
Kandidatspeciale

Ved Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet

Health

Mindfulness til unge

Evalueringen af en pilottest af et mindfulnessbaseret program til unge leveret på ungdomsuddannelser

Dette speciale er udarbejdet af:
Emilie Hasager Bonde

Studienummer:
20113147

Hovedvejleder:
Lise Juul, lektor
Institut for Klinisk Medicin, Dansk Center for Mindfulness,
Aarhus Universitet

Antal anslag, inkl. mellemrum:
190.620

Afleveringsdato:
02.01.2020

Der gives hermed tilladelse til, at dette speciale må udlånes til instituttets opgavebank



Forord

En stor tak skal lyde til Dansk Center for Mindfulness, der har stillet data og specialeplads til rådighed samt udgjort gode kolleger og sparringspartnere. Særligt ønsker jeg at takke min vejleder, Lise Juul, for faglige bidrag, god og konstruktiv vejledning inden for statistisk metode og komplekse interventioner samt venlig og moralsk støtte gennem specialeprocessen.

Abstract

Title: Mindfulness for young people. The evaluation of a feasibility trial of a mindfulness-based program for young people delivered in secondary education.

Background: There has been a rise in the proportion of young people reporting bad mental health. The Parliament granted Danish Centre for Mindfulness DKK 12.5 million to educate secondary school teachers to deliver a mindfulness-based program to young pupils. The education takes place in the research project, *Stress free Everyday Life for Young People*, which aim it is to evaluate the effect of educating teachers to deliver mindfulness to young pupils. A feasibility trial of the program was conducted in Autumn 2018 and Spring 2019.

Aim: The aim of this thesis is to evaluate the feasibility trail in a pre- and post-design using data from 30 secondary schoolers. This brings insight into the tendencies from pre to post participation in the program and knowledge about the possible need for further development of the program before the final evaluation.

Methods: A quasi-experimental design was used in which self-report questionnaires were administered to obtain information about changes in selected outcomes pre to post. The applied questionnaires were: *The Amsterdam Resting-State Questionnaire – 21 Items* (ARSQ-21), *WHO-Five Well-being Index* (WHO-5), *Depression, Anxiety and Stress Scales – 21 Items* (DASS-21), *Brief Resilience Scale* (BRS), *Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS) and *Five-Facet Mindfulness Questionnaire – 15 Items* (FFMQ-15) and questions about sleep amount. Two separate analyses were conducted for high schoolers (n=20) and for pupils from a Social and Health School (n=10). Difference estimates were calculated using paired t-test.

Results: The best bet is that both groups reduce their well-being after the program compared to before. The pupils tend to increase their symptoms of depression and anxiety, while there are ambiguous tendencies for stress and loneliness. Small changes were evident for the other outcomes. Only few of the participants established their own mindfulness-practice during the program.

Conclusion: Part of the result may be confounded by changes in time. Keeping this in mind the results of the feasibility trial indicate that the mental health of young pupils decrease after participation in the program. Further adjustments to the program before the final evaluation is required.

Resumé

Titel: Mindfulness til unge. Evalueringen af en pilottest af et mindfulnessbaseret program til unge leveret på ungdomsuddannelser.

Baggrund: Der er sket en stigning i andelen af unge, der rapporterer et dårligt mentalt helbred. Dansk Center for Mindfulness (DCM) er blevet bevilget 12,5 mio. kr. i satspuljemidler til at uddanne gymnasie- og SOSU-lærere i at levere et mindfulnessbaseret program til unge. Lærerne uddannes i forskningsprojektet, *Stressfri hverdag for unge*, der skal evaluere effekten af at uddanne lærere i at undervise unge elever i mindfulness. Programmet blev pilottestet i efteråret 2018 og foråret 2019.

Formål: Specialets formål er at evaluere pilottesten af det mindfulnessbaserede program målt på før- og efterspørgeskemadata fra gymnasie- og social- og sundhedselever (SOSU) under 25 år (n=30). Det bidrager med indsigt i, hvilke tendenser der ses på udvalgte outcomes fra før til efter programmet, og viden om, hvorvidt yderligere interventionsudvikling er nødvendig, forud for forskningsprojektet.

Metode: Pilottesten har anvendt et quasi-eksperimentelt design, hvor ændringer på udvalgte outcomes er blevet målt ved hjælp af før- og efterspørgeskemaer. Data blev indsamlet via spørgeskemaerne; *The Amsterdam Resting-State Questionnaire – 21 Items* (ARSQ-21), *WHO-Five Well-being Index* (WHO-5), *Depression, Anxiety and Stress Scales – 21 Items* (DASS-21), *Brief Resilience Scale* (BRS), *Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS) og *Five-Facet Mindfulness Questionnaire – 15 Items* (FFMQ-15) samt spørgsmål til de unges søvnmængde. Der blev lavet separate analyser for gymnasieelever (n=20) og SOSU-elever (n=10), og differenseestimer er beregnet ved hjælp af parret t-test.

Resultater: Det bedste bud er, at både gymnasie- og SOSU-elever reducerer deres trivsel fra før til efter programmet. Der er tendens til, at de unges symptomer på depression og angst stiger, mens der er tvetydige tendenser for stress og ensomhed. I de øvrige outcomemål sker små ændringer. Kun få unge etablerer egen mindfulnesspraksis under programmet.

Konklusion: Dele af resultatet kan være confounded af ændringer i tiden. Med dette forbehold indikerer pilottestens resultater, at de unges mentale sundhed forværrer efter deltagelse i programmet. Yderligere tilretninger i programmet inden den endelige evaluering i forskningsprojektet er derfor påkrævet.

Anvendte forkortelser

ARSQ: The Amsterdam Resting-State Questionnaire

ATSPPHS-SF: Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale - Short Form

BNP: Bruttonationalprodukt

BRS: Brief Resilience Scale

CCT: Compassion Cultivating Training

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CI: Sikkerhedsinterval

DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scales – 21 Items

DCM: Dansk Center for Mindfulness

FFMQ: Five-Facet Mindfulness Questionnaire

FN: Forenede Nationer

MBI: Mindfulnessbaseret intervention

MBKT: Mindfulnessbaseret kognitiv terapi

MBSR: Mindfulnessbaseret stressreduktion

MRC: Medical Research Council

MSPTA: Mindfulness Scale for Pre-Teens, Teens, and Adults

n: Antal

PSS: Perceived Stress Scale

RCT: Randomiseret kontrolleret forsøg

SD: Spredning

SOSU: Social og sundhed

SRP: Studieretningsprojekt

T-ILS: Three-Item Loneliness Scale

WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale

WHO: World Health Organization

WHO-5: WHO-Five Well-being Index

Figur- og tabeloversigt

Figurer:

Figur 1: Ubalancer mellem krav og udfordringer og ressourcer.....	15
Figur 2: MRC-modellen.....	24
Figur 3: Normalfordelingskurve af patologiske tilstande i en befolkning	27
Figur 4: Rose's højrisikostrategi og populationsstrategi.....	28
Figur 5: Elementerne i en logisk model	29
Figur 6: Flowdiagram over anvendte videnskabelige artikler	32
Figur 7: Flowdiagram.....	51

Tabeller:

Tabel 1: Dansk Center for Mindfulness' program til unge.....	22
Tabel 2: Bloksøgning i PubMed	31
Tabel 3: Fordelingen af eleverne på uddannelse og klassetrin	33
Tabel 4: Spørgeskemaer anvendt til dataindsamling	36
Tabel 5: The Amsterdam Resting-State Questionnaire – 21 (ARSQ-21).....	38
Tabel 6: Gennemsnitsværdier for de 7 delskalaer i ARSQ-21*.....	39
Tabel 7: WHO-Five Well-being Index (WHO-5).....	40
Tabel 8: Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items (DASS-21)	41
Tabel 9: Sværhedsgrader på delskalaerne; depression, angst og stress, i DASS-21.....	42
Tabel 10: Brief Resilience Scale (BRS).....	43
Tabel 11: Three-Item Loneliness Scale (T-ILS).....	44
Tabel 12: Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items (FFMQ-15).....	45
Tabel 13: Gennemsnitsværdier for de 5 delskalaer i FFMQ-15*	46
Tabel 14: Spørgsmål til de unges søvnængde.....	47
Tabel 15: Baselinekarakteristika for gymnasieelever, der besvarede førspørgeskemaet.....	53
Tabel 16: Baselinekarakteristika for SOSU-elever, der besvarede førspørgeskemaet	54
Tabel 17: Bortfaldsanalyse for gymnasieelever	56
Tabel 18: Bortfaldsanalyse for SOSU-elever.....	57

Tabel 19: Sammenligning før og efter deltagelse i DCM's mindfulnessbaserede program til unge - gymnasieelever.....	60
Tabel 20: Sammenligning før og efter deltagelse i DCM's mindfulnessbaserede program til unge – SOSU-elever	63
Tabel 21: Gymnasieelevernes egen mindfulnesspraksis.....	65
Tabel 22: SOSU-elevernes egen mindfulnesspraksis	66
Tabel 23: Kategorisering af symptomer på depression, angst og stress før og efter	71

Indholdsfortegnelse

FORORD	2
ABSTRACT.....	3
RESUMÉ	4
ANVENDTE FORKORTELSER.....	5
FIGUR- OG TABELOVERSIGT	6
INDHOLDSFORTEGNELSE	8
INTRODUKTION	11
BAGGRUND.....	12
MENTALT HELBRED	12
<i>Dårligt mentalt helbred som et internationalt folkesundhedsproblem</i>	12
<i>Det mentale helbred i Danmark og stress som folkesundhedsproblem</i>	13
DANSKE UNGE OG STRESS	14
EFFEKTIVE PROGRAMMER TIL AT TRÆNE EVNEN TIL AT VÆRE MED LIVETS UDFORDRINGER OG BLIVE OPMÆRKSOM PÅ ALT DET GODE	17
MINDFULNESSBASEREDE INTERVENTIONER TIL UNGE.....	18
STRESSFRI HVERDAG FOR BØRN OG UNGE	19
FORMÅL	20
TEORI.....	21
DANSK CENTER FOR MINDFULNESS' PROGRAM TIL UNGE.....	21
DANSK CENTER FOR MINDFULNESS' INTERVENTION TIL UNGE SOM EN KOMPLEKS INTERVENTION ..	23
MRC-MODELLEN	23
UDVIKLINGSFASEN FOR DEN MINDFULNESSBASEREDE INTERVENTION TIL UNGE	24
<i>Mindfulness</i>	25
<i>MBSR, MBKT og DCM's program til unge; forskelle og ligheder</i>	26
<i>Geoffrey Roses populationsstrategi</i>	27
<i>Programteori for den mindfulnessbaserede intervention til unge</i>	29
PILOTFASEN AF DANSK CENTER FOR MINDFULNESS' INTERVENTION TIL UNGE	29
METODE.....	31

LITTERATURSØGNING	31
STUDIEDESIGN	33
REKRUTTERING OG FREMGANGSMÅDE	33
ETISKE OVERVEJELSER.....	34
DATAINDSAMLING	35
SPØRGESKEMASKALAER OG OUTCOMEMÅL	35
OPERATIONALISERING	36
<i>The Amsterdam Resting-State Questionnaire - 21</i>	37
<i>WHO-Five Well-being Index</i>	39
<i>Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items</i>	40
<i>Brief Resilience Scale</i>	42
<i>Three-Item Loneliness Scale</i>	43
<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items</i>	44
<i>Spørgsmål til de unges søvnsmængde</i>	46
VALIDERING AF DE ANVENDTE SPØRGESKEMAER.....	47
DATAANALYSE	48
RESULTATER	50
STUDIEPOPULATION OG DELTAGERFLOW	50
BASELINEKARAKTERISTIKA	51
SAMMENLIGNING FØR OG EFTER DELTAGELSE I DCM’S MINDFULNESSBASEREDE PROGRAM TIL UNGE	58
<i>Gymnasieelever; sammenligning før og efter</i>	58
<i>SOSU-elever; sammenligning før og efter</i>	61
ETABLERING AF DE UNGES EGEN MINDFULNESSPRAKSIS	64
<i>Gymnasieelevernes egen praksis</i>	64
<i>SOSU-elevernes egen praksis</i>	65
DISKUSSION.....	67
PILOTTESTENS RESULTATER.....	67
<i>Resultater af deltagerkarakteristik ved baseline</i>	67
<i>Resultater af bortfaldsanalysen</i>	68
<i>Pilottestens hovedresultater</i>	68
DISKUSSION AF RESULTATER	70

STYRKER VED PILOTTESTEN	74
BEGRÆNSNINGER VED PILOTTESTEN	75
<i>Selektionsproblemer</i>	75
<i>Informationsproblemer</i>	77
<i>Confounding</i>	78
EKSTERN VALIDITET	79
<i>Sammenligning med tidligere studier</i>	79
DISKUSSION AF METODEVALG I PILOTTESTEN	82
<i>Design</i>	82
<i>Studiepopulationen</i>	83
<i>Måleredskaber</i>	84
<i>Supplerende kvalitativ undersøgelse</i>	85
ERFARINGER FRA PILOTTESTEN	86
KONKLUSION	89
PERSPEKTIVERING	90
LITTERATURLISTE	91
BILAG 1: LOGISK MODEL FOR DCM'S MINDFULNESSBASEREDE INTERVENTION TIL UNGE	99
BILAG 2: SPØRGESKEMAPAKKEN ANVENDT I PILOTTESTEN	100

Introduktion

Danske unges mentale helbred er udfordret. Flere undersøgelser viser, at unges mentale helbred er præget af en støt stigende andel af unge, der rapporterer et højt oplevet stressniveau og dalende livstilfredshed [1, 2]. Denne udvikling indikerer, at der er et behov for indsatser, der kan styrke de unges trivsel. Der er udviklet manualiserede og veldokumenterede mentalt sundhedsfremmende og forebyggende programmer til voksne, mens lignende programmer til unge stadig er på et tidligt stadie [3, 4]. Det er derfor vigtigt at bidrage til udviklingen af sådanne programmer til unge for at kunne fremme den mentale sundhed i denne gruppe.

I efteråret 2017 blev Dansk Center for Mindfulness bevilget 12,5 mio. kr. i statspuljemidler til at uddanne i alt 250 folkeskole-, gymnasie- og erhvervsskolelærere i at undervise børn og unge i mindfulness i skolen [5]. Uddannelsen af lærerne sker i et forskningsprojekt, der hedder ”*Stressfri hverdag for børn og unge*”. I projektet uddannes folkeskolelærere i at undervise i det mindfulnessbaserede program .b [6], mens gymnasie- og erhvervsskolelærere uddannes i at undervise i et mindfulnessbaseret program til unge udviklet af Dansk Center for Mindfulness [7]. Dette speciale vil fokusere på det mindfulnessbaserede program, gymnasie- og erhvervsskolelærere uddannes i at levere på ungdomsuddannelserne.

Stressfri hverdag for unge er et forskningsprojekt, der evaluerer effekten i det virkelige liv af at uddanne lærere på landets gymnasier og erhvervsskoler til at undervise i et mindfulnessbaseret program til unge på ungdomsuddannelserne. Skolerne er randomiserede, og uddannelsen af lærere sker således i to hold. Det første hold lærere uddannes i løbet af år 2020 og andet hold i løbet af år 2021 [7]. Forud for det store forskningsprojekt er der i efteråret 2018 blevet gennemført en pilottest af det mindfulnessbaserede program til unge, hvor certificerede MBSR-undervisere fra Dansk Center for Mindfulness har leveret programmet til 1 gymnasieklasse og 2 Social og Sundheds-klasser (SOSU). Det er resultaterne af denne pilottest, der vil blive evalueret i nærværende speciale.

Baggrund

Mentalt helbred

Befolkningens mentale helbred har over de seneste årtier fået stadig større opmærksomhed internationalt. Fremme af mental sundhed samt forebyggelse af psykiske sygdomme er kommet på dagsordenen som et indsatsområde af stor vigtighed og indgår i FN's verdensmål for år 2030 [8]. Derudover forpligtede medlemsstaterne i Verdenssundhedsorganisationen (WHO) sig i år 2012 til en Aktionsplan om at styrke det mentale helbred gennem sundhedsfremmende og forebyggende indsatser [9].

Ifølge WHO er mental sundhed defineret som: "...en tilstand af trivsel, hvori individet realiserer hans eller hendes evner, kan mestre livets normale udfordringer og stress, kan arbejde effektivt og kan bidrage til hans eller hendes fællesskaber" [10]. Mental sundhed udgøres dermed af et komplekst samspil mellem flere faktorer. Definitionen indeholder et positivt blik, hvorfor mental sundhed ikke er defineret ved fraværet af psykisk sygdom, men derimod er karakteriseret ved tilstedeværelsen af positive kvaliteter såsom mestring af livets udfordringer og at kunne bidrage til fællesskaber [11]. Det mentale helbred kan derfor fremmes ved at styrke disse kvaliteter.

Dårligt mentalt helbred som et internationalt folkesundhedsproblem

Om end mental sundhed ikke er defineret ved fraværet af psykisk sygdom vil sådanne lidelser have betydning for individers samlede trivsel, da de påvirker de positive kvaliteter i definitionen. Fra år 2005 til 2015 er andelen af personer med psykiske lidelser i Europa steget med 16%, og det forventes at stige yderligere i de kommende år. På et hvilket som helst givet tidspunkt vil der være 12% af den samlede europæiske befolkning, der har én eller flere psykiske lidelser. Dertil kommer, at mentale lidelser er den største årsag til invalidering og den tredje største sygdomsbyrde på verdensplan med depression og angst som de hyppigste diagnoser med prævalenser på henholdsvis 5,1% og 4,3% [12].

Mentale lidelser udgør derfor en betydelig byrde på både individ- og samfundsniveau. På det individuelle niveau udfordres personers trivsel, og de er blandet andet i risiko for nedsat arbejdsevne og for at have et dårligere fysisk helbred end baggrundsbefolkningen [12, 13]. Derudover dør personer med psykiske lidelser i gennemsnit 20 år tidligere end personer uden psykiske lidelser.

Disse tidlige dødsfald skyldes hovedsagligt selvmord og komorbiditet med andre ikke-smitsomme sygdomme, såsom hjerte-kar- og kræftsygdomme [12].

På samfundsniveau påvirkes landes økonomi som følge af sygefravær, overførselsindkomster og behandling af personer med psykiske lidelser. I 2015 havde EU-landene således i alt udgifter relateret til dårligt mentalt helbred på over 600 milliarder euro, og af disse lande brugte Danmark den højeste procentdel af BNP (5,38%) på omkostninger direkte eller indirekte relateret til mentalt helbred [13].

Det er derfor af stor vigtighed, at verdens lande tager aktiv del i opfyldelsen af FN's verdensmål samt WHO's aktionsplan om forbedring af den mentale sundhed i medlemsstaterne. Hvilket indsatsområde, der er behov for at gribe an først, kan variere landene i mellem. Det er derfor nødvendigt at undersøge, hvilke mentale helbredsudfordringer der er presserende i de enkelte lande.

Det mentale helbred i Danmark og stress som folkesundhedsproblem

Der er i Danmark sket en stigning i andelen af personer over 16 år, der rapporterer et dårligt selv vurderet mentalt helbred, og i perioden 2010-2017 er andelen steget fra 10% til 13,2% [14]. Der er generelt flere kvinder end mænd, der rapporterer at have dårligt mentalt helbred med den højeste prævalens for kvinder i alderen 16-24 år (23,8%) [14]. Derudover rapporterer personer uden for arbejdsmarkedet, under uddannelse eller med grundskole som højeste uddannelsesniveau i højere grad at have et dårligt mentalt helbred end personer i beskæftigelse [14]. Dårligt mentalt helbred berører derfor et bredt udsnit af befolkningen.

Én væsentlig og stadig stigende udfordring for individers trivsel er et højt oplevet stressniveau. I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 fandt man, at andelen af personer, der rapporterer et højt oplevet stressniveau målt med spørgeskemaskalaen *Perceived Stress Scale* (PSS), er steget fra 20,8% i 2010 til 25,1% i 2017 [14]. Lignende tendens blev fundet i Region Midt i Hvordan har du det? 2017, hvor andelen af personer med højt oplevet stressniveau var steget fra 27% til 31% i perioden 2013-2017 [1].

Konceptualiseringen af stress er kompleks og for at forstå stress, må det først gøres klart, at der findes både akut stress og langvarig stress, men at det er det samme stress-respons, der igangsættes ved begge slags stress. Evolutionært er stress-responsets fornemmeste opgave at alarmere kroppen om enten at kæmpe, flygte eller fryse, når vi bliver udsat for fare [15]. Stress-responsen er et automatisk respons, og det er ude af stand til at skelne mellem, om noget reelt er til fare for individet,

eller om det er en forestillet fare. Responset bliver aktiveret af sensationer, der både kan være visuelle eller sensoriske, men også tanker kan igangsætte stress-responset [15]. Det er således individuelt, hvilke sensationer og tanker der opfattes som truende for individet, og som kan igangsætte stress-responset.

Stress defineres i dette speciale som kroppens naturlige og modificerbare reaktion på oplevede udfordringer. Sundhedsskadelig stress opstår ved vedvarende aktivering af kroppens naturlige stressrespons uden fysisk eller mental restitution [16].

Stress har ikke sin egen ICD-10-diagnose og er derfor heller ikke anset for at være en sygdom i sig selv [17]. På trods af, at stress ikke har en selvstændig diagnose, er der flere symptomer, som går igen hos folk, der oplever langvarig stress. Symptomerne fordeler sig på både fysiske, psykiske og adfærdsmæssige reaktioner [18]. De fysiske symptomer kan blandt andre være hovedpine og hjertebanken, mens de psykiske kan manifestere sig som ulyst og rastløshed. Dertil kommer de adfærdsmæssige reaktioner, som kan vise sig som blandt andet søvnløshed og irritabilitet [17, 18]. Udover disse symptomer øger langvarig stress risikoen for blandt andet hjerte-kar-sygdom [19], depression, type-2-diabetes [20] og for tidlig død [21]. Et højt oplevet stressniveau er derfor i sig selv belastende for individets mentale sundhed, og de følgevirkninger, der er forbundet med langvarig stress, udgør nogle af de største sygdomsbyrder på verdensplan [12]. Der er derfor et betydeligt forebyggelsespotentiale i at nedbringe andelen af personer med et højt oplevet stressniveau.

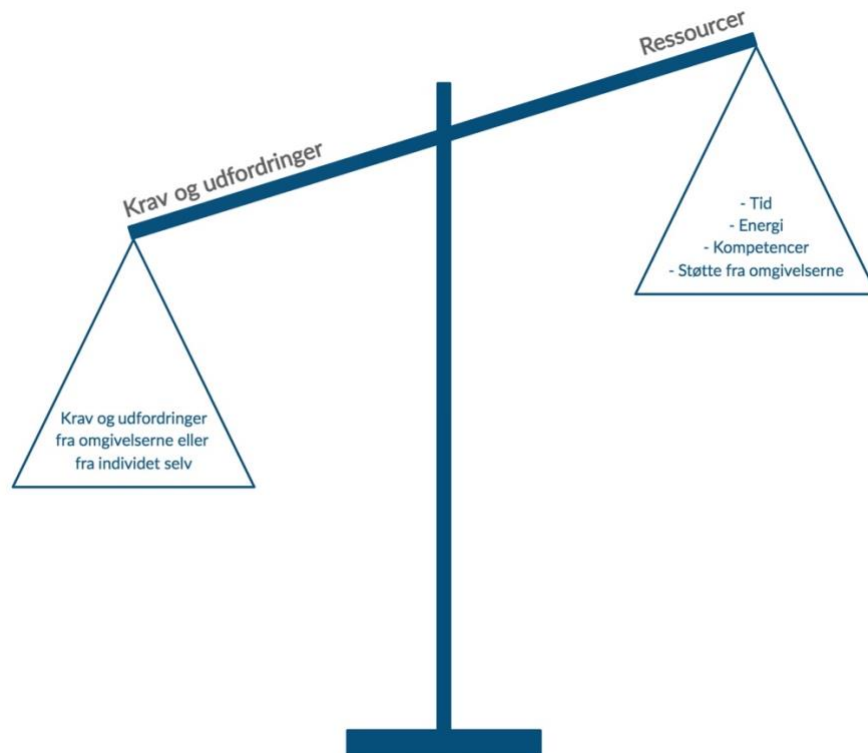
Danske unge og stress

I både Den Nationale sundhedsprofil og Hvordan har du det? 2017 er et højt oplevet stressniveau at finde i alle aldersgrupper, men med en særlig stor andel blandt de unge i alderen 16-24 [1, 14]. I denne aldersgruppe rapporterer 40,5% af kvinderne et højt oplevet stressniveau, mens det tilsvarende tal for mænd er 23,4%. Dermed er det mere end hver tredje unge kvinde og mere end hver femte unge mand, der oplever deres stressniveau som højt.

De unge udvikler i denne periode af deres liv en mere selvstændig identitet gennem både biologiske forandringer i hjernen og sociale forandringer, da de unge løsriver sig fra forældrene og relationer til venner bliver af større vigtighed [2]. Disse forandringer sker samtidigt med, at de unges hverdag ændres i form af et skifte fra grundskolen til ungdomsuddannelse og ændringer i de krav, de unge oplever, omgivelserne stiller til dem [22]. Der er altså tale om en periode i livet, hvor individer oplever mange forandringer, og forandringer er naturligt forbundet med uforudsigelighed. Sådan

uforudsigelighed er evolutionært forbundet med fare, hvilket i sig selv kan udløse en stress-reaktion [15].

Det er et vilkår i livet, at vi møder udfordringer og ubehagelige oplevelser. Stress opstår som et resultat af ubalancer mellem de krav og udfordringer, et individ bliver stillet over for, og de ressourcer han eller hun har til at overkomme disse [23].



Figur 1: Ubalancer mellem krav og udfordringer og ressourcer

Ifølge Figur 1 er der risiko for, at individer udvikler stress-symptomer, hvis krav og udfordringer overstiger de tilgængelige ressourcer i længere tid. Sådanne krav kan både være krav fra omgivelserne og fra individet selv [24].

En undersøgelse af danske gymnasieelever viser, at de faktorer, der er størst årsag til de unges høje stressniveau, er et konstant præstationspres for at klare sig godt fagligt og en kultur præget af konkurrence [25]. Mange unge i gymnasiet oplever derfor krav i form af at skulle præstere på et højt fagligt niveau og frygt for såvel sociale og faglige konsekvenser, hvis de ikke præsterer på det ønskede niveau [25].

Udover præstationspres og en konkurrencepræget kultur er ungdommen også præget af, at de unges selvbillede formes. I den forbindelse rapporterer særligt unge piger, at de mener, at de er for tykke, hvilket må ses som et krav om et bestemt kropsideal fra enten dem selv eller omgivelserne [22]. Adspurgte vurderer 41% af 19-årige piger, at de er for tykke, mens det blot er 22%, der ifølge BMI reelt kan kategoriseres som overvægtige [22]. Det kan indikere et negativt selvbillede, hvilket kan bidrage til følelsen af ikke at kunne leve op til de krav og udfordringer, de unge bliver mødt med.

De unge møder dermed et komplekst samspil mellem mange forskelligartede krav til både dem som personer, deres faglige præstationer og deres sociale kompetencer.

Såfremt de unge ikke har de fornødne ressourcer til at håndtere de oplevede krav og udfordringer, kan det, i relation til WHO's definition af mental sundhed, have betydning for de unges trivsel.

WHO udvider i deres Mental Health Action Plan 2013-2020 definitionen af mental sundhed med særlige karakteristika for, hvad børn og unges mentale sundhed afhænger af:

"... an emphasis is placed on the developmental aspects, for instance, having a positive sense of identity, the ability to manage thoughts, emotions, as well as to build social relationships, and the aptitude to learn and to acquire an education, ultimately enabling their full active participation in society" [9].

Med denne udvidelse kan det udledes, at nogle af de ressourcer, de unge har brug for for at kunne håndtere de krav og udfordringer, de oplever, er kompetencerne til at kunne håndtere tanker og følelser og at kunne etablere relationer.

Trivsel blandt unge har ikke udelukkende betydning i ungdomsårene, da det er påvist, at halvdelen af alle mentale helbredsudfordringer i voksenlivet udvikles i løbet af ungdomsårene [26]. Derudover kan mistrivsel og dårligt mentalt helbred i ungdommen yderligere påvirke indlæringssevnen, den faglige præstation og evnen til at indgå i sociale fællesskaber, hvilket øger risikoen for frafald på uddannelserne [2, 11]. Frafald på en ungdomsuddannelse kan have betydning for de unges arbejdsliv og risiko for at stå uden for arbejdsmarkedet i voksenlivet.

Der er derfor et incitament til at styrke de unges evne til at håndtere livets udfordringer, blandt andet ved at øge deres kompetencer til at håndtere tanker og følelser samt at etablere relationer. At lære at håndtere og være med livets udfordringer er gavnligt for alle, da et af livets vilkår er, at det ikke kan leves uden udfordringer og ubehageligheder. Da alle kan have gavn af at opøve disse kompetencer,

bærer indsatser rettet mod styrkelse af individets evner til at være med og håndtere udfordringer, ubehag og svære tider såvel et forebyggende som et sundhedsfremmende potentiale.

Effektive programmer til at træne evnen til at være med livets udfordringer og blive opmærksom på alt det gode

Da det er et livsvilkår, at livet ikke kan leves uden udfordringer, er træning af evnen til at håndtere og være med disse udfordringer nødvendig. En måde at træne dette er gennem praktisering af mindfulness. Mindfulness er en tilstand af bevidst opmærksomhed i nuet på en ikke-dømmende måde [3].

Der er siden 1970'erne blevet udviklet to manualiserede og dokumenteret effektive mindfulnessbaserede programmer, Mindfulnessbaseret stressreduktion (MBSR) og Mindfulnessbaseret kognitiv terapi (MBKT). MBSR blev udviklet af Jon Kabat-Zinn i 1979, mens MBKT blev udviklet i 1990'erne af Segal, Williams & Teasdale [3, 4]. MBSR og MBKT er begge 8-ugers gruppebaserede programmer, der er velbeskrevet og følger en manual indeholdende specifikke meditationsøvelser og emner for hver undervisningsgang. Derudover er der klare og veldefinerede krav til den uddannelse, der er krævet for at kunne undervise i programmerne [3, 4].

De to programmer er blevet testet gentagne gange af uafhængige forskningsgrupper i både kliniske og ikke-kliniske studiepopulationer. Campbell Collaboration udgav i 2017 et systematisk review af 101 randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT), der har evalueret effekten af MBSR blandt voksne studiepopulationer med både raske personer, personer med psykologiske problemer og personer med kroniske fysiske lidelser, i alt 8.135 deltagere [27]. De Vibe et al. konkluderer i dette review, at MBSR har en moderat til stor positiv effekt på mental sundhed, fysisk sundhed og generel livskvalitet, når der sammenlignes med en inaktiv kontrolgruppe. Derudover er der små men signifikante gavnlige effekter af MBSR sammenlignet med en aktiv kontrolgruppe. Dertil kommer andre reviews, som også finder, at MBSR har gavnlig effekt på blandt andet symptomer på angst, stress, depression og livskvalitet samt blodtryk og smerter [28-30]. Ydermere er der i RCT-studier fundet, at MBSR har effekt på kroppens immunsystem og ændringer i hjernens struktur således, at personer der har modtaget MBSR er mere tilbøjelige til at tænke positivt og oplever mindre angst end kontrolpersoner [31, 32].

MBKT er et program udviklet fra MBSR, men fokuseret mod forebyggelsen af tilbagevendende depressioner. I et systematisk review af Piet & Hougaard over effekten af MBKT i forebyggelsen af

tilbagefald af depressioner finder de, at MBKT reducerer risikoen for at få tilbagefald af depression med 34% i en samlet studiepopulation på 593 voksne [33]. Dertil kommer, at Kuyken et al. i et RCT har fundet, at MBKT er lige så effektivt til at forebygge tilbagevendende depressioner som vedligeholdt antidepressiv medicin [34]. Der er dermed tale om to sundhedsfremmende og forebyggende interventioner med dokumenteret effekt på voksne målt på flere parametre [35].

Mindfulnessbaserede interventioner til unge

På baggrund af de gavnlige effekter, der er påvist af de mindfulnessbaserede interventioner MBSR og MBKT i en voksen studiepopulation og den dalende mentale sundhed hos unge, er der i de seneste årtier kommet en øget interesse i at implementere lignende indsatser til denne aldersgruppe. Ved at sætte ind med tidlige indsatser over for unge er der mulighed for at forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer i voksenlivet, men også at fremme de unges mentale sundhed. Mental sundhedsfremme kan især opnås gennem universelle indsatser, der leveres til et udsnit af den generelle unge befolkning og ikke blot til de unge, der allerede lider af mentale helbredsproblemer. Gennem universelle indsatser er det således muligt for unge, der endnu ikke oplever, at krav og udfordringer overstiger deres ressourcer, at få etableret redskaberne til at håndtere, når livets udfordringer og stress øges.

Sådanne universelle mindfulnessbaserede indsatser er blevet udviklet til børn og unge, men feltet er stadig i de første, spirende stadier, og der er mangel på RCT-studier, der evaluerer effekten af indsatserne [36-38]. Et gennemgående problem i de systematiske reviews, der er lavet over mindfulnessbaserede interventioner til unge, er, at de inkluderede interventioner eller den påkrævede uddannelse af dem, der leverer indsatserne, ikke er velbeskrevet [39]. Det gør det vanskeligt at replicere interventionerne i nye settings for andre forskningsgrupper.

WHO nævner i deres aktionsplan for styrkelse af mental sundhed, at børn og unge bør tilbydes forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i en community-setting således, at interventionerne bliver leveret til alle børn og unge i en tryk setting [9]. Der er derfor behov for at undersøge veldefinerede mindfulnessbaserede interventioner tilpasset og leveret til unge i en community-setting i et RCT-design for at kunne evaluere effekten af sådanne indsatser. Sådant en community-setting udgøres blandt andet af ungdomsuddannelser, hvor interventionerne kan leveres til et bredt udsnit af de unge. Skoler er tidligere blevet identificeret som en passende setting til at levere mentalt

sundhedsfremmende programmer, da de udgør et sikkert, omkostningseffektivt og fleksibelt miljø uden for en klinisk setting [40].

Stressfri hverdag for børn og unge

Forskningscentret Dansk Center for Mindfulness ved Aarhus Universitet arbejder for at styrke den mentale sundhed i Danmark gennem implementering af veldokumenterede metoder til at træne det mentale helbred. Det sikrer centret ved både at forske i stress og stressreducerende interventioner, afholdelse af kurser i MBSR, MBKT og Compassion Cultivating Training (CCT) samt uddannelse af mindfulness-undervisere [41].

I 2017 blev der bevilliget 12,5 millioner kroner i statspuljemidler til Dansk Center for Mindfulness (DCM) til at uddanne 250 folkeskole-, gymnasie- og erhvervsskolelærere i at undervise børn og unge i mindfulness i skolen [5]. At uddanne lærere til at varetage mindfulness-undervisning i skolen taler ind i WHO's ønske om at levere sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til børn og unge i en community-setting [9].

Uddannelsen af lærerne sker i et landsdækkende forskningsprojekt, *Stressfri hverdag for børn og unge*. Projektet består af to dele; i første del uddanner DCM cirka 200 folkeskolelærere i at undervise elever i den mindfulnessbaserede intervention .b, som er udviklet til børn og unge i alderen 11-18 år [6]. I anden del uddanner DCM i alt 50 gymnasie- og erhvervsskolelærere i at undervise elever i et mindfulnessbaseret program, de selv har udviklet.

Forskningsprojektet udføres i et clusterrandomiseret kontrolleret forsøg, hvor randomiseringen sker på skoleniveau, og gymnasier og erhvervsskoler selv vælger det antal lærere, de ønsker skal have uddannelsen. Dette speciale fokuserer på anden del af forskningsprojektet, der er rettet mod unge på gymnasier og erhvervsskoler, hvorfor den del af projektet, der er målrettet folkeskoler, ikke vil blive udfoldet yderligere.

Forud for forskningsprojektet er der i 2018 udført en pilottest af det mindfulnessbaserede program, DCM har udviklet til unge på gymnasier- og erhvervsskoler. Det er denne pilottest, der bliver evalueret i nærværende speciale.

Formål

Formålet med dette speciale er at evaluere den indledende pilottest, der er lavet på det mindfulnessbaserede program DCM har udviklet til unge til levering på landets gymnasier og SOSU-skoler. Evalueringen baseres på før- og efterspørgeskemadata fra 30 unge fordelt på ét gymnasie og én SOSU-skole i Region Midt. Specialet bidrager med indsigt i, hvilke tendenser der ses på udvalgte outcomes, efter undervisning i DCM's mindfulnessbaserede program til unge. Derudover bidrager specialet med viden om, hvorvidt der er behov for yderligere interventionsudvikling inden den endelige evaluering i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*.

Teori

I dette afsnit vil DCM's program til unge blive beskrevet. Derpå vil følge en teoretisk kategorisering af interventionen som en kompleks intervention ved hjælp af Medical Research Councils framework, og MRC-modellen vil blive redegjort for. To af faserne i MRC-modellen, udviklingsfasen og pilotfasen, vil herefter blive udfoldet og det teoretiske fundament for interventionen vil blive fremlagt med teori om mindfulness, beskrivelse af MBSR og MBKT samt Geoffrey Roses populationsstrategi.

Dansk Center for Mindfulness' program til unge

For at kunne undervise elever på landets gymnasier og erhvervsskoler i DCM's mindfulnessbaserede program til unge, må lærerne først gennemføre en uddannelse for at erhverve de fornødne kompetencer til at kunne undervise i mindfulness. Uddannelsen består af tre komponenter; udvikling af lærernes egen mindfulness-praksis gennem deltagelse på et MBSR-kursus, introduktion til mindfulness-programmet til unge på et internat og undervisningsdage med fokus på relationskompetence. Dertil kommer 6 seminardage. De to første afholdes inden, lærerne begynder at undervise eleverne i mindfulness, mens de næste fire fungerer som supervision [7]. Da pilottesten udelukkende har fokuseret på at evaluere det mindfulnessbaserede program, de unge modtager, og ikke læreruddannelsen, vil denne ikke blive udfoldet yderligere.

Det mindfulnessbaserede program, DCM har udviklet til unge, er en modificeret version af MBSR og MBKT, således at interventionen er tilpasset de unges behov og deres virkelighed [7].

Programmet er derfor bygget op om de samme overordnede tematikker og mindfulness-øvelser som MBSR- og MBKT-programmerne, men varighed, antal undervisningsgange og fokus i øvelserne er tilpasset de unge. Programmet består af ti ugers undervisning med én ugentlig session, der hver varer mellem 45 minutter og halvdanden time afhængigt af undervisningsmodulernes længde. Hver ugentlige undervisning har et særligt tema med udvalgte øvelser.

Tabel 1 viser en oversigt over programmet. Her ses det, at programmet i høj grad er øvelsesbaseret, og dertil kommer at eleverne inviteres til at praktisere de øvelser, de er blevet introduceret for, som hjemmearbejde. Ud over mindfulness-øvelser er der ved hver undervisning også korte teoretiske oplæg og små aktiviteter såsom at gå rundt og sige godmorgen mindfult.

Tabel 1: Dansk Center for Mindfulness' program til unge		
Uge	Tema	Mindfulness-øvelser
Uge 1	Introduktion til mindfulness Eleverne introduceres til projektet og mindfulness. Fokus på hvad eleverne forbinder med mindfulness og korte øvelser.	- Opmærksomhedscirkel - Stående stræk - Stående ankomstøvelse - Kort meditation - Body scan, 10-20 min.
Uge 2	Perception Fokus på at blive opmærksom på tanker, og hvad de gør. Mindfulness som træning af sindet.	- Body scan - Stående/liggende yoga-stræk - Sanseøvelse med rosin, slik og chokolade - Afslutningsøvelse
Uge 3	God oplevelse Træning i at lægge mærke til og sanse en gode oplevelser.	- Pusterum. 3 minutter med fokus på at være hér - Yoga-stræk - Fokus på åndedrættet, 10-20 min.
Uge 4	Dårlig Oplevelse Træning i at lægge mærke til, sanse og være med dårlige oplevelser.	- Yoga-stræk - Siddende åndedrætsmeditation. - Aktiv lytning
Uge 5	Vaner under pres, kedsomhed Træning i at få øje på vaner og reaktioner under kedsomhed. Længere øvelser for at provokere uro, smerte, kedsomhed eller behag. Opsamling på betydningen af perception for, hvordan verden opleves.	- Komme-til-stede-øvelse - Meditation på krop og åndedræt, fokus på kedsomhed - Øvelse med at finde 3 ting, man kan lide og ikke kan lide - Dynamisk bevægelse - Body scan
Uge 6	Kommunikation Træning i at lægge mærke til og sanse vanskelig kommunikation. Hvilke tanker opstår.	- Yoga-stræk - Pusterum - Meditation på tanker
Uge 7	Stilletid Stilhed hele lektionen, hvor øvelserne afløser hinanden. Afslutningsvist hvisken om oplevelser med stilhed.	- Liggende yoga - Body scan - Siddende kærlig-venligheds-meditation
Uge 8	Forandring Træning i at blive bevidst om adfærdsmønstre under behag og ubehag.	- Stående yoga-stræk og balance - Stående meditation - Siddende meditation
Uge 9	Præstationspres Fokus på hvad forventningen om præstation gør. Læreren simulerer en situation for at få eleverne til at føle præstationspres. Opsamling på tanker, følelser og sansninger.	- Yoga-stræk - Siddende meditation eller body scan - Præstationsøvelse - Pusterum
Uge 10	Fremtiden og næste skridt Dialogbaseret. Hvad har eleverne lært?	- Bevægelse - Body scan - Skriv et brev til dig selv - Rituel afslutning

Dansk Center for Mindfulness' intervention til unge som en kompleks intervention

En kompleks intervention defineres af Medical Research Council (MRC), som en intervention med flere interagerende komponenter. Dertil kommer hvor svære de adfærdsmønstrene, interventionen er rettet mod, er at ændre, hvor mange socioøkologiske niveauer, interventionen sker på, antal outcomes og fleksibiliteten af interventionen [42].

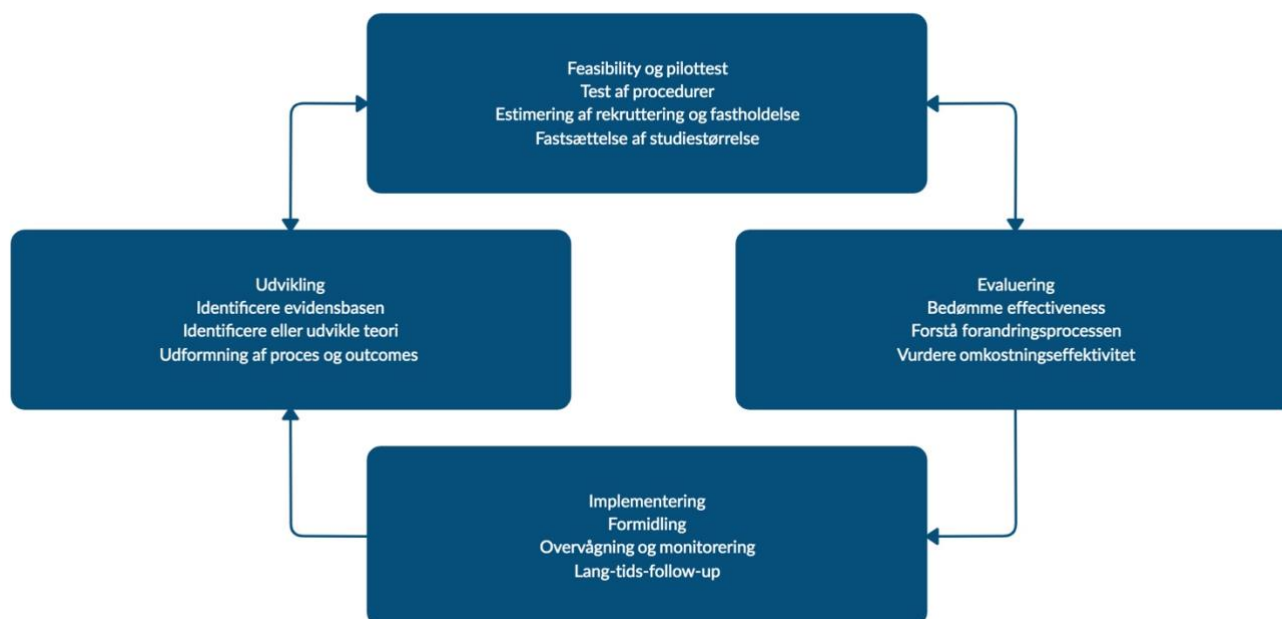
Den mindfulnessbaserede intervention, DCM har udviklet til unge, består af flere komponenter, som skal interagere for at opnå den ønskede effekt. Disse komponenter er blandt andet lærernes deltagelse i mindfulness-uddannelsen, levering af programmet til eleverne og elevernes aktive deltagelse i sessionerne og hjemmearbejdet. Derudover er der tale om en intervention, der er rettet mod en gennemgribende adfældsændring i form at lære både lærere og unge at blive opmærksom på sig selv, egen krop, tanker og følelser på en måde, som vil være ny for de fleste. Ydermere er det en tidskrævende proces, da evnen til at være mindful kun opnås gennem træning [3].

Som tidligere nævnt er uddannelsen af gymnasie- og erhvervsskolelærere en central del af den fulde intervention. Der er derfor tale om en multilevel-intervention, da der både interverneres på organisationsniveau i form af lærerne og deres uddannelse og på individniveau i form af det program, de unge på gymnasierne og erhvervsskolerne modtager. Der bliver i evalueringen af interventionen målt på flere og forskelligartede outcomes, og derudover er interventionen lavet med øje for både at holde sin struktur, og samtidigt at kunne tilpasses forskellige skoler og deres rutiner, såsom modulernes varighed.

Der er derfor tale om en kompleks intervention, der opfylder samtlige af de karakteristika, MRC har opstillet for, hvad der definerer en kompleks intervention [42].

MRC-modellen

I 2008 udsendte Medical Research Council en opdateret version af deres framework til at udvikle og evaluere komplekse interventioner [42]. Med dette framework er der opstillet en figur med nøgleelementerne i udviklingen og evalueringen af komplekse interventioner. Denne model refereres herefter til som MRC-modellen (Figur 2).



Figur 2: MRC-modellen

Som modellen illustrerer, er udviklingen og evalueringen af komplekse interventioner inddelt i fire faser: udviklingsfasen, pilotfasen, evalueringsfasen og implementeringsfasen. I Figur 2 er listet, hvad der karakteriserer hver fase, og hvad der er bedste praksis at gøre på hvert givent tidspunkt i udviklingen og evalueringen af komplekse interventioner [42].

I praksis vil faserne sjældent forløbe lineært og somme tider heller ikke cirkulært, som modellen illustrerer med pile, der peger både frem og tilbage mellem nogle af de fire faser. Dermed kan en pilottest føre til videreudvikling af interventionen, og en evaluering kan føre til endnu en pilottest. Dette speciale undersøger den første pilottest af DCM's mindfulnessbaserede program til unge, hvorfor der i det følgende udelukkende vil blive fokuseret på udviklings- og pilotfasen af MRC-modellen.

Udviklingsfasen for den mindfulnessbaserede intervention til unge

I DCM's arbejde med at udvikle deres mindfulnessbaserede program til de unge, er der taget udgangspunkt i MBSR- og MBKT-programmerne. Som det ses i MRC-modellen, er det en del af udviklingsfasen at identificere evidensen og teorien på området. Som nævnt i et foregående afsnit, er der veldokumenteret effekt af både MBSR og MBKT på såvel fysisk og mental sundhed, reducere af symptomer på stress samt tilbagevendende af depressioner [27-33]. I dette afsnit vil den grundlæggende teori om mindfulness, MBSR og MBKT derfor blive udfoldet. Derudover vil der

blive redegjort for Geoffrey Roses populationsstrategi og slutteligt fremlagt en programteori for interventionen.

Mindfulness

Mindfulness har sin oprindelse i buddhismen, og er en del af kernen af den buddhistiske meditationspraksis. Det til trods er essensen af mindfulness universel, og mindfulness kan derfor praktiseres både med og uden en særlig tro eller ideologi. Udvikleren af MBSR-programmet, Jon Kabat-Zinn, definerer mindfulness som: ”...*the awareness that arises by paying attention on purpose, in the present moment, and non-judgementally*” [3].

Alle mennesker har kapaciteten til at være mindful. Evnen til at være mindful er dermed medfødt, men der er oftest brug for, at denne evne trænes gennem øvelse. Det er derfor muligt at træne evnen til at være bevidst opmærksom på samme måde som en hvilken som helst anden færdighed [3].

Mennesker har tillært evnen til at tænke ud i fremtiden og forholde sig til scenarier og tilstande, som ikke finder sted i nuet. Den evne har store fordele, da den gør os i stand til blandt andet at lære af tidligere oplevelser og planlægge, men hvorvidt det er hensigtsmæssigt at være i den tilstand hele tiden, er tvivlsom. I et studie fra 2010 konkluderede Killingsworth & Gilbert, at et sind, der vandrer, er et ulykkeligt sind [43]. I studiet viste de, at når ens tanker vandrer, bliver man hverken mere eller mindre glad, end når man er tilstede i nuet. Det er gældende for både behagelige og neutrale tanker, mens de i studiet viste, at man bliver mindre glad, når ens tanker vandrer til ubehagelige tanker sammenlignet med, når man er tilstede i nuet.

Sådan tankevandring er ikke et bevidst valg, men opstår oftest som en automatisk handling, der ikke er underlagt vores bevidsthed. Evolutionært har mennesket udviklet evnen til at foretage mange af dagligdagens gøremål per automatik for at spare energi til at udføre det, som er nødvendigt at bruge vores bevidsthed til [44]. Evnen til at udføre disse automatiske handlinger er ikke begrænset til simple foretagende, såsom at tage en ske fra skuffen, men kan også manifestere sig som ubevidste adfærdsmønstre og automatiserede reaktioner på visse stimuli, såsom stress. Da adfærdsmønstre ofte er ubevidste, må vi først blive bevidste om dem, før vi kan ændre dem [44]. Således kan en tilstand af mindfulness og dermed en tilstand af bevidst tilstedeværelse i nuet bidrage til, at vi som mennesker kan ændre vores adfærdsmønstre og uhensigtsmæssige reaktioner.

Ved at opøve evnen til at være bevidst opmærksom på en ikke-dømmende måde bliver det muligt at gå tæt på de følelser og kropslige reaktioner, vi oplever, blandt andet når vi bliver stressede. At gå

tæt på står i modsætning til naturlige undvigelsesstrategier, hvor individet undgår det, der udløser stressresponsen og det ubehag, der kan være forbundet med det. Ved at blive bevidste om, hvordan vi som individer reagerer på stress, er det muligt at agere anderledes og dermed være med og håndtere stress og livets udfordringer i stedet for at undgå dem [3].

De kompetencer, der kultiveres, når man træner mindfulness, er mange og rækker bredt. Nogle nøglekompetencer er at være bevidst opmærksom på en ikke-dømmende måde, større selvindsigt og et større rum til ikke at reagere automatisk på enten egne eller andres handlinger. Disse kompetencer har både personlige og relationelle fordele. Studier har vist, at evnen til at kunne forholde sig mindfuldt har positiv effekt på ens relationer, da individet i højere grad er opmærksomt på og interesseret i sine næres tanker og følelser [45]. Dertil kommer, at mindfulness kan gøre et individ mere opmærksom på sine egne reaktioner på interaktion med andre, hvilket gør det muligt at agere på andre og mere velovervejede måder [45]. Dermed er der teoretisk belæg for, at mindfulness kan bidrage positivt til, at unge lærer at håndtere deres tanker og følelser samt at kunne skabe og vedligeholde sociale relationer, hvilket styrker de unges mentale sundhed [9].

MBSR, MBKT og DCM's program til unge; forskelle og ligheder

MBSR og MBKT er begge manualiserede mindfulnessbaserede programmer til voksne, der er af 8-ugers varighed med ugentlige, gruppebaserede sessioner af 2 ½ times varighed med 45-60 minutters dagligt hjemmearbejde, samt en hel dag i stilhed [3]. MBSR og MBKT bruger flere af de samme mindfulness-øvelser såsom body scan, siddende, liggende og gående meditation, rosinøvelsen og yoga. Derudover er der klare og veldefinerede krav til den uddannelse, undervisere på de to programmer skal have for at måtte levere dem [3, 4].

Hvor MBSR leveres i grupper med cirka 30 deltagere, foregår MBKT i mindre grupper på 10-12 personer for at imødekomme behovet for en øget terapeutisk tilgang til deltagerne. Derudover adskiller MBKT sig fra MBSR, idet at det indledes med individuelle samtaler med kommende deltagere. Tematikkerne for sessionerne varierer ligeledes, da MBKT fokuserer på forebyggelsen af tilbagevendende depressioner, og der er derudover tilføjet en 3-minutters pusterumsøvelse [4].

DCM's mindfulnessbaserede program til unge er som nævnt udviklet fra MBSR og MBKT. DCM's program til unge adskiller sig fra de to manualiserede programmer ved at være et 10-ugers program med kortere sessioner på mellem 45 minutter og halvanden time. Temaerne for hver session er

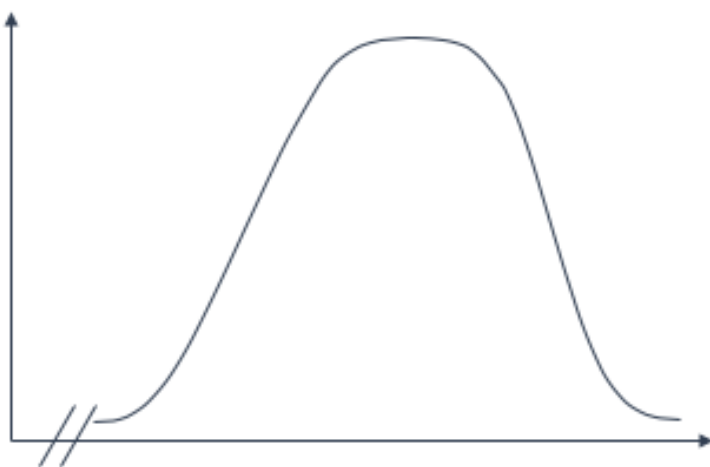
tilpasset den unge målgruppe, så de er relevante og taler ind i de unges virkelighed, såsom temaet for session 9, ”Præstationspres”.

Lighederne består af; en veldefineret uddannelse, der er påkrævet af lærerne for at kunne undervise i programmet, den gruppebaserede tilgang, de inkluderede mindfulnessøvelser såsom body scan og siddende meditation samt invitation til hjemmearbejde. Dertil kommer, at pusterumsøvelsen fra MBKT er inddraget, da det antages, at denne korte øvelse er anvendelig for den unge målgruppe. Da de unge ikke selv har valgt at skulle deltage i programmet, som de voksne deltagere på MBSR og MBKT, bliver de unge blot inviteret og opfordret til at lave dagligt hjemmearbejde. Der er derfor ikke på samme måde en forventning om, at de giver sig hen til mindfulness og etableringen af deres egen praksis, som er tilfældet for de selvselekterede voksne.

Geoffrey Roses populationsstrategi

I århundrede har den dikotome tanke om syg versus rask været dominerende. I 1954 udfordrede professoren George Pickering den antagelse, da han fremsagde, at kategorierne *syg* og *rask* er menneskeskabte, og at man i virkeligheden bør se på patologiske tilstande som et kontinuum [46]. Ved at se på patologiske tilstande som et kontinuum, hvor dårligdom eksisterer med forskellige grader af alvorlighed, åbnes døren for, at de personer, der før ville være blevet kategoriseret som raske også har mulighed for at bedre deres sundhed.

På et sådant kontinuum vil befolkningen placere sig på en normalfordelingskurve på forskellige patologiske tilstande, såsom et højt oplevet stressniveau (Figur 3). Jævnfør Figur 3 vil der altså være en mindre del af befolkningen, der oplever et lavt stressniveau, en stor del af befolkningen der oplever et moderat stressniveau og igen en mindre del, der oplever et højt stressniveau.

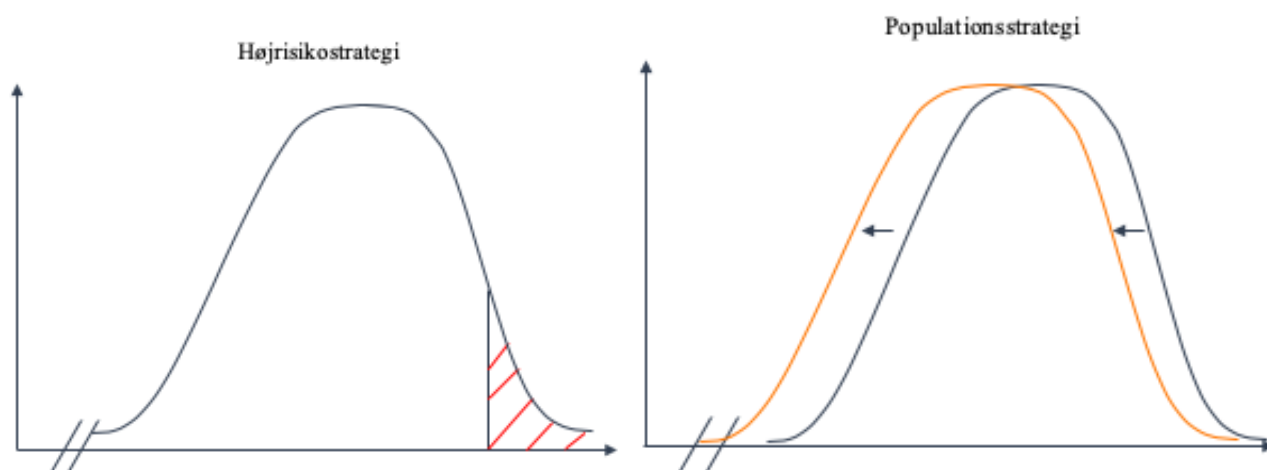


Figur 3: Normalfordelingskurve af patologiske tilstande i en befolkning

Ved at tænke patologiske tilstande som et kontinuum er der mulighed for at anlægge forskellige strategier for at fremme befolkningens sundhed.

Rose fremsætter to strategier; en højrisikostrategi og en populationsstrategi [46]. I højrisikostategien inter文neres der over for højrisikoindivider, illustreret i Figur 4 som den røde skravering. I højrisikostategien er fokus derfor udelukkende på at bedre de individer, der har det værst og ikke inter文neres over for den resterende befolkning. Der er dermed fokus på forebyggelse af forværring i denne strategi.

I populationsstrategien derimod fokuseres der på hele spektret, således at der også inter文neres over for lavrisiko individer og individer i normalområdet [46]. Her søger man at forskyde kurven i en hensigtsmæssig retning, således at hele befolkningens sundhed forbedres en smule (Figur 4). I denne strategi er der dermed indlejret et både forebyggende og sundhedsfremmende fokus.



Figur 4: Rose's højrisikostategi og populationsstrategi

Ved at anlægge populationsstrategien og dermed søge at gøre en positiv forskel for hele populationen, må man forvente lavere effektstørrelser end ved højrisikostategien. Det skyldes, at man i højrisikostategien udelukkende inter文neres over for de personer, der har det værst og derfor også har størst mulighed for at opnå stor effekt [46]. I populationsstrategien vil højrisikogruppen også få gavn af interventionen, men den samlede effekt vil blive udvandet af de personer i lav- og moderat-risiko-gruppen, som potentielt opnår en lavere effekt, da der ikke er et lige så stort *room for improvement* blandt disse individer. Dette kalder Rose *forebyggelsesparadokset*. Paradokset består i, at der skal ske en lille adfærdsændring for de mange for at forebygge sygdom for de få. Som Rose

beskriver det: "a preventive measure that brings large benefits for the community offers little to each participating individual" [46].

I DCM's mindfulnessbaserede intervention til unge er populationsstrategien anlagt, da programmet leveres til unge på deres uddannelse, som en del af den skemalagte undervisning. Der er derfor ikke udvalgt unge med et højt oplevet stressniveau, men programmet leveres derimod til alle elever uagtet oplevet stressniveau.

Programteori for den mindfulnessbaserede intervention til unge

I ovenstående baggrundsafsnit blev et højt oplevet stressniveau hos unge fremlagt som et folkesundhedsproblem. DCM's mindfulnessbaserede intervention til unge søger at afhjælpe dette problem og fremme de unges mentale og fysiske helbred. For at kunne fremme de unges sundhed og forebygge skadelige følgevirkninger af langvarig stress, må interventionen igangsætte specifikke forandringsprocesser. Den forandringsteori, der ligger til grund for DCM's intervention til unge baserer sig på teori om mindfulness, og de forandringer systematisk praktisering af mindfulness er set at medføre i studiepopulationer af voksne individer.

Den hypotetiske kausale sammenhæng mellem interventionen, dens komponenter og udfald kan moduleres i en logisk model [47]. Den logiske model består af seks på hinanden følgende elementer; formål, input, aktiviteter, output, intermediære og distale outcomes (Figur 5).



Figur 5: Elementerne i en logisk model

Som Figur 6 illustrerer, opstilles den logiske model i en lineær kausalitetsretning. Dermed er det forventet, at ved at udbyde de konkrete aktiviteter, der indgår i interventionen, og hvis outputs opfyldes, så vil det være nogle særlige intermediære outcomes, vi ser, og disse vil i så fald lede til specifikke distale outcomes. Interventionen er blevet moduleret i en sådan logisk model i Bilag 1.

Pilotfasen af Dansk Center for Mindfulness' intervention til unge

I pilotfasen er formålet at teste hele eller dele af interventionen i en lille studiepopulation. Som illustreret i MRC-modellen er interventionsudvikling og – evaluering ikke nødvendigvis en lineær

proces, og en pilottest kan derfor lede tilbage til udviklingsfasen, hvorefter flere pilottests kan udføres, eller den kan lede til en endelig evaluering af interventionen [42].

Ved at teste interventionen eller dele heraf inden en endelig evaluering bliver det muligt at undersøge de tendenser, der ses i studiepopulationen efter endt intervention. Informationen om tendenserne kan bruges til at videreudvikle interventionen og lave tilretninger inden den endelige evaluering [42].

Sådanne tilretninger kan blandt andet fremme den måde, interventionen bliver leveret på og deltagernes accept af interventionen, hvilket slutteligt kan resultere i større effektstørrelser.

Pilottesten af DCM's mindfulnessbaserede program til unge er foretaget med netop dette mål for øje – at kunne identificere et eventuelt behov for videre udvikling af programmet, således at det bliver så effektivt som muligt for de unge modtagere. DCM's intervention til unge befinder sig derfor stadig i udviklingsfasen på trods af, at der er blevet foretaget en pilottest af programmet.

I dette speciale behandles data fra pilottesten af DCM's program til unge. De anvendte metoder til gennemførslen af pilottesten og resultaterne af denne vil blive behandlet i de følgende afsnit.

Metode

I dette afsnit vil der blive redegjort for de anvendte metoder i specialet. Først vil den indledende litteratursøgning blive gennemgået, hvorefter følger en beskrivelse af det anvendte studiedesign, rekruttering og fremgangsmåde, dataindsamling samt en oversigt over de anvendte spørgeskemaer i pilottesten. Dertil kommer en operationalisering af de outcomes, der ønskes undersøgt og en vurdering af validiteten af de anvendte spørgeskemaer. Afslutningsvist beskrives dataanalysen.

Litteratursøgning

I løbet af september 2019 blev der foretaget en systematisk litteratursøgning i databaserne PubMed og PsycINFO for at afdække videnskabelige artikler om mindfulnessbaserede interventioner til unge leveret i en skolesetting. PubMed og PsycINFO er valgt, fordi de begge er store sundhedsfaglige databaser, der dækker henholdsvis det biomedicinske og det psykologiske aspekt af sundhed. Søgningen blev foretaget som bloksøgninger, hvor blokkene blev udgjort af interventionstype, målgruppe og setting. I søgningerne blev der anvendt filtre for at kunne fokusere på reviews og metaanalyser. Tabel 2 illustrerer et eksempel på en søgning på PubMed:

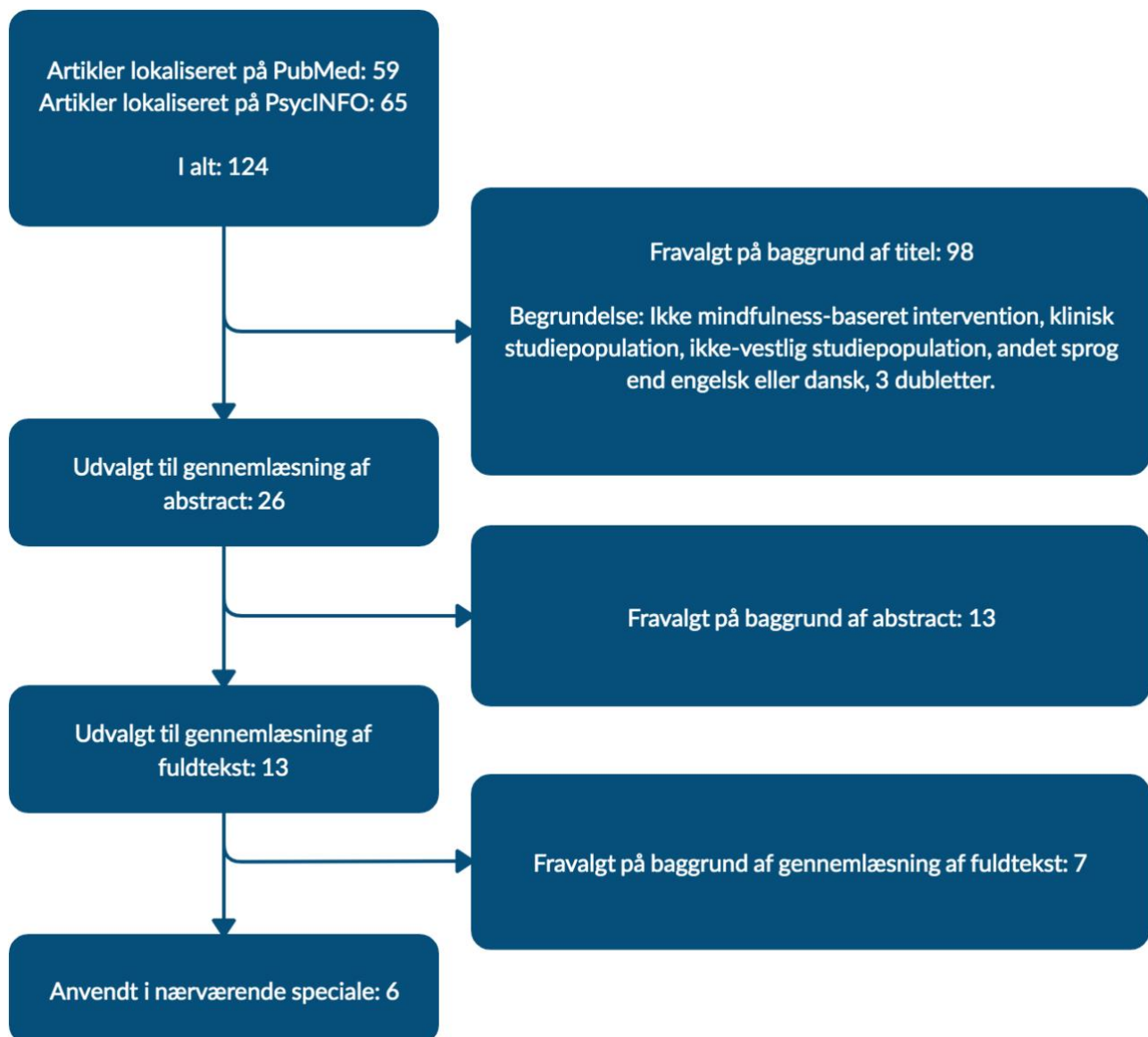
Tabel 2: Bloksøgning i PubMed		
Søgeblok 1	Søgeblok 2	Søgeblok 3
Mindfulness intervention Mindfulness-based intervention MBI	Adolecen* Young Youth	High school School

En tilsvarende bloksøgning foretaget på PsycINFO den 19/9-2019 så således ud:

(Mindfulness intervention* OR Mindfulness-based intervention* OR MBI*) AND (adolecen* OR young OR youth) AND (high school OR school) AND (Review OR Meta-analysis)

Ved hjælp af filtre blev følgende studiepopulationer ekskluderet: ældre (65 år og ældre), midaldrende (40-64 år), 30'erne (30-39 år) og før-skolealderen (2-5 år).

Denne søgning gav 65 hits, hvoraf 12 blev udvalgt til gennemlæsning på baggrund af titel og abstract. En tilsvarende søgning i PubMed gav 59 hits, hvoraf 4 blev fundet relevant på baggrund af titel og abstract. Af disse 16 publikationer var 3 dubletter, hvorfor der blev udvalgt 13 artikler til gennemlæsning af fuldtekst. Ud af disse 13 er 6 anvendt i specialet (Figur 6).



Figur 6: Flowdiagram over anvendte videnskabelige artikler

Udover systematisk litteratursøgning er der også blevet foretaget fritekstsøgninger på Google til at opnå viden om sundhedstilstanden blandt unge både internationalt og i Danmark. Ligeledes er referencerne i de lokaliserede rapporter og videnskabelige artikler blevet gennemgået for relevante kilder, og de nyeste RCT-studier på området i de to databaser, der endnu ikke indgår i et systematisk review, er blevet gennemlæst. Derudover er der anvendt viden opnået på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab om blandt andet komplekse interventioner, stress og mentalt helbred.

Studiedesign

Pilottesten af DCM's mindfulnessbaserede program til unge er blevet udført i et quasi-eksperimentelt design, hvor deltagernes ændringer på flere outcomes blev målt ved hjælp af før- og efterspørgeskemaer. Disse ændringer oplyses som differenseestimater med tilhørende 95% sikkerhedsinterval.

Rekruttering og fremgangsmåde

Der blev i pilottesten rekrutteret elever fra ét gymnasie og én SOSU-skole. For på bedst mulig vis at kunne bevare deltagernes anonymitet, anonymiseres skolerne i specialet. Det pågældende gymnasie og SOSU-skolen blev valgt, da ansatte på DCM havde en forudgående kontakt med skolerne. Om end skolerne ikke er blevet udvalgt tilfældigt, er der tale om et gymnasie og en SOSU-skole, der begge er beliggende i mellemstore byer i Region Midt, og som begge modtager elever fra et stort opland. Der vil derfor sandsynligvis være repræsenteret elever med forskellig socioøkonomisk baggrund fra både mindre og middelstore byer. Begge uddannelsessteder er store skoler med mellem 1000 og 1500 elever, hvorfor der kan sås tvivl om, hvorvidt skolerne er repræsentative for mindre skoler eller for skoler beliggende i storbyer, hvor elevsammensætningen muligvis vil være en anden.

I alt modtog 87 gymnasie- og SOSU-elever undervisning i DCM's mindfulnessbaserede program til unge. I Tabel 3 er fordelingen af eleverne opgivet på uddannelse og klassetrin.

Tabel 3: Fordelingen af eleverne på uddannelse og klassetrin		
	Gymnasie	SOSU
3.g-klasse	26 elever	
SOSU-grundforløb		37 elever
SOSU-assistent		24 elever

I dette speciale er 32 af de 87 deltagere blevet ekskluderet, da de var 25 år eller derover ved baseline. Valget om at ekskludere personer på 25 år eller derover er taget, da både specialets og forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unges* fokus er på unge. Definitionen af "unge" som personer på 24 år eller derunder er blandt andet anvendt i *Hvordan har du det?*-undersøgelserne [1, 48]. Samtlige af de 32 ekskluderede personer, der ikke karakteriseres som unge, udgøres af SOSU-elever, men fordelingen af dem på de to hold er uvis. I alt blev DCM's program leveret til 55 unge i alderen 24 år eller derunder fordelt på 26 gymnasieelever og 29 SOSU-elever.

Gymnasie- og SOSU-eleverne blev undervist én gang om ugen i 10 uger. Undervisningen forløb i efteråret 2018 og foråret 2019 og indgik i den normale skoletid. To certificerede, kvindelige undervisere fra DCM varetog undervisningen og havde ansvaret for ét eller to hold. Underviseren, der havde ansvaret for at levere programmet til gymnasieeleverne, har tidligere arbejdet som gymnasielærer og vejleder gennem flere år. Dertil er hun under uddannelse som MBSR-lærer og har undervist i mindfulness på flere uddannelser, herunder læreruddannelsen. Derudover er hun uddannet i at uddanne andre i det mindfulnessbaserede program til børn, .b. Den underviser, der underviste SOSU-eleverne, er ansat på den SOSU-skole, hun leverede programmet på, er uddannet sygeplejerske og MBSR-lærer samt har erfaring med konflikthåndtering og psykisk førstehjælp.

Den underviser, der leverede programmet til gymnasieeleverne, er én af dem, der har udviklet DCM's program til unge, og pilottesten var første gang, programmet blev testet. Begge undervisere fulgte det samme program, som blev illustreret i Tabel 1. Det er hensigten, at de to undervisere, der har leveret programmet i pilottesten, bidrager til at uddanne gymnasie- og SOSU-lærere i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*. Ved at undervise i pilottesten har underviserne derfor fået erfaring med programmet og også indsigt i eventuelle problemstillinger, lærerne kan møde, når de, efter uddannelse, selv skal forestå undervisningen.

Etiske overvejelser

Pilottesten følger etiske retningslinjer for sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, og forskningsprojektet, *Stressfri hverdag for børn og unge*, hvorunder pilottesten af DCM's program til unge er, er registreret ved datatilsynet (AU-id.no.: 2016-051- 000001/1145). Ved pilottestens start er de unge på de inkluderede ungdomsuddannelser blevet informeret mundtligt om projektets formål, samt at det er frivilligt for dem at deltage i forskningen ved at besvare spørgeskemaerne. Ved den mundtlige information blev de unge ligeledes gjort opmærksomme på, at de oplysninger, de giver, bliver behandlet fortroligt af Aarhus Universitet.

I pilottesten er der udelukkende givet mundtlig information, og der er ikke indhentet skriftligt forældresamtykke, da deltagerne var over 15 år ved pilottestens start. I forskningsprojektet, *Stressfri hverdag for unge*, kan der med fordel gives skriftlig information om projektet, dets formål og frivilligheden.

Data, der er anvendt i specialet, er blevet videregivet med personfølsomme oplysninger, herunder deltagernes cpr-nummer. Der er derfor underskrevet en juridisk erklæring vedrørende videregivelse af data, som er udarbejdet i samarbejde med en jurist ansat ved Aarhus Universitet.

Dataindsamling

Data blev indsamlet ved hjælp af før- og efterspørgeskemaer i efteråret 2018 og foråret 2019. De unge fik tid til at besvare spørgeskemaerne ved henholdsvis den første og sidste undervisningssession, hvor besvarelserne blev afgivet som det første til den pågældende session. Spørgeskemaerne blev distribueret til de unge via et link til den elektroniske platform RedCAP (Research Electronic Data Capture), som er et sikkert online system, der opfylder kravene til databeskyttelse.

Spørgeskemaskalaer og outcomemål

I pilottesten er der anvendt seks spørgeskemaer og udvalgte spørgsmål til de unges søvn-mængde. Spørgeskemaerne og spørgsmålene til de unges søvn måler alle på forskellige latente variable, som kan bidrage med at belyse de unges mentale sundhed. Pilottesten bruges her til at vurdere, hvorvidt den anvendte spørgeskemapakke er den, der skal bruges i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*.

De inkluderede spørgeskemaer rummer mellem 3 og 21 udsagn, mens der er to supplerende spørgsmål om søvn-mængde. Dertil kommer spørgsmål om navn, cpr-nummer, boligforhold og uddannelsens navn i førspørgeskemaet og spørgsmål om de unges egen mindfulnesspraksis i efterspørgeskemaet. Den fulde spørgeskemapakke fremgår af Bilag 2.

I Tabel 4 ses en oversigt over de inkluderede spørgeskemaer, og de latente variable, de måler.

Tabel 4: Spørgeskemaer anvendt til dataindsamling	
Spørgeskema	Latente variable
The Amsterdam Resting-State Questionnaire - 21 (ARSQ-21)	Tanker og følelser i hvile
WHO-Five Well-being Index (WHO-5)*	Trivsel og velbefindende
Depression Anxiety Stress Scales - 21 Items (DASS-21)*	Symptomer på depression, angst og stress
Brief Resilience Scale (BRS)	Resiliens
Three-Item Loneliness Scale (T-ILS)	Ensomhed
Five Facet Mindfulness Questionnaire - 15 (FFMQ-15)	Tendens til at være mindful i hverdagen
Spørgsmål til de unges søvnængde	Søvnængde
* Anvendes som primære outcomemål i forskningsprojektet <i>Stressfri hverdag for unge</i>	

Flere af de inkluderede spørgeskemaer er forkortede versioner af et oprindeligt længere spørgeskema. Disse kortere versioner er valgt for at højne sandsynligheden for, at deltagerne besvarer alle udsagn i spørgeskemapakken.

Gældende for alle de inkluderede eksisterende spørgeskemaer er, at de besvares på en Likert-skala, der spænder fra ét ekstrem til et andet. Eksempelvis fra *på intet tidspunkt* til *hele tiden*. Ved at anvende sådanne Likert-skalaer med svarkategorier er det muligt at beregne en samlet score for det pågældende mål, eksempelvis et samlet mål for de unges trivsel og velbefindende ved hjælp af *WHO-Five Well-being Index* [49]. De fleste af de inkluderede spørgeskemaer anvender korte udsagn og svarkategorier, hvilket øger sandsynligheden for, at deltagerne ikke glemmer, hvad der spørges om, inden de er færdige med at læse spørgsmålet [49]. Korte formuleringer bidrager derfor til, at de svar, der bliver givet, afspejler virkeligheden.

Operationalisering

I de følgende afsnit beskrives de seks spørgeskemaer, der er anvendt til før- og eftermålingerne. I beskrivelsen indgår en redegørelse for det outcome, spørgeskemaet søger at måle, udsagn i hvert spørgeskema samt en beskrivelse af den måde, hvorpå man udregner et mål for henholdsvis tanker og følelser i hvile, trivsel, depression, angst og stress, resiliens, ensomhed, mindfulness og søvn.

The Amsterdam Resting-State Questionnaire - 21

The Amsterdam Resting-State Questionnaire (ARSQ) er et spørgeskema, der måler selvrapporterede tanker og følelser i hvile. Forud for besvarelsen af spørgeskemaet skal deltageren sidde uforstyrret med lukkede øjne i 3 minutter. Når de 3 minutter er gået, lyder en biplyd, og deltageren skal nu trykke på en stopknap, hvorefter de bliver præsenteret for spørgeskemaet.

Den anvendte version med 21 udsagn kaldes en 7-faktormodel, da udsagnene i spørgeskemaet er fordelt på 7 delskalaer; tankemylder, sindets teori, selvet, planlægning, søvnighed, tilpashed og kropslig bevidsthed [50]. De 21 udsagn besvares på en 5-point Likert-skala fra ét ekstrem, *fuldstændig uenig*, til et andet, *fuldstændig enig*. I Tabel 5 ses de 21 udsagn og den tilhørende kategorisering.

Tabel 5: The Amsterdam Resting-State Questionnaire – 21 (ARSQ-21)	
Udsagn	Delskala
Udsagn 1: <i>Mine tanker var hektiske</i>	Tankemylder
Udsagn 2: <i>Jeg havde hurtigt skriftende tanker</i>	
Udsagn 3: <i>Jeg havde svært ved at holde fast i mine tanker</i>	
Udsagn 4: <i>Jeg tænkte på andre</i>	Sindets teori
Udsagn 5: <i>Jeg satte mig i andres sted</i>	
Udsagn 6: <i>Jeg tænkte på mennesker, jeg holder af</i>	
Udsagn 7: <i>Jeg tænkte på mine følelser</i>	Selvet
Udsagn 8: <i>Jeg tænkte på min adfærd</i>	
Udsagn 9: <i>Jeg tænkte på mig selv</i>	
Udsagn 10: <i>Jeg tænkte på ting, som jeg skal gøre</i>	Planlægning
Udsagn 11: <i>Jeg tænkte på problemer, der skal løses</i>	
Udsagn 12: <i>Jeg tænkte på fremtiden</i>	
Udsagn 13: <i>Jeg følte mig træt</i>	Søvnighed
Udsagn 14: <i>Jeg følte mig søvnig</i>	
Udsagn 15: <i>Jeg havde svært ved at holde mig vågen</i>	
Udsagn 16: <i>Jeg følte mig godt tilpas</i>	Tilpashed
Udsagn 17: <i>Jeg følte mig afslappet</i>	
Udsagn 18: <i>Jeg følte mig lykkelig</i>	
Udsagn 19: <i>Jeg var bevidst om min krop</i>	Kropslig bevidsthed
Udsagn 20: <i>Jeg var bevidst om min vejrtrækning</i>	
Udsagn 21: <i>Jeg var bevidst om mit hjerteslag</i>	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Kategorisering
Fuldstændig uenig	1
Uenig	2
Hverken enig eller uenig	3
Enig	4
Fuldstændig enig	5

Ud fra deltagernes besvarelse kan der beregnes en samlet score for hver dimension ved at summere pointene for hvert svar. Således kan man opnå en score mellem 3 og 15 point for hver dimension. Der er ikke opstillet hverken internationale eller danske standarder for normalområdet for hver dimension, men et russisk studie med 61 personer i alderen 18-35 år har anvendt ARSQ og rapporteret gennemsnitsværdierne for hver dimension [51]. Gennemsnitsværdierne fremgår af Tabel 6.

Tabel 6: Gennemsnitsværdier for de 7 delskalaer i ARSQ-21*		
Dimension	Gennemsnit	Spredning
Tankemylder	9,1	2,8
Sindets teori	7,9	2,5
Selvet	6,5	1,9
Planlægning	7,4	3,8
Søvnighed	9,5	2,7
Tilpashed	12,6	1,4
Kropslig bevidsthed	7,9	3,0

* fundet i Portnova et al. 2019

WHO-Five Well-being Index

WHO-Five Well-being Index (WHO-5) er et spørgeskema, der anvendes til at måle selvvurderet trivsel og velbefindende. Spørgeskemaet består af fem udsagn, der besvares på en 6-point Likert-skala fra ét ekstrem, *hele tiden*, til et andet, *på intet tidspunkt*. Besvarelserne gives på baggrund af de sidste to uger. Udsagnene og kategorierne er opstillet i Tabel 7.

Tabel 7: WHO-Five Well-being Index (WHO-5)	
Udsagn 1	<i>I de sidste 2 uger har jeg været glad og i godt humør</i>
Udsagn 2	<i>I de sidste 2 uger har jeg følt mig rolig og afslappet</i>
Udsagn 3	<i>I de sidste 2 uger har jeg følt mig aktiv og energisk</i>
Udsagn 4	<i>I de sidste 2 uger er jeg vågnet frisk og udhvilet</i>
Udsagn 5	<i>I de sidste 2 uger har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig</i>
Svarmulighed i spørgeskemaet	Kategorisering
På intet tidspunkt	0
Lidt af tiden	1
Lidt mindre end halvdelen af tiden	2
Lidt mere end halvdelen af tiden	3
Det meste af tiden	4
Hele tiden	5

Der kan beregnes en samlet score for personers trivsel ved at summere pointene fra hvert udsagn og gange med fire. Således kan den samlede score være mellem 0 og 100. Høj selv vurderet trivsel er karakteriseret ved høje scores og tilsvarende mistrivsel ved lave scores. De danske normtal for WHO-5 er 68 for den samlede befolkning med en lidt højere score blandt mænd end kvinder på henholdsvis 67 og 69 [52]. Yngre personer mellem 16 og 20 år vil ofte score lavere sammenlignet med den generelle befolkning. Sundhedsstyrelsen kategoriserer graden af trivsel således:

- En score mellem 0-35: Stor risiko for depression eller stressbelastning.
- En score mellem 36-50: Risiko for depression eller stressbelastning.
- En score >50: Ingen umiddelbar indikation på risiko for depression eller stressbelastning [53].

Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items

Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items (DASS-21) er ét spørgeskema med tre delskalaer, der hver måler selv vurderede symptomer på depression, angst og stress [54]. Spørgeskemaet indeholder 21 udsagn fordelt på de tre delskalaer; depression, angst og stress med 7 spørgsmål til hver delskala. De 21 udsagn besvares på en 4-point Likert-skala fra 0-3 med svarmuligheder fra *passede ikke på mig* til *passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig*. Besvarelsene gives som et øjebliksbillede med tanke på den seneste uge. Udsagnene og kategorierne er opstillet i Tabel 8.

Tabel 8: Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items (DASS-21)	
Udsagn	Delskala
Udsagn 1: <i>Jeg var opmærksom på tørhed i munden</i>	Angst
Udsagn 2: <i>Jeg kunne ikke opleve nogen som helst positive følelser</i>	Depression
Udsagn 3: <i>Jeg oplevede vejrtrækningsbesvær (f.eks. udtalt hurtig vejrtrækning, åndenød uden fysisk anstrengelse)</i>	Angst
Udsagn 4: <i>Jeg var tilbøjelig til at overreagere på situationer</i>	Stress
Udsagn 5: <i>Jeg havde svært ved at slappe af</i>	Stress
Udsagn 6: <i>Jeg følte, at jeg ikke havde noget at se frem til</i>	Depression
Udsagn 7: <i>Jeg følte, at jeg brugte en masse psykisk energi</i>	Stress
Udsagn 8: <i>Jeg følte mig ikke meget værd som person</i>	Depression
Udsagn 9: <i>Jeg følte mig noget nærtagende</i>	Stress
Udsagn 10: <i>Jeg følte mig bange uden nogen rimelig grund</i>	Angst
Udsagn 11: <i>Det var svært for mig at slappe af</i>	Stress
Udsagn 12: <i>Jeg var opmærksom på min hjerterytme, selvom jeg ikke anstrengte mig fysisk (f.eks. fornemmelse af øget puls, overspring af hjerteslag)</i>	Angst
Udsagn 13: <i>Jeg følte mig modløs og trist</i>	Depression
Udsagn 14: <i>Jeg følte mig tæt på panik</i>	Angst
Udsagn 15: <i>Jeg kunne ikke være entusiastisk over noget som helst</i>	Depression
Udsagn 16: <i>Jeg kunne ikke holde ud at blive afbrudt, når jeg var i gang med noget</i>	Stress
Udsagn 17: <i>Jeg følte, at livet var meningsløst</i>	Depression
Udsagn 18: <i>Jeg følte mig urolig og rastløs</i>	Stress
Udsagn 19: <i>Jeg var bekymret for situationer, hvor jeg kunne gå i panik og gøre mig selv til grin</i>	Angst
Udsagn 20: <i>Jeg oplevede at ryste (f.eks. på hænderne)</i>	Angst
Udsagn 21: <i>Jeg fandt det svært at tage initiativ til at foretage mig noget</i>	Depression
Svarmulighed i spørgeskemaet	Kategorisering
Passede ikke på mig	0
Passede en smule eller noget af tiden på mig	1
Passede i en betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	2
Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig	3

Ud fra besvarelsene på udsagnene kan der udregnes en samlet score for hver af delskalaerne, *depression*, *angst* og *stress*, ved at summere pointene og gange med 2. Således er det muligt at score mellem 0 og 42 point på hver delskala [55]. De konventionelle sværhedsgrader på de tre delskalaer kan ses i Tabel 9.

Tabel 9: Sværhedsgrader på delskalaerne; depression, angst og stress, i DASS-21			
Sværhedsgrad	Delskala		
	Depression	Angst	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Mild	10-13	8-9	15-18
Moderat	14-20	10-14	19-25
Alvorlig	21-27	15-19	26-33
Ekstrem alvorlig	28+	20+	34+

I fortolkningen af sværhedsgraderne skal man være opmærksom på, at ”mild” ikke hentyder til en mild grad af enten depression, angst eller stress, men derimod at personen er over det normale niveau i befolkningen, men stadig under den score, hvor personer normalt vil søge hjælp [56].

Brief Resilience Scale

Brief Resilience Scale (BRS) er et spørgeskema, der anvendes til at måle individers selv vurderede resiliens. Resiliens forstås her som personers evne til at modstå eller komme sig over stress [57]. Spørgeskemaet består af seks udsagn, der besvares på en 5-point Likert-skala fra ekstremerne *Meget uenig* til *Meget enig*. Udsagnene og kategorierne fremgår af Tabel 10.

Tabel 10: Brief Resilience Scale (BRS)	
Udsagn 1	<i>Jeg kommer normal hurtigt ovenpå igen, efter jeg har været udsat for modgang</i>
Udsagn 2*	<i>Jeg har svært ved at klare stressende oplevelser</i>
Udsagn 3	<i>Jeg kommer mig hurtigt efter en stressende situation</i>
Udsagn 4*	<i>Det er svært for mig at komme ovenpå igen, når der sker noget dårligt</i>
Udsagn 5	<i>Jeg plejer at komme igennem svære perioder uden de store vanskeligheder</i>
Udsagn 6*	<i>Det plejer at tage lang tid for mig at komme mig over modgang eller skuffelser</i>
Svarmulighed	Kategorisering
Meget uenig	1
Uenig	2
Hverken uenig eller enig	3
Enig	4
Meget enig	5
* Kodes omvendt således, at 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 og 5=1	

For at beregne en samlet score kodes besvarelserne for spørgsmål 2, 4 og 6 først omvendt, hvorefter pointene summeres. Herefter divideres den samlede sum med det antal spørgsmål, der er besvaret, således at der kan opnås en score mellem 1 og 5, hvor 5 indikerer høj resiliens og 1 lav resiliens.

Graden af personers resiliens kan inddeles i tre kategorier;

- En samlet score på 1,00-2,99: Lav resiliens
- En samlet score på 3,00-4,30: Normal resiliens
- En samlet score på 4,31-5,00: Høj resiliens [58].

Three-Item Loneliness Scale

Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) er et spørgeskema, der måler selv vurderet ensomhed. T-ILS, som består af tre udsagn, er en forkortet version af det længere spørgeskema, UCLA Loneliness Scale, som består af 20 udsagn [59, 60]. De tre udsagn besvares på en 3-point Likert-skala med svarmulighederne; *Sjældent*, *En gang imellem* og *Ofte*. Udsagnene og kategoriseringen kan ses i Tabel 11.

Tabel 11: Three-Item Loneliness Scale (T-ILS)	
Udsagn 1	<i>Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre</i>
Udsagn 2	<i>Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?</i>
Udsagn 3	<i>Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?</i>
Svarmulighed	Kategorisering
Sjældent	1
En gang imellem	2
Ofte	3

Der kan beregnes en samlet score ved at summere pointene fra hvert udsagn, således at der kan opnås mellem 3 og 9 point, hvor en høj score indikerer høj grad af ensomhed. Der er på tværs af studier anvendt forskellige minimumsscores, og der er derfor ikke bred enighed om, ved hvilken værdi en person kan siges at være ensom. I en rapport fra det daværende CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (nu DEFACTUM), anvendes en minimumsscore på 7, hvilket vil sige, at personer, der scorer mellem 7 og 9 karakteriseres som ensomme [61]. Det er den minimumsscore, der vil blive anvendt i dette speciale.

Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items

Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items (FFMQ-15) er et spørgeskema, der måler selvvurderede tendenser til at være mindful i dagligdagen. Spørgeskemaet er en forkortet version af det oprindelige FFMQ-39, og indeholder 15 udsagn fordelt på fem delskalaer, der alle er relaterede til individers tendens til at være mindful i hverdagen. Delskalaerne er; *Observerede*, *Beskrivende*, *Handle med opmærksomhed*, *Ikke-dømmende* og *Ikke-reagerende* [62, 63]. De 15 udsagn besvares på en 5-point Likert-skala fra ekstremerne *Aldrig eller meget sjældent sandt* til *Meget ofte eller altid sandt*. Udsagnene og kategorisering kan ses i Tabel 12.

Tabel 12: Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items (FFMQ-15)	
Udsagn	Delskala
Udsagn 1: <i>Jeg er god til at finde ord, der beskriver mine følelser</i>	Beskrivende
Udsagn 2: <i>Når jeg tager et bad, er jeg opmærksom på fornemmelserne af vandet på min krop</i>	Observerende
Udsagn 3*: <i>Jeg er ikke opmærksom på det, jeg foretager mig, fordi, jeg dagdrømmer, bekymrer mig, eller fordi jeg på anden vis bliver distraheret</i>	Handle med opmærksomhed
Udsagn 4*: <i>Jeg siger til mig selv, at jeg ikke burde føle, sådan som jeg føler</i>	Ikke-dømmende
Udsagn 5: <i>Jeg lægger mærke til, hvordan mad og drikke påvirker mine tanker, kropslige fornemmelser og følelser</i>	Observerende
Udsagn 6*: <i>Jeg synes, nogle af mine tanker er unormale eller dårlige, og jeg burde ikke tænke sådanne tanker</i>	Ikke-dømmende
Udsagn 7: <i>Jeg lægger mærke til fysiske fornemmelser, såsom vinden i mit hår eller solstråler på mit ansigt</i>	Observerende
Udsagn 8*: <i>Det er vanskeligt for mig at finde de rette ord til at udtrykke, hvordan jeg har det med forskellige ting</i>	Beskrivende
Udsagn 9: <i>Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, træder jeg et skridt tilbage og er opmærksom på tanken eller billedet uden at blive overvældet af det</i>	Ikke-reagerende
Udsagn 10: <i>Selv når jeg føler mig stærkt oprevet, kan jeg sætte ord på det, som sker</i>	Beskrivende
Udsagn 11: <i>Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, er jeg i stand til blot at bemærke dem uden at reagere</i>	Ikke-reagerende
Udsagn 12*: <i>Jeg synes, nogle af mine følelser er dårlige eller upassende, og jeg burde ikke føle dem</i>	Ikke-dømmende
Udsagn 13: <i>Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, bemærker jeg dem blot og lader dem passere</i>	Ikke-reagerende
Udsagn 14*: <i>Jeg udfører opgaver automatisk uden at være opmærksom på det, jeg laver</i>	Handle med opmærksomhed
Udsagn 15*: <i>Jeg gør ting uden at være opmærksom på det</i>	Handle med opmærksomhed
Svarmulighed	
Kategorisering	
Aldrig eller meget sjældent sandt	1
Sjældent sandt	2
Nogle gange sandt	3
Ofte sandt	4
Meget ofte eller altid sandt	5
* Kodes omvendt således, at 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 og 5=1	

Der kan beregnes både subscores for hver delskala, således at der kan opnå en score mellem 3 og 15 point for hver delskala, og der kan beregnes en samlet score ved at summere pointene for samtlige delskalaer. Således er det muligt at få en samlet score mellem 15 og 75 point, hvor en høj score indikerer et højt niveau af mindfulness [63]. Det anbefales, at delskalaen *Observerende* udelades, når den samlede score beregnes, da denne delskala ikke korrelerer med de øvrige. Det skyldes, at det at observere en tilstand kan være forskellig fra personer med egen meditationspraksis til personer uden en sådan. Således kan personer uden meditationspraksis rapportere at observere eksempelvis, hvordan mad påvirker tanker og følelser på en ængstelig måde og ikke på en nysgerrig og accepterende måde. Hvis det er tilfældet, indfanger en høj score på den observerende delskala ikke den intendede facet af mindfulness [64]. I dette speciale udelades scoren fra delskalaen *Observerende* derfor af den samlede score for FFMQ-15, hvorfor det er muligt at opnå en samlet score mellem 12 og 60 point. I et studie på 288 norske universitetsstuderende med en gennemsnitsalder på 23 år har de anvendt den længere version, FFMQ-39, som et mål for deltagernes grad af mindfulness [65]. Tabel 13 illustrerer gennemsnitsværdierne for de fem delskalaer, som de Vibe et al. fandt ved baseline i det norske studie, omregnet til FFMQ-15-værdier.

Tabel 13: Gennemsnitsværdier for de 5 delskalaer i FFMQ-15*		
Delskala	Gennemsnit	Spredning
Observerende	10,3	1,9
Beskrivende	11,0	2,2
Handle med opmærksomhed	9,2	2,0
Ikke-dømmende	9,8	2,2
Ikke-reagerende	7,9	1,5
Samlet score (scoren for <i>observerende</i> er undtaget)	37,9	Ikke oplyst

* Fundet i de Vibe et al. 2013 [65]

Spørgsmål til de unges søvn mængde

I det fulde spørgeskemaapparat, der er anvendt i pilottesten af DCM's program til unge, er der ud over de ovenstående spørgeskemaer også stillet to spørgsmål vedrørende mængden af de unges søvn. Spørgsmålene er plukket fra de spørgsmål, der blev anvendt i *Hvordan har du det?* 2013 [48]. Spørgsmålene og tilhørende kategorisering er opstillet i Tabel 14.

Tabel 14: Spørgsmål til de unges søvnsmængde	
Spørgsmål 1	<i>I de seneste 4 uger: Hvor mange timer sov du ca. på et almindeligt døgn?</i>
Spørgsmål 2	<i>I de seneste 4 uger: Har du fået nok søvn til at føle dig udhvilet?</i>
Svarmulighed, spørgsmål 1	Kategorisering
Svaret angives i timer	<i>Ikke relevant</i>
Svarmuligheder, spørgsmål 2	Kategorisering
Ja, som regel	1
Ja, men ikke tit nok	2
Nej, aldrig (næsten aldrig)	3

Spørgsmålene analyseres hver for sig. På baggrund af besvarelsene på spørgsmål 1 beregnes andelen af unge, som har sovet mindre end 7 timer i døgnet i løbet af de sidste 4 uger. I Hvordan har du det? 2013 fandt de, at cirka 23% af de unge i alderen 16-24 år, sover mindre end 7 timer i døgnet [48]. Besvarelsene på spørgsmål 2 rapporteres som den andel af unge, der oplever nogle søvnproblemer. Nogle søvnproblemer bliver i dette speciale karakteriseret ved, at deltagerne har besvaret spørgsmålet med enten *Ja, men ikke tit nok* eller *Nej, aldrig (næsten aldrig)*.

Validering af de anvendte spørgeskemaer

Inden for validitet finder der tre typer; *indholdsvaliditet*, *kriterievaliditet* og *begrebsvaliditet*. Indholdsvaliditet omhandler, hvorvidt de forskellige udsagn i et spørgeskema udgør de mest meningsfulde for det univers, der undersøges. Eksempelvis om udsagnet ”Når jeg tager et bad, er jeg opmærksom på fornemmelserne af vandet på min krop” i FFMQ -15 indfanger et meningsfuldt element i det at måle graden af personers mindfulness. Kriterievaliditet omhandler derimod, hvor godt resultaterne opnået fra én spørgeskemaskala korrelerer med resultaterne fra en anden, som oftest den gyldne standard for måling af den ønskede latente variabel [66]. Denne tilgang anvendes også, når der udvikles kortere versioner af eksisterende spørgeskemaer, såsom DASS-21 og FFMQ-15. Begrebsvaliditeten omhandler, hvor god teoretisk sammenhæng, der er mellem det, vi ønsker at måle og de begreber, vi har til at forstå det. Eksempelvis kan vi ikke observere angst, men vi kan anvende måleredskaber, såsom DASS-21, til at indfange det, vi teoretisk ved, er grundlæggende kendetegn for angst [66]. I den spørgeskemapakke, der er blevet anvendt i pilottesten, baserer målene sig på

selvrapporterede data, hvor det ikke er muligt objektivt at betragte de ønskede mål. Begrebsvaliditeten er derfor særlig vigtig i sådanne tilfælde.

De anvendte spørgeskemaer er alle eksisterende spørgeskemaer, på nær de supplerende spørgsmål om de unges søvnængde. Ved at anvende eksisterende spørgeskemaer, der allerede er testet i andre og lignende settings, øges sandsynligheden for, at den latente variabel, vi ønsker at måle, også er det, vi måler. For at spørgeskemaet kan siges at være validt til måling af det, vi ønsker at måle, må det være testet under forhold, der minder om dem, pilottesten er foregået i.

Spørgeskemaerne ARSQ, BRS og T-ILS er alle udviklet til voksne over 18 år. Spørgeskemaerne er i udenlandske studier fundet valide til måling af henholdsvis tanker og følelser i hvile, resiliens og ensomhed blandt individer over 18 år [57, 61, 67, 68]. Der er her tale om en lidt ældre aldersgruppe end pilottestens målpopulation. De fleste af de identificerede studier har dog en studiepopulation med en gennemsnitlig alder på omkring 20 år, hvorfor det formodes, at ARSQ, BRS og T-ILS også vil være valide til den lidt yngre studiepopulation.

FFMQ-15 er ligeledes udviklet og valideret til at måle voksne individers tendenser til at være mindful i hverdagen og er i et review over instrumenter til at indfange selvrapporteret mindfulness blevet fremhævet som et af de redskaber med bedst begrebsvaliditet [64, 69]. FFMQ er desuden tidligere blevet testet og valideret til brug blandt universitetsstuderende, hvilket bærer visse ligheder med målpopulation og setting for denne pilottest [70]. DASS-21 og WHO-5 er begge oprindeligt udviklede og validerede til brug til voksne [71, 72]. Begge spørgeskemaer er senere blevet anvendt til en yngre studiepopulation og er blandt andet anvendt i en engelsk pilottest af at levere MBSR i skolen til 16-18-årige [73]. Derudover er DASS-21 blevet valideret til brug af unge i både en brasiliansk og en vietnamesisk studiepopulation [74, 75], og WHO-5 er valideret til brug af unge i et studie af unge med mild til moderat depression [76].

De supplerende spørgsmål til de unges søvnængde er som ovenfor nævnt udvalgt fra Hvordan har du det? 2013, men er ikke fundet anvendt i andre studier eller publikationer [48].

Dataanalyse

Analyserne i specialet er lavet i Stata 16. Indledningsvist blev det undersøgt, hvorvidt data var normalfordelt, hvilket viste sig tilnærmelsesvist at gøre sig gældende for samtlige variable. Samtlige analyser er opdelt på uddannelse, således at gymnasie- og SOSU-elever analyseres separat. Indledningsvist er deltagerkarakteristikken for de gymnasie- og SOSU-elever, der besvarede førstspørgeskemaet blevet undersøgt. Deltagerkarakteristikken for begge grupper er fremstillet ved

deskriptiv statistik. I afrapporteringen er kontinuerte variable anført med gennemsnit (mean) og afvigelse (SD), mens kategoriske variable er anført med antal (n) og tilhørende procent (%). For at undersøge, hvorvidt de unge, der besvarer førspørgeskemaet, men ikke efterspørgeskemaet, er forskellige fra de unge, der besvarer både før- og efterspørgeskemaet, er der foretaget en bortfaldsanalyse opdelt på gymnasie- og SOSU-elever. For at kunne teste for, hvorvidt der er statistisk signifikant forskel mellem de unge, der bortfalder, og de unge, der bliver i studiet, er der for kontinuerte variable anvendt t-test og for kategoriske variable Pearsons Chi²-test. Specialet anvender et signifikansniveau på 5%, hvorfor forskelle mellem grupperne med en p-værdi på 5% eller derunder anses for at være statistisk signifikante.

Specialets hovedanalyse er foretaget på de gymnasie- og SOSU-elever, der besvarede både før- og efterspørgeskemaet. Hovedanalysen er todelt og udgøres af sammenligningen af henholdsvis gymnasie- og SOSU-elever før og efter undervisning samt en undersøgelse af, hvorvidt eleverne har etableret deres egen mindfulnesspraksis ved programmets afslutning. Resultaterne for sammenligningen af besvarelserne før og efter er opstillet i deskriptiv statistik, hvor kontinuerte variabler præsenteres med differenseestimer og tilhørende 95% sikkerhedsintervaller, mens de for kategoriske variable præsenteres med procent og tilhørende 95% sikkerhedsinterval. P-værdier for ændringerne fra før til efter rapporteres ikke [77]. Resultaterne for undersøgelsen af elevernes etablering af egen mindfulnesspraksis er angivet med antal og tilhørende procent.

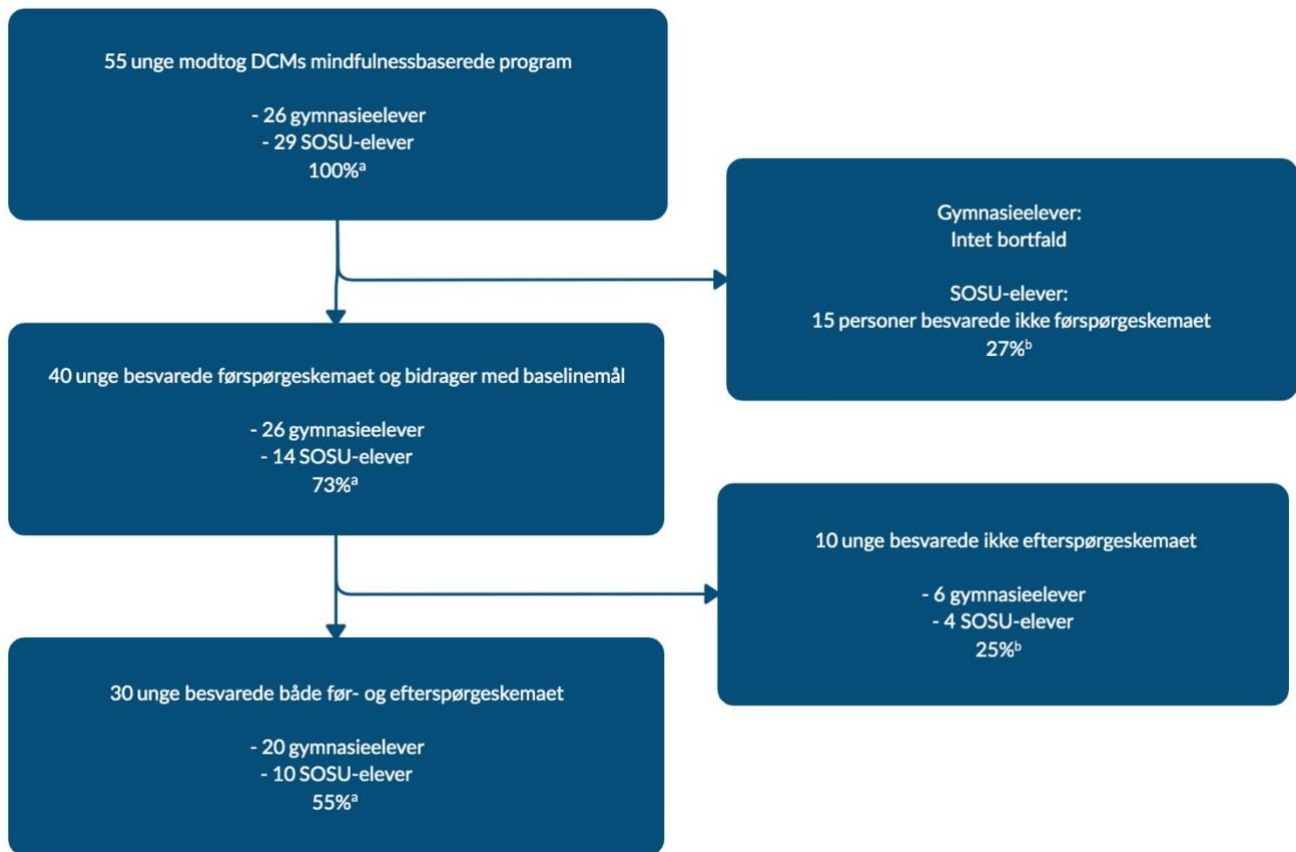
Data fra pilottesten er begrænset til et lille antal elever, der bidrager med både før- og efterdata, og som dermed indgår i analysen. Dertil kommer, at der, som tidligere nævnt, er anlagt en populationsbaseret forebyggelsesstrategi, hvilket er forbundet med lavere effektstørrelser sammenlignet med højrisikostراتيجier. Det interessante ved specialets hovedanalyse er derfor at undersøge de tendenser, der ses på de inkluderede outcomes målt med ARSQ-21, WHO-5, DASS-21, BRS, T-ILS, FFMQ-15 samt spørgsmålene om de unges søvn mængde, og hvorvidt disse rykker sig i en hensigtsmæssig retning. I afrapporteringen af bortfaldsanalysen samt hovedanalysen fokuseres der på forskelle på delskalaerne på DASS-21 samt WHO-5, da disse udgør de primære outcomemål i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*.

Resultater

I dette afsnit bliver der indledningsvist redegjort for studiepopulationen og deltagerflowet i pilottesten. Derpå vil følge en beskrivelse af deltagerkarakteristikken for gymnasie- og SOSU-eleverne på både demografiske parametre og de inkluderede spørgeskemaer, og herefter vil der blive præsenteret separate bortfaldsanalyser for gymnasie- og SOSU-eleverne. Dernæst bliver resultaterne af sammenligningen før og efter deltagelse for både gymnasie- og SOSU-elever gennemgået og slutteligt beskrives det i hvilken grad, de unge har etableret deres egen mindfulnesspraksis efter deltagelse i DCM's program til unge.

Studiepopulation og deltagerflow

Den ønskede studiepopulation udgøres af i alt 55 unge under 25 år fordelt på 26 gymnasieelever og 29 SOSU-elever, der er blevet undervist i DCM's program til unge. Ud af de 55 unge, der modtog undervisningen, blev 15 ekskluderet, fordi de ikke besvarede førspørgeskemaet. Derudover bortfaldt 10 deltagere, da de ikke besvarede efterspørgeskemaet. Den endelige studiepopulation består derfor af 30 unge, der har modtaget DCM's program til unge (Figur 8).



Figur 7: Flowdiagram

^a Procentvis angivelse af den resterende studiepopulation

^b Procentvis angivelse af bortfaldet af den nævnte årsag

Baselinekarakteristika

I Tabel 15 og 16 er der opstillet deltagerkarakteristikker for de henholdsvis 26 gymnasieelever og de 14 SOSU-elever, som besvarede spørgeskemaet. Begge grupper består overvejende af piger, og den gennemsnitlige alder for gymnasieeleverne er lige under 19 år, mens den for SOSU-eleverne er næsten 21,5 år. Langt størstedelen af gymnasieeleverne bor hjemme, med blot 3,2% udeboende, mens kun halvdelen af SOSU-eleverne er hjemmeboende, 42,9% er flyttet hjemmefra, og 7,1% bor under andre forhold end de nævnte.

Det er muligt at score mellem 3 og 15 point for hver delskala på ARSQ. En høj score indikerer, at man er enig i udsagnene, mens en lav scorer indikerer uenighed. En høj gennemsnitlig score for eksempelvis delskalaen *Tankemylder* betyder derfor, at deltagerne i gennemsnit oplever meget tankemylder.

For gymnasieeleverne ligger samtlige gennemsnitlige scores på delskalaerne mellem 8,0 og 10,3 point. Gymnasieeleverne scorer højest på delskalaen *Selvet*, der indikerer, at de tænker på dem selv i hvile. Den laveste score får de for *Søvnighed*, hvorfor de i gennemsnit ikke oplever en høj grad af søvnighed i hvile.

For SOSU-eleverne ligger de gennemsnitlige scores på delskalaerne på ARSQ i det samme område som gymnasieelevernes ved baseline. Til forskel fra gymnasieeleverne scorer SOSU-elever højest på delskalaen *Søvnighed*, hvor de i gennemsnit scorer 10,6 point ud af 15 mulige, mens de scorer lavest på delskala *Selvet* med en gennemsnitlig score på 8,4 point.

Generelt er både gymnasie- og SOSU-elevernes gennemsnitlige scores for selvrapporterede symptomer på depression, angst og stress inden for normalområdet ved baseline, på nær gymnasieelevernes score for stress, som placerer sig i kategorien ”mild”, forstået som en let forhøjet grad af stress i forhold til normalområdet. Ligeledes har begge grupper et normal resiliensniveau målt som gennemsnitsværdien på BRS.

I gennemsnit er 16% af gymnasieeleverne ensomme ved baseline, mens det kun gælder for 7,1% af SOSU-eleverne. Både gymnasie- og SOSU-elevernes samlede score for deres tendens til at være mindful på henholdsvis 37,1 og 38,4 ud af 60 mulige point ligger på lidt over middel.

I gennemsnit sover begge grupper lidt over 7 timer i døgnet. Der er 12% af gymnasieeleverne, der sover mindre end 7 timer i døgnet, mens det gør sig gældende for 20% af SOSU-eleverne.

Tabel 15: Baselinekarakteristika for gymnasieelever, der besvarede spørgeskemaet	
Køn, n (%)	n = 26
Piger	18 (69,2)
Drenge	8 (30,8)
Alder, mean (SD)	n = 26
Gennemsnit	18,9 (0,7)
Bopælsstatus, n (%)*	n = 26
Bor hjemme	25 (96,2)
Flyttet hjemmefra	1 (3,2)
Andet	0 (0)
Amsterdam Resting-State Questionnaire, mean (SD)	n = 25-26
Tankemylder	9,4 (2,7)
Sindets teori	10,2 (2,6)
Selvet	10,3 (1,7)
Planlægning	9,8 (2,9)
Søvnighed	8,0 (2,3)
Tilpashed	9,5 (2,2)
Kropslig bevidsthed	9,9 (2,7)
WHO-Five Well-being Index, mean (SD)	n = 26
Samlet score	53,7 (15,6)
Depression, Anxiety and Stress Scales, mean (SD)	n = 26
Depression	7,5 (5,6)
Angst	6,6 (5,4)
Stress	15,0 (8,2)
Brief Resilience Scale, mean (SD)	n = 26
Samlet score	3,9 (1,1)
Three-Item Loneliness Scale	n = 25
Unge med en samlet score over 7 point, n (%)	4 (16,0)
Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items, mean (SD)	n = 26
Observerende	9,7 (2,0)
Beskrivende	10,0 (2,3)
Handle med opmærksomhed	9,3 (1,6)
Ikke-dømmende	9,6 (2,8)
Ikke-reagerende	8,3 (2,3)
Samlet score (scoren for observerende er udeladt)	37,1 (4,9)
Spørgsmål til de unges søvnængde, n (%)	n = 25-26
Unge, der sover mindre end 7 timer i døgn	3 (12,0)
Nogle søvnproblemer**	20 (76,9)
* Besvarelsenerne for kategorierne ”Hos min far og mor – som bor sammen”, ”Skiftevis hos min far og min mor – lige meget hos begge”, ”Skiftevis hos min far og mor – mest hos min mor” og ”Kun hos min mor” kombineret til én kategori; Bor hjemme. ** Andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)” er lagt sammen og sammenlignet med andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, som regel”.	

Tabel 16: Baselinekarakteristika for SOSU-elever, der besvarede spørgeskemaet	
Køn, n (%)	n = 14
Piger	13 (92,9)
Drenge	1 (7,1)
Alder, mean (SD)	n = 14
Gennemsnit	21,4 (1,9)
Bopælsstatus, n (%)*	n = 14
Bor hjemme	7 (50,0)
Flyttet hjemmefra	6 (42,9)
Andet	1 (7,1)
Amsterdam Resting-State Questionnaire, mean (SD)	n = 11-13
Tankemylder	9,9 (2,0)
Sindets teori	8,5 (1,9)
Selvet	8,4 (1,9)
Planlægning	9,0 (2,1)
Søvnighed	10,6 (3,3)
Tilpashed	10,1 (2,6)
Kropslig bevidsthed	9,2 (2,6)
WHO-Five Well-being Index, mean (SD)	n = 14
Samlet score	56,9 (19,5)
Depression, Anxiety and Stress Scales, mean (SD)	n = 10-13
Depression	7,5 (9,5)
Angst	5,6 (8,5)
Stress	11,4 (11,7)
Brief Resilience Scale, mean (SD)	n = 14
Samlet score	3,5 (0,7)
Three-Item Loneliness Scale	n = 14
Unge med en samlet score over 7 point, n (%)	1 (7,1)
Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items, mean (SD)	n = 12-13
Observerende	10,1 (1,7)
Beskrivende	10,2 (2,2)
Handle med opmærksomhed	9,8 (1,3)
Ikke-dømmende	9,3 (3,2)
Ikke-reagerende	9,8 (2,6)
Samlet score (scoren for observerende er udeladt)	38,4 (5,3)
Spørgsmål til de unges søvnmængde, n (%)	n = 10-12
Unge, der sover mindre end 7 timer i døgnet	2 (20,0)
Nogle søvnproblemer**	8 (66,7)
* Besvarelsenerne for kategorierne ”Hos min far og mor – som bor sammen”, ”Skiftevis hos min far og min mor – lige meget hos begge”, ”Skiftevis hos min far og mor – mest hos min mor” og ”Kun hos min mor” kombineret til én kategori; Bor hjemme. ** Andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)” er lagt sammen og sammenlignet med andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, som regel”.	

Bortfald

I Figur 9 er frafaldet gennem pilottesten illustreret, hvor det ses, at der ud af de 40 unge, der besvarer førspørgeskemaet, er 6 gymnasieelever og 4 SOSU-elever, der ikke besvarer efterspørgeskemaet, og som dermed bortfalder.

Tabel 17 og 18 viser bortfaldsanalysen for henholdsvis gymnasieelever og SOSU-elever. I disse tabeller er deltagerkarakteristikken på de unge, der bortfalder, blevet sammenlignet med de unge, der bidrager med både før- og efterdata, og som derfor er inkluderet i studiet. Bortfaldsanalysen giver et indtryk af, hvorvidt der er forskel på de unge, der er inkluderet i studiet, og dem som falder fra. Da der er tale om et lille bortfald bestående af 6 gymnasieelever og 4 SOSU-elever, kan det ikke forventes, at der vil være statistisk signifikant forskel på de bortfaldne og de inkluderede.

De to tabeller viser som forventet, at der for de fleste parametre ikke er statistisk signifikant forskel på de bortfaldne og de inkluderede. Dog ses der en statistisk signifikant forskel på bopælsstatus for de SOSU-elever, der er inkluderet i studiet sammenlignet med de SOSU-elever, der frafalder. Her er der statistisk signifikant flere udeboende eller unge med andre boligforhold end de nævnte blandt dem, der bortfalder, end blandt de inkluderede. Ud over denne ene statistiske signifikante forskel er der interessante, ikke-statistisk signifikante tendenser for bortfaldet.

Der vil i det resterende af dette afsnit fokuseres på forskellene mellem grupperne på outcomemålene; WHO-5 og DASS-21, da disse udgør forskningsprojektets primære outcomemål. For de øvrige outcomemål henvises til tabellerne 17, 18, 19 og 20.

For gymnasieeleverne er dem, der bortfalder generelt i lidt bedre trivsel sammenlignet med dem, der bliver i studiet. Dem, der bortfalder, rapporterer lidt mindre grad af symptomer på depression og stress, men højere grad af symptomer på angst, hvor dem, der bortfalder ligger i kategorien ”mild” for angst, mod de inkluderede som ligger i normalområdet.

For SOSU-eleverne er de bortfaldne i gennemsnit i lidt dårligere trivsel end de inkluderede, om end de bortfaldne rapporterer gennemsnitligt færre symptomer på depression, angst og stress end de inkluderede. De inkluderede placerer sig her i gennemsnit tæt på grænsen mellem normalområdet og kategorien ”mild” på alle tre delskalaer, mens de bortfaldne har en større margin op til kategorien ”mild”.

Tabel 17: Bortfaldsanalyse for gymnasieelever			
Sammenligning af inkluderede gymnasieelever og dem der bortfalder mellem før- og efterbesvarelse			
	Inkluderede	Bortfald	p-værdi*
Køn, n (%)	n = 20	n = 6	
Piger	14 (70)	4 (66,7)	0,9
Drenge	6 (30)	2 (33,3)	
Alder, mean (SD)	n = 20	n = 6	
Gennemsnit	18,9 (0,6)	18,9 (0,9)	0,9
Bopælsstatus, n (%)**	n = 20	n = 6	
Bor hjemme	19 (95)	6 (100)	0,6
Flyttet hjemmefra	1 (5)	0 (0)	
Amsterdam Resting-State Questionnaire, mean (SD)	n = 19-20	n = 6	
Tankemylder	9,9 (2,9)	7,7 (1,4)	0,09
Sindets teori	10,2 (2,5)	10,3 (3,1)	0,9
Selvet	10,2 (1,8)	10,7 (1,5)	0,6
Planlægning	10,2 (2,8)	8,5 (2,8)	0,2
Søvnighed	7,9 (2,4)	8,7 (2,2)	0,5
Tilpashed	9,2 (2,3)	10,7 (1,4)	0,2
Kropslig bevidsthed	9,4 (2,8)	11,5 (1,8)	0,1
WHO-Five Well-being Index, mean (SD)	n = 20	n = 6	
Samlet score	52,0 (17,0)	59,3 (7,8)	0,3
Depression, Anxiety and Stress Scales, mean (SD)	n = 19-20	n = 6	
Depression	7,7 (6,1)	6,7 (3,9)	0,7
Angst	5,9 (5,9)	8,7 (2,4)	0,3
Stress	15,5 (9,3)	13,3 (2,7)	0,6
Brief Resilience Scale, mean (SD)	n = 20	n = 6	
Samlet score	4,0 (1,2)	3,8 (0,4)	0,6
Three-Item Loneliness Scale	n = 19	n = 6	
Samlet score på 7 point eller derover, n (%)	3 (15,8)	1 (16,7)	0,9
Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items, mean (SD)	n = 20,	n = 6	
Observerende	9,5 (2,1)	10,3 (1,0)	0,4
Beskrivende	9,7 (2,1)	11,0 (2,8)	0,2
Handle med opmærksomhed	9,0 (1,6)	10,2 (1,3)	0,1
Ikke-dømmende	10,0 (3,0)	8,3 (2,0)	0,2
Ikke-reagerende	8,1 (2,5)	8,8 (1,9)	0,5
Samlet score (scoren for observerende er udeladt)	36,8 (5,4)	38,3 (1,8)	0,5
Spørgsmål til de unges søvn mængde, n (%)	n = 19-20	n = 6	
Unge, der sover mindre end 7 timer i døgnet	3 (15,8)	0 (0)	0,3
Nogle søvnproblemer ^a	16 (80,0)	4 (66,7)	0,5
* Test for ingen forskel. Pearsons chi2-test er anvendt ved kategoriske variable, mens t-test er anvendt ved kontinuerte variable.			
** Besvarelserne for kategorierne ”Hos min far og mor – som bor sammen”, ”Skiftevis hos min far og min mor – lige meget hos begge”, ”Skiftevis hos min far og mor – mest hos min mor” og ”Kun hos min mor” kombineret til én kategori; Bor hjemme.			
^a Andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)” er lagt sammen og sammenlignet med andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, som regel”.			

Tabel 18: Bortfaldsanalyse for SOSU-elever

Sammenligning af inkluderede SOSU-elever og dem der bortfalder mellem før- og efterbesvarelse			
	Inkluderede	Bortfald	p-værdi*
Køn, n (%)	n = 10	n = 4	
Piger	9 (90,0)	0 (0)	0,5
Drenge	1 (10,0)	4 (100,0)	
Alder, mean (SD)	n = 10	n = 4	
Gennemsnit	21,3 (2,0)	21,8 (2,0)	0,7
Bopælsstatus, n (%) ^a	n = 10	n = 4	
Bor hjemme	7 (70,0)	0 (0)	0,04**
Flyttet hjemmefra	3 (30,0)	3 (75,0)	
Andet	0 (0)	2 (25,0)	
Amsterdam Resting-State Questionnaire, mean (SD)	n = 8-10	n = 2-3	
Tankemylder	10,0 (1,8)	9,7 (2,9)	0,8
Sindets teori	8,8 (1,9)	7,7 (2,1)	0,4
Selvet	8,1 (1,7)	9,0 (2,6)	0,5
Planlægning	9,1 (2,3)	8,7 (2,5)	0,8
Søvnighed	11,2 (2,9)	8,7 (4,2)	0,3
Tilpashed	10,7 (2,3)	7,5 (3,5)	0,1
Kropslig bevidsthed	9,3 (2,2)	9,0 (4,4)	0,9
WHO-Five Well-being Index, mean (SD)	n = 10	n = 4	
Samlet score	58,8 (22,2)	52,0 (11,8)	0,6
Depression, Anxiety and Stress Scales, mean (SD)	n = 6-9	n = 4	
Depression	8,3 (10,2)	6,0 (9,4)	0,7
Angst	7,0 (10,6)	3,5 (4,7)	0,6
Stress	12,7 (12,9)	8,5 (9,4)	0,6
Brief Resilience Scale, mean (SD)	n = 10	n = 4	
Samlet score	3,5 (0,7)	3,3 (0,8)	0,6
Three-Item Loneliness Scale, mean (SD)	n = 10	n = 4	
Samlet score på 7 point eller derover, n (%)	1 (10,0)	0 (0)	0,5
Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items, mean (SD)	n = 8-9	n = 4	
Observerende	10,3 (1,8)	9,5 (1,3)	0,4
Beskrivende	10,1 (2,4)	10,5 (2,1)	0,8
Handle med opmærksomhed	9,7 (0,9)	10,0 (2,2)	0,7
Ikke-dømmende	9,1 (3,8)	9,8 (1,3)	0,8
Ikke-reagerende	10,3 (2,7)	8,8 (2,5)	0,4
Samlet score (scoren for observerende er udeladt)	38,1 (6,2)	39,0 (3,6)	0,8
Spørgsmål til de unges søvnmenge, n (%)	n = 8-9	n = 2-3	
Unge, der sover mindre end 7 timer i døgnet	1 (12,5)	1 (50,0)	0,2
Nogle søvnproblemer ^a	6 (66,7)	2 (66,7)	1,0

* Test for ingen forskel. Ved kategoriske variable; Pearsons chi²-test og t-test ved kontinuerte variable.
 ** Statistisk signifikant forskel mellem de inkluderede og de bortfaldne SOSU-elever.
^a Besvarelsene for kategorierne ”Hos min far og mor – som bor sammen”, ”Skiftevis hos min far og min mor – lige meget hos begge”, ”Skiftevis hos min far og mor – mest hos min mor” og ”Kun hos min mor” kombineret til én kategori; Bor hjemme.
^a Andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)” er lagt sammen og sammenlignet med andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, som regel”.

Sammenligning før og efter deltagelse i DCM's mindfulnessbaserede program til unge

Gymnasieelever; sammenligning før og efter

Af Tabel 19 fremgår estimerne for gymnasieelevernes scores for de inkluderede spørgeskemaskalaer og spørgsmålene vedrørende søvnængde samt differenseestimerne fra før til efter programmet. I det følgende vil differenseestimerne for WHO-5 og delskalaerne på DASS-21 blive fremhævet og fortolket, mens der for de øvrige estimer vil blive redegjort for, i hvilken retning tendensen ser ud til at gå. Gældende for samtlige estimer er det, at der som forventet er tale om statistisk ikke-signifikante ændringer fra før til efter programmet, og hver differenseestimat er karakteriseret ved at have relativt brede 95% sikkerhedsintervaller.

Den samlede score for gymnasieelevernes generelle trivsel, illustreret ved scoren for WHO-5, viser en u hensigtsmæssig tendens. Differenseestimatet tyder på, at de unges trivsel falder fra før programmet til efter med i gennemsnit 7,2 point. Deres trivsel falder næppe med mere end 15,3 point og stiger næppe mere end 0,9 point fra før til efter deres deltagelse i programmet.

Differenseestimerne for delskalaerne i DASS-21 viser, at gymnasieelevernes selvrapporterede symptomer på depression og angst stiger med henholdsvis 3,0 og 1,6 point, mens deres symptomer på stress falder ganske lidt efter programmet. For symptomer på depression er der tale om, at disse i gennemsnit stiger 3,0 point, når man sammenligner før og efter programmet. Symptomerne på depression reduceres næppe mere end 0,8 point og stiger næppe mere end 6,8 point efter programmet.

For delskalaerne i ARSQ-21 er der tale om små ændringer, der peger både i en hensigtsmæssig og u hensigtsmæssig retning. Differenseestimerne placerer sig alle tæt på 0 med 95% sikkerhedsintervaller, der indikerer, at ændringen med 95% sandsynlighed ligger tæt på 0. Differenseestimatet for delskalaen *Kropslig bevidsthed* vidner om en lidt større ændring i en u hensigtsmæssig retning end de øvrige delskalaer.

Gymnasieelevernes resiliens er uændret, når man sammenligner før programmet med efter, mens andelen af ensomme gymnasieelever falder fra 15,8% til 0,0% efter programmet.

Gymnasieeleverne viser ikke tendens til at øge deres tilbøjelighed til at være mindful i hverdagen, og generelt stiger andelen af gymnasieelever, der sover mindre end 7 timer i døgnet (10,5 procentpoint) og som oplever nogle søvnproblemer (5,0 procentpoint).

Tabel 19: Sammenligning før og efter deltagelse i DCM's mindfulnessbaserede program til unge - gymnasieelever			
	Før	Efter	Differensestimat
Amsterdam Resting-State Questionnaire, mean (95% CI)	n = 19-20		
<i>Tankemylder</i>	9,9 (8,5; 11,2)	9,6 (8,4; 10,8)	- 0,3 (-1,5; 1,0)
<i>Sindets teori</i>	10,2 (9,0; 11,4)	10,4 (9,0; 11,8)	0,2 (-1,4; 1,8)
<i>Selvet</i>	10,2 (9,3; 11,1)	10,1 (9,1; 11,2)	-0,01 (-1,1; 1,0)
<i>Planlægning</i>	10,1 (8,7; 11,5)	10,2 (9,0; 11,4)	0,1 (-1,6; 1,8)
<i>Søvnhighed</i>	7,9 (6,7; 9,0)	7,7 (6,5; 8,8)	-0,2 (-1,5; 1,1)
<i>Tilpashed</i>	9,2 (8,1; 10,3)	9,8 (8,9; 10,6)	0,6 (-0,8; 1,9)
<i>Kropslig bevidsthed</i>	9,4 (8,1; 10,8)	8,1 (7,0; 9,2)	-1,3 (-2,9; 0,2)
WHO-Five Well-being Index, mean (95% CI)	n = 20		
<i>Samlet score</i>	52,0 (44,0; 60,0)	44,8 (34,7; 54,9)	-7,2 (-15,3; 0,9)
Depression, Anxiety and Stress Scales, mean (SD)	n = 19-20		
<i>Depression</i>	7,7 (4,9; 10,5)	10,7 (7,1; 14,2)	3,0 (-0,8; 6,8)
<i>Angst</i>	5,9 (3,0; 8,7)	7,5 (3,5; 11,4)	1,6 (-1,6; 4,8)
<i>Stress</i>	14,8 (10,5; 19,2)	14,7 (10,9; 18,6)	-0,1 (-4,0; 3,8)
Brief Resilience Scale, mean (95% CI)	n = 20		
<i>Samlet score</i>	4,0 (3,4; 4,6)	4,0 (3,6; 4,5)	0,0 (-0,3; 0,3)
Three-Item Loneliness Scale, % (95% CI)	n = 19		
<i>Samlet score på 7 point eller derover</i>	15,8 (0,6; 32,2)	0,0 (0,0; 0,0)	-15,8 (-32,2; 0,6)
Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items, mean (95% CI)	n = 20		
<i>Observerende</i>	9,5 (8,5; 10,5)	9,5 (8,2; 10,7)	0,0 (-1,1; 1,0)
<i>Beskrivende</i>	9,7 (8,7; 10,6)	9,9 (8,6; 11,2)	0,3 (-1,0; 1,5)
<i>Handle med opmærksomhed</i>	9,0 (8,3; 9,7)	8,9 (8,2; 9,5)	-0,1 (-0,8; 0,5)
<i>Ikke-dømmende</i>	10,0 (8,6; 11,4)	9,9 (8,2; 11,6)	-0,1 (-1,0; 0,8)

<i>Ikke-reagerende</i>	8,1 (6,9; 9,3)	8,1 (7,1; 9,0)	0,0 (-1,3; 1,2)
<i>Samlet score (Observerende er udeladt)</i>	36,8 (34,2; 39,3)	36,7 (34,1; 39,3)	-0,1 (-1,8; 1,7)
<i>Spørgsmål til de unges søvnmængde</i>	n = 19-20		
<i>Unge, der sover mindre end 7 timer i døgnet, % (95% CI)</i>	15,8 (-0,6; 32,2)	26,3 (6,5; 46,1)	10,5 (-15,2; 36,2)
<i>Nogle søvnproblemer, % (95% CI)*</i>	80,0 (62,4; 97,5)	85,0 (69,4; 100,0)	5,0 (-18,5; 28,5)
* Andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)” er lagt sammen og sammenlignet med andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, som regel”.			

SOSU-elever; sammenligning før og efter

I Tabel 20 ses de tilsvarende estimer og differenseestimer for SOSU-elevens scores fra før til efter programmet. Nedenfor følger en fortolkning af differenseestimerne opdelt på spørgeskemaskalaerne. Der vil nu følge en fortolkning af differenseestimerne af WHO-5 og delskalaerne på DASS-21, og som ovenfor blive beskrevet, hvilken retning de øvrige tendenser ser ud til at gå. For de fleste differenseestimer er der tale om statistiske ikke-signifikante ændringer med brede 95% sikkerhedsintervaller, mens der for 3 af disse er tale om statistisk signifikante forskelle mellem før og efter programmet på trods af det lille antal deltagere.

Ligesom for gymnasieeleverne tyder differenseestimatet for WHO-5 på en tendens i den u hensigtsmæssige retning. Differenseestimatet indikerer, at SOSU-eleverne i gennemsnit reducerer deres generelle trivsel med 12,8 point, når man sammenligner deres samlede scores før og efter programmet. De reducerer næppe deres trivsel med mere end 30,3 point og øger den næppe med mere end 4,7 point.

SOSU-elevens symptomer på depression og stress ændres en smule og det i en u hensigtsmæssig retning efter deltagelse i programmet. Differenseestimatet for symptomer på angst er det største for de tre delskalaer og indikerer en gennemsnitlig stigning på 3,2 point efter deltagelse.

Angstsymptomerne reduceres næppe med mere end 5,5 point og øges næppe med mere end 11,9 point efter programmet.

Generelt placerer differensestimerne for SOSU-elevernes tanker og følelser i hvile, målt med ARSQ-21, sig omkring 0. Dog viser delskalaen *Søvnighed*, at der er tale om en statistisk signifikant reduktion af SOSU-elevernes oplevede søvnighed under hvile.

Differensestatistiken for SOSU-elevernes resiliens indikerer, at deres resiliens er tæt på uændret med en svag tendens i en hensigtsmæssig retning. Derimod stiger andelen af ensomme SOSU-elever, om end denne sammenhæng er karakteriseret ved brede 95% sikkerhedsintervaller.

Generelt viser differensestimerne for både delskalaerne og den samlede score for FFMQ-15, at SOSU-elevernes tendens til at være mindful reduceres efter deltagelse i programmet. For delskalaerne *Observerende* og *Ikke-reagerende* er der tale om statistisk signifikante ændringer i en uhensigtsmæssig retning således, at SOSU-eleverne reducerer deres evne til at observere fornemmelser og bliver mere reaktive efter deltagelse i programmet.

Generelt stiger andelen af unge SOSU-elever, der sover mindre end 7 timer i døgnet (42,9 procentpoint) og andelen med nogle søvnproblemer (11,1 procentpoint).

Tabel 20: Sammenligning før og efter deltagelse i DCM's mindfulnessbaserede program til unge – SOSU-elever			
	Før	Efter	Differensestimat
Amsterdam Resting-State Questionnaire, mean (95% CI)	n = 8-10		
<i>Tankemylder</i>	10,0 (8,5; 11,5)	10,1 (8,7; 11,6)	0,1 (-2,5; 2,7)
<i>Sindets teori</i>	8,8 (7,3; 10,3)	9,3 (7,6; 11,1)	0,6 (-1,5; 2,6)
<i>Selvet</i>	8,1 (6,7; 9,6)	9,8 (7,9; 11,6)	1,6 (-1,4; 4,7)
<i>Planlægning</i>	9,1 (7,6; 10,6)	9,7 (8,0; 11,4)	0,6 (-1,7; 2,9)
<i>Søvnighed</i>	11,4 (8,8; 14,0)	9,3 (7,0; 11,5)	-2,1 (-3,8; -0,4)*
<i>Tilpashed</i>	10,8 (8,8; 12,7)	11,0 (8,6; 13,4)	0,3 (-1,7; 2,2)
<i>Kropslig bevidsthed</i>	9,3 (7,8; 10,8)	8,8 (6,44; 11,2)	-0,5 (-2,5; 1,5)
WHO-Five Well-being Index, mean (95% CI)	n = 10		
<i>Samlet score</i>	58,8 (43,0; 74,4)	46,0 (28,6; 63,4)	-12,8 (-30,3; 4,7)
Depression, Anxiety and Stress Scales, mean (SD)	n = 5-8,		
<i>Depression</i>	9,4 (-0,2; 19,0)	10,0 (-3,4; 23,4)	0,6 (-3,5; 4,7)
<i>Angst</i>	7,2 (-7,5; 21,8)	10,4 (-1,2; 22,0)	3,2 (-5,5; 11,9)
<i>Stress</i>	14,3 (3,5; 25,0)	15,0 (5,3; 24,7)	0,75 (-2,6; 4,1)
Brief Resilience Scale, mean (95% CI)	n = 8		
<i>Samlet score</i>	3,5 (2,9; 4,2)	3,9 (3,4; 4,4)	0,4 (-0,6; 1,4)
Three-Item Loneliness Scale, % (95% CI)	n = 10		
<i>Samlet score på 7 point eller derover</i>	10,0 (-8,6; 28,6)	20,0 (-4,8; 44,8)	10,0 (-21,0; 41,0)
Five Facet Mindfulness Questionnaire – 15 items, mean (95% CI)	n = 7-9		
<i>Observerende</i>	10,3 (8,9; 11,7)	8,0 (5,8; 10,2)	-2,3 (-4,6; -0,06)*
<i>Beskrivende</i>	9,9 (7,9; 11,9)	10,3 (8,3; 12,2)	0,4 (-1,2; 1,9)
<i>Handle med opmærksomhed</i>	9,6 (8,9; 10,4)	8,8 (7,2; 10,3)	-0,8 (-2,5; 0,7)
<i>Ikke-dømmende</i>	9,1 (6,2; 12,0)	8,1 (6,0; 10,2)	-1,0 (-3,5; 1,5)

<i>Ikke-reagerende</i>	9,7 (7,5; 12,0)	7,4 (5,3; 9,6)	-2,3 (-3,9; -0,7)*
<i>Samlet score (Observerende er udeladt)</i>	36,3 (32,9; 39,7)	33,3 (28,7; 37,9)	-3,0 (-7,6; 1,6)
Spørgsmål til de unges søvnmenge	n = 7-9		
<i>Unge, der sover mindre end 7 timer i døgnet, % (95% CI)</i>	14,3 (-11,6; 40,2)	57,1 (20,5; 93,8)	42,9 (-2,0; 87,8)
<i>Nogle søvnproblemer, % (95% CI)**</i>	66,7 (35,9; 97,5)	77,8 (50,6; 100)	11,1 (-30,0; 52,2)
* Statistisk signifikant forskel mellem før og efter. ** Andelen af SOSU-elever, der svarede ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)” er lagt sammen og sammenlignet med andelen af gymnasieelever, der svarede ”Ja, som regel”.			

Etablering af de unges egen mindfulnesspraksis

Det er interessant at undersøge, om de unge har etableret deres egen mindfulnesspraksis efter deltagelse i DCM's program, da det er denne praksis, der skal fungere som deres værktøjskasse til at håndtere de udfordringer og den stress de møder i deres daglige liv.

Gymnasieelevernes egen praksis

I Tabel 21 kan det aflæses, i hvilken grad gymnasieeleverne har etableret deres egen mindfulnesspraksis efter deltagelse i programmet. På tværs af spørgsmålene ses det, at ingen har etableret en daglig praksis, og at de fleste enten ikke har lavet body scan, yogaøvelser eller siddende meditation uden for undervisningen eller kun har gjort det én eller to gange. Nogle få praktiserer dog yogaøvelser og siddende meditation, og op imod en tredjedel er begyndt flere gange om ugen at lægge mærke til, hvordan de reagerer i stressede situationer, og hvor i kroppen de mærker stress.

Tabel 21: Gymnasieelevernes egen mindfulnesspraksis					
Angivet som n og (%)					
Spørgsmål	Kategori				
	Aldrig	Én eller to gange	Cirka én gang om ugen	Flere gange om ugen	Hver dag
n = 20					
<i>I løbet af kurset er du blevet undervist i at lave en body scan. Hvor ofte har du lavet en body scan uden for undervisningen?</i>	7 (35)	11 (55)	2 (10)	0 (0)	0 (0)
<i>I løbet af kurset er du blevet undervist i at lave yoga-øvelser. Hvor ofte har du lavet yoga-øvelser uden for undervisningen?</i>	8 (40)	7 (35)	3 (15)	2 (10)	0 (0)
<i>I løbet af kurset er du blevet undervist i at meditere, mens du sidder. Hvor ofte har du lavet en siddende meditation uden for undervisningen?</i>	15 (75)	3 (15)	1 (5)	1 (5)	0 (0)
<i>I løbet af kurset er du blevet bedt om at lægge mærke til, hvordan du reagerer i stressede situationer, og hvor i kroppen, du mærker stress. Hvor ofte har du lagt mærke til dette uden for undervisningen?</i>	3 (15)	8 (40)	3 (15)	6 (30)	0 (0)

SOSU-elevernes egen praksis

Af Tabel 22 ses lignende tendenser som for gymnasieeleverne med en overvægt af unge, som enten aldrig eller kun få gange har lavet body scan, yogaøvelser eller siddende meditation uden for undervisningen. Der er dog 40% af SOSU-eleverne, som efter deltagelse i programmet enten dagligt eller flere gange om ugen lægger mærke til, hvordan de reagerer i stressede situationer, og hvor i kroppen de mærker stress. Dertil kommer, at der er 10%, som praktiserer body scan og yogaøvelser flere gange om ugen.

Tabel 22: SOSU-elevernes egen mindfulnesspraksis					
Angivet som n og (%)					
Spørgsmål	Kategori				
	Aldrig	Én eller to gange	Cirka én gang om ugen	Flere gange om ugen	Hver dag
n = 10					
<i>I løbet af kurset er du blevet undervist i at lave en body scan. Hvor ofte har du lavet en body scan uden for undervisningen?</i>	3 (30)	6 (60)	0 (0)	1 (10)	0 (0)
<i>I løbet af kurset er du blevet undervist i at lave yoga-øvelser. Hvor ofte har du lavet yoga-øvelser uden for undervisningen?</i>	6 (60)	3 (30)	0 (0)	1 (10)	0 (0)
<i>I løbet af kurset er du blevet undervist i at meditere, mens du sidder. Hvor ofte har du lavet en siddende meditation uden for undervisningen?</i>	6 (60)	2 (20)	2 (20)	0 (0)	0 (0)
<i>I løbet af kurset er du blevet bedt om at lægge mærke til, hvordan du reagerer i stressede situationer, og hvor i kroppen, du mærker stress. Hvor ofte har du lagt mærke til dette uden for undervisningen?</i>	3 (30)	3 (30)	0 (0)	2 (20)	2 (20)

Diskussion

I dette afsnit følger indledningsvist en opsummering af pilottestens resultater, herunder deltagerkarakteristikken ved baseline, bortfaldsanalysen samt pilottestens hovedresultater. Dernæst diskuteres resultaterne og pilottestens styrker og begrænsninger, hvorunder risikoen for selektions- og informationsproblemer samt confounding vil blive gennemgået. Pilottestens eksterne validitet vurderes gennem sammenligning med fund i tidligere studier på området, og dernæst diskuteres de anvendte metoder i pilottesten og potentialet i en supplerende kvalitativ undersøgelse. Afslutningsvist udledes erfaringer opnået på baggrund af pilottesten.

Pilottestens resultater

I dette afsnit vil pilottestens resultater blive opsummeret. Resultaterne fordeler sig på både baselinekarakteristika, resultaterne af bortfaldsanalysen samt hovedresultaterne af analysen før og efter deltagelse i DCM's mindfulnessbaserede program til unge og etableringen af egen praksis. For de variable, hvor gymnasieelever og SOSU-elever ligner hinanden, vil disse blive opsummeret samlet, mens resultaterne for de variable, hvor gymnasie- og SOSU-elever adskiller sig fra hinanden, vil blive opsummeret separat.

Resultater af deltagerkarakteristik ved baseline

Gymnasieeleverne scorer i gennemsnit mellem 8,0 og 10,3 point på delskalaerne i ARSQ-21. I gennemsnit tænker gymnasieeleverne mest på sig selv og oplever mindst søvnighed i hvile, mens det omvendte gør sig gældende for SOSU-eleverne. SOSU-eleverne scorer i gennemsnit højest på delskalaen *Søvnighed* og lavest på delskalaen *Selvet* med gennemsnitsværdier på henholdsvis 10,6 point og 8,4 point.

Ved besvarelsen af førspørgeskemaet var både gymnasie- og SOSU-elevernes selvrapporterede trivsel i normalområdet, hvorfor de unge ikke umiddelbart var i risiko for depression eller stressbelastning. Begge grupper rapporterede også scores for selvrapporterede symptomer på depression, angst og stress, der lå inden for normalområdet ved baseline, på nær gymnasieelevernes gennemsnitlige score for symptomer på angst, som ved baseline var af mild grad.

Ved baseline var der lidt flere ensomme gymnasieelever end SOSU-elever, mens begge grupper havde et resiliensniveau inden for normalområdet ved pilottestens start. Ved baseline har SOSU-eleverne i gennemsnit lidt større tendens til at være mindful i hverdagen i forhold til gymnasieeleverne. Gymnasieeleverne scorer her samlet 37,1 point på FFMQ mod SOSU-elevernes

38,4 point. Begge grupper sover i gennemsnit lidt mere end 7 timer i døgnet, men der er lidt flere SOSU-elever, der sover mindre end 7 timer i døgnet sammenlignet med gymnasieeleverne.

Resultater af bortfaldsanalysen

Af Figur 8 fremgår det, at der var 40 unge, der besvarede førspørgeskemaet, mens kun 30 unge besvarede både før- og efterskemaet. Ud af de ti, der bortfaldt, er 6 gymnasieelever og 4 SOSU-elever. Hvorvidt disse 10 elever bevidst har fravalgt undervisningen i mindfulness, eller at de blot var fraværende den dag, der blev besvaret efterspørgeskemaer, er uvist. Det synes sandsynligt at formode, at visse af de bortfaldne elever har været fraværende, da der skulle besvares efterspørgeskemaer, og at bortfaldet dermed ikke udelukkende vidner om, at de bortfaldne har fravalgt at deltage i programmet.

Bortfaldsanalysen viser, at der udelukkende er statistisk signifikant forskel på bopælsstatus for de inkluderede SOSU-elever og dem, der bortfalder mellem besvarelsen af førspørgeskemaet og besvarelsen af efterspørgeskemaet. Her ses det, at der er statistisk signifikant flere udeboende blandt de bortfaldne SOSU-elever sammenlignet med de inkluderede. Derudover er der enkelte interessante, ikke-statistisk signifikante tendenser i bortfaldet. Udvalgte interessante tendenser er, at de bortfaldne gymnasieelever er i bedre trivsel end de inkluderede, mens det omvendte er tilfældet for SOSU-eleverne. For begge grupper gælder det, at de bortfaldne oplever færre selvrapporterede symptomer på depression og stress sammenlignet med de inkluderede. De bortfaldne gymnasieelever rapporterer flere symptomer på angst end de inkluderede, mens det omvendte er tilfældet for SOSU-eleverne. I begge grupper har de bortfaldne i gennemsnit lidt større tilbøjelighed til at være mindful i hverdagen. De bortfaldne gymnasieelever sover lidt mere og med færre søvnproblemer end de inkluderede, mens en større andel af de bortfaldne SOSU-elever sover mindre end 7 timer i døgnet i forhold til de inkluderede, men med lige mange søvnproblemer som de inkluderede.

Pilottestens hovedresultater

Pilottestens hovedresultater består både af sammenligningen af før- og efterbesvarelserne samt analysen af de unges etablering af egen mindfulnesspraksis for både gymnasie- og SOSU-elever. Først vil resultaterne af sammenligningen før og efter blive opsummeret og dernæst resultaterne af etableringen af de unges egen praksis.

For gymnasieeleverne sker der generelt kun små ændringer i deres scores på de syv delskalaer på ARSQ, og disse ændringer går både i en uhensigtsmæssig og hensigtsmæssig retning. Alle differenseestimerer placerer sig tæt på 0 med brede sikkerhedsintervaller. Samme tendens gør sig gældende for gymnasieelevernes tendens til at være mindful i hverdagen, hvor både delskalaerne og den samlede score er næsten uændret med små tendenser, der kan gå i begge retninger.

Gymnasieelevernes resiliens er ligeledes uændret efter programmet sammenlignet med før, mens andelen af ensomme unge blandt gymnasieeleverne falder, således at ingen af de inkluderede unge har en score på 7 eller derover på T-ILS efter programmet.

Modsat indikerer gymnasieelevernes scores på WHO-5 og DASS-21, at de har dårligere trivsel og flere symptomer på både depression og angst efter programmet sammenlignet med før. Der ses en lille reduktion i gymnasieelevernes selvrapporterede symptomer på stress, men denne ændring er tæt på 0 med et bredt sikkerhedsinterval. Dertil kommer, at en større andel af gymnasieeleverne sover mindre end 7 timer i døgnet og har søvnproblemer efter programmet sammenlignet med før.

For SOSU-eleverne ses generelt den samme tendens på delskalaerne på ARSQ som for gymnasieeleverne, dog rapporterer SOSU-eleverne at opleve sig statistisk signifikant mindre søvnige i hvile efter programmet, sammenlignet med før. De øvrige delskalaer viser små ændringer med en tendens, der kan gå i begge retninger. SOSU-eleverne viser en generel tendens til at mindske deres tilbøjelighed til at være mindful i hverdagen. Det ses både i form af en reduktion i deres samlede FFMQ-score og statistisk signifikante reduktioner i delskalaerne *Observerende* og *Ikke-reagerende*. SOSU-eleverne bliver dermed statistisk signifikant mindre tilbøjelige til at observere følelser og fornemmelser og mere reaktive efter programmet. SOSU-elevernes resiliens tenderer til at øges efter programmet sammenlignet med før, om end der er tale om en beskedne ændring på i gennemsnit 0,4 (-0,6; 1,4) point. Andelen af ensomme unge blandt SOSU-eleverne tenderer at stige med 10 procentpoint efter programmet.

Ligesom for gymnasieeleverne falder SOSU-elevernes generelle trivsel målt på WHO-5. Dertil kommer, at deres selvrapporterede symptomer på depression, angst og stress stiger efter programmet sammenlignet med før. Derudover sker der en betydelig stigning i andelen af unge SOSU-elever, der sover mindre end 7 timer i døgnet, og ligeledes stiger andelen af SOSU-elever med søvnproblemer efter programmet sammenlignet med før.

For både gymnasie- og SOSU-eleverne ses der en tendens til, at de unge ikke etablerer egen mindfulnesspraksis i løbet af programmet. Blandt andet er det 90% af gymnasieeleverne, der enten

aldrig eller kun én eller to gange har udført en body scan uden for undervisningen, og 80% af SOSU-eleverne der aldrig eller kun én eller to gange har lavet en siddende meditation uden for undervisningen. Sammenlignet med de øvrige udsagn, er der for begge grupper en større andel, der svarer ”cirka én gang om ugen” eller hyppigere til udsagnet *”I løbet af kurset er du blevet bedt om at lægge mærke til, hvordan du reagerer i stressede situationer, og hvor i kroppen du mærker stress”*. Det er gældende for 45% af gymnasieeleverne og 40% af SOSU-eleverne.

Diskussion af resultater

I fortolkningen af hovedresultaterne af pilottesten er det væsentligt at have in mente, at pilottestens formål var at teste anvendeligheden af DCM’s program til unge samt at undersøge de tendenser, der ses på udvalgte outcomes. Dermed er pilottestens formål ikke at evaluere effekterne af programmet.

På baggrund af de ovenstående resultater er der indikation for, at både de unge gymnasie- og SOSU-elevs mentale sundhed reduceres, når man sammenligner udvalgte outcomes efter programmet med før. Særligt påkalder det sig opmærksomhed, at de unges generelle trivsel og selvrapporterede symptomer på depression, angst og stress viser tendenser til at gå i en u hensigtsmæssig retning efter programmet sammenlignet med før. De unges trivsel målt på WHO-5, viser tendenser til at falde fra før programmet til efter. For gymnasieeleverne falder den samlede score fra 52,0 point før til 44,8 point efter, mens de tilsvarende tal for SOSU-eleverne er 58,8 og 46,0 point. Der er derfor tale om, at begge grupper bevæger sig fra ikke at være i umiddelbar risiko for depression og stressbelastning til netop at befinde sig i denne risikogruppe efter deltagelse i programmet [53].

På samme måde ses en stigning i de unges selvrapporterede symptomer på depression og angst for begge grupper og ligeledes symptomer på stress for SOSU-elevens vedkommende. Disse stigninger betyder, at de unge generelt bevæger sig fra at være i normalområdet for de tre delskalaer inden programmet, til at placere sig enten tæt på eller i en kategori præget af flere symptomer på enten depression, angst eller stress. Kategoriseringerne for gymnasie- og SOSU-elevens selvrapporterede symptomer på depression, angst og stress før og efter programmet er illustreret i Tabel 23.

Tabel 23: Kategorisering af symptomer på depression, angst og stress før og efter			
Gymnasieelever			
	Depression	Angst	Stress
Før	Normal	Normal	Mellem normal og mild
Efter	Mild	Mellem normal og mild	Mellem normal og mild
SOSU-elever			
Før	Normal	Mellem normal og mild	Mellem normal og mild
Efter	Mild	Moderat	Mild

I baggrunden blev stress præsenteret som et folkesundhedsproblem, der er særligt udtalt blandt unge i alderen 16-24 år [1, 14]. Derudover blev der redegjort for, at stress øger risikoen for blandt andet depression, hjerte-kar-sygdomme og for tidlig død [19-21]. Resultaterne af pilottesten indikerer dermed, at programmet, som det er nu, tilsyneladende ikke bidrager med at reducere de unges stressniveau, hvorfor man ikke ville kunne forvente, at de distale outcomes opstillet i den logiske model i Bilag 1 vil blive opfyldt. I det følgende vil potentielle årsager til de identificerede tendenser blive diskuteret.

Der er tidligere blevet redegjort for, at træning i mindfulness kan have gavnlige effekter på blandt andet evnen til at håndtere tanker og følelser, samt styrke interpersonelle kompetencer [3, 45]. Ligeledes blev der tidligere fundet et teoretisk belæg for, at disse gavnlige effekter kan bidrage til at opfylde flere af de parametre, der kendetegner børn og unges mentale sundhed [9]. Spørgsmålet er nu, hvorfor disse gavnlige effekter ikke ses i de tendenserne, der er fundet i pilottesten.

Det kan diskuteres, hvorvidt de unges rapportering af lavere mental sundhed efter programmet kan skyldes, at de netop er blevet mere bevidst opmærksomme på trods af, at det ikke er afspejlet i resultaterne. De unge kan derfor tænkes i højere grad at kunne mærke et ubehag efter deltagelse, der muligvis også var til stedet før programmet, men som de ikke var bevidste om [78]. Det samme kan gøre sig gældende for deres tilbøjelighed til at være mindful i hverdagen, da de efter programmet kan være blevet bevidste om, hvornår de ikke handler med opmærksomhed, dømmer eller er reaktive. Ifølge Goodman, Madni & Semple (2017) er denne tendens muligvis mere udtalt ved børn og unge end blandt voksne, da de metakognitive evner er under udvikling i barn- og ungdommen [78]. En sådan tendens vil derfor formentlig hyppigere ses i studier af mindfulnessbaserede interventioner (MBI) til børn og unge sammenlignet med voksne.

Derudover kan der være en potentiel sammenhæng mellem tendensen til, at de unge reducerer deres mentale sundhed og deres manglende etablering af egen mindfulnesspraksis [79]. De unge bliver i programmet introduceret til at mærke deres krop og registrere og gå tæt på eventuelt ubehag for på den måde at blive bedre til at håndtere stress og livets ubehageligheder. Da de unge i pilottesten ikke i tilstrækkelig grad træner evnen til at være bevidst opmærksom på en ikke-dømmende måde og dermed ikke træner evnen til at kunne være med de ubehageligheder, de mærker, er der en risiko for, at de i løbet af programmet lærer at blive mere opmærksomme på deres krop og eventuelt ubehag, uden at de får etableret redskaberne til at kunne være med dette ubehag. Dermed er en mulig forklaring på de unges reducerede mentale sundhed fra før til efter programmet, at de i løbet af programmet er blevet opmærksomme på, at de har det værre, end de oplevede det inden programmets start, men at de ikke har fået opøvet evnen til at være med det ubehag, de er blevet bevidste om. Johnson et al. (2016) finder, at der ikke er nogen effekt på depression og angst efter en MBI leveret i en skolesetting. I dette studie ses ikke en sammenhæng mellem hyppigheden af hjemmearbejde og effekt af mindfulness-undervisning i skolen, hvorimod sådan en sammenhæng er fundet i et studie af Kuyken et al. (2013). Der er derfor et behov for yderligere forskning på området, der klarlægger vigtigheden af hjemmearbejde for effekten af mindfulnessbaserede programmer til unge [79, 80].

Det er interessant, at der ses modsatrettede tendenser for, hvorvidt der er en større eller mindre andel af ensomme unge efter programmet på tværs af de to grupper. For gymnasieeleverne er det bedste bud, at andelen af ensomme unge falder fra 15,8% inden programmet til 0,0% efter programmet, mens der for SOSU-eleverne sker en stigning fra 10% før til 20% efter programmet. I kategoriseringen af ensomhed er der anvendt en konservativ tilgang til ensomhed, hvor unge, der scorer 7 point eller derover, bliver kategoriseret som ensomme [61]. For gymnasieeleverne mangler én elev at besvare spørgsmålene på T-ILS efter programmet, hvorfor denne person ikke indgår i analysen. Da der er et begrænset antal observationer i data, kan denne ene person få betydning for, hvordan resultaterne bliver. Hvis personen har en samlet T-ILS-score på 7 point eller derover efter programmet, vil det betyde, at der ikke vil ses en så klar tendens til, at graden af ensomhed blandt de unge gymnasieelever reduceres efter deltagelse. Selv hvis denne ene person blev kategoriseret som ensom, ville det dog ikke vende tendensen om, så der ville ses en stigning i ensomhed efter programmet, som det er tilfældet med SOSU-eleverne. Hvorfor der ses en stigning i de unge SOSU-elevs ensomhed på 10 procentpoint efter programmet er uvis, men der er muligvis en sammenhæng mellem oplevet ensomhed og den stigning, der ses i de unges selvrapporterede symptomer på

depression, angst og stress. Eksempelvis ses den største stigning i disse symptomer for SOSU-eleverne på symptomer på angst, hvorunder ét af udsagnene er: ”*Jeg var bekymret for situationer, hvor jeg kunne gå i panik og gøre mig selv til grin*”. Sådanne situationer vil ofte være socialt betingede, hvorfor en reaktion kan være at trække sig fra sociale sammenhænge, hvilket kan forstærke følelsen af ensomhed [81].

Det generelle billede af de ovenstående resultater er, at der hovedsagligt er små og ikke-statistisk signifikante ændringer fra før til efter programmet. Det skyldes hovedsagligt to faktorer. For det første, at der indgår et lille antal deltagere, og dernæst at der i pilottesten er anvendt en populationsstrategi. Det begrænsede antal deltagere på i alt 30 unge, der bidrager med både før- og efterdata, som yderligere er blevet inddelt på uddannelse, gør det vanskeligt at opnå statistisk signifikante forskelle, da differenseestimaternes usikkerhed er påvirket af det antal observationer, der bidrager med data [82]. Dertil kommer, at der som nævnt, er der anlagt en populationsstrategi, hvor fokus er på at levere en intervention til et bredt udsnit af befolkningen, og dermed forsøge at rykke hele normalfordelingskurven i en hensigtsmæssig retning (se Figur 4). Populationsstrategien er ofte forbundet med små effektstørrelser, sammenlignet med højrisikostراتيجien, da der i populationsbaserede interventioner fokuseres på individer på hele spektret og ikke kun på højrisikoindivider med størst room for improvement [46]. Hensigtsmæssige effekter vil derfor i populationsbaserede interventioner udvandes af de individer med mindst room for improvement. I denne pilottest blev der dog hovedsagligt fundet tendenser, der indikerer en uhensigtsmæssig retning af de unges mentale sundhed efter deltagelse i programmet, hvorfor en mulig omvendt tendens kan være gældende; at de, der havde mindst room for improvement inden programmet, har reduceret deres mentale sundhed mere end dem med mest room for improvement inden programmet. Det kan være tilfældet, hvis de med mindst room for improvement ikke har været tilstrækkeligt motiverede for at arbejde med eventuelt ubehag, de er blevet bekendt med i løbet af programmet.

Samlet set indikerer resultaterne af denne pilottest, at de unge på både et gymnasium og på en SOSU-skole har fået dårligere trivsel og oplever flere symptomer på depression, angst og stress efter programmet sammenlignet med før. Derudover etablerer de unge ikke egen praksis under forløbet, hvilket kan betyde, at de unge ikke lærer at være med det ubehag, de møder under programmet. Der er dermed en indikation for at programmet vil skulle tilpasses de unge yderligere inden en endelig evaluering i et RCT.

Styrker ved pilottesten

Jævnfør MRC-modellen (Figur 2) indgår pilottests som et led i udviklingen og evalueringen af komplekse interventioner [42]. At pilottesten er blevet udført styrker derfor først og fremmest forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*, da pilottest af dele af eller hele interventionen indgår i MRC's guidelines for god praksis inden for interventionsforskning. Ved at gennemføre denne pilottest er det blevet klarlagt, at de unge viser tendenser, der peger i en uhensigtsmæssig retning målt på især de unges trivsel og symptomer på depression, angst og stress. Det er tendenser, der skal tages alvorligt, hvorfor pilottestens største styrke er, at den bidrager med viden om, at der er behov for tilretninger af programmet, før den endelige evaluering i forskningsprojektet. Om end pilottesten bidrager med vigtig viden om, at programmet skal tilrettes, informerer det ikke om, hvilke tilretninger, der vil være gavnlige. Denne problemstilling vil blive udfoldet i afsnittet *Diskussion af metodevalg*.

De undervisere, der har undervist de unge i pilottesten, skal begge deltage i at uddanne gymnasie- og SOSU-lærere i at undervise i DCM's program til unge i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*. Dermed har pilottesten fungeret som en mulighed for disse undervisere til at blive bekendte med den setting, undervisningen sker i og nogle af de udfordringer, gymnasie- og SOSU-lærerne kan komme til at stå over for, når de skal implementere programmet i undervisningen. Sådanne erfaringer kan bidrage positivt til både interventionsudvikling og til at møde lærerne på uddannelsen med en forståelse for, hvilken virkelighed de er i.

Derudover er det som udgangspunkt en styrke, at der i pilottesten hovedsagligt er anvendt validerede spørgeskemaer. Dermed bygger pilottestens resultater på besvarelser af spørgeskemaer, der er blevet testet i tidligere studier og er fundet valide til at måle det intenderede, eksempelvis at WHO-5 er fundet at være et validt mål for individers generelle trivsel. På trods af at de inkluderede spørgeskemaer er fundet valide til indfangning af deres respektive mål, er det kun WHO-5 og DASS-21, der tidligere er blevet valideret til brug i en yngre studiepopulation med individer under 18 år. Dog er både ARSQ, T-ILS og BRS fundet valide til at måle henholdsvis tanker og følelser i hvile, ensomhed og resiliens i studiepopulationer, hvor gennemsnitsalderen nærmer sig 20 år. I pilottesten var gennemsnitsalderen ved baseline 18,9 år for gymnasieelever og 21,4 år for SOSU-elever. Dermed kan det formodes, at spørgeskemaerne også vil være valide til at indfange de ønskede mål blandt målpopulationen. Også FFMQ er udviklet og valideret til at indfange voksne over 18 års

tendenser til at være mindful i hverdagen, men er testet blandt universitetsstuderende, og dermed i en setting, der ligner den for pilottesten [70].

Da gennemsnitsalderen i studiepopulationen er over 18 år ved baseline, påvirker det formentlig ikke gyldigheden af pilottestens resultater, at der er anvendt spørgeskemaer, der er validerede til brug i voksne studiepopulationer.

Ud over de validerede spørgeskemaer er der i pilottesten inddraget spørgsmål vedrørende de unges søvn-mængde. Disse spørgsmål er udvalgt fra Hvordan har du det? 2013, hvor de indgik i et større spørgeskemaapparat med flere spørgsmål til unges søvn-mængde og -kvalitet. Der er dermed ikke tale om validerede spørgsmål, men de inkluderede spørgsmål til de unges søvn-mængde vurderes at kunne indfange det intendede; antal gennemsnitlige timers søvn, og hvorvidt de unge føler sig udhvilede. Samlet set er det vurderet, at målingsvaliditeten udgør en styrke for pilottesten og gyldigheden af dens resultater.

Begrænsninger ved pilottesten

Pilottesten har visse begrænsninger, der kan true den interne validitet og dermed resultaternes gyldighed for målpopulationen. Den interne validitet anses for værende god, hvis resultaterne hverken over- eller underestimerer den sande værdi i målpopulationen [82]. Den interne validitet kan trues af selektionsproblemer, informationsproblemer og confounding. Derudover kan disse problemer føre til bias, der er en systematisk skævhed af resultaterne. I det følgende vil pilottestens risiko for selektions- og informationsproblemer samt confounding blive diskuteret.

Selektionsproblemer

Selektionsproblemer opstår, når stikprøven ikke er repræsentativ for målpopulationen [82]. For pilottestens vedkommende, at studiepopulationen på de 30 unge ikke er repræsentativ for Danmarks unge på gymnasier og SOSU-skoler med hensyn til mental sundhed. De inkluderede uddannelsessteder blev valgt, fordi ansatte på DCM havde en forudgående kontakt. Der er derfor tale om udvælgelse på baggrund af et bejlighedsprincip og ikke en tilfældig udvælgelse, hvor alle i målpopulationen har samme sandsynlighed for at blive udtrukket til deltagelse.

Da der kun indgår ét gymnasium og én SOSU-skole i pilottesten vil det være vanskeligt at sikre, at de inkluderede unge er repræsentative for hele målpopulationen. Der er derfor en risiko for, at resultaterne af pilottesten ikke kan generaliseres til alle unge på danske gymnasier og SOSU-skoler. De inkluderede uddannelsessteder er begge store skoler med mellem 1000 og 1500 elever og er

beliggende i mellemstore byer med et stort opland. På skolerne vil der derfor sandsynligvis være repræsenteret elever fra både mindre og mellemstore byer, hvorimod der næppe vil være repræsenteret unge fra storbyer. At der formentlig ikke indgår unge fra storbyer i pilottestens studiepopulation udgør imidlertid kun et problem for resultaternes gyldighed for målpopulationen, såfremt der er forskel på de unge fra henholdsvis storbyer og mellemstore og små byer med hensyn til mental sundhed [82]. En sådan forskel kunne bestå i, at unge fra storbyer potentielt oplever flere symptomer på stress forårsaget af den øgede mængde stimuli, et storbyliv er karakteriseret ved, sammenlignet med unge, der bor i små byer [83].

Derudover indgår der udelukkende unge fra Region Midt i pilottesten. I Ungdomsprofilen 2014 fandt man, at 11% af de unge i Region Midt oplever dagligt stress, mens det tilsvarende tal i Region Sjælland og Region Hovedstaden er 13% [11]. De unge fra de sidstnævnte regioner vil derfor i gennemsnit have et større room for improvement end de unge, der indgår i pilottesten. Da pilottesten ikke viste tendenser til en gavnlig effekt, er det dog næppe af betydning for resultaternes gyldighed. Dertil kommer, at der i pilottesten ikke er blevet indhentet information om de unges etnicitet, hvorfor det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt resultaterne af pilottesten er gyldige på tværs af etnicitet, eller om de hovedsagligt har deres gyldighed for etnisk danske unge.

Derudover kan bortfaldet udgøre et problem for resultaternes gyldighed. Bortfaldet i pilottesten sker på flere tidspunkter; både før programmet og under programmet. Hvis bortfaldet synes tilfældigt, og der dermed ikke er forskel på de bortfaldne og de inkluderede unge, vil det blot resultere i en mindre studiepopulation [82]. Hvis der derimod kan ses tendenser i, at de, der bortfalder, adskiller sig fra de inkluderede, kan det have betydning for, hvem resultaterne er gyldige for.

Indledningsvist sker der et bortfald på 15 unge, som ikke besvarer spørgeskemaet. Blandt dem vil der formentlig være enkelte, som var fraværende til den første undervisning, og som derfor ikke bidrager med førdata. Derudover er det blevet oplyst af den underviser, der forestod leveringen af programmet til SOSU-eleverne, at der var en betydelig andel af deltagerne, der var tosprogede, hvorfor sproget i spørgeskemapakken kan have udgjort en barriere for besvarelse af spørgeskemaet.

I løbet af programmet bortfalder 6 gymnasieelever og 4 SOSU-elever, og det er disse 10 unge, der indgår i bortfaldsanalysen. Af bortfaldsanalysen fremgår det, at der er statistisk signifikant forskel på de bortfaldne og de inkluderede SOSU-elever med henblik på bopælsstatus, således at udeboende unge er overrepræsenteret i bortfaldet. For SOSU-eleverne rapporterer de bortfaldne lavere trivsel, men færre symptomer på depression, angst og stress. For gymnasieeleverne er der en tendens til, at

de bortfaldne har en højere trivsel og færre symptomer på depression og stress, end de inkluderede, mens de imidlertid rapporterer flere symptomer på angst sammenlignet med de inkluderede. Der er derfor ikke tale om en generel tendens på tværs af de unge, men måske er resultaterne mere gyldige for hjemmeboende SOSU-elever med højere trivsel og flere symptomer på depression, angst og stress, og for gymnasieelever med lavere trivsel og flere symptomer på depression og stress.

På baggrund af ovenstående vurderes det, at der er tale om et lille bortfald, men at der kan ses tendenser i bortfaldet internt i de to grupper, der kan indikere, at de bortfaldne adskiller sig fra de inkluderede. Der kan derfor være usikkerhed om, hvorvidt pilottestens resultater er fuldt repræsentative for de unge på danske gymnasier og SOSU-skoler.

Informationsproblemer

Informationsproblemer opstår, når der indsamles forkert information fra studiepopulationen [82]. Indsamling af forkert information kan ske af flere årsager. Én af disse er, hvis der anvendes måleredskaber, der ikke måler det, de har til hensigten. Som tidligere diskuteret, er der i pilottesten hovedsagligt anvendt validerede spørgeskemaer om end disse er udviklet til voksne. I spørgsmålene til de unges søvnmenge bliver deltagerne bedt om at huske 4 uger tilbage. Sådanne informationer kan være vanskelige at huske, hvorfor der er en risiko for, at de unge enten over- eller underrapporterer. Da søvnmenge ikke er stigmatiserende, er det dog næppe sandsynligt, at de unge bevidst enten over- eller underrapporterer på dette mål. Det er derfor vurderet, at der ikke umiddelbart er risiko for systematisk skævhed i disse informationer og dermed ikke risiko for informationsbias.

I pilottesten er data indsamlet gennem selvrapporterede spørgeskemaer. Der kan være flere begrænsninger forbundet med sådanne data. Én af disse er, at deltagerne kan over- eller underrapportere. Eksempelvis at de unge er opmærksomme på, at der hos underviseren var et ønske om, at de skulle etablere egen mindfulnesspraksis, hvorfor de rapporterer at have praktiseret mere, end hvad tilfældet er. I så fald vil det betyde, at den reelle andel af unge, der har etableret egen praksis efter programmet i virkeligheden er lavere, end resultaterne indikerer. Det er vanskeligt at måle de ønskede latente variabler på andre måder, end ved hjælp af selvrapportering, da mental sundhed, herunder trivsel og symptomer på depression, angst og stress, er selvoplevet, hvorfor det er værdifuldt at få indsigt i, hvad de unge netop selv oplever.

En yderligere udfordring kan bestå i, at der, som tidligere nævnt, kan indgå tosprogede informanter blandt SOSU-eleverne, som kan have vanskeligt ved at forstå spørgsmålene og svarmulighederne. Hvis der er tosprogede, der har haft svært ved at forstå spørgsmålene, men som alligevel har svaret, kan data afspejle forkert information i forhold til virkeligheden. Ligeledes kan der blandt hele studiefolket være unge, der har svaret hurtigt på spørgeskemaerne for at blive færdige, og som dermed ikke har overvejet svarene tilstrækkeligt inden, de har afgivet deres kryds. Såfremt der er systematisk skævhed i disse tilfældige besvarelser, vil der være tale om informationsbias, dog synes sådan en systematik usandsynlig.

Confounding

Confounding opstår, når der sker årsagsforveksling, eksempelvis at de unges reducerede trivsel tilskrives deltagelse i DCM's program, men at den egentlige årsag var en anden [82]. I pilottesten er der anvendt et quasi-eksperimentelt før- og efterdesign, hvor der ikke indgår en kontrolgruppe. Da der måles over tid, er det derfor særligt interessant at se, om der er sket noget i tiden mellem før- og eftermålingen, der kan have haft en selvstændig betydning på de tendenser, der ses i pilottesten. For gymnasieeleverne indgår der udelukkende 3.g'ere i pilottesten, og disse har besvaret deres efterspørgeskema i midt december 2018. Indsamlingstidspunktet er væsentligt, da 3.g'erne i midt til slut december skal udarbejde et studieretningsprojekt (SRP), hvis karakter vægtes højt i deres karaktergennemsnit ved gymnasiets afslutning. Hvorvidt de unge præsterer godt i denne SRP er derfor væsentlig for deres adgang til videregående uddannelser, hvilket kan have en selvstændig betydning for de unges selvrapporterede trivsel og symptomer på depression, angst og stress [25, 84]. For gymnasieeleverne kan resultaterne af pilottesten derfor være confounded af, at de ved eftermålingen befinder sig i en periode, der i sig selv udfordrer deres mentale sundhed. Derfor kan de uhensigtsmæssige tendenser for gymnasieelever muligvis forklares af ændringer i tiden. Da der ikke indgik en kontrolgruppe i pilottesten er det dog ikke muligt at se, hvordan de unges selvrapporterede mentale helbred ville have været, hvis de ikke havde modtaget DCM's program til unge. For SOSU-eleverne er der derimod ikke indikation på, at disse skulle have befundet sig i periode, der selvstændigt kunne bidrage til de uhensigtsmæssige tendenser, pilottesten viser for denne gruppe. Da der blot er 10 SOSU-elever, der bidrager med før- og efterdata, kan enkelte individers score påvirke det samlede estimat mere, end hvis studiefolket havde været større. Enkeltpersoner, der oplever høj grad af mistrivsel og symptomer på depression, angst og stress, kan derfor bevirke, at differenseestimatet forskubbes i en uhensigtsmæssig retning. I sådan et tilfælde vil pilottestens resultater kunne være confounded af enkeltindividers private forhold.

Ekstern validitet

Pilottestens eksterne validitet vedrører, hvorvidt resultaterne kan generaliseres ud over den konkrete målpopulation til andre populationer og til andre tider [82]. Den eksterne validitet kan undersøges ved at sammenholde pilottestens resultater med andre lignende studier, hvorved det bliver muligt at se, om pilottestens resultater kan genfindes i andre studier, og hvilke øvrige tendenser der er set af lignende interventioner. I det følgende vil resultaterne af pilottesten derfor blive sammenholdt med resultaterne af tidligere studier af MBI'er til lignende målgrupper i lignende settings. Derudover giver sammenligningen med andre studier mulighed for at bruge erfaringer fra tidligere studier til at inspirere til tilretninger af DCM's program til unge forud for evalueringen i et RCT.

Sammenligning med tidligere studier

I et systematisk review af effekterne af MBI'er til børn og unge, konkluderer Dunning et al. (2019), at MBI'er tilpasset denne målgruppe generelt er effektive målt på; mindfulness, funktionel udførelse, opmærksomhed, depression, angst/stress og negativ adfærd. Alle disse temaer er karakteriseret ved små men statistisk signifikante effektstørrelser [36]. Dette taler imod pilottestens eksterne validitet, da resultaterne heraf i så fald formentlig vil være vanskelige at generalisere til andre populationer og andre tider. I reviewet er det dog fundet, at der er tendenser til publikationsbias på blandt andet outcomemålet *angst/stress* på tværs af de 33 inkluderede RCT'er [36]. Der kan derfor være flere ikke-publicerede studier, der viser uhensigtsmæssige tendenser af MBI'er til børn og unge målt på angst og stress, hvilket taler for, at pilottestens resultater vil kunne generaliseres til andre populationer og andre tider.

De inkluderede studier i reviewet af Dunning et al. (2019) har alle en studiepopulation med lavere gennemsnitsalder end pilottesten af DCM's program, med aldersgrupper fra næsten 5 år op til næsten 17,5 år. Dertil kommer, at der er stor variation af indholdet i de MBI'er, der indgår i reviewet, og kun få interventioner er blevet gentaget. På baggrund af reviewet fremstår MBI'er til børn og unge generelt som effektive mentalt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

I det følgende vil to studier, der ikke indgår i reviewet af Dunning et al. (2019) blive uddybet. Disse studier er valgt, da der i det ene er blevet leveret en let modificeret version af MBSR til unge i en skolesetting, mens der i det andet er blevet leveret det mindfulnessbaserede program til børn og unge, .b. Studiernes studiepopulation, programmernes indhold og resultater vil i det følgende blive diskuteret op imod dette speciales resultater.

I et pilotstudie fra 2016 af Bennett & Dorjee undersøges tendenser og gennemførligheden af at levere et MBSR-kursus til selvselekterede unge i en skolesetting i Storbritannien [73]. Pilotstudiet er lavet i et ikke-randomiseret design med 11 unge i interventionsgruppen og 13 unge i kontrolgruppen. Unge i alderen 16-18 år med et ønske om at reducere deres stressniveau og med en særlig sammensætning af fag, der skemamæssigt gjorde det muligt for dem at deltage, var egnede til at modtage kurset. Derudover blev unge med væsentlige psykiske belastninger og selvmordstruede unge ekskluderet. MBSR-kurset blev faciliteret af en ekstern skolelærer, der er certificeret MBSR-underviser. Kurset blev leveret på skolens område med 2-timers sessioner én gang om ugen over 8 uger, og fulgte manualen for MBSR, men med metaforer og diskussioner tilpasset de unge.

I pilotstudiet blev der målt på blandt andet WHO-5 og DASS-21, ligesom i pilottesten af DCM's program. Bennett & Dorjee (2016) finder, at interventionsgruppens selvrapporterede symptomer på depression tenderer til at stige lidt fra før deltagelse til efter, som det også er tilfældet i pilottesten af DCM's program til unge. De unge i interventionsgruppen i Bennett & Dorjee's pilotstudie reducerer dog deres selvrapporterede symptomer på depression ved 3-måneders follow-up. Denne tendens ses også for kontrolgruppen, hvorfor der er indikation på, at det er noget i tiden, der bevirker, at de unges symptomer på depression reduceres. For de unges symptomer på stress ses ligeledes en lille stigning umiddelbart efter deltagelse, og en yderligere stigning ved 3-måneders follow-up. Denne tendens ses ikke hos kontrolgruppen, der reducerer deres oplevede symptomer på stress ved 3-måneders follow-up. For de unges selvrapporterede symptomer på angst ses en hensigtsmæssig tendens for interventionsgruppen, hvor symptomerne er støt faldende fra førmålingen til 3-måneders follow-up, hvorfor der ikke her ses de samme tendenser som i pilottesten i dette speciale. Begge gruppers gennemsnitlige trivsel målt på WHO-5 viser en tendens til at øges fra inden til efter programmet, hvorefter den er faldende frem til 3-måneders follow-up.

WHO-5 og DASS-angst viser dermed ikke de samme uhensigtsmæssige tendenser som pilottesten af DCM's program, hvorimod DASS-depression og DASS-stress bærer visse ligheder [73]. I sammenligningen af resultaterne må det holdes for øje, at de unge i Bennett & Dorjee (2016) er selvselekterede, og der er derfor ikke tale om et universelt program, der bliver leveret med en populationsstrategi. Det kunne derfor have været forventet at se større effektstørrelser, da det er unge, der ønsker at reducere deres stressniveau. De tendenser, der ses i Bennett & Dorjee (2016) tyder dog ikke på øgede effektstørrelser sammenlignet med resultaterne af pilottesten i dette speciale, men bærer derimod visse ligheder med de tendenser, der er fundet efter deltagelse i DCM's program. På trods af at MBSR er fundet effektiv til bedring af både fysiske og mentale helbredsproblemer i

selvselekterede raske og syge voksne, tyder resultaterne af pilotstudiet af Bennett & Dorjee imidlertid på, at en modificeret version af MBSR leveret i en skolesetting ikke viser hensigtsmæssige tendenser målt umiddelbart efter endt intervention. Derimod kan der være tale om, at effekterne af et sådant program kan ses ved follow-up.

Et pilotstudie af det mindfulnessbaserede program til børn og unge i alderen 11-18 år, .b, viser imidlertid bedre effekter målt på depression umiddelbart efter endt intervention og for stress ved follow-up. Programmet, .b, er manualiseret og er bygget op af 10 ugentlige sessioner, hvoraf én fungerer som introduktion til kurset [6]. .b er skræddersyet til at blive leveret i en skolesetting i den normale undervisningstid, og hver session varer mellem 45 minutter og én time afhængigt af undervisningsmodulernes længde. Programmet, der er udviklet af eksperter over en årrække, fungerer som en smagsprøve på mindfulness til børn og unge, hvor de bliver introduceret til de gavnlige effekter, mindfulness kan have i hverdagen samt for enkelte meditationsøvelser på klassen med en invitation til at bruge disse øvelser uden for klasselokalet. I undervisningen anvendes faste materialer og PowerPoint-præsentationer med illustrationer og metaforer, der er tilpasset børn og unge. Eksempelvis anvendes vilde dyr som en metafor for det vilde sind. For at kunne undervise i .b er det påkrævet, at man er certificeret .b-underviser.

Kuyken og kolleger foretog i 2013 en pilottest af .b i Storbritannien i et ikke-randomiseret, kontrolleret forsøg med i alt 522 børn/unge i alderen 12-16 år. Pilotstudiets formål var både at estimere effekter af .b, samt hvorvidt programmet kunne accepteres af målgruppen. I pilotstudiet blev der foretaget målinger ved baseline, efter interventionen og ved 3-måneders follow-up. Der blev målt på velbefindende (*Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*, WEMWBS), oplevet stressniveau (*Perceived Stress Scale*, PSS) samt depressive symptomer (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D). Resultaterne viser, at de elever, der blev undervist i .b sammenlignet med en matchet kontrolgruppe, havde et lidt forøget stressniveau umiddelbart efter endt intervention, men at deres stressniveau faldt frem mod 3-måneders follow-up, at deres depressive symptomer mindskedes umiddelbart efter endt intervention, og at denne ændring er vedligeholdt ved 3-måneders follow-up. Derudover øger interventionsgruppen deres velbefindende både umiddelbart efter og ved 3-måneders follow-up [79]. Umiddelbart efter endt intervention er der udelukkende statistisk signifikant forskel på graden af depressive symptomer, hvor der først findes statistisk signifikante forskelle på velbefindende og oplevet stressniveau ved 3-måneders follow up. Om end Kuyken og kolleger finder, at der sker hensigtsmæssige ændringer uanset, om deltagerne praktiserer mindfulnessøvelser eller ej, finder de statistisk signifikante sammenhænge mellem hyppig

brug af mindfulnessøvelser og bedre outcomes på både velbefindende, oplevet stressniveau og depressive symptomer [79].

Om end der er tale om en yngre studiepopulation i pilotstudiet af Kuyken et al. 2013, er de fundne effekter interessante, da .b er en universel intervention leveret gennem en populationsstrategi, som det også er tilfældet for DCM's program til unge. Det er værd at bemærke, at der i det engelske pilotstudie er en tendens til, at det oplevede stressniveau i interventionsgruppen stiger umiddelbart efter endt intervention, men at dette falder frem mod 3-måneders follow-up, som det også var tilfældet med selvrapporterede symptomer på depression i studiet af Bennett og Dorjee (2016). Det kunne indikere, at de redskaber, der bliver præsenteret i MBI'er skal forløbe over en vis tidsperiode, før de udmønter sig i gavnlige effekter. Såfremt det er tilfældet, kan der argumenteres for, at der i pilottesten af DCM's program til unge med fordel kunne have været indlagt en 3-måneders follow-up-måling. Da .b-programmet anvender den samme populationsstrategi som DCM's program til unge, og der er fundet gunstige effekter af .b-programmet i pilotstudiet af Kuyken et al. (2013), kan der drages inspiration af .b-programmet til videreudvikling af DCM's program.

Diskussion af metodevalg i pilottesten

I dette afsnit vil de metoder, der er blevet anvendt i pilottesten blive diskuteret. Indledningsvist vil designet og studiepopulationens størrelse samt den manglende inddragelse af de unges egne lærere blive diskuteret. Herefter vil andre måleredskaber blive diskuteret, og potentialet i en supplerende kvalitativ undersøgelse og dens udformning vil blive præsenteret.

Design

Pilottesten er foretaget i et quasi-eksperimentelt design uden en kontrolgruppe. Uden en kontrolgruppe er det ikke muligt at undersøge, hvordan de unges mentale sundhed havde set ud, hvis de ikke havde modtaget undervisning i DCM's program. Da gymnasieeleverne besvarede deres efterspørgeskema i en periode, der selvstændigt udfordrer de unges mentale helbred, kunne det have været interessant at have en kontrolgruppe, der kunne have bidraget med viden om, om de identificerede tendenser kan tilskrives deltagelse i programmet eller ændringer i tiden. Da der ikke indgik en kontrolgruppe, kan der sås tvivl om, hvorvidt dele af resultatet af pilottesten kan være behæftet med confounding.

Studiepopulationen

I pilottesten af DCM's program til unge bidrager 30 unge med både før- og efterdata. Disse unge er derefter yderligere opdelt på gymnasieelever (n=20) og SOSU-elever (n=10) i analyserne. I pilottests er der ikke et krav om beregningen af studiepopulationens størrelse forud for studiet, og der findes forskellige anbefalinger for, hvor stor studiepopulationen i en pilottest som minimum skal være [85]. Der er ikke bred enighed om, hvor stor en studiepopulation som minimum skal være i en pilottest, hvilket også afspejles i et studie foretaget i Storbritannien, der finder pilottest med mellem 10 og 300 deltagere [86]. Det lille antal af deltagere i pilottesten af DCM's program bevirker, at hovedparten af estimerne er behæftet med betydelig usikkerhed. Da det ikke var intentionen med pilottesten at identificere effekter, men blot tendenser, vurderes det, at studiepopulationens størrelse som udgangspunkt er acceptabel til at opfylde formålet.

Det mest væsentlige for studiepopulationen i en pilottest er imidlertid, at den er repræsentativ for den målpopulation, der er for det endelige studie [87]. Som diskuteret i et ovenstående afsnit angående selektionsproblemer, kan der være problemer med repræsentativiteten af studiepopulationen. Det kunne derfor have været hensigtsmæssigt at inkludere deltagere fra skoler i storbyer og mindre byer i pilottesten for på den måde først og fremmest at styrke studiepopulationen repræsentativitet, og sekundært at bidrage med flere deltagere og dermed større sikkerhed af pilottestens resultater.

I pilottesten indgår udelukkende elever og ikke lærere, som det er intentionen for forskningsprojektet, *Stressfri hverdag for unge*, hvor gymnasie- og SOSU-elevernes egne lærere skal uddannes i at levere programmet til de unge. De unge i pilottesten er derfor blevet undervist af eksterne, certificerede undervisere fra DCM og ikke af deres egne lærere, som deltagerne i det endelige forskningsprojekt vil blive. Det er væsentligt for resultaterne af pilottesten, da tidligere studier har vist, at mentalt sundhedsfremmende og forebyggende skolebaserede programmer er særligt gavnlige, når elevernes egne lærere er involverede i at levere programmet. Det er tilfældet, da lærerne har elevernes tiltro, og de kan bidrage med fastholdelse af de unge over tid [88]. Med det in mente kan det faktum, at det er elevernes egne lærere, der skal levere programmet i det endelige forskningsprojekt, potentielt bidrage til mere hensigtsmæssige resultater af forskningsprojektet end pilottesten i dette speciale.

Måleredskaber

Generelt er de inkluderede spørgeskemaer fundet valide til måling af deres respektive outcomemål, og der er ikke fundet hverken ceiling eller floor effect, hvor deltagernes besvarelser samler sig i henholdsvis den høje og lave ende af skalaen.

Gymnasie- og SOSU-elever befinder sig i et grænseområde med hensyn, hvilke spørgeskemaer der er mest hensigtsmæssige at bruge; dem, der er udviklet til voksne, eller dem til børn.

Gennemsnitsalderen i pilottesten var ved baseline over 18 år for begge grupper, men i pilottesten indgår kun en 3.g-klasse, ét grundforløbshold og ét assistenthold (Tabel 3). Da gennemsnitsalderen blandt gymnasieeleverne var lige under 19 år ved baseline, og disse elever gik i 3.g, vil der i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge* formentlig være en lavere gennemsnitsalder blandt gymnasieeleverne, da disse vil bestå af både 1.-, 2.- og 3.g-klasser. Det kan derfor overvejes, hvorvidt der burde anvendes spørgeskemaer, der er udviklet og valideret til børn og unge, hvor sådanne eksisterer. Et alternativ til FFMQ-15 kunne således være Mindfulness Scale for Pre-Teens, Teens, and Adults (MSPTA), som er et spørgeskema med 19 udsagn udviklet til brug blandt børn og unge i alderen 9-19 år, og som også kan anvendes til unge voksne i alderen 17-25 år [78]. Dette spørgeskema med fire delskalaer er tidligere blevet anvendt til børn ned til 9 år, men er endnu ikke blevet anvendt i et studie af en MBI til unge. Der kan dermed sås tvivl om, hvorvidt MSPTA vil være valid til at indfange de unges tendens til at være mindful i denne setting, hvorfor FFMQ kan være mere valid til formålet på trods af, at spørgeskemaet er udviklet til en ældre målgruppe.

Til at måle de unges søvn-mængde er der i pilottesten udvalgt to spørgsmål fra spørgeskemapakken, der blev anvendt til unge i *Hvordan har du det? 2013* [48]. I den samlede spørgeskemapakke, der blev anvendt i pilottesten, er der derudover inddraget 4 spørgsmål vedrørende de unges søvnkvalitet, som blev udvalgt fra en skala indeholdende 10 spørgsmål, forfatterne bag *Hvordan har du det? 2013* selv havde udviklet til formålet. Da der kun indgik 4 ud af 10 spørgsmål fra skalaen, var det ikke muligt at beregne en samlet score for de unges søvnkvalitet på et validt grundlag i dette speciale. Da både søvn-mængde og -kvalitet har betydning for individers sundhed, giver det mening at inkludere et mål for de unges søvnkvalitet, når interventionen til unge skal evalueres i et RCT i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge* [89]. Forfatterne bag *Hvordan har du det? 2013* vurderer, at skalaen til at måle unges søvnkvalitet er af høj kvalitet, og da skalaen er udviklet til og testet blandt danske unge, er en mulighed derfor at inddrage alle spørgsmål om søvn-mængde og -

kvalitet fra Hvordan har du det? 2013 i den spørgeskemapakke, der skal anvendes i det endelige RCT [48].

Derudover kunne øvrige mål være interessante at inddrage i den samlede spørgeskemapakke. O'Connor og kolleger publicerede i 2018 et systematisk review over effekterne af universelle, skolebaserede interventioner på mental sundhed og velbefindende. Heri finder de, at børn og unge, der har modtaget et mentalt sundhedsfremmende program i en skolesetting, har større tilbøjelighed til at søge hjælp enten ved venner, familie eller professionelle efter programmet sammenlignet med før [40]. Da resultaterne af pilottesten viser uhensigtsmæssige tendenser for de unges mentale helbred efter programmet sammenlignet med før, kan de unge have brug for hjælp til at kunne håndtere de ubehageligheder, de er blevet bekendt med under programmet. Derfor er det interessant at undersøge, hvorvidt de unges villighed til at søge hjælp ændres fra før programmet til efter. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale - Short Form (ATSPPHS-SF) er et spørgeskema bestående af 10 udsagn vedrørende individers tilbøjelighed til at søge professionel hjælp [90]. Spørgeskemaet er udviklet til voksne, men er før blevet brugt på en studiepopulation med en gennemsnitsalder på 20 år, hvorfor det formodes at være validt til målgruppen [91].

I overvejselsen om, hvilke outcomemål der skal inkluderes i den samlede spørgeskemapakke i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*, må det holdes for øje, at spørgeapparatet ikke bliver for langt, da dette kan mindske sandsynligheden for, at de deltagerne besvarer spørgeskemaet i sin fulde længde.

Supplerende kvalitativ undersøgelse

I pilottests er ét af formålene at undersøge, hvorvidt interventionen kan accepteres af studiepopulationen, og hvorvidt den kan gennemføres, som den er på det givne tidspunkt. Der er i pilottesten udelukkende indhentet data gennem kvantitative forskningsmetoder, og disse metoder bidrager ikke direkte med information om gennemførbarheden af programmet [92]. Kvalitative forskningsmetoder, såsom interviews, giver derimod adgang til individers holdninger, meninger og oplevelser, hvorfor en sådan undersøgelse kunne have bidraget med værdifuld viden om de unges erfaringer og oplevelser med at deltage i DCM's program [93]. Ved at få indsigt i de unges erfaringer vil det være muligt at få en bedre forståelse for, hvordan programmet virker, og hvilke mekanismer det igangsætter hos de unge. Sådan en forståelse kan bruges til at identificere udviklingsmuligheder for programmet, inden den endelige evaluering [94].

I tilrettelæggelsen af en potentiel kvalitativ undersøgelse må det holdes for øje, at der både inkluderes unge, der er positivt og negativt stemt over for programmet, da der i så fald opnås det mest nuancerede billede. Om end de unges besvarelser på spørgeskemaerne er anonyme, kunne en kvalitativ undersøgelse tage sit afsæt i mundtligt at snakke om spørgsmålene til egen praksis efter besvarelse af efterspørgeskemaet. Her kunne der ved håndsoprækning markeres, hvem der somme tider har praktiseret uden for undervisning, og hvem der ikke har. Efter lektionen kunne læreren henvende sig både til elever, der har praktiseret uden for undervisningen, og elever, der ikke har, og invitere dem til at deltage i et uddybende interview, hvor de har mulighed for at give deres meninger til kende. Her vil det være væsentligt at understrege, at vi er interesserede i deres oplevelser, og at vi gerne modtager ideer til forbedring. De unge vil derved føle sig hørt, hvilket kan bidrage til øget deltagelse i interviewene. Herefter vil enkelt-interviews kunne blive udført med deltagerne, for på den vis at få indsigt i deres personlige erfaringer, holdninger og oplevelser samt deres tanker om, hvilke muligheder for udviklinger af programmet de ser [93].

Ud over enkelt-interviews med udvalgte deltagere kunne det have været interessant at udføre feltobservation under enkelte undervisningssessioner af programmet. Sådanne observationer havde kunnet bidrage med viden om de sociale dynamikker, der er på spil, når de unge modtager undervisningen, og om der var temaer eller vendinger, der bidrog til, hvordan de unge som helhed responderede på programmet [95].

I gennemførslen af kvalitative undersøgelser må det holdes for øje, at der er tale om resultater, der er socialt og relationelt betinget, da intervieweren eller observatøren unægtelig påvirker sine omgivelser [93, 95]. Derfor må afrapporteringen af sådanne resultater ske med en høj grad af gennemsigtighed. Dette til trods er det vurderet, at en supplerende kvalitativ undersøgelse kunne have bidraget med et mere nuanceret billede af, hvordan programmet virker på de unge, og samtidigt kunne have informeret om mulige udviklingsmuligheder fra de unges perspektiv.

Erfaringer fra pilottesten

Dele af resultatet af pilottesten kan være behæftet med confounding, da gymnasieeleverne besvarede deres efterspørgeskemaer op til udarbejdelsen af deres SRP. Der er derfor tale om, at noget der er sket i tiden har en selvstændig indflydelse på de unges selvrapporterede mentale sundhed. Med forbehold for at dele af resultatet kan være confounded, tyder resultaterne af pilottesten på, at de unges mentale sundhed reduceres over forløbet af DCM's mindfulnessbaserede program til unge.

Der er derfor identificeret et behov for at tilpasse programmet, inden det leveres til unge i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*.

Det program, DCM har udviklet til unge, er baseret på de manualiserede programmer MBSR og MBKT, der begge er tilsigtede selvselekterede voksne. Resultaterne af pilottesten og et engelsk studie indikerer, at en modificeret version af MBSR ikke viser hensigtsmæssige tendenser umiddelbart efter endt intervention [73]. Derimod viser resultaterne af et stort pilotstudie af det mindfulnessbaserede program til børn og unge, .b, fra Storbritannien lovende effekter på velbefindende, oplevet stressniveau og depression på 12-16-årige både umiddelbart efter endt intervention og ved follow-up [79]. Da DCM's program leveres med populationsstrategien, og de unge befinder sig på grænsen mellem at være børn og voksne, kan der være et potentiale i at hente inspiration fra det populationsbaserede .b-program for at kunne videreudvikle programmet, så de unge opnår en gavnlig effekt.

Der er kun en begrænset andel af de unge, der deltager i programmet, som etablerer egen mindfulnesspraksis uden for undervisningstiden. Det kan betyde, at de unge i løbet af programmet lærer at blive opmærksomme på eventuelle ubehageligheder, men at de ikke etablerer redskaberne til at håndtere disse ubehageligheder. Af de fire mindfulnessøvelser, de unge er blevet spurgt ind til i spørgsmålene vedrørende egen praksis; body scan, yoga-øvelser, siddende meditation og at lægge mærke til, hvordan de reagerer på stress, og hvor i kroppen, de mærker stress, er der flest af de unge, der har praktiseret sidstnævnte uden for undervisningen. Dermed er det fortrinsvist de formaliserede mindfulnessøvelser, de unge ikke får implementeret i deres hverdag, hvilket kan tyde på, at de unge kan have gavn af yderligere understøttelse til at etablere egen mindfulnesspraksis. Da der er tale om en populationsstrategi, hvor programmet naturligt vil virke mere relevant for nogle end nogle andre, kan det næppe forventes, at alle etablerer egen mindfulnesspraksis. Dog synes det relevant at støtte de unge, som har et ønske om at etablere deres egen praksis i at gøre dette på en måde, der er tilgængelig for målgruppen.

Der bør derfor tilføjes et redskab til at understøtte de unge i at etablere deres egen praksis inden forskningsprojektet. Et sådant redskab kan være en mobil-app med korte, audioguidede meditationer, videoklip med et kort yoga-program og guidede body scans. Ved at tilføje en sådan app, bliver de unge mindet om, at de har mulighed for at træne mindfulness, når de ser appens logo, og indholdet vil være tilgængeligt for dem uanset, hvor de er.

Derudover bør det overvejes, om der i den endelige spørgeskemapakke skal tilføjes spørgsmål vedrørende de unges søvnkvalitet og tilbøjelighed til at opsøge hjælp, da resultaterne af pilottesten indikerer, at de unge muligvis kommer i kontakt med noget under programmet, de skal have hjælp til at håndtere. Dette kunne eksempelvis være spørgeskemaet ATSPPHS-SF.

Konklusion

Befolkningens mentale sundhed er i de seneste år forværret, og særligt de unge i alderen 16-24 år er udfordret med dårligt selv vurderet mentalt helbred og et højt oplevet stressniveau [1, 12, 14].

Mentalt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der leveres gennem en populationsstrategi udgør en mulighed for at øge den mentale sundhed i befolkningen. Mindfulnessbaserede interventioner til børn og unge leveret i en skolesetting er blevet fundet effektive til at reducere symptomer på depression, angst og stress, samt at mindske negativ adfærd og øge opmærksomhed blandt målgruppen [36].

Resultaterne af pilottesten af Dansk Center for Mindfulness' program til unge viser tendenser til, at de unges mentale helbred ændres i en uhensigtsmæssig retning efter deltagelse i programmet sammenlignet med før. Således er det bedste bud, at de unges trivsel reduceres, så de efter deltagelse i programmet er i risiko for depression og stressbelastning, hvilket ikke gjorde sig gældende før programmet (WHO-5). Derudover øger de unge i begge grupper i gennemsnit deres selvrapporterede symptomer på depression og angst, mens tendenserne for de unges symptomer på stress er tvetydige, men karakteriseret ved små differensestimer (DASS-21). De unges tanker og følelser i hvile (ARSQ-21), resiliens (BRS) samt tendens til at være mindful i hverdagen (FFMQ-15) er alle præget af små differensestimer, der placerer sig tæt på 0. Det bedste bud er, at både gymnasieelever og SOSU-elever sover mindre og med flere søvnproblemer efter programmet, mens tendenserne for ændringen i ensomhed er forskellig mellem de to grupper (T-ILS).

Kun en begrænset andel af de unge havde ved programmets afslutning praktiseret formelle mindfulnessøvelser uden for undervisningen mere end én eller to gange. De unge etablerer dermed ikke egen praksis, hvilket kan have betydning for resultaterne, hvis de i løbet af programmet bliver opmærksomme på ubehageligheder, de ikke udvikler redskaberne til at håndtere og være med.

Dele af pilottestens resultater kan være confounded af ændringer i tiden. Med forbehold for potentiel confounding, er der indikation for, at der er et behov for tilretninger af programmet, inden dette evalueres i det endelige RCT i forskningsprojektet *Stressfri hverdag for unge*.

Sådanne tilretninger kunne blandt andre være at tilpasse programmet mere til de unge ved at søge inspiration fra det manualiserede mindfulnessbaserede program til børn og unge, .b. Derudover bør der tilknyttes en mobil-app med guidede meditationer, yogaøvelser og body scans for at støtte de unge, der er interesseret i at etablere egen mindfulnesspraksis, samt eventuelt tilføjes yderligere spørgsmål til at afdække søvnkvalitet og de unges tilbøjelighed til at søge hjælp.

Perspektivering

Ifølge WHO er sundhed defineret som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social trivsel og ikke blot udeblivelsen af sygdom [96]. Mental sundhedsfremme og forebyggelse udgør derfor en hjørnesten i at bedre befolkningens samlede sundhed. Dårligt selv vurderet mentalt helbred er en betydelig byrde på både individ- og samfundsniveau, og udgør den tredjestørste sygdomsbyrde på verdensplan [12]. Der er derfor et behov for at anvende effektive indsatser for at kunne nedbringe andelen med dårlig mental sundhed.

Mental sundhed er komplekst og har mange facetter, hvorfor sundhedsfremmende og forebyggende indsatser må afspejle denne kompleksitet og intervenere på flere parametre. For at sikre den bedste effekt af sådanne komplekse interventioner må der foretages god, omhyggelig og professionel folkesundhedsvidenskabelig praksis. En måde at gøre dette på er at følge det opstillede framework af Medical Research Council (MRC), hvor ét af nøglespørgsmålene er, hvordan en intervention virker [42]. MRC understreger vigtigheden af at gennemføre gentagne pilottests af de elementer i en intervention, der er usikkerhed om, inden denne evalueres i et større studie. Resultaterne af dette speciale illustrerer vigtigheden af at arbejde professionelt folkesundhedsvidenskabeligt og følge fremsatte guidelines på et givent område, såsom MRC's framework inden for interventionsforskning. Uden pilottests er der risiko for, at der bliver udført ineffektive interventioner, men værre er det, hvis de interventioner, der bliver udført, gør skade på dem, der deltager i dem. Hvorvidt der er udført god forskningspraksis har dermed ikke blot betydning internt i forskningsverdenen, men rækker ud i befolkningen og påvirker den samlede sundhedstilstand. Der er derfor et stærkt incitament til at være sig sit ansvar som forsker bevidst.

Ved at udføre pilottests og dermed følge MRC's guidelines for udvikling og evaluering af komplekse interventioner, øger Dansk Center for Mindfulness sandsynligheden for, at den sundhedsfremmende og forebyggende intervention *Stressfri hverdag for unge* opnår størst mulig effekt og ikke forværrer de unges mentale sundhed.

Litteraturliste

1. Larsen, F.B., Pedersen, M.H., Lasgaard, M., Sørensen, J.B., Christiansen, J., Lundberg, A., Pedersen, S.E., Friis, K., *Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)* 2018: Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland.
2. Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C., Sandbæk A., *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. 2014: København: Vidensråd for forebyggelse. p. 1-184.
3. Kabat-Zinn, J., *Full Catastrophe Living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. 2013, Revised edition: New York: Bantum Books.
4. Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. 2002, New York: The Guilford Press.
5. Regeringen, *Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021*. 2017: København. p. 1-15.
6. *Mindfulness in schools Project*. [cited 2019 Sep 20]; Available from: <https://mindfulnessinschools.org/teach-dot-b/dot-b-curriculum/>.
7. Dansk Center for Mindfulness. *Uddannelse til lærere på ungdomsuddannelser* 2019 [cited 2019 Sep 20]; Available from: <http://mindfulness.au.dk/stressfri/ungdomsuddannelser/uddannelsen/>.
8. FN. *FN's verdensmål - Mål 3: Sundhed og trivsel*. 2019 [cited 2019 Sep 24]; Available from: <https://www.verdensmaalene.dk/maal/3>.
9. WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*. 2012, World Health Organization.
10. WHO. *Mental health: strengthening our response*. 2018 [cited 2019 Sep 23]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
11. Bendtsen, P., S.S. Mikkelsen, and J.S. Tolstrup, *Ungdomsprofilen 2014 - Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser*. 2015, Statens Institut for Folkesundhed: København.
12. WHO, *Fact sheet on sustainable development goals: health targets - Mental Health*. 2018. p. 1-8.
13. OECD. *Health at a Glance: Europe 2018: State og Health in the EU Cycle*. 2019 [cited 2019 Sep 26]; Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en#page1.

14. Jensen, H.A.R., Davidsen, M., Ekholm, O. & Christensen A.I., *Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017*. 2018, Sundhedsstyrelsen: Albertslund.
15. Pallesen, K.J., Dahlgaard, J., Fjorback, L.O., *Chapter 8: Mindfulness for the Treatment of Stress Disorders*, in *Mindfulness and Buddhist Derived Approaches in Mental Health and Addiction*, E. Shohin, Gordon, W.V., Griffiths, M. , Editor. 2016, Springer International Publishing, p. 165-189.
16. Bonde, E.H., L.O. Fjorback, and L. Juul, *Manglende systematik af stresstiltag, men dokumenteret effekt af mindfulnessbaseret stressreduktion*. Ugeskr Laeger, 2019. **181**(34).
17. Stressforeningen. *Viden om stress*. 2019 [cited 2019 Okt 01]; Available from: <http://www.stressforeningen.dk/faa-viden/>.
18. Netterstrøm, B., *Hvad er stress?*, in *Stress på arbejdspladsen - Årsager, forebyggelse og håndtering*. 2002, Hans Reitzels Forlag: København. p. 15-23.
19. Kashani, M., A. Eliasson, and M. Vernalis, *Perceived stress correlates with disturbed sleep: a link connecting stress and cardiovascular disease*. Stress, 2012. **15**(1): p. 45-51.
20. Joseph, J.J. and S.H. Golden, *Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus*. Ann N Y Acad Sci, 2017. **1391**(1): p. 20-34.
21. Prior, A., et al., *The Association Between Perceived Stress and Mortality Among People With Multimorbidity: A Prospective Population-Based Cohort Study*. Am J Epidemiol, 2016. **184**(3): p. 199-210.
22. Ottosen, M.H., Andreasen, A.G., Dahl, K.M., Hestbæk, A., Lausten, M., Rayce, S.B., *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2018*. . 2018, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. : København: Vive - Viden til Velfærd. p. 1-302.
23. Petersen, F.F., Lagermann, L.C. & Nielsen, A.M., *Kort og godt om UNGE OG STRESS*. 1. udgave ed. 2018, København: Dansk Psykologisk Forlag A/S.
24. Ladegaard, Y., Rasmussen, P., Andersen, M.F. & Netterstrøm, B., *Kort og godt om STRESS*. 2. udgave ed. 2017, København: Dansk Psykologisk Forlag.
25. Nielsen, A.M., Lagermann, L.C. , *Stress i gymnasiet - Hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'Åben og Rolig for unge'*. 2017, København: Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse.
26. WHO, *Adolescent mental health in the European Region 2018*, World Health Organization: Internet.
27. De Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G.M., Halland, E. & Tanner-Smith, E.E., *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social*

- functioning in adults: a systematic review and meta-analysis*. 2017, The Campbell Collaboration: Norge.
28. Goldberg, S.B., et al., *Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 2018. **59**: p. 52-60.
 29. Janssen, M., et al., *Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review*. PLoS One, 2018. **13**(1): p. e0191332.
 30. Khoury, B., et al., *Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis*. J Psychosom Res, 2015. **78**(6): p. 519-28.
 31. Davidson, R.J., et al., *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation*. Psychosom Med, 2003. **65**(4): p. 564-70.
 32. Rosenkranz, M.A., et al., *A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation*. Brain Behav Immun, 2013. **27**(1): p. 174-84.
 33. Piet, J. and E. Hougaard, *The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis*. Clin Psychol Rev, 2011. **31**(6): p. 1032-40.
 34. Kuyken, W., et al., *The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study)*. Health Technol Assess, 2015. **19**(73): p. 1-124.
 35. Chambless, D.L. and S.D. Hollon, *Defining empirically supported therapies*. J Consult Clin Psychol, 1998. **66**(1): p. 7-18.
 36. Dunning, D.L., et al., *Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials*. J Child Psychol Psychiatry, 2019. **60**(3): p. 244-258.
 37. Felver, J.C., et al., *A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings*. Mindfulness, 2016. **7**(1): p. 34-45.
 38. Tan, L.B., *A critical review of adolescent mindfulness-based programmes*. Clin Child Psychol Psychiatry, 2016. **21**(2): p. 193-207.
 39. Zenner, C., S. Herrnleben-Kurz, and H. Walach, *Mindfulness-based interventions in schools- a systematic review and meta-analysis*. Front Psychol, 2014. **5**: p. 603.

40. O'Connor, C.A., et al., *Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review*. J Clin Nurs, 2018. **27**(3-4): p. e412-e426.
41. Dansk Center for Mindfulness. Om os. [cited 2019 Okt 08]; Available from: <http://mindfulness.au.dk/om-os/>.
42. Craig, P., et al., *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ, 2008. **337**: p. a1655.
43. Killingsworth, M.A. and D.T. Gilbert, *A Wandering Mind Is an Unhappy Mind*. Science, 2010. **330**(6006): p. 932.
44. Bargh, J.A., Chartrand, T.L., *The Unbearable Automaticity of Being*. American Psychologist, 1999. **54**(No. 7): p. 462-479.
45. Brown, K., R. Ryan, and J. Creswell, *Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects*. Psychological Inquiry - PSYCHOL INQ, 2007. **18**: p. 211-237.
46. Rose, G., K. Khaw, and M. Marmot, *Rose's Strategy on Preventive Medicine*. 2008, New York: Oxford University Press.
47. Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H., & Fernández, M.E., *Overview of Intervention Mapping*, in *Planning Health Promotion Programs*. 2011, Jossey-Bass: San Francisco. p. 3-50.
48. Larsen, F.B., et al., *Hvordan har du det? 2013 - Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1.* . 2014, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudviling: Aarhus.
49. Olsen, H., *Guide til gode spørgeskemaer*. 2006, Socialforskningsinstituttet: København.
50. Diaz, B., et al., *The ARSQ 2.0 reveals age and personality effects on mind-wandering experiences*. Frontiers in Psychology, 2014. **5**(271).
51. Portnova, G.V., et al., *Association of the retrospective self-report ratings with the dynamics of EEG*. Heliyon, 2019. **5**(10): p. e02533.
52. Psykiatrifonden, *Fremme af mental sundhed hos unge - Vejledning til trivselsmålingen WHO-5.* . 2014, Psykiatrifonden: København.
53. Sørensen, I.K., L. Nielsen, and A.I. Christensen, *Mental sundhed - Kortlægning af måleredskaber*. 2017, Statens Institut for Folkesundhed, SDU: København.
54. PFA. *Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS)*. 2018 [cited 2019 Okt. 30]; Available from: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass//over.htm>.
55. Lovibond, S.H. and P.F. Lovibond, *Manual for the Depression, Anxiety and Stress Scales*. 2. udgave ed. 1995, Sydney: Psychology Foundation.

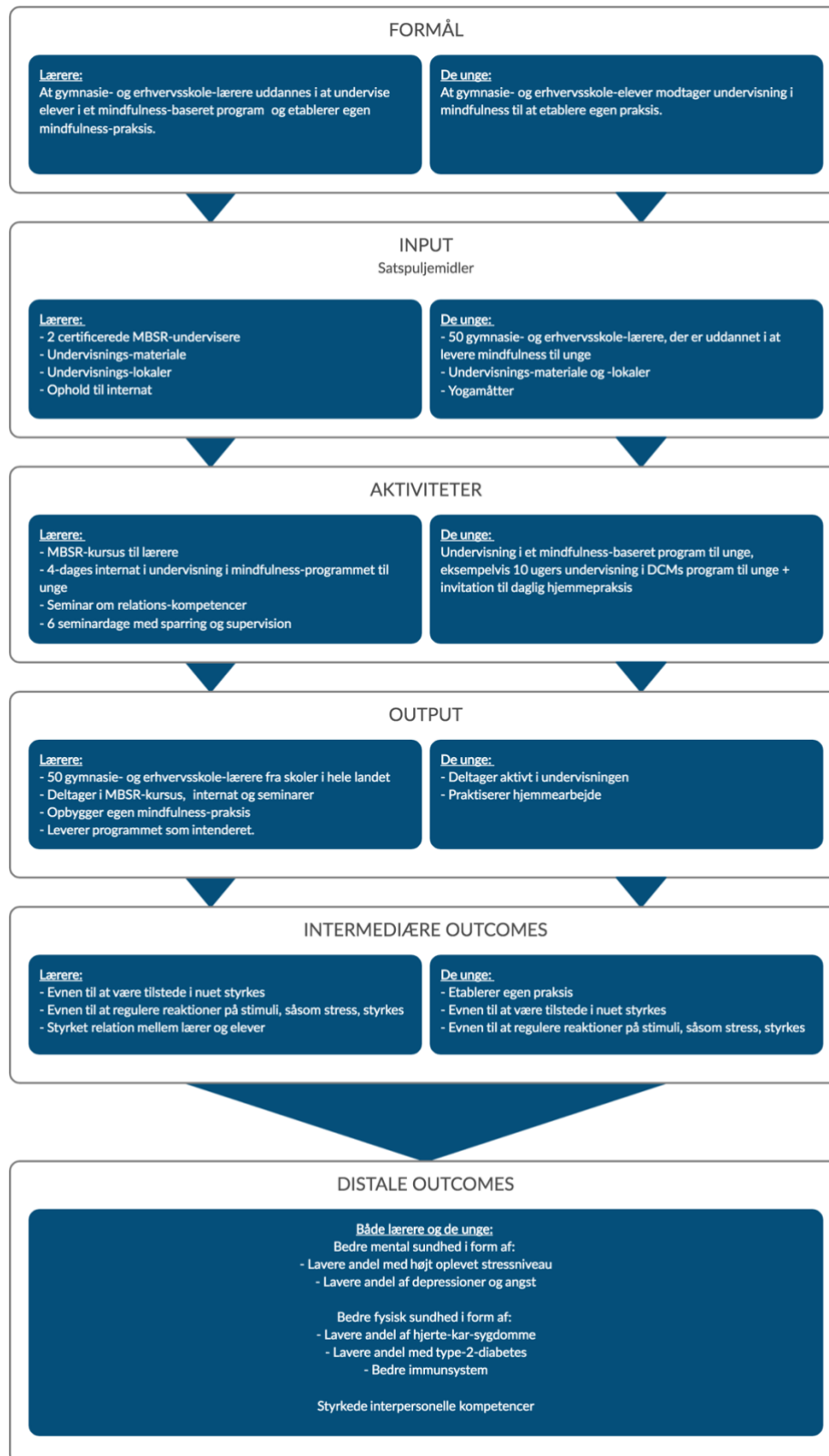
56. PFA. *DASS FAQ (Frequently Asked Questions)*. 2018 [cited 2019 Nov. 01].
57. Smith, B.W., et al., *The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back*. Int J Behav Med, 2008. **15**(3): p. 194-200.
58. Smith, B.W., et al., *The Foundations of Resilience: What Are the Critical Resources for Bouncing Back from Stress?*, in *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice*, S. Prince-Embury and D.H. Saklofske, Editors. 2013, Springer New York: New York, NY. p. 167-187.
59. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies*. Res Aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.
60. Russell, D.W., *UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure*. J Pers Assess, 1996. **66**(1): p. 20-40.
61. Lasgaard, M. and K. Friis, *Ensomhed i befolkningen - forekomst og metodiske overvejelser. Temaanalyse, vol. 3, Hvordan har du det?* 2015, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling: Aarhus.
62. Baer, R.A., et al., *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*. Assessment, 2006. **13**(1): p. 27-45.
63. Baer, R.A., et al., *Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples*. Assessment, 2008. **15**(3): p. 329-42.
64. Gu, J., et al., *Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression*. Psychol Assess, 2016. **28**(7): p. 791-802.
65. de Vibe, M., et al., *Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students*. BMC Medical Education, 2013. **13**(1): p. 107.
66. Streiner, D.L., G.R. Norman, and J. Cairney, *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. 5. udgave ed. 2015, New York: Oxford University Press.
67. Diaz, B.A., et al., *The Amsterdam Resting-State Questionnaire reveals multiple phenotypes of resting-state cognition*. Frontiers in Human Neuroscience, 2013. **7**(446).
68. Windle, G., K.M. Bennett, and J. Noyes, *A methodological review of resilience measurement scales*. Health Qual Life Outcomes, 2011. **9**: p. 8.
69. Park, T., M. Reilly-Spong, and C.R. Gross, *Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO)*. Quality of Life Research, 2013. **22**(10): p. 2639-2659.

70. Eklund, K., M. O'Malley, and L. Meyer, *Gauging mindfulness in children and youth: School-based applications*. Psychology in the Schools, 2017. **54**(1): p. 101-114.
71. Nieuwenhuijsen, K., et al., *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems*. Occupational and Environmental Medicine, 2003. **60**(suppl 1): p. i77-i82.
72. Topp, C.W., et al., *The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature*. Psychother Psychosom, 2015. **84**(3): p. 167-76.
73. Bennett, K. and D. Dorjee, *The Impact of a Mindfulness-Based Stress Reduction Course (MBSR) on Well-Being and Academic Attainment of Sixth-form Students*. Mindfulness, 2016. **7**(1): p. 105-114.
74. Le, M.T.H., et al., *Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents*. PLoS One, 2017. **12**(7): p. e0180557.
75. Silva, H.A.d., et al., *Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: is it valid for Brazilian adolescents?* Einstein (Sao Paulo, Brazil), 2016. **14**(4): p. 486-493.
76. Blom, E.H., et al., *Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales--testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses*. Health Qual Life Outcomes, 2012. **10**: p. 149.
77. CONSORT. *Consort statement - 17a. Outcomes and estimation*. 2010 [cited 2019 Nov. 18]; Available from: <http://www.consort-statement.org/checklists/view/32--consort-2010/111-outcomes-and-estimation>.
78. Goodman, M.S., L.A. Madni, and R.J. Semple, *Measuring mindfulness in youth: Review of current assessments, challenges, and future directions*. Mindfulness, 2017. **8**(6): p. 1409-1420.
79. Kuyken, W., et al., *Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study*. British Journal of Psychiatry, 2013. **203**(2): p. 126-131.
80. Johnson, C., et al., *Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents*. Behav Res Ther, 2016. **81**: p. 1-11.
81. White, S.W. and R. Roberson-Nay, *Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders*. J Autism Dev Disord, 2009. **39**(7): p. 1006-13.
82. Juul, S., *Epidemiologi og evidens*. 2. udgave ed. 2012, København: Munksgaard.
83. Marko, D., et al., *Predictors of serious psychological distress in an urban population*. Community Mental Health Journal, 2015. **51**(6): p. 708-714.

84. Nylandsted, L.R., *Generation Præstation: Slip presset - Øvelser i mindfulness til unge*. 1. udgave ed. 2016, København: Dansk Psykologisk Forlag.
85. Guidetti, S., et al., *Evaluation of an intervention programme addressing ability to perform activities of daily living among persons with chronic conditions: study protocol for a feasibility trial (ABLE)*. BMJ Open, 2018. **8**(5): p. e020812.
86. Billingham, S.A.M., A.L. Whitehead, and S.A. Julious, *An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in the United Kingdom Clinical Research Network database*. BMC Medical Research Methodology, 2013. **13**(1): p. 104.
87. Thabane, L., et al., *A tutorial on pilot studies: the what, why and how*. BMC Medical Research Methodology, 2010. **10**(1): p. 1.
88. Carsley, D., B. Khoury, and N.L. Heath, *Effectiveness of mindfulness interventions for mental health in schools: A comprehensive meta-analysis*. Mindfulness, 2018. **9**(3): p. 693-707.
89. Milojevich, H.M. and A.F. Lukowski, *Sleep and Mental Health in Undergraduate Students with Generally Healthy Sleep Habits*. PLoS One, 2016. **11**(6): p. e0156372.
90. Fischer, E.H. and A. Farina, *Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research*. Journal of College Student Development, 1995. **36**(4): p. 368-373.
91. Gonzalez, J.M., H.E.A. Tinsley, and K.R. Kreuder, *Effects of psychoeducational interventions on opinions of mental illness, attitudes toward help seeking, and expectations about psychotherapy in college students*. Journal of College Student Development, 2002. **43**(1): p. 51-63.
92. Treweek, S., *Addressing Issues in Recruitment and Retention Using Feasibility and Pilot Trials*, in *Complex Interventions in Health - An overview of research methods*, D.A. Richards and I.R. Hallberg, Editors. 2015, Routhledge: New York. p. 155-165.
93. Tanggaard, L. and S. Brinkmann, *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode*, in *Kvalitative metoder - en grundbog*, L. Tanggaard and S. Brinkmann, Editors. 2010, Hans Reitzels Forlag: København.
94. O'Cathain, A., et al., *Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers*. Pilot and Feasibility Studies, 2015. **1**(1): p. 32.
95. Hastrup, K., *Feltarbejde*, in *Kvalitative metoder - en grundbog*, L. Tanggaard and S. Brinkmann, Editors. 2010, Hans Reitzels Forlag: København. p. 55-80.

96. WHO, *Constitution of the World Health Organization*. 2006, World Health Organization.

Bilag 1: Logisk model for DCM's mindfulnessbaserede intervention til unge



Bilag 2: Spørgeskemapakken anvendt i pilottesten

På de følgende sider fremgår den fulde spørgeskemapakke udtrukket direkte fra RedCAP.

Indledningsvist indgår spørgsmål til demografi, som udelukkende er inddraget i førspørgeskemaet, derefter følger spørgeskemaerne; ARSQ-21, WHO-5, DASS-21, BRS, T-ILS, Spørgsmål til søvnmængde og FFMQ-15. Afslutningsvist indgår spørgsmål til de unges egen mindfulnesspraksis, som kun er inkluderet i efterspørgeskemaet.

Instrument: Demografi (demografi)																									
1	record_id	Record ID	text																						
2	intro	Til at evaluere effekten af undervisning om mindfulness på din uddannelse, beder vi dig besvare de følgende spørgsmål. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Vi beder om dit CPR-nummer for at kunne koble før og efter besvarelser sammen. Endvidere for at kunne måle langtidseffekter af undervisningen, så som trivsel, mentalt helbred og uddannelse via registerdata. Dine besvarelser bliver ikke set af dine lærere, men kun af den forsker, der analyserer data. Besvarelserne bliver behandlet fortroligt og bliver analyseret i forskningssøjemed i en form, hvordine svarer anonyme. Du bedes svare på alle spørgsmål så ærligt, som du kan. Nogle spørgsmål kan minde meget om hinanden, men de er alle vigtige i evalueringen. Brug ikke for meget tid på hvert enkelt spørgsmål, men svar hvad der umiddelbart falder dig ind.	descriptive																						
3	name	Dit fulde navn	text																						
4	cpr	Dit CPR-nummer <i>cpr uden bindestreg</i>	text {dk_cpr}, Required																						
5	cohab_0	Hvem bor du sammen med?	radio <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Hos min far og mor - som bor sammen</td></tr> <tr><td>1</td><td>Skiftevis hos min far og min mor - ligemeget hos dem begge</td></tr> <tr><td>2</td><td>Skiftevis hos min far og min mor - mest hos min mor</td></tr> <tr><td>3</td><td>Skiftevis hos min far og min mor - mest hos min far</td></tr> <tr><td>4</td><td>Kun hos min mor</td></tr> <tr><td>5</td><td>Kun hos min far</td></tr> <tr><td>6</td><td>Mest hos en plejefamilie eller anden familie</td></tr> <tr><td>7</td><td>Er flyttet hjemmefra</td></tr> <tr><td>8</td><td>Andet</td></tr> </table>	0	Hos min far og mor - som bor sammen	1	Skiftevis hos min far og min mor - ligemeget hos dem begge	2	Skiftevis hos min far og min mor - mest hos min mor	3	Skiftevis hos min far og min mor - mest hos min far	4	Kun hos min mor	5	Kun hos min far	6	Mest hos en plejefamilie eller anden familie	7	Er flyttet hjemmefra	8	Andet				
0	Hos min far og mor - som bor sammen																								
1	Skiftevis hos min far og min mor - ligemeget hos dem begge																								
2	Skiftevis hos min far og min mor - mest hos min mor																								
3	Skiftevis hos min far og min mor - mest hos min far																								
4	Kun hos min mor																								
5	Kun hos min far																								
6	Mest hos en plejefamilie eller anden familie																								
7	Er flyttet hjemmefra																								
8	Andet																								
6	edu	Hvilken uddannelse går du på?	radio <table border="1"> <tr><td>0</td><td>STX</td></tr> <tr><td>1</td><td>HF</td></tr> <tr><td>2</td><td>HHX</td></tr> <tr><td>3</td><td>HTX</td></tr> <tr><td>4</td><td>EUD-Omsorg, sundhed, pædagogik</td></tr> <tr><td>5</td><td>EUD-Kontor, handel og forretningservice</td></tr> <tr><td>6</td><td>EUD-Fødevarer, jordbrug og oplevelser</td></tr> <tr><td>7</td><td>EUD-Teknologi, bygge- og transport</td></tr> <tr><td>8</td><td>EUX-Teknisk</td></tr> <tr><td>9</td><td>EUX-Mekanisk</td></tr> <tr><td>10</td><td>En anden end de nævnte</td></tr> </table>	0	STX	1	HF	2	HHX	3	HTX	4	EUD-Omsorg, sundhed, pædagogik	5	EUD-Kontor, handel og forretningservice	6	EUD-Fødevarer, jordbrug og oplevelser	7	EUD-Teknologi, bygge- og transport	8	EUX-Teknisk	9	EUX-Mekanisk	10	En anden end de nævnte
0	STX																								
1	HF																								
2	HHX																								
3	HTX																								
4	EUD-Omsorg, sundhed, pædagogik																								
5	EUD-Kontor, handel og forretningservice																								
6	EUD-Fødevarer, jordbrug og oplevelser																								
7	EUD-Teknologi, bygge- og transport																								
8	EUX-Teknisk																								
9	EUX-Mekanisk																								
10	En anden end de nævnte																								
7	eux_tek_name Show the field ONLY if: {edu} = "8"	Hvis du går på EUX-Teknisk, skriv uddannelsens navn	text																						

8	eur_mer_name Show the field ONLY if: [edu] = '9'	Hvis du går på EUX-Merkantil, skriv uddannelsens navn	text										
9	other_descb Show the field ONLY if: [edu] = '10'	Hvis anden, navn	text										
10	school_no	Gymnasiet/skolens nummer (oplyses af mindfulnessunderviser)	text										
11	class_no	Klassens nummer (oplyses af mindfulnessunderviser)	text										
12	teacher_no	Mindfulnessunderviserens nummer (oplyses af mindfulnessunderviser)	text										
13	demografi_complete	Section Header: Form Status Complete?	dropdown <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Incomplete</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Unverified</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Complete</td> </tr> </table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete				
0	Incomplete												
1	Unverified												
2	Complete												
Instrument: Tanker Og Følelser Under Hvile (tanker_og_følelser_under_hvile)													
14	intro_arsq	Denne opgave handler om tanker og følelser i en hviletilstand, hvor du i 3 minutter sidder roligt med lukkede øjne, dog uden at falde i søvn. For at komme i gang skal du trykke på "afspil". Du vil høre en lille jingle som signal til, at du skal lukke øjnene. Du skal have lukkede øjne, indtil du hører jinglen igen. Så skal du åbne øjnene og være på en række udsagn, som vedrører de tanker og følelser, du har haft i hvileperioden.	descriptive										
15	lyd	Hvileperiode lyd	descriptive										
16	arsq_dis_2_0	Section Header: Nedenfor er en række udsagn, der vedrører tanker og følelser, som du måtte have oplevet i hvileperioden. Vær venlig at indikere i hvilken udstrækning du er enig med hvert udsagn. Jeg havde hurtigt skiftende tanker.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Fuldstændig uenig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Uenig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Hverken enig eller uenig</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Enig</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Fuldstændig enig</td> </tr> </table>	1	Fuldstændig uenig	2	Uenig	3	Hverken enig eller uenig	4	Enig	5	Fuldstændig enig
1	Fuldstændig uenig												
2	Uenig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Enig												
5	Fuldstændig enig												
17	arsq_tom_4_0	Jeg tænkte på andre.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Fuldstændig uenig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Uenig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Hverken enig eller uenig</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Enig</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Fuldstændig enig</td> </tr> </table>	1	Fuldstændig uenig	2	Uenig	3	Hverken enig eller uenig	4	Enig	5	Fuldstændig enig
1	Fuldstændig uenig												
2	Uenig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Enig												
5	Fuldstændig enig												
18	arsq_self_8_0	Jeg tænkte på min adfærd.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Fuldstændig uenig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Uenig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Hverken enig eller uenig</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Enig</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Fuldstændig enig</td> </tr> </table>	1	Fuldstændig uenig	2	Uenig	3	Hverken enig eller uenig	4	Enig	5	Fuldstændig enig
1	Fuldstændig uenig												
2	Uenig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Enig												
5	Fuldstændig enig												
19	arsq_plan_10_0	Jeg tænkte på ting, som jeg skal gøre.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Fuldstændig uenig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Uenig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Hverken enig eller uenig</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Enig</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Fuldstændig enig</td> </tr> </table>	1	Fuldstændig uenig	2	Uenig	3	Hverken enig eller uenig	4	Enig	5	Fuldstændig enig
1	Fuldstændig uenig												
2	Uenig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Enig												
5	Fuldstændig enig												

20	arsq_sleep_14_0	Jeg følte mig sønig.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
21	arsq_comf_36_0	Jeg følte mig godt tilpas.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
22	arsq_som_20_0	Jeg var bevidst om min vejrtænkning.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
23	arsq_dis_1_0	Mine tanker var hektiske.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
24	arsq_tom_5_0	Jeg satte mig i andres sted.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
25	arsq_self_7_0	Jeg tænkte på mine følelser.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
26	arsq_plan_11_0	Jeg tænkte på problemer, der skal løses	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
27	arsq_sleep_13_0	Jeg følte mig træt.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig

28	arsq_comf_17_0	Jeg følte mig aflappet.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
29	arsq_som_19_0	Jeg var bevidst om min krop.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig
30	arsq_dis_3_0	Jeg havde svært ved at holde fast i mine tanker.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig.
31	arsq_tom_6_0	Jeg tænkte på mennesker, jeg holder af.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig.
32	arsq_self_9_0	Jeg tænkte på mig selv.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig.
33	arsq_plan_12_0	Jeg tænkte på fremtiden.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig.
34	arsq_sleep_15_0	Jeg havde svært ved at holde mig vågen.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig.
35	arsq_comf_18_0	Jeg følte mig lykkelig.	radio (Matrix) 1 Fuldstændig uenig 2 Uenig 3 Hverken enig eller uenig 4 Enig 5 Fuldstændig enig

36	arsq_som_21_0	Jeg var bevidst om mit hjerteslag.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>fuldstændig uenig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>5</td><td>fuldstændig enig</td></tr> </table>	1	fuldstændig uenig	2	Uenig	3	Hverken enig eller uenig	4	Enig	5	fuldstændig enig		
1	fuldstændig uenig														
2	Uenig														
3	Hverken enig eller uenig														
4	Enig														
5	fuldstændig enig														
37	tanke_og_følelser_under_hvile_complete	SectionHeader: Form Status Complete?	drop down <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr> <tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr> <tr><td>2</td><td>Complete</td></tr> </table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete						
0	Incomplete														
1	Unverified														
2	Complete														
Instrument: Trivsel (trivsel) 															
38	who1_0	Section Header: For hvert spørgsmål, marker i det felt, der kommer tættest på, hvordan du har følt det i de sidste 2 uger I de sidste 2 uger har jeg været glad og i godt humør	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>5</td><td>Hele tiden (5)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Det meste af tiden (4)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Lidt mere end halvdelen af tiden (3)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)</td></tr> <tr><td>1</td><td>Lidt af tiden (1)</td></tr> <tr><td>0</td><td>På intet tidspunkt (0)</td></tr> </table>	5	Hele tiden (5)	4	Det meste af tiden (4)	3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)	2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)	1	Lidt af tiden (1)	0	På intet tidspunkt (0)
5	Hele tiden (5)														
4	Det meste af tiden (4)														
3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)														
2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)														
1	Lidt af tiden (1)														
0	På intet tidspunkt (0)														
39	who2_0	I de sidste 2 uger har jeg følt mig rolig og afslappet	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>5</td><td>Hele tiden (5)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Det meste af tiden (4)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Lidt mere end halvdelen af tiden (3)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)</td></tr> <tr><td>1</td><td>Lidt af tiden (1)</td></tr> <tr><td>0</td><td>På intet tidspunkt (0)</td></tr> </table>	5	Hele tiden (5)	4	Det meste af tiden (4)	3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)	2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)	1	Lidt af tiden (1)	0	På intet tidspunkt (0)
5	Hele tiden (5)														
4	Det meste af tiden (4)														
3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)														
2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)														
1	Lidt af tiden (1)														
0	På intet tidspunkt (0)														
40	who3_0	I de sidste 2 uger har jeg følt mig aktiv og energisk	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>5</td><td>Hele tiden (5)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Det meste af tiden (4)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Lidt mere end halvdelen af tiden (3)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)</td></tr> <tr><td>1</td><td>Lidt af tiden (1)</td></tr> <tr><td>0</td><td>På intet tidspunkt (0)</td></tr> </table>	5	Hele tiden (5)	4	Det meste af tiden (4)	3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)	2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)	1	Lidt af tiden (1)	0	På intet tidspunkt (0)
5	Hele tiden (5)														
4	Det meste af tiden (4)														
3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)														
2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)														
1	Lidt af tiden (1)														
0	På intet tidspunkt (0)														
41	who4_0	I de sidste 2 uger er jeg vågnet frik og udhvilet	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>5</td><td>Hele tiden (5)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Det meste af tiden (4)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Lidt mere end halvdelen af tiden (3)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)</td></tr> <tr><td>1</td><td>Lidt af tiden (1)</td></tr> <tr><td>0</td><td>På intet tidspunkt (0)</td></tr> </table>	5	Hele tiden (5)	4	Det meste af tiden (4)	3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)	2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)	1	Lidt af tiden (1)	0	På intet tidspunkt (0)
5	Hele tiden (5)														
4	Det meste af tiden (4)														
3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)														
2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)														
1	Lidt af tiden (1)														
0	På intet tidspunkt (0)														
42	who5_0	I de sidste 2 uger har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>5</td><td>Hele tiden (5)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Det meste af tiden (4)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Lidt mere end halvdelen af tiden (3)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)</td></tr> <tr><td>1</td><td>Lidt af tiden (1)</td></tr> <tr><td>0</td><td>På intet tidspunkt (0)</td></tr> </table>	5	Hele tiden (5)	4	Det meste af tiden (4)	3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)	2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)	1	Lidt af tiden (1)	0	På intet tidspunkt (0)
5	Hele tiden (5)														
4	Det meste af tiden (4)														
3	Lidt mere end halvdelen af tiden (3)														
2	Lidt mindre end halvdelen af tiden (2)														
1	Lidt af tiden (1)														
0	På intet tidspunkt (0)														
43	trivsel_complete	SectionHeader: Form Status Complete?	drop down <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr> <tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr> <tr><td>2</td><td>Complete</td></tr> </table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete						
0	Incomplete														
1	Unverified														
2	Complete														

Instrument: Humør (humr)											
44	dass1_0	Section Header: Læs venligst hvert udsagn og marker det felt, som bedst beskriver, hvor godt du føler, udsagnet har passeret på dig i den seneste uge. Jeg var opmærksom på tøjhed i munden	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										
45	dass2_0	Jeg kunne ikke opleve nogen som helst positive følelser	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										
46	dass3_0	Jeg oplevede vejtrækningsbesvær (fx udtalt hurtig vejtrækning, åndenød uden fysisk anstrengelse)	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										
47	dass4_0	Jeg var tilbøjelig til at overnagere på situationer	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										
48	dass5_0	Jeg havde svært ved at slippe af	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										
49	dass6_0	Section Header: Læs venligst hvert udsagn og marker det felt, som bedst beskriver, hvor godt du føler, udsagnet har passeret på dig i den seneste uge. Jeg følte, at jeg ikke havde noget at se frem til	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										
50	dass7_0	Jeg følte, at jeg brugte en masse psykisk energi	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Passede ikke på mig</td></tr> <tr><td>1</td><td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td></tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
0	Passede ikke på mig										
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig										
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig										
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig										

51	dass8_0	Jeg følte mig ikke meget værd som person	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
52	dass9_0	Jeg følte mig noget nærtagende	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
53	dass10_0	Jeg følte mig bange uden nogen rimelig grund	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
54	dass11_0	Section Header: Læs venligst hvert udsagn og marker det felt, som bedst beskriver, hvor godt du føler, udsagnet har passer på dig i den seneste uge. Det var svært for mig at slippe af	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
55	dass12_0	Jeg var opmærksom på min hjerterytme, selvom jeg ikke anstrengte mig fysisk (fx fornemmelse af øget puls, overspring af hjerteslag)	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
56	dass13_0	Jeg følte mig modløs og trist	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
57	dass14_0	Jeg følte mig tæt på panik	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig
58	dass15_0	Jeg kunne ikke være entusiastisk over noget som helst	radio (Matrix) 0 Passede ikke på mig 1 Passede en smule eller noget af tiden på mig 2 Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig 3 Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig

59	dass16_0	Section Header: Læs venligst hvert udsagn og marker det felt, som bedst beskriver, hvor godt du føler, udsagnet har passer på dig i den seneste uge. Jeg kunne ikke holde ud at blive afbrudt, når jeg var i gang med noget	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Passede ikke på mig</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td> </tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig		
0	Passede ikke på mig												
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig												
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig												
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig												
60	dass17_0	Jeg følte, at livet var meningsløst	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Passede ikke på mig</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td> </tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig		
0	Passede ikke på mig												
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig												
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig												
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig												
61	dass18_0	Jeg følte mig urolig og rastløs	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Passede ikke på mig</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td> </tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig		
0	Passede ikke på mig												
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig												
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig												
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig												
62	dass19_0	Jeg var bekymret for situationer, hvor jeg kunne gå i panik og gøre mig selv til grin	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Passede ikke på mig</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td> </tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig		
0	Passede ikke på mig												
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig												
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig												
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig												
63	dass20_0	Jeg oplevede at ryste (fx på hænderne)	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Passede ikke på mig</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td> </tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig		
0	Passede ikke på mig												
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig												
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig												
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig												
64	dass21_0	Jeg fandt det svært at tage initiativ til at foretage mig noget	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Passede ikke på mig</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Passede en smule eller noget af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig</td> </tr> </table>	0	Passede ikke på mig	1	Passede en smule eller noget af tiden på mig	2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig	3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig		
0	Passede ikke på mig												
1	Passede en smule eller noget af tiden på mig												
2	Passede i betydelig grad eller en stor del af tiden på mig												
3	Passede rigtig meget eller det meste af tiden på mig												
65	hume_complete	Section Header: Form Status Complete?	dropdown <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Incomplete</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Unverified</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Complete</td> </tr> </table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete				
0	Incomplete												
1	Unverified												
2	Complete												
Instrument: Resiliens (resiliens)													
66	brs1_0	Section Header: Ved hvert af nedenstående udsagn bedes du sætte et kryds, som markerer, hvor enig du er Jeg kommer normalt hurtigt ovenpå igen, efter jeg har været udsat for modgang.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Meget uenig</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Uenig</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Hverken uenig eller enig</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Enig</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Meget enig</td> </tr> </table>	1	Meget uenig	2	Uenig	3	Hverken uenig eller enig	4	Enig	5	Meget enig
1	Meget uenig												
2	Uenig												
3	Hverken uenig eller enig												
4	Enig												
5	Meget enig												

67	brs2_0	Jeg har svært ved at klare stressende oplevelser.	radio (Matrix) ☐ 1 Meget uenig ☐ 2 Uenig ☐ 3 Hverken uenig eller enig ☐ 4 Enig ☐ 5 Meget enig
68	brs3_0	Jeg kommer mig hurtigt efter en stressende situation.	radio (Matrix) ☐ 1 Meget uenig ☐ 2 Uenig ☐ 3 Hverken uenig eller enig ☐ 4 Enig ☐ 5 Meget enig
69	brs4_0	Det er svært for mig at komme ovenpå igen, når der sker noget dårligt.	radio (Matrix) ☐ 1 Meget uenig ☐ 2 Uenig ☐ 3 Hverken uenig eller enig ☐ 4 Enig ☐ 5 Meget enig
70	brs5_0	Jeg plejer at komme gennem svære perioder uden de store vanskeligheder.	radio (Matrix) ☐ 1 Meget uenig ☐ 2 Uenig ☐ 3 Hverken uenig eller enig ☐ 4 Enig ☐ 5 Meget enig
71	brs6_0	Det plejer at tage lang tid for mig at komme mig over modgang eller skuffelser i mit liv.	radio (Matrix) ☐ 1 Meget uenig ☐ 2 Uenig ☐ 3 Hverken uenig eller enig ☐ 4 Enig ☐ 5 Meget enig
72	resiliens_complete	SectionHeader: Fam Status Complete?	dropdown ☐ 0 Incomplete ☐ 1 Unventfied ☐ 2 Complete
Instrument: Ensomhed (en somhed) 			
73	sis1_0	Hvor ofte følger du dig isoleret fra andre?	radio (Matrix) ☐ 1 Sjældent ☐ 2 En gang imellem ☐ 3 Ofte
74	sis2_0	Hvor ofte følger du, at du savner nogen at være sammen med?	radio (Matrix) ☐ 1 Sjældent ☐ 2 En gang imellem ☐ 3 Ofte
75	sis3_0	Hvor ofte følger du dig holdt uden for?	radio (Matrix) ☐ 1 Sjældent ☐ 2 En gang imellem ☐ 3 Ofte
76	ensomhed_complete	SectionHeader: Fam Status Complete?	dropdown ☐ 0 Incomplete ☐ 1 Unventfied ☐ 2 Complete

Instrument: Søvn (svn)													
77	sleep_amount_0	I de seneste 4 uger: Hvor mange timer sov du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn?	text										
78	sleep_q2_0	I de seneste 4 uger: Har du fået søvn nok til at føle dig udhvilet?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ja, som regel</td></tr> <tr><td>2</td><td>Ja, men ikke tit nok</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nej, aldrig (næsten aldrig)</td></tr> </table>	1	Ja, som regel	2	Ja, men ikke tit nok	3	Nej, aldrig (næsten aldrig)				
1	Ja, som regel												
2	Ja, men ikke tit nok												
3	Nej, aldrig (næsten aldrig)												
79	sleep3_1_0	Section Header: De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har sovet i de seneste 4 uger. Har du haft svært ved at falde i søvn?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ikke i de seneste 4 uger</td></tr> <tr><td>2</td><td>Mindre end 1 gang om ugen</td></tr> <tr><td>3</td><td>1-2 gange om ugen</td></tr> <tr><td>4</td><td>3 gange eller flere om ugen</td></tr> </table>	1	Ikke i de seneste 4 uger	2	Mindre end 1 gang om ugen	3	1-2 gange om ugen	4	3 gange eller flere om ugen		
1	Ikke i de seneste 4 uger												
2	Mindre end 1 gang om ugen												
3	1-2 gange om ugen												
4	3 gange eller flere om ugen												
80	sleep3_2_0	Er du vågnet flere gange om natten og haft svært ved at falde i søvn igen?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ikke i de seneste 4 uger</td></tr> <tr><td>2</td><td>Mindre end 1 gang om ugen</td></tr> <tr><td>3</td><td>1-2 gange om ugen</td></tr> <tr><td>4</td><td>3 gange eller flere om ugen</td></tr> </table>	1	Ikke i de seneste 4 uger	2	Mindre end 1 gang om ugen	3	1-2 gange om ugen	4	3 gange eller flere om ugen		
1	Ikke i de seneste 4 uger												
2	Mindre end 1 gang om ugen												
3	1-2 gange om ugen												
4	3 gange eller flere om ugen												
81	sleep3_3_0	Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ikke i de seneste 4 uger</td></tr> <tr><td>2</td><td>Mindre end 1 gang om ugen</td></tr> <tr><td>3</td><td>1-2 gange om ugen</td></tr> <tr><td>4</td><td>3 gange eller flere om ugen</td></tr> </table>	1	Ikke i de seneste 4 uger	2	Mindre end 1 gang om ugen	3	1-2 gange om ugen	4	3 gange eller flere om ugen		
1	Ikke i de seneste 4 uger												
2	Mindre end 1 gang om ugen												
3	1-2 gange om ugen												
4	3 gange eller flere om ugen												
82	sleep3_4_0	Har du sovet dårligt og uroligt?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ikke i de seneste 4 uger</td></tr> <tr><td>2</td><td>Mindre end 1 gang om ugen</td></tr> <tr><td>3</td><td>1-2 gange om ugen</td></tr> <tr><td>4</td><td>3 gange eller flere om ugen</td></tr> </table>	1	Ikke i de seneste 4 uger	2	Mindre end 1 gang om ugen	3	1-2 gange om ugen	4	3 gange eller flere om ugen		
1	Ikke i de seneste 4 uger												
2	Mindre end 1 gang om ugen												
3	1-2 gange om ugen												
4	3 gange eller flere om ugen												
83	svn_complete	Section Header: Form Status Complete?	dropdown <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr> <tr><td>1</td><td>Unrevised</td></tr> <tr><td>2</td><td>Complete</td></tr> </table>	0	Incomplete	1	Unrevised	2	Complete				
0	Incomplete												
1	Unrevised												
2	Complete												
Instrument: Spørgsmål Om Opmærksomhed Og Nrvr (spqsmi_om_opmærksomhed_og_nrvr)													
84	flmq1_0	Section Header: For hvert udsagn bedes du tage stilling til, hvor ofte du er i hvert udsagn. Jeg er god til at finde ord, der beskriver mine følelser.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
85	flmq2_0	Når jeg tager et bad, er jeg opmærksom på fornemmelserne af vandet på min krop.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
86	flmq3_0	Jeg er ikke opmærksom på det, jeg foretager mig, fordi jeg dagdrømmer, bekymrer mig, eller fordi jeg på anden vis bliver distraheret.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												

87	ffmq4_O	Jeg siger til mig selv, at jeg ikke burde føle, sådan som jeg føler.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
88	ffmq5_O	Jeg lægger mærke til, hvordan mad og drikke påvirker mine tanker, kropslige fornemmelser og følelser.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
89	ffmq6_O	Jeg synes, nogle af mine tanker er unormale eller dårlige, og jeg burde ikke tænke sådanne tanker.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
90	ffmq7_O	Jeg lægger mærke til fysiske fornemmelser, såsom vinden i mit hår eller solstråler på mit ansigt.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
91	ffmq8_O	Det er vanskeligt for mig at finde de rette ord til at udtrykke, hvordan jeg har det med forskellige ting.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
92	ffmq9_O	Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, træder jeg et skridt tilbage og er opmærksom på tanken eller billedet uden at blive overvældet af det.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
93	ffmq10_O	Selv når jeg føler mig stærkt oprevet, kan jeg sætte ord på det, som sker.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
94	ffmq11_O	Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, er jeg i stand til blot at bemærke dem uden at reagere.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Oftent sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftent sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftent sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												

95	ffmq12_O	Jeg synes, nogle af mine følelser er dårlige eller upassende, og jeg burde ikke føle dem.	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr><tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr><tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr><tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr><tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr></table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
96	ffmq13_O	Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, bemærker jeg dem blot og lader dem passere.	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr><tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr><tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr><tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr><tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr></table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
97	ffmq14_O	Jeg udfører opgaver automatisk, uden at være opmærksom på det jeg laver.	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr><tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr><tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr><tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr><tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr></table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
98	ffmq15_O	Jeg gør ting uden at være opmærksom på det.	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig eller meget sjældent sandt</td></tr><tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr><tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr><tr><td>4</td><td>Oftre sandt</td></tr><tr><td>5</td><td>Meget ofte eller altid sandt</td></tr></table>	1	Aldrig eller meget sjældent sandt	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Oftre sandt	5	Meget ofte eller altid sandt
1	Aldrig eller meget sjældent sandt												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Oftre sandt												
5	Meget ofte eller altid sandt												
99	prgsml_om_opmrksomhed_og_nrvr_complete	SectionHeader: Form Status Complete?	dropdown <table><tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr><tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr><tr><td>2</td><td>Complete</td></tr></table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete				
0	Incomplete												
1	Unverified												
2	Complete												

Instrument: Egen praksis (egen_praksis)													
93	ln_2	Section Header: I løbet af kurset er du blevet undervist i forskellige mindfulness-øvelser. De følgende spørgsmål handler om, hvor ofte du har brugt disse øvelser uden for undervisningen. I løbet af kurset er du blevet undervist i at lave en body scan. Hvor ofte har du lavet en body scan uden for undervisningen?	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr><tr><td>2</td><td>En eller to gange</td></tr><tr><td>3</td><td>Cirka én gang om ugen</td></tr><tr><td>4</td><td>Flere gange om ugen</td></tr><tr><td>5</td><td>Hver dag</td></tr></table>	1	Aldrig	2	En eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig												
2	En eller to gange												
3	Cirka én gang om ugen												
4	Flere gange om ugen												
5	Hver dag												
94	wp_2	I løbet af kurset er du blevet undervist i at lave yoga-øvelser. Hvor ofte har du lavet yoga-øvelser uden for undervisningen?	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr><tr><td>2</td><td>En eller to gange</td></tr><tr><td>3</td><td>Cirka én gang om ugen</td></tr><tr><td>4</td><td>Flere gange om ugen</td></tr><tr><td>5</td><td>Hver dag</td></tr></table>	1	Aldrig	2	En eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig												
2	En eller to gange												
3	Cirka én gang om ugen												
4	Flere gange om ugen												
5	Hver dag												
95	sm_2	I løbet af kurset er du blevet undervist i at meditere, mens du sidder. Hvor ofte har du lavet en siddende meditation uden for undervisningen?	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr><tr><td>2</td><td>En eller to gange</td></tr><tr><td>3</td><td>Cirka én gang om ugen</td></tr><tr><td>4</td><td>Flere gange om ugen</td></tr><tr><td>5</td><td>Hver dag</td></tr></table>	1	Aldrig	2	En eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig												
2	En eller to gange												
3	Cirka én gang om ugen												
4	Flere gange om ugen												
5	Hver dag												

96	ss_2	I løbet af kurset er du blevet bedt om at lægge mærke til, hvordan du reagerer i stressede situationer, og hvor i kroppen du mærker stress. Hvor ofte har du lagt mærke til dette uden for undervisningen?	radio (Matrix) <table border="1"><tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr><tr><td>2</td><td>En eller to gange</td></tr><tr><td>3</td><td>Cirka én gang om ugen</td></tr><tr><td>4</td><td>Flere gange om ugen</td></tr><tr><td>5</td><td>Hver dag</td></tr></table>	1	Aldrig	2	En eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig												
2	En eller to gange												
3	Cirka én gang om ugen												
4	Flere gange om ugen												
5	Hver dag												
97	egen_praksis_complete	Section Header: Form Status Complete?	Drop down <table border="1"><tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr><tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr><tr><td>2</td><td>Complete</td></tr></table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete				
0	Incomplete												
1	Unverified												
2	Complete												