligt om personerna jag ska träffa så blir det ett bättre möte.*

(Slide 17) Professionell hjälp - Att söka hjälp hos en sakkunnig.

*Någon utomstående att samtala med skulle hjälpa mig.
Jag ringer en specialist och hör vad jag ska göra.*

(Slide 18) Uthållighet - Att stå ut med situationen och dess konsekvenser.

*Där jag kommer ifrån ger man inte upp.
Det är bara att bita ihop och köra på.*

(Slide 19) Isolerande aktivitet - Att söka sig ifrån andras närvaro.

*Om jag blir lämnad ifred så slipper jag andras förväntningar.
Jag låter bli att svara i telefon och ringer upp imorgon istället.*

(Slide 20) Optimism - Att betrakta problem utifrån en mer positiv synvinkel eller se dem som utmaningar istället för hot.

*Detta kommer jag att lära mig något av.
Det kommer att vara skönt att få det här gjort.*

(Slide 21) Socialt stöd - Att söka stöd, råd och uppmuntran från familj, vänner och andra närstående.

*När jag pratar med mina föräldrar så ska jag be dem om råd.
Jag ringer min vän och planerar något kul till helgen.*

(Slide 22) Jämförelse med andra - Att konstatera att andra trots allt har det värre.

*Tur att jag inte är i samma sits som min kollega.
Jag har i alla fall goda förutsättningar att klara av situationen jämfört med andra.*

(Slide 23) Substitution - Att undvika problem genom att mentalt eller kroppsligt engagera sig i något annat.

*Om jag städar lite först så blir det trevligare att sätta igång.
Jag tar mig en promenad så att jag kommer ut lite idag.*

(Slide 24) Framförhållning - Att förbereda sig på förhand för att undvika problem.

*Om jag gör en del av arbetet idag så får jag inblick i vad som ska göras.
Jag skaffar mig alternativa planer om det första inte fungerar.*

(Slide 25) Självkritik - Att anklaga sig själv för att inte ha lyckats lösa problemet.

*Jag misslyckas alltid med den här typen av uppgifter.
Det här borde jag ha klarat av vid det här laget.*

(Slide 26) Resignation - Att ge upp

*Det här fungerar inte så jag lägger ner.
Jag hör av mig till dem imorgon och säger att jag inte klarade av uppgiften.*

(Slide 27) Katharsis - Att lätta på trycket genom att uttrycka sina känslor.

*Jag slår på väggen tills det känns bättre igen.
Nu släpper jag allt och bara gråter.*

(Slide 28) Religion - Att lita på sin andliga tro.

*Om Gud vill.
Det rätta och goda belönas alltid till slut.*

Gruppuppdelning

Instruera alla deltagare med udda siffror i sin kod på försättsbladet (grupp 1) att stanna kvar. Resterande deltagare (grupp 2) följer med den andra seminarieledaren till ett annat rum.

Grupp 1

"Ni har nu fått en genomgång om vanliga strategier människor brukar använda när de möter på stress. Ni har också strukit de strategier som ni inte anser kan vara till hjälp för er i er nuvarande situation eller som ni inte förstår.

Titta nu på de återstående strategierna och skriv kort på raden under om hur du kunde använda dig av dem i din vardag. Hitta egna exempel på hur du kunde tänka och handla som passar in i ditt liv just nu. Om du inte kommer på något sätt som du kunde använda dig av strategin, stryk den också och gå vidare till nästa.

(Blir det färre än fyra strategier kvar: Se över dem en gång till och se om det kan finnas någon som du kunde ompröva.)

Välj nu ut de fyra strategierna som du tror mest på och sätt ett kryss intill dem."

Dela ut formulär för hemuppgiften.

"Skriv dina fyra strategier på lappen. Skriv upp dessa fyra strategier på lappen. Skriv kort på raden under hur du kunde använda dig av dem i din vardag. Hitta egna exempel på hur du kunde tänka och handla som passar in i ditt liv just nu.

Ta den här lappen med dig hem. Använd aktivt någon eller några av dessa strategier när du möter på stressiga situationer eller känner dig stressad under de kommande 14 dagarna. Diskutera inte strategierna med andra deltagare i studien så länge studien pågår. Vi vill inte att dina svar i uppföljningen ska ha blivit färgade av andras åsikter."

Informera åter om de två uppföljningarna: om 14 respektive 28 dagar, via en länk som skickas via e-post. Samla in formulär. Avsluta med att tacka deltagarna och önska dem lycka till.

Grupp 2

Skriv upp följande strategier på tavlan:

Socialt stöd
Problemlösning
Framförhållning
Acceptans

"Ni har nu fått en genomgång om vanliga strategier som människor brukar använda då de utsätts för stress. Ni har kanske också hunnit reflektera kring hur strategierna är relevanta i era liv. I nästa moment ska vi fokusera på fyra strategier.

Copingstrategierna delas ofta upp i problemfokuserade- och emotionsfokuserade strategier. Med det menas att vissa strategier man använder sig av riktar mot att hantera problemet i sig, som problemlösning och framförhållning, medan andra strategier fokuseras på känslorna som uppstår i och med problemet, som acceptans och socialt stöd. Det finns forskning som visar att en kombination av dessa två typer av strategier kan vara det bästa sättet att lindra stress.

Bland de specifika copingstrategierna lyfts det inom forskningen ofta fram strategier som konfronterar problemet, som problemlösning och framförhållning. Även strategier där man söker socialt stöd och strategier som undviker ältande, som acceptans, har generellt en stressreducerande effekt."

Dela ut formulär för hemuppgiften.

"Skriv upp dessa fyra strategier på lappen. Skriv kort på raden under hur du kunde använda dig av dem i din vardag. Hitta egna exempel på hur du kunde tänka och handla som passar in i ditt liv just nu.

Ta den här lappen med dig hem. Använd aktivt någon eller några av dessa strategier när du möter på stressiga situationer eller känner dig stressad under de kommande 14 dagarna. Diskutera inte strategierna med andra deltagare i studien så länge studien pågår. Vi vill inte att dina svar i uppföljningen ska ha blivit färgade av andras åsikter."

Informera åter om de två uppföljningarna: om 14 respektive 28 dagar, via en länk som skickas via e-post. Samla in formulär. Avsluta med att tacka deltagarna och önska dem lycka till.

Copingstrategier

Strategi: _____

Eget exempel: _____

Strategi: _____

Eget exempel: _____

Strategi: _____

Eget exempel: _____

Strategi: _____

Eget exempel: _____

Ta den här lappen med dig hem. Använd aktivt någon eller några av dessa strategier när du möter på stressiga situationer eller känner dig stressad under de kommande 14 dagarna. Diskutera inte strategierna med andra deltagare i studien så länge studien pågår. Vi vill inte att dina svar i uppföljningen ska ha blivit färgade av andras åsikter.