
Speciale
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet
Health

Mindfulness i skolen

Resultater af et pilotprojekt

Udarbejdet af:
Michelle Sand Beck
Studienummer: 201407868

Vejleder:
Lise Juul, Lektor
Institut for Klinisk Medicin, Dansk Center for Mindfulness

Specialets omfang:
146.457 anslag

Afleveringsdato:
3. juni 2019

Forord

Med dette speciale ønsker jeg at takke Dansk Center for Mindfulness for muligheden for at være med i pilotfasen af et så spændende og aktuelt forskningsprojekt med stort potentiale for den mentale sundhed. En særlig tak til min vejleder, Lise Juul, for at bidrage med konstruktive input, lærerig statistisk vejledning og moralsk støtte processen igennem.

Abstract

Title: Mindfulness in school. Results of a pilot project.

Background: Mental health is declining among children and young people in Denmark. The Danish Parliament has allocated DKK 12,5 million to the Danish Center for Mindfulness, who will educate 200 teachers to be able to teach the school-based mindfulness-intervention, .b. In the autumn of 2018 and the spring of 2019, the Danish Center for Mindfulness has carried out a pilot project in preparation for a research project, which will evaluate the effect of educating teachers to teach mindfulness on pupils' mental health. Population-based, health-promoting interventions such as .b are challenging to evaluate, because societal effects may appear as small effect sizes, and actual health effects are not expected until many years after intervention.

Aim: The aim of this thesis is to evaluate the pilot project on pre- and post-questionnaire data from 9-14 year old pupils (n = 89) from seven different classes in order to investigate applicability and tendencies in selected questionnaires to measure selected, intermediate outcome.

Methods: The pilot project uses a quasi-experimental research design. Data was collected before and after .b with a collection of six questionnaires; *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *WHO-Five Well-being Index* (WHO-5), *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM), *Brief Resilience Scale* (BRS), *Social Capital Questionnaire* (SCQ) and *Sleep Questionnaire* (SQ). Changes in the pupils' average scores were estimated by difference-estimates using paired t-test.

Results: After the intervention, the best bet is that five out of six subscores of SDQ, the total score of WHO-5, two out of three subscores of SCQ and the total score of SQ have all moved in an appropriate direction. For the SDQ-subscale *Peer relationships problem scale* this is statistically significant with the difference-estimate -0,41 (95 % CI: -0,75; -0,08). Furthermore, the best bet is that the overall score of BRS is unchanged, and that the total score of CAMM has moved in an inappropriate direction after .b. Between half and three quarters of the pupils have performed home practice at least once a week.

Conclusion: The preliminary results in the pilot phase of the research project indicate tendencies, that .b has the potential to lead to appropriate changes for pupil's mental health.

Resumé

Titel: Mindfulness i skolen. Resultater af et pilotprojekt.

Baggrund: Den mentale sundhed er faldende blandt børn og unge i Danmark. Folketinget har afsat 12,5 mio. kr. af satspuljens midler til Dansk Center for Mindfulness, som skal uddanne 200 skolelærere til at blive i stand til at undervise i den skolebaserede mindfulness-intervention, .b. I efteråret 2018 og foråret 2019 har Dansk Center for Mindfulness udført et pilotprojekt som forberedelse til et forskningsprojekt, der skal evaluere effekten af at uddanne skolelærere til at undervise i mindfulness på elevers mentale sundhed. Populationsbaserede, sundhedsfremmende interventioner som .b er udfordrende at evaluere, da betydningsfulde samfundseffekter kan vise sig som små effektstørrelser, og reelle sundhedseffekter først forventes mange år efter endt intervention.

Formål: Formålet med dette speciale er at evaluere pilotprojektet på før- og efterspørgeskemadata fra 9-14-årige elever (n = 89) fra syv forskellige klasser. Dette med henblik på at undersøge anvendelighed og tendenser i udvalgte spørgeskemaer til måling af udvalgte, intermediære outcome.

Metode: Pilotprojektet anvender et quasi-eksperimentelt studiedesign. Data blev indsamlet før og efter .b med en samling af seks spørgeskemaer; *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *WHO-Five Well-being Index* (WHO-5), *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM), *Brief Resilience Scale* (BRS), *Social Capital Questionnaire* (SCQ) og *Sleep Questionnaire* (SQ). Ændringer i elevernes gennemsnitlige scores blev estimeret ved differenseestimer ved brug af parret t-test.

Resultater: Efter endt intervention er det bedste bud, at fem ud af seks delscores af SDQ, den samlede score af WHO-5, to ud af tre delscores af SCQ samt den samlede score af SQ alle har rykket sig i en hensigtsmæssig retning. For SDQ-delskalaen *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende* er dette statistisk signifikant med differenseestimatet -0,41 (95 % CI: -0,75; -0,08). Endvidere er det bedste bud, at den samlede score af BRS er uforandret, og at scoren af CAMM har rykket sig i en uhensigtsmæssig retning efter .b. Mellem halvdelen og tre fjerdedele af eleverne har udført hjemmepraksis mindst én gang om ugen.

Konklusion: De indledende resultater i forskningsprojekts pilotfase indikerer tendenser til, at .b har potentiale til at medføre hensigtsmæssige ændringer for elevers mentale sundhed.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Abstract.....	3
Resumé	4
Tabel- og figur oversigt.....	8
Anvendte forkortelser	9
1. Introduktion	10
2. Baggrund.....	11
2.1 Mental sundhed som folkesundhedsproblem.....	11
2.2 Problemets omfang	12
2.2.1 Mentale helbredsproblemer i befolkningen	12
2.2.2 Mental sundhed blandt danske børn og unge.....	12
2.3 Tidlig, sundhedsfremmende intervention i grundskolen.....	14
2.4 En metode til træning af mental sundhed.....	15
2.5 Forskningsprojektet <i>Stressfri hverdag for børn og unge</i>	15
2.6 Formål	16
3. Det teoretiske grundlag for den komplekse intervention, .b.....	17
3.1 Det manualiserede .b-program.....	18
3.2 .b som kompleks intervention	20
3.2.1 MRC-modellen.....	21
3.3 Udviklingsfasen	22
3.3.1 MBSR og MBKT	22
3.3.2 Mindfulness.....	23
3.3.3 Populationsstrategi	25
3.3.4 Programteori.....	26
3.4 Pilotfasen.....	26
4. Metode.....	28
4.1 Litteratursøgning	29
4.1.1 Eksempel på systematisk litteratursøgning.....	29
4.2 Studiedesign	30

4.3 Deltagere og procedure	30
4.4 Forskningsetiske overvejelser	31
4.5 Dataindsamling	31
4.6 Spørgeskemaer og outcome	31
4.7 Operationalisering	32
4.7.1 Strengths and Difficulties Questionnaire	32
4.7.2 WHO-Five Well-being Index.....	35
4.7.3 Child and Adolescent Mindfulness Measure	36
4.7.4 Brief Resilience Scale	37
4.7.5 Social Capital Questionnaire.....	37
4.7.6 Sleep Questionnaire	39
4.8 Validering af spørgeskemaerne.....	40
4.9 Dataanalyse	40
5. Resultater	42
5.1 Studiepopulation	43
5.2 Deltagerkarakteristika	44
5.3 Bortfaldsanalyse.....	46
5.4 Sammenligning før og efter .b	48
5.5 Deltagernes hjemmepraksis	51
6. Diskussion	52
6.1 Opsummering af pilotprojektets resultater.....	53
6.2 Diskussion af resultaterne	54
6.3 Sammenligning med andre studier af .b.....	57
6.4 Pilotprojektets styrker	59
6.5 Pilotprojektets begrænsninger.....	60
6.5.1 Selektionsproblemer.....	60
6.5.2 Informationsproblemer.....	62
6.5.3 Confounding.....	63
6.6 Pilotprojektets generaliserbarhed.....	64
6.7 Diskussion af metodevalg	64
6.7.1 Komplexiteten i at måle det .b giver børn og unge	64
6.7.2 Potentialet i supplement af kvalitative forskningsmetoder	67
6.8 Foreløbige erfaringer gjort i pilotfasen	69

7. Konklusion	71
8. Perspektivering.....	72
Litteraturliste	73
Bilag.....	80
Bilag 1: Skitseret programteori for .b	81
Bilag 2: Forældresamtykke	82
Bilag 3: Det samlede, elektroniske spørgeskema	84
Bilag 4: Evidenshierarkiet.....	99

Tabel- og figur oversigt

Tabeller

Tabel 1: Sessionerne i .b	19
Tabel 2: Eksempel på systematisk litteratursøgning	29
Tabel 3: Elever fordelt på skoler og klassetrin	30
Tabel 4: Inkluderede spørgeskemaer og outcome	32
Tabel 5: SDQ: Operationalisering af psykisk trivsel og funktion	34
Tabel 6: SDQ-normtal	35
Tabel 7: WHO-5: Operationalisering af generel trivsel og velbefindende	35
Tabel 8: CAMM: Operationalisering af mindfulness	36
Tabel 9: BRS: Operationalisering af resiliens	37
Tabel 10: SCQ: Operationalisering af social kapital	38
Tabel 11: SQ: Operationalisering af søvnkvalitet	39
Tabel 12: Deltagerkarakteristik	45
Tabel 13: Bortfaldsanalyse	47
Tabel 14: Sammenligning før og efter .b	50
Tabel 15: Hjemmepraksis	51

Figurer

Figur 1: Tidslinje for forskningsprojektet <i>Stressfri hverdag for børn og unge</i>	10
Figur 2: Skolebørnsundersøgelsen 2014. Fald i andelen med høj livstilfredshed	13
Figur 3: .b-programmet	18
Figur 4: Socioøkologisk model	20
Figur 5: MRC-modellen	21
Figur 6: Mindfulness mekanismehypotese	24
Figur 7: Højrisikostrategi vs. populationsstrategi	25
Figur 8: Elementer i en logisk model	26
Figur 9: Flowdiagram	43
Figur 10: Mulige outcome	65
Figur 11: Skitseret programteori for .b	81
Figur 12: Evidenshierarkiet	99

Anvendte forkortelser

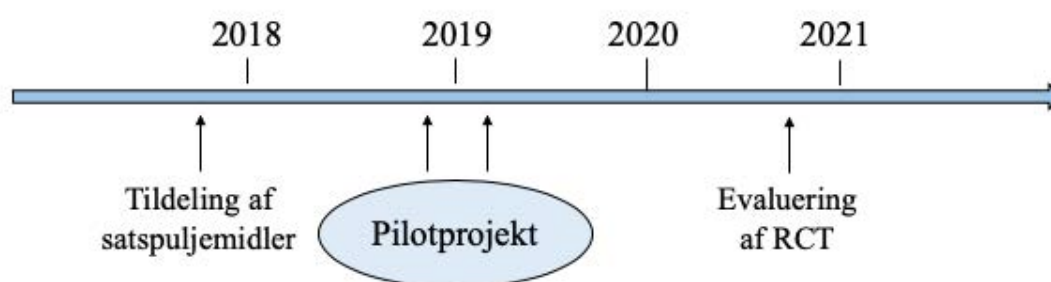
ARSQ:	Amsterdam Resting-State Questionnaire
BRS:	Brief Resilience Scale
CAMM:	Child and Adolescent Mindfulness Measure
CES-D:	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CI:	Sikkerhedsinterval
CONSORT:	Consolidated Standards of Reporting Trials
KIMS:	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
MBKT:	Mindfulness-baseret kognitiv terapi
MBSR:	Mindfulness-baseret stressreduktion
MiSP:	Mindfulness in Schools Project
MRC:	Medical Research Council
MYRIAD:	My Resilience in Adolescence
n:	Antal
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence
PSS:	Perceived Stress Scale
RCT:	Randomiseret, kontrolleret studie
REDCap:	Research Electronic Data Capture
SCQ:	Social Capital Questionnaire
SD:	Spredning
SDQ:	Strengths and Difficulties Questionnaire
SQ:	Sleep Questionnaire
WEMWBS:	Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale
WHO:	World Health Organization
WHO-5:	WHO-Five Well-being Index

1. Introduktion

Kontinuerlig monitorering af danske børn og unges mentale sundhed viser en negativ udvikling over de seneste år (1–3). Der er udviklet evidensbaserede, veldokumenterede mindfulness-interventioner, som effektivt reducerer og forebygger symptomer på nedsat mental sundhed hos voksne (4,5), men lignende interventioner er ikke i samme omfang afprøvet og udbredt i forhold til børn og unge.

I efteråret 2017 afsatte Folketinget 12,5 mio. kr. af satspuljens midler til at uddanne fagprofessionelle, som til hverdag er i kontakt med børn og unge i alderen 11-18 år, til at blive i stand til at kunne undervise denne aldersgruppe i mindfulness i grundskolen. Uddannelsen er forankret hos Dansk Center for Mindfulness, Institut for Klinisk Medicin på Aarhus Universitet, som skal uddanne 200 skolelærere fra hele landet, supervisere den videre brug af uddannelsen og følge kommunernes praksisnære forankring. Uddannelsen af skolelærerne skal skabe trivsel og stressfrie hverdage for børn og unge og bidrage til, at børn og unge styrker opmærksomheden, opnår større balance og overblik samt får bedre evne til at prioritere nærvær i hverdagen (6).

Dansk Center for Mindfulness har i efteråret 2018 og foråret 2019 udført et pilotprojekt som forberedelse til et omfattende clusterrandomiseret, kontrolleret studie (RCT), der med opstart i 2019 skal evaluere effekten af at uddanne skolelærere til at undervise i mindfulness på elevers mentale sundhed. Forskningsprojektet kaldes *Stressfri hverdag for børn og unge*.



Figur 1: Tidslinje for forskningsprojektet *Stressfri hverdag for børn og unge*.

2. Baggrund

2.1 Mental sundhed som folkesundhedsproblem

De seneste 20 år har der nationalt og internationalt været en voksende interesse for befolkningens mentale sundhed, herunder for mental sundhed blandt børn og unge (7,8). Dette skyldes til dels den høje forekomst af mentale helbredsproblemer, men også en stigende erkendelse af den mentale sundheds betydning for individets almene velbefindende og helbredsudvikling (1,7,8). Interessen kan også begrundes i mental sundheds betydning for individets evne til at klare sig godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk og dermed til at bidrage positivt til samfundet (9).

Verdenssundhedsorganisationen WHO (World Health Organization) satte mental sundhed på den politiske dagsorden i 2001 med *The World Health Report*, som fokuserer på det faktum, at mental sundhed har været forsømt alt for længe. Rapporten fremhæver, at mental sundhed er et offentligt anliggende, der kræver politisk handling og prioritet, for at sikre at stigmatisering og diskrimination nedbrydes, og at der etableres effektiv forebyggelse og behandling (7). I Danmark fulgte Sundhedsstyrelsen op med en rapport i 2008 om samme emne for i dansk kontekst at bringe opmærksomhed på, at mental sundhed er et vigtigt indsatsområde inden for folkesundhed (8). I begge rapporter påpeges det yderligere, at mental sundhed ofte ikke har fået tildelt lige så meget opmærksomhed som fysisk sundhed, til trods for at det er en essentiel og integreret del af sundhedsbegrebet (jævnfør WHO's definition af sundhed: "*Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*" (10)).

Den mest udbredte og internationalt anerkendte definition af mental sundhed er udviklet af WHO: "*Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community*" (11). Mental sundhed er ifølge denne definition et positivt begreb, der rummer en kombination af en oplevelsesdimension og en funktionsdimension; at opleve at have det godt samt at kunne håndtere dagligdagens forskellige udfordringer og gøremål, som for eksempel at gå i skole eller på arbejde, indgå i sociale relationer og bidrage til fællesskabet (12). Det engelske begreb, *mental health*, kan på dansk oversættes til både mental sundhed og mentalt helbred. Mental sundhed kan forstås som et spektrum fra et minimum af mental sundhed til et optimalt

niveau af mental sundhed, mens mentalt helbred kan forstås som en sygdomsrelateret skala fra fravær af psykisk sygdom til svær psykisk sygdom med reference til sygdomskvalificeret diagnose (1,8). Mental sundhed går på tværs af mentale helbredsproblemer, hvorfor det er muligt at have nedsat mental sundhed, på trods af at man ikke har en egentlig diagnose. Mental sundhed er derfor mere end blot fravær af psykisk sygdom, hvilket pointeres af WHO (13) samt i det anerkendte *Perth Charter for the Promotion of Mental Health and Wellbeing* (14).

2.2 Problemets omfang

Mental sundhed og mentale helbredsproblemer betragtes således som to separate, men overlappende, dimensioner, da nedsat mental sundhed er determinant for udviklingen af mentale helbredsproblemer (13). Grundet dette overlap berøres i det følgende kort forekomsten af, samt omkostningerne forbundet med, mentale helbredsproblemer i befolkningen, hvorefter udviklingen af den mentale sundhed over de seneste år blandt danske børn og unge, som er specialets primære fokus, udfoldes.

2.2.1 Mentale helbredsproblemer i befolkningen

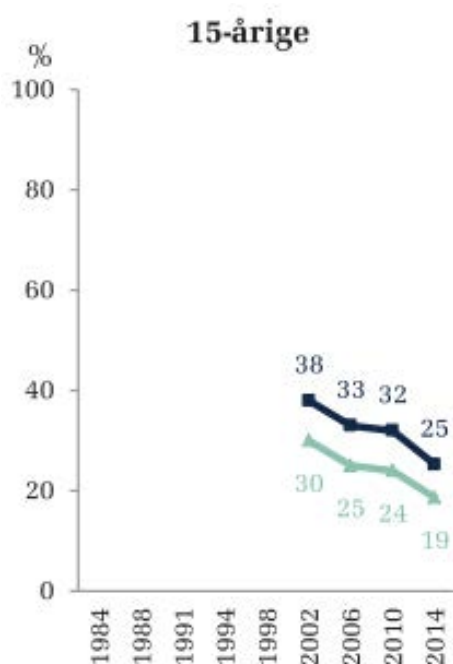
Forekomsten af mentale helbredsproblemer er ikke stigende, men i dag identificeres der flere tilfælde end tidligere grundet en større offentlig bevidsthed, en gradvist reducerende stigmatisering og bedre værktøjer til vurdering (15). Dette betyder imidlertid ikke, at problemet ikke skal tages alvorligt. Mentale helbredsproblemer antages at forekomme hos op imod 50 % af befolkningen gennem livet, og har enorme omkostninger for de berørte individer såvel som for samfundet som helhed (15). På verdensplan er depression den største årsag til sygdom og funktionsnedsættelse (16), og i Danmark er angst og depression de hyppigste årsager til førtidspension, mens 35.000 danskere hver dag er sygemeldt med stress (17). Det anslås, at de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger forbundet med mentale helbredsproblemer i Danmark årligt udgør 55 mia. kr. (18).

Forskning viser, at 50 % af voksne med mentale helbredsproblemer havde deres første symptomer i 15-års alderen (19), hvilket giver særlig grund til at kigge nærmere på den mentale sundhed blandt børn og unge.

2.2.2 Mental sundhed blandt danske børn og unge

I Danmark viser kontinuerlig måling af børn og unges mentale sundhed en generel negativ udvikling over de seneste år. En rapport fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2014 dokumenterer, at der inden

for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af 10-24-årige, som rapporterer, at de ikke trives mentalt (1). *Skolebørnsundersøgelsen*, der udføres hvert fjerde år af Statens Institut for Folkesundhed, og som udgør det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt *Health Behaviour in School-aged Children*, påviste i Danmark i 2014 et betydeligt fald i andelen af 15-årige med høj livstilfredshed (se Figur 2) (3). Endvidere viser forskningsenheden DEFACTUM på baggrund af undersøgelsen *Hvordan har du det?*, at der fra 2010-2017 er sket en markant stigning i andelen af 16-24-årige med et højt stressniveau, og som er generet af anspændthed (2).



Figur 2: *Skolebørnsundersøgelsen* 2014. Fald i andelen med høj livstilfredshed (grøn: piger, blå: drenge) (3).

Baggrunden for denne udvikling er ikke enkel, og der findes aktuelt meget lidt viden om årsagsforholdene. Årsagsmekanismerne bag mental sundhed er overordnet set komplekse, og både biologiske, psykologiske, sociale og miljømæssige determinanter spiller en rolle (20). Hertil findes en række beskyttende faktorer og en række risikofaktorer på individuelt, socialt og strukturelt niveau, som forandrer sig livet igennem (12). Der er imidlertid sket en række samfundsændringer gennem de senere år, som kan have haft indflydelse på den mentale sundhed blandt børn og unge. Indførelsen af nationale tests i 2006, ny karakterskala i 2007 og skolereformen i 2013, hvor heldagsskole blev en realitet, er alt sammen tiltag, der skaber øget fokus på individuelle præstationer (20). Samtidig foregår en omsiggribende digital revolution, hvor der er ubegrænset og trådløs kontakt til information og andre mennesker 24 timer i døgnet (4). Det er ikke sandsynligt, at det evigt accelererende tempo,

hvormed alting forandrer sig, vil aftage. Nogle ting vil kunne ændres med strukturelle tiltag, men da det er et grundvilkår, at alle mennesker engang imellem møder ubehag i livet, er det væsentligt at give børn og unge ressourcer til at kunne være med ubehag, modgang og mestre udfordringer med mistrivsel (6).

2.3 Tidlig, sundhedsfremmende intervention i grundskolen

Resultaterne af nuværende forskning peger samlet set på et behov for tidlig, sundhedsfremmende intervention, hvis der skal ske en ændring i befolkningens mentale sundhed (1–3,15,20). Den stærke kobling mellem forekomsten af symptomer tidligt i livet og senere mentale helbredsproblemer er samtidig et væsentligt incitament til at beskæftige sig med dette felt (19).

I *The Ottawa Charter for Health Promotion* fra 1986, hvori idéen om sundhedsfremme første gang blev formuleret, beskrives sundhedsfremme som en proces, der har som mål at sætte individer i stand til at kunne tage kontrol over og forbedre deres sundhed (21). Ofte bruges de samme strategier til fremme af mental sundhed som til forebyggelse af mentale helbredsproblemer, hvorfor et udfald ved at fremme mental sundhed desuden kan være, at forekomsten af mentale helbredsproblemer reduceres (22). Charteret fremhæver endvidere nødvendigheden af at involvere andre institutioner og sektorer, end dem man traditionelt finder i sundhedssektoren, for at fremme sundheden (21).

En central setting for tidlig, sundhedsfremmende intervention blandt børn og unge er grundskolen, da børn og unge tilbringer mange timer i skolen om dagen. Skolen er et af børn og unges primære fællesskaber, og spiller ikke udelukkende en betydelig rolle i udviklingen af børn og unges kognitive og akademiske færdigheder, men også for deres sociale og følelsesmæssige udvikling (23,24). Det er derfor centralt at tænke læring og mental sundhed sammen (20). Da mental sundhed er uafhængig af mentale helbredsproblemer, er det samtidig relevant at fremme mental sundhed for alle børn og unge på tværs af spektret for mental sundhed (12). En skoleintervention imødekommer dette ved at basere sig på en populationsstrategi, der ikke kun tilsigter at intervenere blandt de elever, som har særlige problemer med nedsat mental sundhed, men intenderer at rykke alle elevers mentale sundhed i en hensigtsmæssig retning (25).

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed fra 2018 fremhæves det endvidere, at teoretisk baserede interventioner, der gennemføres som planlagt, har vist bedre effekt end

interventioner, der ikke baserer sig på et særligt teoretisk grundlag (12). Det teoretiske grundlag for den foreslåede, sundhedsfremmende intervention i dette speciale er baseret på en metode til træning af mental sundhed – mindfulness – der kan anvendes af alle børn og unge, uanset hvordan de har det.

2.4 En metode til træning af mental sundhed

Mindfulness er en bestemt måde at være opmærksom på, som har vist at øge den mentale sundhed. Inden for de seneste årtier er der udviklet to standardiserede og omkostningseffektive mindfulness-interventioner målrettet voksne, *Mindfulness-baseret stressreduktion* (MBSR) (4) og *Mindfulness-baseret kognitiv terapi* (MBKT) (5), der gennem omfattende forskning er dokumenteret effektivt på baggrund af 115 randomiserede studier med i alt mere end 8.000 forsøgsparticipanter. Resultatet er overordnet, at mindfulness-interventionerne reducerer symptomer på stress, angst og depression, øger livskvalitet og virker symptomforebyggende hos raske (26). De gavnlige effekter underbygges af hjerneforskning, som viser, at hjernens strukturer ændrer sig efter MBSR i områder, der har afgørende betydning for livskvalitet, eksempelvis opmærksomhedsregulering, følelsesregulering, perspektivtagning, indlæring og hukommelse (27,28). MBSR og MBKT er allerede en integreret del af forebyggelse og behandling verden over.

På baggrund af de positive effekter, som MBSR og MBKT har vist hos voksne, er man i de senere år begyndt at interessere sig for, om man kan finde de samme positive effekter blandt børn og unge. Forskningen på dette område er stadigvæk indledende, men voksende. Fra 2014 til 2018 er der udført seks meta-analyser (29–34), som inkluderer studier af forskellige mindfulness-interventioner målrettet børn og unge. Analyserne viser forbedringer i en række følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige outcome, og resultaterne ser derfor lovende ud. Men på trods af de lovende fund, peger forskningen på et behov for større og mere velkontrollerede studier med længere opfølgningstid.

2.5 Forskningsprojektet *Stressfri hverdag for børn og unge*

I Danmark er Dansk Center for Mindfulness, Aarhus Universitet, en af de førende instanser inden for forskning i mental sundhed og mindfulness (35). På baggrund af den nuværende forskning er en af centerets klare mål at indføre veldokumenterede metoder til træning af mental sundhed i uddannelsessystemet, således at børn og unge i skolen tilbydes mindfulness på linje med fysisk træning i idræt. Dette er overensstemmende med den engelske regering, som anbefaler mindfulness

bredt implementeret i samfundets institutioner (36), og som lige nu er i gang med at undersøge, hvordan man bedst kan undervise børn og unge i mindfulness i skolen i et omfattende, landsdækkende forskningsprojekt (37,38).

Med Folketingets satspuljebevilling i efteråret 2017 på 12,5 mio. kr. har Dansk Center for Mindfulness fået mulighed for at uddanne 200 skolelærere fordelt over hele Danmark til at blive i stand til at kunne undervise elever i mindfulness i skolen (6). De har identificeret det manualiserede mindfulness-program, *.b* (udtales [dot-be]), som den skoleintervention, der på nuværende tidspunkt har den højeste grad af evidens. *.b* er en kompleks intervention, som baserer sig på MBSR og MBKT, og er den førende mindfulness-intervention i England til 11-18-årige skolebørn (39). Uddannelsen af skolelærerne danner grundlag for et omfattende RCT, der skal evaluere effekten af at uddanne skolelærere til at undervise i mindfulness på elevers mentale sundhed. Forskningsprojektet kommer til at udgøre et væsentligt bidrag til den igangværende, internationale forskning i *.b* som intervention til fremme af mental sundhed blandt børn og unge (38,40,41).

I efteråret 2018 og foråret 2019 har Dansk Center for Mindfulness udført et pilotprojekt for at afprøve selve *.b*-programmet i en dansk kontekst, inden den endelige intervention og det endelige forskningsprojekt igangsættes. I pilotfasen afprøves *.b*-programmet blandt en mindre studiepopulation for at vurdere gennemførligheden og accepten af interventionen samt identificere de væsentligste usikkerheder forbundet med interventionsprocedurerne. Endvidere for at vurdere relevansen af i første omgang udvalgte, intermediære outcome og anvendeligheden af udvalgte spørgeskemaer til måling af disse. Dette er væsentligt, da betydningsfulde samfundseffekter i en populationsbaseret, sundhedsfremmende intervention som *.b* kan vise sig som små effektstørrelser, og reelle sundhedseffekter først forventes mange år efter endt intervention.

2.6 Formål

Formålet med specialet er at evaluere pilotprojektet udført af Dansk Center for Mindfulness på før- og efterspørgeskemadata fra 89 9-14-årige elever fra syv forskellige klasser fordelt på tre forskellige skoler. Dette med henblik på at undersøge anvendelighed og tendenser i udvalgte spørgeskemaer til måling af udvalgte, intermediære outcome før og efter *.b*.

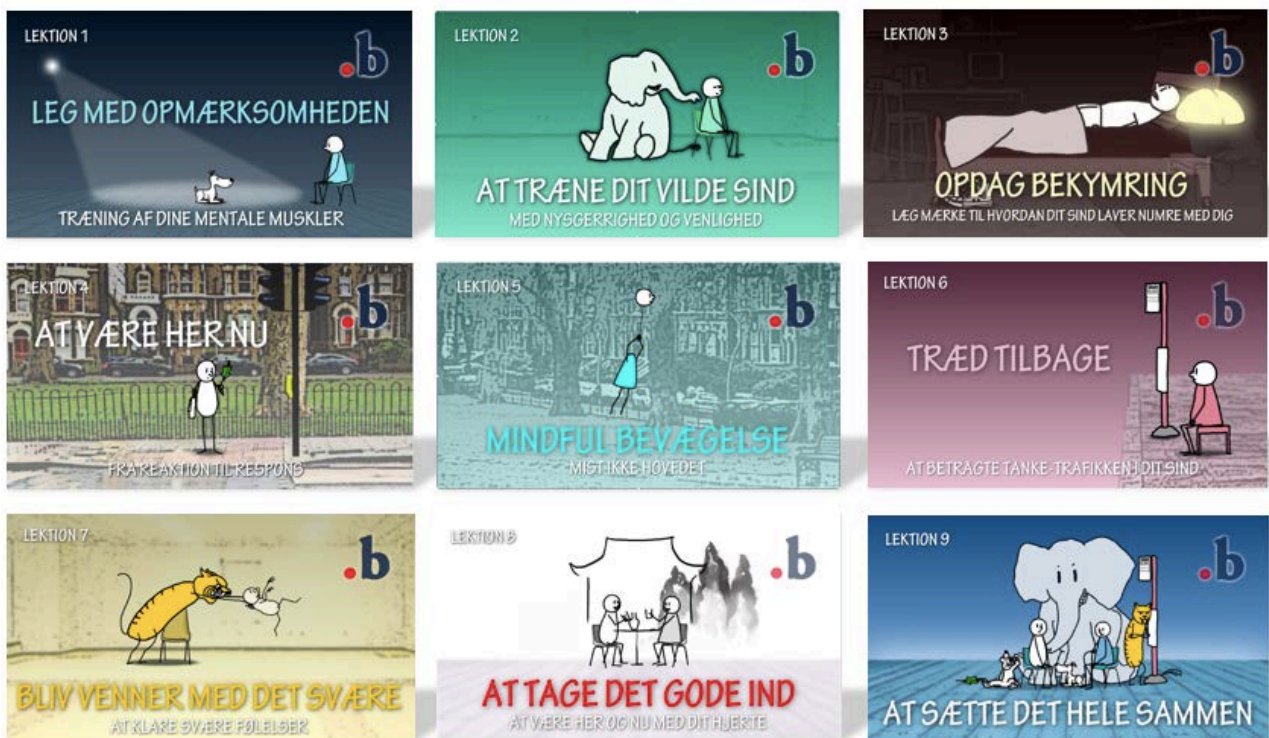
3. Det teoretiske grundlag for den komplekse intervention, .b

I dette hovedafsnit præsenteres det teoretiske grundlag for den skolebaserede mindfulness-intervention, .b. Indledningsvis gives en introduktion til selve det manualiserede .b-program, og .b karakteriseres som en kompleks intervention på baggrund af en række karakteristikker opstillet af The Medical Research Council. I forlængelse heraf præsenteres MRC-modellen, i hvilken der tages afsæt for at redegøre for udviklingen af .b. Herunder karakteriseres mindfulness-interventionerne MBSR og MBKT, mindfulness beskrives med udgangspunkt i Jon Kabat-Zinns definition, .b karakteriseres som en populationsbaseret strategi på baggrund af Geoffrey Rose' approach og interventionen modelleres i en programteori. Afslutningsvis redegøres for pilotfasen, som forskningsprojektet p.t. befinder sig i, og som danner udgangspunkt for specialet.

3.1 Det manualiserede .b-program

.b står for ”*stop and be*” (på dansk ”*stop og vær til*”) og består af 10 sessioner, der er skræddersyet til at passe ind i grundskolens dagligdag blandt børn og unge i alderen 11-18 år. Hver session varer mellem 40 minutter og en time, og finder sted én gang om ugen i den normale lektionstid. I undervisningen lærer eleverne om mindfulness som en måde at arbejde med hverdagens oplevelser og udfordringer, og de præsenteres for en række korte meditationsøvelser, som praktiseres fælles på klassen. Programmet er designet i øjenhøjde med børn og unge, og anvender eksempelvis trafikken og diverse dyr som metaforer for tanker og sindet (39).

For at opnå kompetencer til at undervise i .b som skolelærer skal man deltage på et otte-ugers MBSR-kursus og opbygge egen mindfulnesspraksis over seks måneder. Dernæst skal man deltage i et firedages internat om selve .b-programmet, hvormed man får adgang til programmets materialer, som består af udførlige lærernoter og arbejdsblade, PowerPoint slides og animationer til brug i undervisningen samt videoklip og lydfiler med guides til de forskellige meditationsøvelser. Materialet er udformet af en af Englands førende animatorer over to år. Programmets indhold er afbildet i Figur 3 og udfoldes i Tabel 1.



Figur 3: .b-programmet.

Tabel 1: Sessionerne i .b
Introduktion Titel: Introduktion til mindfulness. Indhold: Eleverne introduceres til mindfulness med udgangspunkt i deres eget liv.
Lektion 1 Titel: Leg med opmærksomheden. Træning af dine mentale muskler. Indhold: Eleverne introduceres til deres opmærksomhed, og lærer, at den kan trænes.
Lektion 2 Titel: At træne dit vilde sind med nysgerrighed og venlighed. Indhold: Eleverne lærer om forskellige sindstilstande. De lærer, at forankring i kroppen, samt dyrkning af nysgerrighed og venlighed, kan være beroligende og givende.
Lektion 3 Titel: Opdag bekymring. Læg mærke til hvordan dit sind laver numre med dig. Indhold: Eleverne lærer, hvordan tanker kan løbe løbsk, så det fører til stress og angst. De får teknikker til håndtering af dette.
Lektion 4 Titel: At være her nu. Fra reaktion til respons. Indhold: Eleverne lærer om, hvordan man blot kan være til frem for at være på autopilot og automatisk reagere på, hvad der sker i livet.
Lektion 5 Titel: Mindful bevægelse. Mist ikke hovedet. Indhold: Eleverne introduceres til, at mindfulness ikke kun er noget, man kan gøre liggende eller siddende.
Lektion 6 Titel: Træd tilbage. At betragte tanke-trafikken i dit sind. Indhold: Eleverne introduceres til en ny måde at relatere sig til deres tanker, og at de ikke behøver lade tankerne løbe løbsk.
Lektion 7 Titel: Bliv venner med det svære. At klare svære følelser. Indhold: Eleverne arbejder med håndtering af vanskelige følelser.
Lektion 8 Titel: At tage det gode ind. At være her nu med dit hjerte. Indhold: Lektionen har fokus på det gode i at nyde det gode i livet.
Lektion 9 Titel: At sætte det hele sammen. Indhold: Lektionen sammensætter nøgleteknikkerne. Eleverne inspireres til at bruge det, de har lært, i fremtiden.

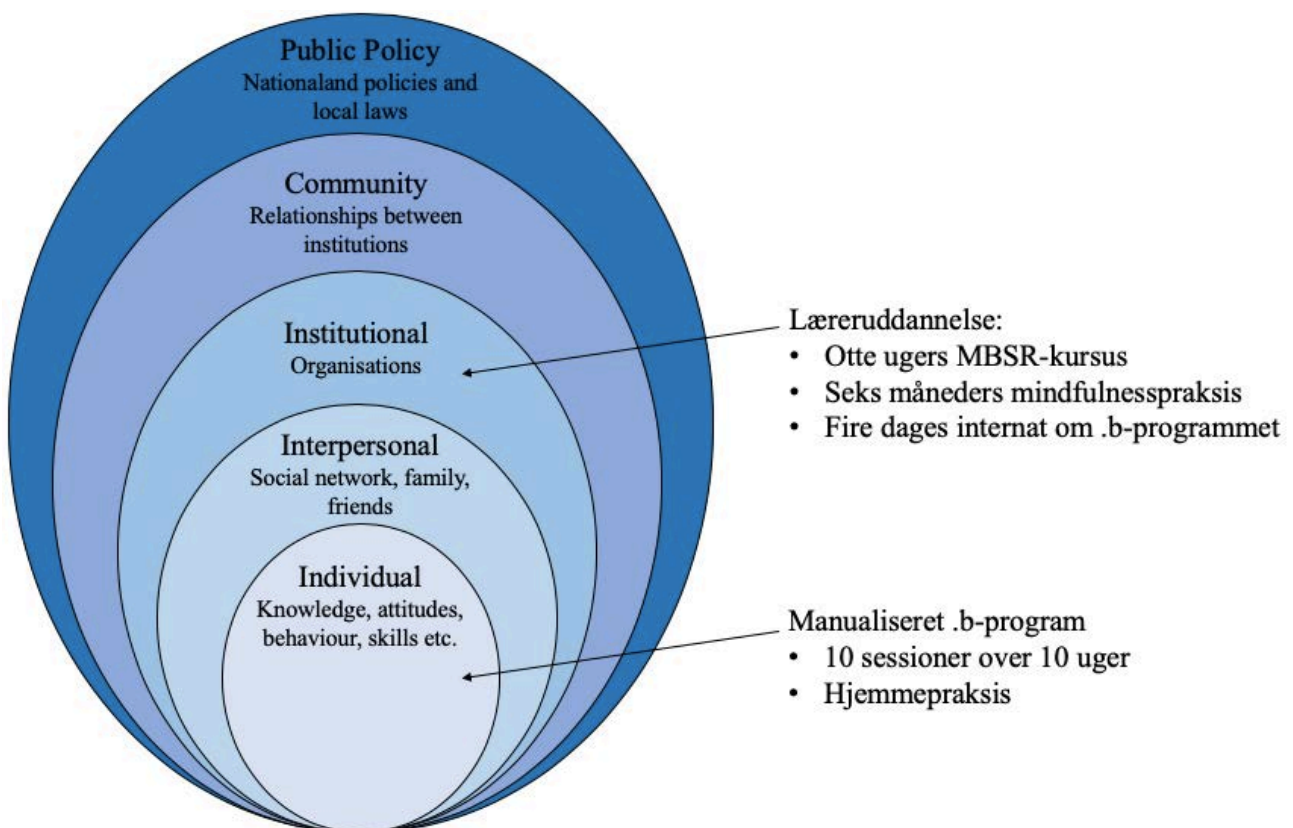
Udover de skemalagte sessioner, som foregår i den almindelige skoletid, inviteres eleverne til at udføre guidede meditationsøvelser som hjemmearbejde 10 minutter om dagen. Den guidede hjemmepraksis består af øvelserne, som eleverne er blevet præsenteret for i undervisningen, og som de i fællesskab har praktiseret på klassen.

3.2 .b som kompleks intervention

På baggrund af en række karakteristikker opstillet af det engelske forskningsråd, The Medical Research Council (MRC), kan .b karakteriseres som en kompleks intervention. Ifølge MRC er antallet og graden af følgende elementer med til at gøre en intervention kompleks (42):

- Antal interagerende komponenter
- Sværhedsgraden af den adfærd der forventes af dem, der leverer og modtager interventionen
- Antal grupper og organisatoriske niveauer
- Antal og variation i outcome
- Grad af fleksibilitet

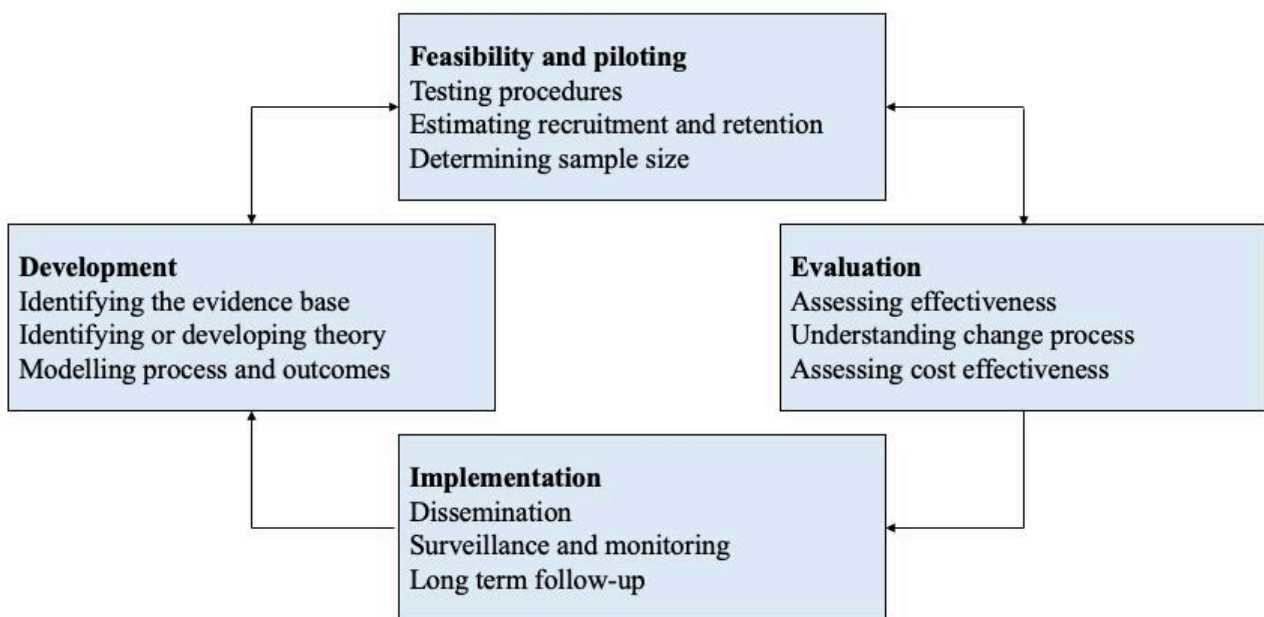
.b består af mange komponenter, der interagerer med hinanden, som eksempelvis forskellige sessioner, klasseundervisning, mindfulnesspraksis på klassen samt hjemmepraksis. Det, der forventes af skolelærerne og eleverne, er krævende både i form af tid og dedikation. Der interverneres på flere socioøkologiske niveauer (se Figur 4), og interventionen er velbeskrevet både på individ og organisatorisk niveau i form af manualiseret program og læreruddannelse. Der kan arbejdes med flere forskellige outcome, og interventionen er fleksibel i forhold til tilpasning til den enkelte kontekst.



Figur 4: Socioøkologisk model (43).

3.2.1 MRC-modellen

Komplekse interventioner anvendes i vid udstrækning i folkesundhedspraksis, da sundhedsfremme ofte kræver komplekse tiltag. Mange forskellige aktører og organisatoriske niveauer er derfor ofte involveret, hvorfor der kræves en systematisk og transparent struktur i alle dele af processen såvel som i afrapporteringen, så andre kan levere interventionen som intenderet, hvis den viser sig at være effektiv. MRC har udviklet et framework for udvikling og evaluering af komplekse interventioner anskueliggjort i en model med fire hovedfaser (se Figur 5). Formålet er at illustrere, hvilke overvejelser der bør være grundlag for udvikling, pilottest, evaluering og implementering af en kompleks intervention (42).



Figur 5: MRC-modellen (42).

Faserne i MRC-modellen følger ikke nødvendigvis en cyklisk orden, hvilket afspejler sig i, at flere af pilene peger i begge retninger. Evalueringsfasen og implementeringsfasen går imidlertid ud over specialets rammer, hvorfor disse ikke vil blive berørt yderligere. I det følgende redegøres for .b's udviklingsfase, som er udgangspunkt for, at interventionen nu kan pilottestes og implementeres i en dansk kontekst. Fasen udfoldes på baggrund af tre temaer, som ifølge MRC er bedste praksis for udviklingen af en kompleks intervention; identificering af den bedst tilgængelige evidens, identificering af relevant teori samt modellering af proces og outcome.

3.3 Udviklingsfasen

.b-programmet er udviklet af tre engelske skolelærere, Richard Burnett, Chris Cullen og Chris O'Neill, med lang, personlig erfaring inden for mindfulness. Med udgangspunkt i et identificeret behov for et manualiseret pensum til undervisning i mindfulness i skolen (44), etablerede de i 2009 den nationale nonprofitorganisation, Mindfulness in Schools Project (MiSP), med en ambition om at hjælpe en generation af børn til at vokse op med et stærkere fundament for mental sundhed ved at bringe fordelene ved sekulært mindfulness ind i klasseværelset. MiSP arbejder tæt sammen med ledende eksperter og akademikere, og er i dag den førende udbyder af mindfulness i skolen i England (45). Over de seneste 10 år er .b-programmet videreudviklet i overensstemmelse med principper, der, i adskillige reviews af skolebaserede interventioner til fremme af mental sundhed, trivsel samt sociale- og følelsesmæssige kompetencer, er blevet identificeret som vigtige for effektiviteten (46).

3.3.1 MBSR og MBKT

.b baserer sig som indledningsvis beskrevet på de evidensbaserede mindfulness-interventioner MBSR og MBKT. MBSR og MBKT er velstrukturerede, manualiserede programmer, der bygger på systematisk træning i mindfulness med inddragelse af forskningsbaseret viden om henholdsvis stress (i MBSR) og depression (i MBKT). Interventionerne foregår i grupper på maks. 30 deltagere, og strækker sig over otte sessioner fordelt på otte uger med to en halv time pr. gang. Hertil kommer en fælles stilhedsdag og daglig hjemmepraksis på 45-60 minutter seks dage om ugen. De to primære værktøjer er meditation og yogaøvelser, som bruges til at træne opmærksomheden og mærke kroppen (4,5).

MBSR blev udviklet af Jon Kabat-Zinn i 1979 ved University of Massachusetts Medical School i USA. Oprindeligt integrerede Kabat-Zinn mindfulness i sin behandling af kroniske smertepatienter, og viste, hvordan ændringen af den måde, patienter relaterer sig til deres smerte, kan ændre deres oplevelse af smerte. MBSR er et træningsprogram i at leve bevidst, og kan anvendes af alle, der gerne vil træne mental sundhed, uanset baggrund og uanset om man er syg eller rask (4).

På baggrund af MBSR udviklede Zindel Segal fra Toronto University, Mark Williams fra Oxford University og John Teasdale fra Cambridge University i 2002 interventionen MBKT til forebyggelse af tilbagefald af depression hos personer, der lider af tilbagevendende depression (5). MBKT har vist at forebygge tilbagefald af depression på niveau med antidepressiv medicin (47,48), og den engelske sundhedsstyrelse anbefaler på baggrund heraf MBKT som omkostningseffektiv og foretrukken

behandling af tilbagevendende depression hos personer, der har oplevet gentagne depressive episoder (49).

.b adskiller sig imidlertid fra MBSR og MBKT på flere parametre. Først og fremmest er .b en del af skoleskemaet, og derfor ikke selvvalgt som MBSR og MBKT. Herudover er sessionerne i .b kortere end i MBSR og MBKT, og der er meget mindre mindfulnesspraksis i undervisningen såvel som hjemme. Hertil kommer, at en stor del af undervisningen i MBSR og MBKT tager udgangspunkt i erfaringsdeling deltagerne imellem, som understøttes af underviseren, mens undervisningen i .b i højere grad er fastlagt på forhånd, og inkluderer samtlige elever i klassen.

3.3.2 Mindfulness

.b bygger på et teoretisk grundlag om mindfulness. Mindfulness kan beskrives som en bestemt måde at være opmærksom på, der er karakteriseret ved bevidst observation af nuværende oplevelser, herunder tanker, følelser og kropslige fornemmelser, uden at dømme og evaluere dem. Jon Kabat-Zinn definerer mindfulness som *"the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment"* (50).

Mindfulness giver mulighed for at aflære mentale vaner, som ikke er optimale. Vi mennesker har en tendens til at gruble over fortiden, og bruger mange ressourcer på at planlægge og prøve at forudsige fremtiden, selvom vi ikke har kontrol over ret meget. Samtidig har vi en tilbøjelighed til hele tiden at fordømme os selv og andre eller den situation, vi er i (4,51). Vores tankemønstre bestemmer den måde, vi opfatter og forklarer virkeligheden på, og tankerne er ofte en stor opmærksomhedsrøver – ofte med negative konsekvenser (52). Tankemønstre kan være stærkt vanepregede, og det meste af tiden er vi på autopilot fanget i vores egne erfaringer. Selvom livet er komplekst og fuld af nuancer, har sindet en tendens til at gøre alting sort eller hvidt. Ifølge Kabat-Zinn er bevidsthed den eneste menneskelige kapacitet, der er robust nok til effektivt at skabe modvægt til vores tænkning, der ellers let kan blive styrende for vores oplevelse af os selv, andre og verden. Ved at blive opmærksom på hvad der rent faktisk sker, kan vi opleve og se ting i et større perspektiv, og dermed træffe et valg om hvordan vi responderer i stedet for automatisk at reagere (4) (se Figur 6).



Figur 6: Mindfulness mekanismehypotese.

Mindfulness praktiseres ved at være til stede i nuet på en måde, hvor man tillader tingene at være, som de er, uanset hvilken oplevelse man har, og hvor man samtidig er kærlig og venlig mod sig selv. Mange fylder hele tiden livet med noget, så de undgår at mærke det ubehag, der også er forbundet med at være menneske. Det er normalt for os at fjerne os fra det, der er svært, men hvis flugt og undvigelse bliver den sædvanlige måde at håndtere alle problemer på, vil problemerne blot blive endnu større (4,51).

Mere systematisk trænes mindfulness ved meditation, hvor man øver sig i aktivt at være til stede i hvert enkelt øjeblik. Opmærksomheden kan eksempelvis fokuseres på kropslige fornemmelser såsom åndedrættet. Tankerne kan også observeres i et meta-perspektiv, hvor tankernes indhold registreres, uden at man aktivt bygger videre på dem. Man øver sig derved i at relatere sig til sine tanker på en konstruktiv måde og acceptere at være med det, der dukker op, uanset om man kan lide det eller ej, med bevidsthed om at intet er permanent (4,53). Det lyder meget simpelt, men mindfulnesspraksis er blevet kaldt det hårdeste arbejde i verden, ganske enkelt fordi det ikke er let at være nærværende uden forbehold (54).

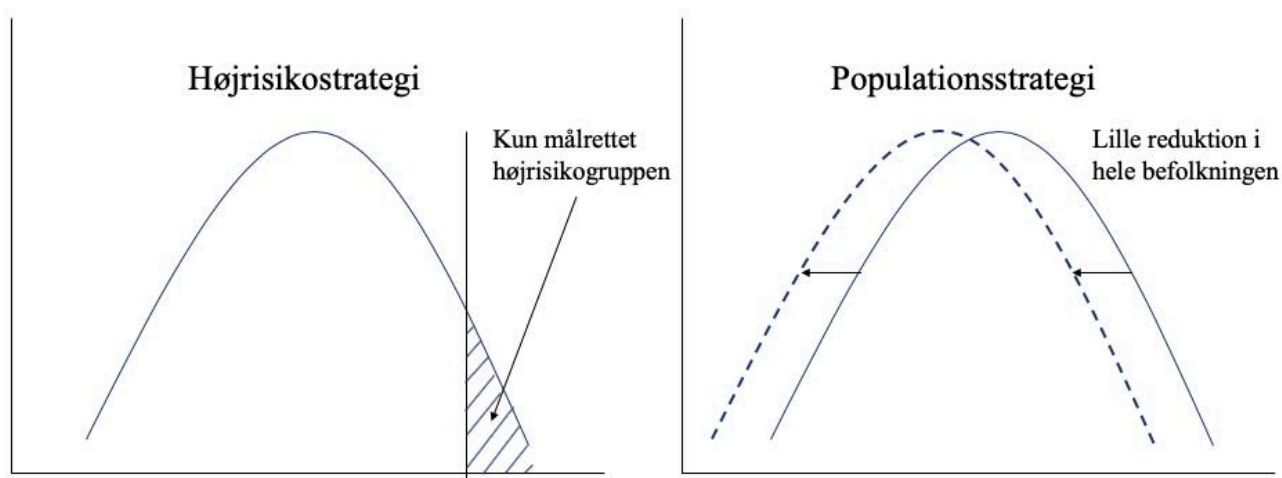
Som livsstil går mindfulness over 2.500 år tilbage i tiden, og har sine rødder i buddhismen (54). De nutidige, evidensbaserede mindfulness-interventioner, MBSR og MBKT, som har vist at forebygge og reducere symptomer på nedsat mental sundhed, er imidlertid sekulariseret og fri for de kulturelle, religiøse og ideologiske faktorer, der oprindeligt er forbundet med buddhistisk mindfulness (37). Ifølge Kabat-Zinns definition er der heller ikke i sig selv noget buddhistisk over mindfulness. I så fald ville det risikere at udelukke nogle mennesker, eksempelvis praktiserende af anden religion end buddhisme, som ellers kunne have haft gavn af mindfulness-interventionerne (44).

Gennem de senere år er mindfulness blevet et buzzword og vokset i popularitet og efterspørgsel. Denne udvikling indebærer en risiko for, at kvalitet og integritet i de evidensbaserede interventioner kan gå tabt, særligt når de ikke leveres som intenderet. Det kan desuden være vanskeligt at

gennemskue, hvis psykologer og andre fagprofessionelle udbyder ”mindfulness”, og ikke specificerer, om der er tale om de evidensbaserede interventioner eller snarere selvkonstruerede kurser, der i struktur og indhold kan ligge milevidt fra det empirisk undersøgte, evidensbaserede forlæg (55). Med henblik på at sikre kvalitet og integritet i de evidensbaserede interventioner er professionel træning og uddannelse en nødvendighed, da kvaliteten ifølge Kabat-Zinn alene er så god som underviseren og vedkomnes forståelse af, hvad det kræver at levere et mindfulness-baseret interventionsforløb (56).

3.3.3 Populationsstrategi

Udover at basere sig på et teoretisk grundlag om sekulært mindfulness kan .b karakteriseres som en populationsbaseret strategi på baggrund af Geoffrey Rose’ skelnen mellem højrisikostategien og populationsstrategien til sundhedsfremme og forebyggelse. Med den populationsbaserede strategi intenderes det at skabe sundhedsfremmende rammer/regulering for hele befolkningen, hvorimod højrisikostategien er en individorienteret strategi, som rettes mod individer med kendte risikofaktorer (25). I Figur 7 er begge strategier afbildet.



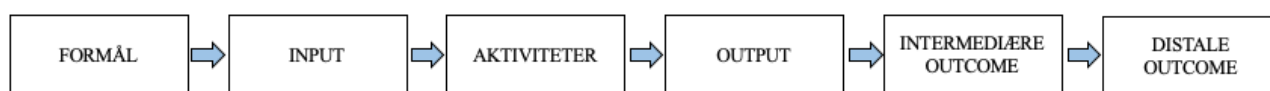
Figur 7: Højrisikostategi vs. populationsstrategi.

.b intenderer at rykke alle elevers mentale sundhed, på tværs af kurven, en lille smule i en hensigtsmæssig retning, snarere end at sætte ind overfor de enkelte elever, som har særlige problemer med nedsat mental sundhed. Effekttørrelser i studier af en populationsstrategi som .b må derfor ikke sammenlignes og forveksles med effekttørrelser i studier af højrisikostategier, da effekttørrelser i studier af populationsstrategier er meget mindre end i studier af højrisikostategier, fordi effekten udvandes af dem, der ikke er i høj risiko. Fra et folkesundhedsperspektiv er fordelene ved den

populationsbaserede strategi, at den giver mulighed for at reducere en større del af den samlede sygdomsbyrde i en befolkning end højrisikostategien, som udelukkende fokuserer på dem, der er i høj risiko. Grunden til dette er, at de fleste sygdomstilfælde opstår blandt de mange, som er i lav og moderat risiko, snarere end blandt de få, som er i høj risiko. Dette beskriver Rose som forebyggelsesparadokset (25). I skoleregi har populationsstrategien samtidig den fordel, at der ikke peges nogle elever ud, som risikerer at blive sygeliggjort eller stigmatiseret af deres klassekammerater. Og som tidligere beskrevet er der væsentligt grundlag for, at alle børn og unge får ressourcer til at træne mental sundhed, uanset hvor godt de har det.

3.3.4 Programteori

Der kan skabes et overblik over .b ved at modellere interventionens proces og outcome, hvilket med fordel kan gøres med udgangspunkt i en programteori (57). En programteori viser den proces, hvormed en intervention forventes at medvirke til at skabe forandring, og udfoldes ofte i en logisk model, hvor sammenhængen mellem interventionens formål, input, aktiviteter, output og outcome fremgår (se Figur 8) (58).



Figur 8: Elementer i en logisk model (58).

.b er ikke før set modelleret i en programteori. Med henblik på at synliggøre en ramme for forskningsprojektet skitseres derfor en foreløbig, overordnet programteori for interventionen. Den skitserede programteori fremgår af Bilag 1.

3.4 Pilotfasen

Pilotfasen er essentiel i udviklingen og evalueringen af en kompleks intervention. I et pilotprojekt testes hele interventionen på en lille gruppe deltagere, inden den endelige, omfattende og omkostningstunge intervention implementeres. Dette kan være med til at finjustere procedurerne og minimere risikoen for at begå fejl eller afholde unødvendige omkostninger (42). Det primære formål med et pilotprojekt er at undersøge gennemførligheden og accepten af en intervention (57,59). Flere af interventionens hovedfunktioner kan undersøges, såsom om interventionen overhovedet kan gives til de intenderede modtagere, hvem interventionen skal leveres af samt om interventionens indhold, sekvens, timing, kontekst og materialer er acceptable for interventionens modtagere (57). I et

pilotprojekt er fokus – grundet det lille antal deltagere – ikke på at undersøge en interventions effekt, men snarere intenderes det at undersøge, om interventionen indikerer indledende tendenser i outcome forud for et endeligt forskningsprojekt (59).

.b-programmet er pilottestet ad flere omgange i England. I 2010 blev en kort, fire-ugers version af .b eksempelvis afprøvet blandt 155 drenge i alderen 14-15 år på to skoler. Underviserne var to af programudviklerne, som underviste deres egne klasser (60). Og tre år senere, i 2013, blev den nuværende version af .b testet blandt 522 børn og unge i alderen 12-16 år på 12 skoler. Underviserne var denne gang elevernes almindelige skolelærere, som var blevet uddannet til at undervise i .b (46). På trods af at .b allerede er testet ad flere omgange, og mange af interventionens funktioner allerede er fastlagte og manualiserede, er indeværende pilotprojekt relevant for at få indsigt i, om der er nogle barrierer i forhold til implementering i den nye, danske kontekst (42,57), samt for at vurdere relevansen af de i første omgang udvalgte, intermediære outcome og anvendeligheden af udvalgte spørgeskemaer til måling af disse.

4. Metode

I dette hovedafsnit præsenteres de anvendte metoder i specialet. Indledningsvis beskrives litteratursøgningen og derefter pilotprojektets studiedesign, deltagere og procedure, forskningsetiske overvejelser, dataindsamling samt outcome og spørgeskemaer. I forlængelse heraf redegøres for operationaliseringen og spørgeskemaernes validitet. Afslutningsvis beskrives dataanalysen.

4.1 Litteratursøgning

Specialet er udarbejdet med afsæt i eksisterende, relevant litteratur, der er fundet gennem systematisk litteratursøgning i databaserne PubMed og PsycINFO, som er sundhedsvidenskabelige databaser med relevans for det folkesundhedsvidenskabelige område. Litteratursøgningen er hovedsageligt udført i februar 2019. Udover de fundne artikler fra litteratursøgningen, er der suppleret med kædesøgninger fra referencer i de identificerede artikler.

For at opnå viden om børn og unges mentale sundhed er der søgt simple fritekstsøgninger på Google, som blandt andet ledte til relevante rapporter fra Statens Institut for Folkesundhed (3) og Vidensråd for Forebyggelse (1). Endvidere er der fundet relevant litteratur via evidensbasen på organisationen MiSP's hjemmeside (61), og der er anvendt litteratur fra faget *Komplekse interventioner i folkesundhedsvidenskab* fra kandidatuddannelsens 1. semester og fra seminaret *Stress; sundhedsfremme og forebyggelse* fra kandidatuddannelsens 2. semester.

4.1.1 Eksempel på systematisk litteratursøgning

Nedenstående eksempel på en systematisk litteratursøgning er opbygget i søgeblokke, hvori der indgår søgeord, som er definerede med afsæt i opgavens emneområde for at kortlægge forskningen på området. Søgningen er illustreret i Tabel 2.

Tabel 2: Eksempel på systematisk litteratursøgning		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
mindfulness-based interventions mindfulness interventions	children adolescents adolescence young people youth students	meta-analysis systematic review

Søgeordene i hver enkelt blok er kombineret med OR, og de tre søgeblokke er kombineret med AND. Således ser søgestrengen, som er lavet i PubMed d. 28. januar 2019, ud som følgende:

((mindfulness-based interventions) OR mindfulness interventions)) AND ((((((children) OR adolescents) adolescence) OR young people) OR youth) OR students)) AND (((meta-analysis) OR systematic review))

Denne søgning gav i alt 33 metaanalyser/systematiske reviews. Analyser med fokus på specifikke psykiske eller fysiske sygdomme blev ekskluderet, hvilket ligeledes gjorde sig gældende for analyser med fokus på bestemte grupper eller ikke-vestlige populationer. Dette gav tre brugbare metaanalyser (29,32,34).

4.2 Studiedesign

Pilotprojektet anvender et quasi-eksperimentelt studiedesign, der estimerer ændringer af en række outcome for de deltagende elevers mentale sundhed før og efter den skolebaserede mindfulness-intervention, .b, ved differenseestimer med 95 % sikkerhedsintervaller.

4.3 Deltagere og procedure

Dansk Center for Mindfulness har rekrutteret tre grundskoler fra Region Midtjylland til pilotprojektet. De tre inkluderede skoler anonymiseres i specialet. Intentionen var at rekruttere forskellige skoler, som er repræsentative for de skoler, hvorfra der rekrutteres skolelærere til det endelige RCT.

De inkluderede skoler varierer i placering og størrelse. Skole 1 ligger midt i en storby, og har i alt ca. 600 elever. Skole 2 ligger i en forstad til en storby, og har i alt ca. 800 elever. Skole 3 ligger i en lille landsby ude på landet, og har i alt ca. 300 elever. Fra de tre skoler er der rekrutteret syv klasser fordelt fra 4.-8. klassetrin med i alt 158 9-14-årige elever. I Tabel 3 ses fordelingen af elever på skoler og klassetrin.

Tabel 3: Elever fordelt på skoler og klassetrin				
	Skole 1		Skole 2	Skole 3
4. klasse				21 elever
5. klasse	20 elever	24 elever	28 elever	22 elever
6. klasse			25 elever	
8. klasse	18 elever			

Undervisningen blev leveret af én af to udefrakommende, kvindelige undervisere fra Dansk Center for Mindfulness en gang om ugen i 10 uger. Den ene underviser er uddannet psykolog og den anden uddannet gymnasielærer – begge certificerede til at undervise i .b via den engelske ophavsorganisation, MiSP, og yderligere med MBSR-læreruddannelse og mange års erfaring inden for mindfulness. Eleverne kendte derfor ikke underviserne på forhånd, og det var ligeledes første gang, de to undervisere underviste i .b. Intentionen var, at underviserne fik erfaring med at undervise

og kendskab til undervisningsmaterialet, da de samme to undervisere skal uddanne de 200 skolelærere i det endelige RCT.

4.4 Forskningsetiske overvejelser

Pilotprojektet overholder danske, etiske standarder, og er blevet anmeldt til datatilsynet (AU-id.no.: 2016-051-000001/1145). Da deltagerne er under 18 år, er der indhentet skriftligt, informeret samtykke fra en indehaver af forældremyndigheden (62). Samtykkeerklæringen er udarbejdet i samarbejde med en jurist fra Aarhus Universitet, og oplyser blandt andet om pilotprojektets formål, samt om at deltageres personoplysninger udelukkende anvendes i forskningssammenhæng, og behandles fortroligt i overensstemmelse med persondataretlige regler. Endvidere oplyser den om, at deltagelse i pilotprojektet er frivilligt, og at indehaveren af forældremyndigheden til hver en tid kan trække sit samtykke tilbage. Samtykkeerklæringen fremgår af Bilag 2.

Data blev videregivet til brug i specialet uden elevernes navne og CPR-numre, og en erklæring om videregivelse af data fra Aarhus Universitet til videnskabeligt speciale blev underskrevet.

4.5 Dataindsamling

Data blev indsamlet online med en elektronisk samling af seks eksisterende spørgeskemaer i efteråret 2018 og foråret 2019 via programmet REDCap (Research Electronic Data Capture), som er et datamanagementprogram til lovmedholdelig og sikker opbevaring af forskningsdata. Elever med forældresamtykke til at deltage i pilotprojektet svarede på samlingen af spørgeskemaer før interventionens første session og efter interventionens sidste session. Intentionen var, at eleverne skulle besvare begge spørgeskemasamlinger på klassen umiddelbart før interventionens opstart og efter interventionens afslutning. Dette blev dog ikke en realitet, hvorfor pilotprojektet er behæftet med et vist bortfald, hvilket uddybes i resultat- og diskussionsafsnittet.

4.6 Spørgeskemaer og outcome

De seks inkluderede spørgeskemaer er udvalgt og sammensat af Dansk Center for Mindfulness. Spørgeskemaerne bruges til at indfange oplysninger om elevernes mentale sundhed på en række udvalgte, intermediære outcome, som ønskes undersøgt i pilotprojektet, inden de eventuelt inkluderes i det endelige forskningsprojekt. Alle seks spørgeskemaer tager udgangspunkt i elevernes selvvurdering. Af Tabel 4 fremgår de seks inkluderede spørgeskemaer og dertilhørende outcome.

Tabel 4: Inkluderede spørgeskemaer og outcome	
Spørgeskema	Outcome
Strengths and Difficulties Questionnaire	Psykisk trivsel og funktion
WHO-Five Well-being Index	Generel trivsel og velbefindende
Child and Adolescent Mindfulness Measure	Mindfulness
Brief Resilience Scale	Resiliens
Social Capital Questionnaire*	Social kapital
Sleep Questionnaire	Søvnkvalitet

*Inkluderet sent i pilotprojektet. Besvarelser fra to af de syv klasser.

I førspørgeskemaet blev der endvidere indsamlet oplysninger om elevernes køn, alder, klassetrin og bopæl, mens der i efterspørgeskemaet yderligere blev indsamlet oplysninger om elevernes hjemmepraksis. Det samlede, elektroniske spørgeskema fremgår af Bilag 3.

De seks inkluderede spørgeskemaer spænder fra et omfang på fem til 25 spørgsmål, således at eleverne sammenlagt skulle besvare 62 spørgsmål før og efter .b eksklusive oplysningerne om køn, alder, klassetrin, bopæl og hjemmepraksis. Antallet af spørgeskemaer er begrænset for at maksimere sandsynligheden for færdiggørelse af besvarelserne, og spørgeskemaerne er organiseret i forhold til hinanden, så samlingen fremstår som en logisk opbygget helhed. De fleste spørgsmål i de seks spørgeskemaer er formulerede som kvalitative udsagn, som eleverne skal forholde sig til ved at sætte kryds i tre til seks kategoriserede bokse. Svarkategorierne spænder fra én ekstrem (f.eks. *meget enig*) til en anden ekstrem (f.eks. *meget uenig*) på en ordinal kategoriseret Likert-skala. Et typisk problem ved anvendelsen af en sådan skala er, at svarpersonerne kan have en tendens til enten at score meget højt eller meget lavt på skalaen, men for at undgå dette problem, integrerer nogle af skalaerne en reverse-skala, hvor de to ekstremer er omvendt i forhold til de øvrige spørgsmål. På den måde tvinges eleverne til at læse spørgsmålene grundigt, hvormed der er større chance for at få gyldige besvarelser (63).

4.7 Operationalisering

I det følgende redegøres for de seks spørgeskemaer og for operationaliseringen fra spørgsmål til målbar klassifikation af elevernes trivsel, mindfulness, resiliens, social kapital og søvnkvalitet.

4.7.1 Strengths and Difficulties Questionnaire

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (64) er et mål for psykisk trivsel og funktion. Spørgeskemaet findes i udgaver til selvsvurdering og til besvarelse af forældre og lærere.

Selvvurderingsudgaven, som er inddraget i pilotprojektet, anbefales at bruge fra 11-års alderen og derover. Det indeholder 25 udsagn omhandlende svarpersonens styrker og vanskeligheder, og er inddelt i fem delskalaer; fire med fokus på vanskeligheder (*Følelsesmæssige symptomer*, *Adfærdsmæssige symptomer*, *Hyperaktivitet/uopmærksomhedsvanskeligheder* og *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende*) og en med fokus på styrker (*Sociale styrkesider*). Hver delskala belyses af fem udsagn, som optræder i blandet rækkefølge, og vurderes af svarpersonen ud fra tre svarkategorier, som er vægtet med et tal fra nul til to. Af Tabel 5 fremgår operationaliseringen af psykisk trivsel og funktion på baggrund af SDQ inddelt i de fem delskalaer.

Tabel 5: SDQ: Operationalisering af psykisk trivsel og funktion	
Delskala 1: Følelsesmæssige symptomer Udsagn 3: "Jeg har tit hovedpine, ondt i maven eller kvalme" Udsagn 8: "Jeg er tit bekymret" Udsagn 13: "Jeg er tit ked af det, trist eller lige ved at græde" Udsagn 16: "Jeg bliver utryg i nye situationer. Jeg bliver let usikker på mig selv" Udsagn 24: "Jeg er bange for mange ting. Jeg bliver let skræmt"	
Delskala 2: Adfærdsmæssige symptomer Udsagn 5: "Jeg kan blive meget vred, og bliver tit hidsig" Udsagn 7*: "Jeg gør som regel det, jeg får besked på" Udsagn 12: "Jeg slås meget. Jeg kan få andre til at gøre, som jeg vil" Udsagn 18: "Jeg bliver tit beskyldt for at lyve eller snyde" Udsagn 22: "Jeg tager ting som ikke er mine (derhjemme, i skolen eller andre steder)"	
Delskala 3: Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder Udsagn 2: "Jeg er rastløs, har svært ved at holde mig i ro i længere tid" Udsagn 10: "Jeg har altid uro i kroppen. Jeg har svært ved at sidde stille og holde mig i ro (arme, ben, fingre, hoved eller krop)" Udsagn 15: "Jeg bliver nemt distraheret. Jeg har svært ved at koncentrere mig" Udsagn 21*: "Jeg tænker mig om, før jeg gør noget" Udsagn 25*: "Jeg gør de opgaver færdige, som jeg begynder på (f.eks. lektier). Jeg er god til at fastholde min opmærksomhed"	
Delskala 4: Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende Udsagn 6: "Jeg holder mig mest for mig selv. Jeg gør mange ting alene eller passer mig selv" Udsagn 11*: "Jeg har mindst én god ven" Udsagn 14*: "Andre på min egen alder synes for det meste godt om mig" Udsagn 19: "Jeg bliver mobbet eller drillet af andre børn eller unge" Udsagn 23: "Jeg kommer bedre ud af det med voksne end med mine jævnaldrende"	
Delskala 5: Sociale styrkesider Udsagn 1: "Jeg prøver at være venlig mod andre. Jeg tænker over, hvordan andre har det" Udsagn 4: "Jeg deler gerne med andre (slik, spil og lign.)" Udsagn 9: "Jeg prøver at hjælpe, hvis nogen slår sig, er kede af det eller har det dårligt" Udsagn 17: "Jeg er god mod yngre børn" Udsagn 20: "Jeg spørger tit om jeg kan hjælpe til, hvis nogen har brug for det (forældre, lærere, børn)"	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Passer ikke	0
Passer delvist	1
Passer godt	2

*Reverse-scoring, dvs. 0=2, 1=1, 2=0.

Der kan på baggrund af SDQ udregnes en samlet problemscore samt en score for hver delskala. Danske SDQ-normtal er undervejs, hvorfor der tages udgangspunkt i de foreløbige SDQ-normtal fra 1999, som bygger på engelske data (64). Ifølge de foreløbige SDQ-normer, som er kønsopdelt i nogle af delskalaerne, gælder de point, som fremgår af Tabel 6.

Tabel 6: SDQ-normtal			
	Almindelig	Let forhøjet	Høj
Samlet problemscore	<15 (piger) <16 (dreng)	15-17 (piger) 16-17 (dreng)	18-19
Følelsesmæssige symptomer	<5	5-6 (piger) 5 (dreng)	7 (piger) 6 (dreng)
Adfærdsmæssige symptomer	<4	4	5
Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder	<6	6	7
Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende	<3	3	4
	Almindelig	Let nedsat	Lav
Sociale styrkesider	>8 (piger) >5 (dreng)	7 (piger)	6 (piger) 5 (dreng)

4.7.2 WHO-Five Well-being Index

WHO-Five Well-being Index (WHO-5) (65) er et mål for generel trivsel og velbefindende. Der er erfaring med at bruge WHO-5 til personer fra 14-års alderen og derover. Spørgeskemaet består af fem positivt formulerede udsagn, omhandlende hvordan svarpersonen vurderer at have følt sig tilpas de seneste to uger. Hvert af de fem udsagn vurderes af svarpersonen ud fra seks svarkategorier, som er vægtet med et tal fra nul til fem. Af Tabel 7 fremgår operationaliseringen af generel trivsel og velbefindende på baggrund af WHO-5.

Tabel 7: WHO-5: Operationalisering af generel trivsel og velbefindende	
Udsagn 1: "I de sidste to uger har jeg været glad og i godt humør" Udsagn 2: "I de sidste to uger har jeg følt mig rolig og afslappet" Udsagn 3: "I de sidste to uger har jeg følt mig aktiv og energisk" Udsagn 4: "I de sidste to uger er jeg vågnet frisk og udhvilet" Udsagn 5: "I de sidste to uger har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig"	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Hele tiden	5
Det meste af tiden	4
Lidt mere end halvdelen af tiden	3
Lidt mindre end halvdelen af tiden	2
Lidt af tiden	1
På intet tidspunkt	0

Der kan udregnes en samlet score fra nul til 100 ved at lægge tallene sammen og gange summen med fire. Det gælder således at jo højere score, des bedre selv vurderet trivsel. Gennemsnittet for befolkningen som helhed er 68 point, mens unge under 20 år typisk scorer lidt lavere. Som standard gælder:

- Score mellem 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning
- Score mellem 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- Score over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning

4.7.3 Child and Adolescent Mindfulness Measure

Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) (66) er udviklet til at måle mindfulness blandt børn og unge i alderen 10-17 år. Det består af 10 negativt formulerede udsagn, der indfanger to aspekter af mindfulness; evnen til at handle med opmærksomhed og evnen til at acceptere uden at dømme. Hvert udsagn vurderes af svarpersonen ud fra fem svarkategorier, som vægtes med et tal fra nul til fire. Se Tabel 8 for operationalisering af mindfulness på baggrund af CAMM.

Tabel 8: CAMM: Operationalisering af mindfulness	
Udsagn 1: "Jeg bliver vred på mig selv, når jeg har følelser, der ikke giver mening" Udsagn 2: "Når jeg er i skole, går jeg rundt i min egen verden uden at lægge mærke til, hvad jeg laver" Udsagn 3: "Jeg sørger for at have travlt, så jeg glemmer mine tanker og følelser" Udsagn 4: "Jeg siger til mig selv, at jeg ikke burde have de følelser, som jeg har" Udsagn 5: "Jeg ignorerer tanker, som jeg ikke kan lide" Udsagn 6: "Det er svært for mig kun at fokusere på én ting ad gangen" Udsagn 7: "Jeg bliver vred på mig selv, når jeg har visse tanker" Udsagn 8: "Jeg tænker på ting, der er sket i fortiden i stedet for at tænke på ting, som sker lige nu" Udsagn 9: "Jeg tænker, at nogle af mine følelser er forkerte, og at jeg ikke bør have dem" Udsagn 10: "Jeg stopper mig selv i at have følelser, som jeg ikke kan lide"	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Aldrig	0
Sjældent	1
Nogle gange sandt	2
Ofte sandt	3
Altid sandt	4

Tallene lægges sammen, og der kan således udregnes en samlet score mellem nul og 40, hvor det gælder at jo lavere score, des større tendens til at være mindful i hverdagen. Der findes ingen normtal for CAMM, men i udviklingen af spørgeskemaet fandt man blandt 319 skoleelever i Tennessee, USA, en gennemsnitlig score på 22,7 (66).

4.7.4 Brief Resilience Scale

Brief Resilience Scale (BRS) (67) er udviklet til at måle resiliens blandt voksne. Spørgeskemaet består af seks udsagn, som vurderes af svarpersonen ud fra fem svarkategorier, der er vægtet med et tal fra et til fem. Udsagn et, tre og fem er positivt formulerede, mens udsagn to, fire og seks er negativt formulerede. Af Tabel 9 fremgår operationaliseringen af resiliens på baggrund af BRS.

Tabel 9: BRS: Operationalisering af resiliens	
Udsagn 1: <i>"Jeg kommer normalt 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 gennem svære perioder uden de store vanskeligheder"</i>	
Udsagn 6*: <i>"Det plejer at tage lang tid for mig at komme mig over modtang eller skuffelser"</i>	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Meget uenig	1
Uenig	2
Hverken uenig eller enig	3
Enig	4
Meget enig	5

*Reverse-scoring, dvs. 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Der kan udregnes en samlet score mellem et og fem ved at lægge tallene sammen og dividere summen med seks. Det gælder således, at jo højere score, des bedre resiliens. Som standard gælder:

- Score mellem 1,00-2,99: Lav resiliens
- Score mellem 3,00-4,30: Normal resiliens
- Score mellem 4,31-5,00: Høj resiliens

4.7.5 Social Capital Questionnaire

Social Capital Questionnaire (SCQ) bruges til at måle social kapital. Spørgeskemaet består af ni spørgsmål¹, hvoraf otte er formulerede som positive udsagn, og er inddelt i tre delskalaer, der belyser svarpersonens *Horisontal social kapital* (relation med andre elever), *Vertikal social kapital* (relation med lærere) samt *Følelse af tilhørsforhold til skolen*. Hvert spørgsmål vurderes af svarpersonen ud fra fem svarkategorier, som vægtes med tallet et eller nul. Se Tabel 10 for operationalisering af social kapital på baggrund af SCQ.

¹ De ni spørgsmål stammer fra *Skolebørnsundersøgelsen 2014* – det danske bidrag til det internationale WHO-forskningsprojekt *Health Behaviour in School-aged Children*.

Tabel 10: SCQ: Operationalisering af social kapital	
Delskala 1: Horisontal social kapital	
Udsagn 1: <i>"Eleverne i min klasse kan godt lide at være sammen"</i>	
Udsagn 2: <i>"De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme"</i>	
Udsagn 3: <i>"Andre elever accepterer mig, som jeg er"</i>	
Delskala 2: Vertikal social kapital	
Udsagn 4: <i>"Jeg føler, at mine lærere accepterer mig, som jeg er"</i>	
Udsagn 5: <i>"Jeg føler, at mine lærere kan lide mig som person"</i>	
Udsagn 6: <i>"Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere"</i>	
Delskala 3: Følelse af tilhørsforhold til skolen	
Udsagn 7: <i>"På vores skole er det rart at være"</i>	
Udsagn 8: <i>"Jeg føler, at jeg hører til på min skole"</i>	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Helt enig	1
Enig	1
Hverken enig eller uenig	0
Uenig	0
Helt uenig	0
Spørgsmål 9: <i>"Hvor tit føler du dig tryk på skolen?"</i>	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Altid	1
For det meste	1
Nogle gange	0
Sjældent	0
Aldrig	0

Tallene for hver delskala lægges sammen, og svarpersonen kan således score mellem nul og tre point for hver delskala. Følgende gør sig gældende for hver delskala:

- Score på 3: Høj social kapital
- Score på 2: Moderat social kapital
- Score på 1 eller 0: Lav social kapital

I et studie fandt man blandt 548 danske 10-12-årige skoleelever, at 63 % scorede høj *Horisontal social kapital*, 72 % scorede høj *Vertikal social kapital* og 63 % scorede høj social kapital i forhold til *Følelse af tilhørsforhold til skolen* (68).

4.7.6 Sleep Questionnaire

Sleep Questionnaire (SQ) (69)² bruges til at måle svarpersonens søvnkvalitet. Spørgeskemaet består af syv spørgsmål, som besvares ud fra tre svarkategorier i fire forskellige udgaver, der vægtes med et tal fra et til tre. Af Tabel 11 fremgår operationaliseringen af søvnkvalitet på baggrund af SQ inddelt i de fire forskellige udgaver af svarkategorier.

Tabel 11: SQ: Operationalisering af søvnkvalitet	
Spørgsmål 1: "Sover du godt om natten?"	
Spørgsmål 6: "Føler du dig udhvilet, når du vågner?"	
Spørgsmål 7*: "Sover du dårligt?"	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Nej	1
Nogle gange	2
Ja	3
Spørgsmål 2: "Når du ligger i din seng, og lyset er slukket, så:	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Falder du i søvn med det samme	3
Ligger du vågen i et stykke tid	2
Tager det dig lang tid at falde i søvn	1
Spørgsmål 3: "Sover du uroligt?"	
Spørgsmål 4: "Vågner du nogle gange i løbet af natten?"	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Aldrig	3
Nogle gange	2
Næsten hver nat	1
Udsagn 5: "Hvis du vågner op i løbet af natten, så:"	
Svarmulighed i spørgeskemaet	Anvendt kategorisering
Bemærker du det for det meste ikke	3
Falder du hurtigt i søvn igen	2
Tager det dig et stykke tid at falde i søvn igen	1

*Reverse-scoring, dvs. 1=3, 2=2, 3=1.

Tallene lægges sammen, hvormed der kan udregnes en samlet score mellem syv point (dårlig søvnkvalitet) og 21 point (god søvnkvalitet). Der findes ingen normtal for SQ, men blandt 153 hollandske 10-13-årige skoleelever er der fundet en gennemsnitlig score på 15,96 (69).

² Dansk oversættelse ved Mette Elmoose Andersen, Lektor ved Institut for Psykologi på Syddansk Universitet, i 2015 efter aftale med forfatteren.

4.8 Validering af spørgeskemaerne

Det kan være med til at sikre datakvaliteten, at der anvendes eksisterende spørgeskemaer i pilotprojektet – særligt da flere af dem er validerede til forhold, der minder om dem, pilotprojektet udføres under (63). Validitet er et udtryk for graden af nøjagtighed, hvormed spørgeskemaerne indfanger og måler det, de påstår at måle. I litteraturen om spørgeskemaer anvendes ofte tre aspekter af validitet; indholdsvaliditet, kriterievaliditet og begrebsmæssig validitet (63). Indholdsvaliditet er en kvalitativ tilgang til vurderingen af validiteten, som ofte vurderes af et ekspertpanel, mens kriterievaliditet er sammenligning med den gyldne standard for måling af det, der ønskes at måle. Da de outcome, som indgår i pilotprojektet, ikke er direkte observerbare, er særligt begrebsvaliditet i fokus. Begrebsvaliditeten refererer til den interne sammenhæng mellem de konkrete spørgsmål i spørgeskemaet, og kan undersøges ved forskellige statistiske tests (70).

De fire først gennemgåede spørgeskemaer, SDQ, WHO-5, CAMM og BRS, er validerede i flere udenlandske studier til forhold, der minder om dem, pilotprojektet udføres under. Eksempelvis er selvvurderingsudgaven af SDQ blandt andet valideret i et hollandsk studie blandt 13-14-årige skoleelever (71), og WHO-5 er blandt andet valideret i et svensk studie blandt 14-18-årige børn og unge (72) samt godkendt af et ekspertpanel i måling af sundhed (73). CAMM er blandt andet valideret i et australsk studie blandt 12-15-årige skoleelever (74), og BRS er i et metodisk review blevet vurderet som et af de mest valide spørgeskemaer til måling af resiliens, dog målrettet individer fra 19-års alderen og derover (75). De to sidst gennemgåede spørgeskemaer, SCQ og SQ, er ikke validerede i samme omfang som de fire andre spørgeskemaer, men er inddraget i pilotprojektet med inspiration fra henholdsvis en anden dansk undersøgelse af børn og unges social kapital (68) og et andet dansk forskningsprojekt om mindfulness i dansk skoleregi (76).

4.9 Dataanalyse

De statistiske analyser er foretaget i Stata version 15. Forud for analyserne blev det undersøgt, hvorvidt data var normalfordelte, hvilket tilnærmelsesvist gjorde sig gældende på tværs af variable. For at beskrive studiepopulationen er deltagerkarakteristika for de elever, som havde besvaret førsørgeskemaet, fremstillet ved deskriptiv statistik. Kategoriske karakteristikker rapporteres som antal (n) og procentdele (%), mens kontinuerte karakteristikker rapporteres som gennemsnit (mean) og standardafvigelse (SD). For at få indsigt i bortfaldets karakter, er der udført en bortfaldsanalyse. Elever som bortfaldt, fordi de udelukkende havde besvaret førsørgeskemaet, og manglede at besvare

efterspørgeskemaet, er sammenlignet med de elever, der både havde besvaret før- og efterspørgeskemaet. For at teste hvorvidt der var statistisk signifikant forskel mellem disse to grupper af elever, er hypotesen om ingen forskel testet ved brug af Pearsons χ^2 test for kategoriske variable og t-test for kontinuerte variable. De statistiske tests er angivet som statistisk signifikante ved en P-værdi på under fem procent (77).

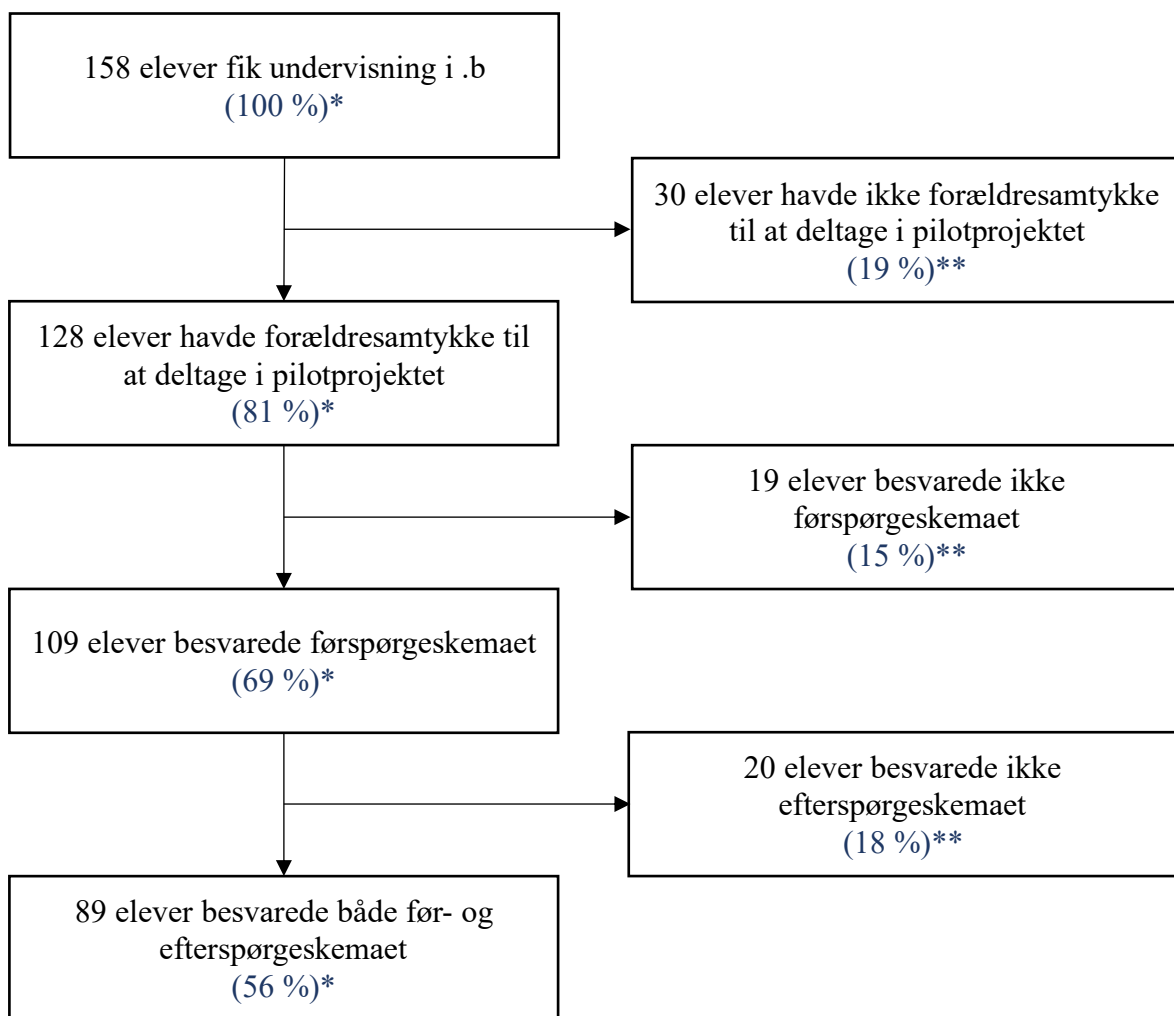
Elever, som både havde besvaret før- og efterspørgeskemaet, er inkluderet i analysen. Forskelle i gennemsnitlige før- og efterscores af SDQ, WHO-5, CAMM, BRS, SCQ og SQ er beregnet ved brug af parret t-test. De gennemsnitlige før- og efterscores, samt tilhørende differenseestimer, rapporteres i overensstemmelse med CONSORT (The Consolidated Standards of Reporting Trials) med 95 % sikkerhedsintervaller uden P-værdier (59). Grundet pilotprojektets lille antal deltagere og forventeligt små effektstørrelser forårsaget af den populationsbaserede, sundhedsfremmende strategi, er hovedfokus i afrapporteringen på, om elevernes gennemsnitlige scores som udgangspunkt har rykket sig i en hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig retning efter .b.

5. Resultater

I dette hovedafsnit præsenteres pilotprojektets resultater. Indledningsvis fremstilles et flowdiagram over pilotprojektets bortfald, hvorefter deltagerkarakteristika for de elever, som besvarede førspørgeskemaet, præsenteres i Tabel 12. I Tabel 13 fremstilles bortfaldsanalysen hvor de elever, som bortfaldt grundet manglende besvarelse af efterspørgeskemaet, sammenlignes med de elever, der både havde besvaret før- og efterspørgeskemaet. Dernæst præsenteres, i Tabel 14, elevernes gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne før og efter .b samt tilhørende differenseestimer. Afslutningsvis fremstilles omfanget af deltagernes hjemmepraksis i Tabel 15.

5.1 Studiepopulation

Den tilstræbte studiepopulation på 158 elever fra syv forskellige klasser, fordelt på tre forskellige grundskoler i Region Midtjylland, blev undervist i .b-programmet en gang om ugen i 10 uger i den almindelige skoletid af én af to certificerede, kvindelige undervisere fra Dansk Center for Mindfulness. Heraf havde 30 elever ikke forældresamtykke til at deltage i pilotprojektet, hvorfor de blev ekskluderet. Yderligere blev 19 elever ekskluderet, fordi de ikke havde besvaret førspørgeskemaet, og 20 elever bortfaldt, fordi de ikke havde besvaret efterspørgeskemaet. Den faktiske studiepopulation bestod derfor af 89 elever (se Figur 9).



Figur 9: Flowdiagram.

* Procentsatsen angiver, hvor stor en andel der er tilbage i forhold til det samlede antal elever, som blev undervist i .b.

** Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af den foreløbige studiepopulation der bortfalder grundet den oplyste årsag.

5.2 Deltagerkarakteristika

Af Tabel 12 fremgår de overordnede deltagerkarakteristika for de 109 elever, som besvarede spørgeskemaet. Det fremgår, at kønsfordelingen er omtrent lige (58 % piger) og at gennemsnitsalderen er lige under 12 år. Over halvdelen af eleverne går i 5. klasse (68 %), og 68 % af eleverne bor med begge deres forældre. Endvidere fremgår det, at elevernes gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne generelt ligger i normalområdet inden interventionens opstart. Eksempelvis ligger samtlige gennemsnitlige scores af delskalaerne for psykisk trivsel og funktion, SDQ, i kategorien ”almindelig”. Den gennemsnitlige, samlede score for generel trivsel og velbefindende, WHO-5, på 69,6 point indikerer, at eleverne i gennemsnit ikke umiddelbart har risiko for depression eller stressbelastning. Den gennemsnitlige, samlede score for resiliens, BRS, ligger i kategorien ”normal”, og mellem 72 % og 94 % af eleverne scorer høj social kapital på tværs af de tre delskalaer for SCQ inden .b.

Tabel 12: Deltagerkarakteristik	
Deltagerkarakteristika for elever som besvarede førspørgeskemaet.	
Køn, n (%)	n = 109
Pige	58 (53)
Dreng	51 (47)
Alder, mean (SD)	n = 109
Gennemsnit	11,6 (1,0)
Klassetrin, n (%)	n = 109
4. klasse	18 (17)
5. klasse	74 (68)
6. klasse	11 (10)
8. klasse	6 (5)
Bopæl, n (%)	n = 109
Bor hos mor og far	74 (68)
Bor skiftevis hos mor og far. Lige meget hos begge	5 (4)
Bor skiftevis hos mor og far. Mest hos mor	17 (16)
Bor skiftevis hos mor og far. Mest hos far	2 (2)
Bor kun hos mor	7 (6)
Bor kun hos far	1 (1)
Bor mest hos plejefamilie eller anden familie	1 (1)
Andet	2 (2)
Strengths and Difficulties Questionnaire, mean (SD)	n = 102-109
Samlet problemscore (n = 102)	8,8 (5,5)
Følelsesmæssige symptomer (n = 106)	2,0 (2,1)
Adfærdsmæssige symptomer (n = 105)	1,5 (1,4)
Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder (n = 109)	3,1 (2,2)
Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende (n = 108)	1,7 (1,8)
Sociale styrkesider (n = 109)	8,2 (1,4)
WHO-Five Well-being Index, mean (SD)	n = 109
Samlet score	69,6 (18,0)
Child and Adolescent Mindfulness Measure, mean (SD)	n = 107
Samlet score	26 (6,1)
Brief Resilience Scale, mean (SD)	n = 109
Samlet score	3,5 (0,7)
Social Capital Questionnaire, n (%)	n = 18
Horisontal social kapital, høj	17 (94)
Horisontal social kapital, moderat	1 (6)
Horisontal social kapital, lav	0 (0)
Vertikal social kapital, høj	13 (72)
Vertikal social kapital, moderat	3 (17)
Vertikal social kapital, lav	2 (11)
Følelse af tilhørsforhold til skolen, høj	14 (77)
Følelse af tilhørsforhold til skolen, moderat	1 (6)
Følelse af tilhørsforhold til skolen, lav	3 (17)
Sleep Questionnaire, mean (SD)	n = 105
Samlet score	16 (2,5)

5.3 Bortfaldsanalyse

Som illustreret i Figur 9 bortfaldt 20 elever grundet manglende besvarelse af efterspørgeskemaet. Bortfaldsanalysen fremgår af Tabel 13, og viser, at der er statistisk signifikant forskel på inkluderede og bortfaldne elever med hensyn til alder og klassetrin, hvilket angives af, at begge P-værdier er $< 0,001$ %. De 89 elever, som både havde besvaret før- og efterspørgeskemaet, og derfor blev inkluderet, er i gennemsnit yngre og går på et lavere klassetrin. Med hensyn til de seks spørgeskemaer er der ikke statistisk signifikant forskel på nogle af de gennemsnitlige scores mellem de inkluderede elever og de elever, som bortfaldt, hvilket angives af at samtlige P-værdier er over 5 %.

Tabel 13: Bortfaldsanalyse			
Sammenligning af deltagerkarakteristika for elever som kun besvarede førsørgeskemaet (bortfald), med elever som både besvarede før- og eftersørgeskemaet (inkluderede).			
	Inkluderede	Bortfald	P-værdi^a
Køn, n (%)	n = 89	n = 20	
Pige	48 (54)	10 (50)	0,750
Dreng	41 (46)	10 (50)	
Alder, mean (SD)	n = 89	n = 20	
Gennemsnit	11,5 (0,9)	12,4 (0,9)	<0,001
Klassetrin, n (%)	n = 89	n = 20	
4. klasse	15 (17)	3 (15)	<0,001
5. klasse	69 (77)	5 (25)	
6. klasse	0 (0)	11 (55)	
8. klasse	5 (6)	1 (5)	
Bopæl, n (%)	n = 89	n = 20	
Bor hos mor og far	60 (68)	14 (70)	0,358
Bor skiftevis hos mor og far. Lige meget hos begge	3 (3)	2 (10)	
Bor skiftevis hos mor og far. Mest hos mor	15 (17)	2 (10)	
Bor skiftevis hos mor og far. Mest hos far	2 (2)	0 (0)	
Bor kun hos mor	6 (7)	1 (5)	
Bor kun hos far	0 (0)	1 (5)	
Bor mest hos plejefamilie eller anden familie	1 (1)	0 (0)	
Andet	2 (2)	0 (0)	
SDQ, mean (SD)	n = 83-89	n = 19-20	
Samlet problemscore	8,5 (5,3)	8,8 (6,4)	0,777
Følelsesmæssige symptomer	2,3 (2,1)	2 (2,1)	0,516
Adfærdsmæssige symptomer	1,4 (1,4)	1,7 (1,7)	0,486
Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder	3 (2,2)	3,3 (2,1)	0,626
Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende	1,8 (1,8)	1,6 (1,9)	0,701
Sociale styrkesider	8,2 (1,3)	8,3 (1,6)	0,762
WHO-5, mean (SD)	n = 89	n = 20	
Samlet score	68,5 (18)	74,4 (18,1)	0,190
CAMM, mean (SD)	n = 87	n = 20	
Samlet score	26,1 (5,7)	25,8 (7,5)	0,815
BRS, mean (SD)	n = 89	n = 20	
Samlet score	3,5 (0,7)	3,6 (0,7)	0,738
SCQ, n (%)*	n = 13	n = 5	
Horisontal social kapital	12 (92)	5 (100)	0,523
Vertikal social kapital	9 (69)	4 (80)	0,648
Følelse af tilhørsforhold til skolen	11 (85)	5 (100)	0,261
SQ, mean (SD)	n = 85	n = 20	
Samlet score	16 (2,3)	16,3 (3,3)	0,529

^aTest for ingen forskel. Pearsons Chi² test er anvendt ved kategoriske variable, mens t-test er anvendt ved kontinuerte variable.

*Antal elever med høj social kapital.

5.4 Sammenligning før og efter .b

Af Tabel 14 fremgår resultaterne af sammenligningen af elevernes gennemsnitlige før- og efterscores af de seks spørgeskemaer med tilhørende differenseestimer. I det følgende gennemgås de bedste bud på, om elevernes gennemsnitlige scores har rykket sig hensigtsmæssigt eller uhensigtsmæssigt efter .b i den rækkefølge, som spørgeskemaerne er præsenteret i tabellen.

Differenseestimerne for fem ud af seks af delskalaerne for psykisk trivsel og funktion, SDQ, indikerer, at elevernes gennemsnitlige scores har rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter .b. Dette gør sig gældende for delskalaerne *Samlet problemscore*, *Følelsesmæssige symptomer*, *Adfærdsmæssige symptomer*, *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende* og *Sociale styrkesider*. For én af delskalaerne, *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende*, er dette statistisk signifikant. Det bedste bud er, at scoren af denne delskala har rykket sig 0,41 point i en hensigtsmæssig retning. Den har næppe rykket sig mindre end 0,08 point og næppe mere end 0,75 point i en hensigtsmæssig retning. Modsat de resterende SDQ-delskalaer indikerer differenseestimatet for delskalaen *Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder*, at elevernes gennemsnitlige score af denne delskala har rykket sig i en uhensigtsmæssig retning efter .b. Det bedste bud er, scoren har rykket sig 0,21 point i en uhensigtsmæssig retning. Den har næppe rykket sig mere end 0,14 point i en hensigtsmæssig retning og næppe mere end 0,55 point i en uhensigtsmæssig retning.

Differenseestimatet for skalaen for generel trivsel og velbefindende, WHO-5, indikerer, at elevernes gennemsnitlige, samlede score har rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter .b. Det bedste bud er, at scoren har rykket sig 1,09 point i en hensigtsmæssig retning. Den har næppe rykket sig mere end 2,24 point i en uhensigtsmæssig retning og næppe mere end 4,42 point i en hensigtsmæssig retning.

Differenseestimatet for skalaen for mindfulness, CAMM, indikerer, at elevernes gennemsnitlige, samlede score har rykket sig i en uhensigtsmæssig retning efter .b. Det bedste bud er, at scoren har rykket sig 0,34 point i en uhensigtsmæssig retning. Den har næppe rykket sig mere end 0,96 point i en hensigtsmæssig retning og næppe mere end 1,65 point i en uhensigtsmæssig retning.

Differenseestimatet for skalaen for resiliens, BRS, indikerer, at elevernes gennemsnitlige, samlede score er uforandret efter .b. Det bedste bud er, at scoren har rykket sig 0,02 point i en hensigtsmæssig

retning. Den har næppe rykket sig mere end 0,10 point i en uhensigtsmæssig retning og næppe mere end 0,14 point i en hensigtsmæssig retning.

Differenseestimerne for to ud af tre af delskalaerne for social kapital, SCQ, indikerer, at andelen af elever med høj social kapital er forøget efter .b. For delskalaen *Vertikal social kapital* er det bedste bud, at andelen er forøget med 2,78 procentpoint. Andelen er næppe reduceret med mere end 29,29 procentpoint og næppe forøget med mere end 34,85 procentpoint. For delskalaen *Følelse af tilhørsforhold til skolen* er det bedste bud, at andelen er forøget med 5,56 procentpoint. Andelen er næppe reduceret med mere end 22,97 procentpoint og næppe forøget med mere end 34,08 procentpoint. For delskalaen *Horisontal social kapital* er det bedste bud, modsat de to andre delskalaer, at andelen er reduceret med 2,78 procentpoint. Den er næppe reduceret med mere end 21,66 procentpoint og næppe forøget med mere end 16,10 procentpoint.

Differenseestimatet for skalaen for søvnkvalitet, SQ, indikerer, at elevernes gennemsnitlige, samlede score har rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter .b. Det bedste bud er, at scoren har rykket sig 0,09 point i en hensigtsmæssig retning. Den har næppe rykket sig mere end 0,03 point i en uhensigtsmæssig retning og næppe mere end 0,49 point i en hensigtsmæssig retning.

Tabel 14: Sammenligning før og efter .b			
Tabel med gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne før og efter .b samt differenseestimer.			
	Før .b	Efter .b	Differens
SDQ, mean (95 % CI)	n = 78-87		
Samlet problemscore (n = 78)	8,72 (7,53; 9,91)	8,15 (6,93; 9,38)	-0,56 (-1,34; 0,21)
Følelsesmæssige symptomer (n = 83)	2,31 (1,86; 2,77)	2,23 (1,82; 2,64)	-0,08 (-0,43; 0,26)
Adfærdsmæssige symptomer (n = 83)	1,47 (1,17; 1,77)	1,27 (0,96; 1,57)	-0,21 (-0,42; 0,01)
Hyperaktivitet/opmærksomheds- vanskeligheder (n = 87)	3,05 (2,60; 3,52)	3,25 (2,70; 3,81)	0,21 (-0,14; 0,55)
Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende (n = 87)	1,78 (1,40; 2,17)	1,37 (1,04; 1,69)	-0,41 (-0,75; -0,08)
Sociale styrkesider (n = 86)	8,16 (7,87; 8,45)	8,30 (7,97; 8,64)	0,14 (-0,17; 0,45)
WHO-5, mean (95 % CI)	n = 88		
Samlet score	68,59 (64,77; 72,41)	69,68 (66,44; 72,92)	1,09 (-2,24; 4,42)
CAMM, mean (95 % CI)	n = 85		
Samlet score	26,05 (24,80; 27,29)	26,39 (24,95; 27,83)	0,34 (-0,96; 1,65)
BRS, mean (95 % CI)	n = 85		
Samlet score	3,49 (3,34; 3,63)	3,51 (3,35; 3,67)	0,02 (-0,10; 0,14)
SCQ, % (95 % CI)*	n = 12		
Horisontal social kapital	94,44 (83,86; 105,03)	91,7 (76,03; 107,30)	-2,78 (-21,66; 16,10)
Vertikal social kapital	72,22 (51,53; 92,91)	75,00 (50,50; 99,50)	2,78 (-29,29; 34,85)
Følelse af tilhørsforhold til skolen	77,78 (58,57; 96,98)	83,33 (62,25; 104,42)	5,56 (-22,97; 34,08)
SQ, mean (95 % CI)	n = 81		
Samlet score	15,83 (15,31; 16,34)	15,91 (15,32; 16,51)	0,09 (-0,03; 0,49)

*Andelen af elever med høj social kapital sammenlignet med andelen med moderat + lav social kapital sammenlagt til én gruppe.

5.5 Deltagernes hjemmepraksis

Tabel 15 opsummerer de svar, eleverne gav efter endt intervention, i forhold til i hvilket omfang de havde praktiseret øvelserne i .b-programmet udover i undervisningen. 74 % af eleverne angiver at have praktiseret øvelserne 7-11 eller .b i varierende omfang, og 64 % angiver i varierende omfang at have lagt mærke til, hvordan de reagerer i stressede situationer samt hvor i kroppen, de mærker stress. 58 % af eleverne angiver i varierende omfang at have gået eller spist mad mindfuldt, 53 % angiver at have praktiseret beditation i varierende omfang og 49 % angiver i varierende omfang at have praktiseret meditationen Prof.

Tabel 15: Hjemmepraksis					
Data er angivet som procent.					
	Aldrig	En eller to gange om ugen	Cirka én gang om ugen	Flere gange om ugen	Hver dag
Spørgsmål 1	n = 88				
<i>"I undervisningen om mindfulness har du lært at tage en pause og fokusere på din vejtrækning ved at lave en 7-11 eller en .b (f.eks. stop, træk vejret, og vær). Hvor ofte har du lavet en 7-11 eller en .b udover i undervisningen?"</i>	26	49	17	7	1
Spørgsmål 2	n = 88				
<i>"I undervisningen om mindfulness har du prøvet beditation. Hvor ofte har du lavet beditation udover i undervisningen?"</i>	47	37	14	1	1
Spørgsmål 3	n = 88				
<i>"I undervisningen om mindfulness har du prøvet en meditation, der hedder Prof. Hvor ofte har du lavet Prof udover i undervisningen?"</i>	51	24	21	3	1
Spørgsmål 4	n = 88				
<i>"I undervisningen om mindfulness har du prøvet at gå mindfuldt eller spise mad mindfuldt. Hvor ofte har du gjort det udover i undervisningen?"</i>	42	34	16	5	3
Spørgsmål 5	n = 87				
<i>"I undervisningen om mindfulness 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 det udover i undervisningen?"</i>	36	36	12	15	1

6. Diskussion

Dette hovedafsnit indledes med en opsummering af pilotprojektets resultater, hvorefter de diskuteres og sammenlignes med empiri på området. Med henblik på at vurdere pilotprojektets interne validitet diskuteres styrker og begrænsninger, som pilotprojektets design og metode medfører, herunder selektionsproblemer, informationsproblemer og confounding, hvorefter pilotprojektets eksterne validitet diskuteres. Efterfølgende diskuteres kompleksiteten i at måle dét .b giver børn og unge, samt potentialet i at have suppleret pilotprojektets kvantitative studiedesign med kvalitative forskningsmetoder. Afslutningsvis beskrives de foreløbige erfaringer gjort i pilotprojektet forud for det endelige forskningsprojekt.

6.1 Opsummering af pilotprojektets resultater

I forudgående resultatafsnit fremgik det, at elevernes gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne generelt ligger i normalområdet inden interventionens opstart. Dette gør sig gældende for samtlige gennemsnitlige scores af delskalaerne for psykisk trivsel og funktion (SDQ), for den gennemsnitlige, samlede score for generel trivsel og velbefindende (WHO-5) samt for den gennemsnitlige, samlede score for resiliens (BRS). Mellem 72 % og 94 % af eleverne scorer høj social kapital på tværs af de tre delskalaer for social kapital (SCQ) inden .b. Da der ingen normtal findes for CAMM (mindfulness) og SQ (søvnkvalitet), kan elevernes gennemsnitlige scores af disse spørgeskemaer sammenholdes med de studier, spørgeskemaerne stammer fra, for at få en indikation på, hvordan de ligger. Den gennemsnitlige score af SQ på 16 er samme gennemsnitlige score, man fandt blandt 153 hollandske skoleelever (69). Dette kan indikere, at scoren ligger inden for normalområdet. Den gennemsnitlige score af CAMM på 26 er højere end det gennemsnit, man fandt blandt 319 amerikanske skoleelever på 22,7 (66), hvorfor eleverne i pilotprojektet i gennemsnit har mindre tendens til at være mindful i hverdagen sammenlignet med eleverne i det amerikanske studie. Dog kan det ikke udelukkes, at scoren alligevel ligger inden for normalområdet.

Bortfaldsanalysen viser, at der ikke er statistisk signifikant forskel på nogle af de gennemsnitlige scores mellem de 89 inkluderede elever, som både havde besvaret før- og efterspørgeskemaet, og de 20 elever som bortfaldt, fordi de kun havde besvaret førspørgeskemaet. Til gengæld er det statistisk signifikant, at de 89 inkluderede elever i gennemsnit er yngre og går på et lavere klassetrin sammenlignet med de 20 elever, som bortfaldt.

Sammenligningen af elevernes gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne før og efter .b indikerer, at flere af de gennemsnitlige scores har rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter endt intervention. Det bedste bud er, at de gennemsnitlige scores af fem ud af seks af delskalaerne for psykisk trivsel og funktion (SDQ), den gennemsnitlige, samlede score for generel trivsel og velbefindende (WHO-5), de gennemsnitlige scores af to ud af tre af delskalaerne for social kapital (SCQ) samt den gennemsnitlige, samlede score for søvnkvalitet (SQ) alle har rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter .b. For SDQ-delskalaen *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende* er dette statistisk signifikant. Endvidere er det bedste bud, at elevernes gennemsnitlige, samlede score for resiliens (BRS) er uforandret, og at den gennemsnitlige, samlede score for mindfulness (CAMM) har rykket sig i en uhensigtsmæssig retning efter .b.

Når det kommer til omfanget af hjemmepraksis, svarer mellem halvdelen og tre fjerdedele af eleverne, at de har praktiseret de forskellige øvelser mindst én gang om ugen.

6.2 Diskussion af resultaterne

Med henblik på at diskutere pilotprojektets resultater er det først og fremmest afgørende at have in mente, at .b er en populationsbaseret, sundhedsfremmende intervention, hvorfor intentionen er at flytte den samlede kurve for alle elevernes mentale sundhed en lille smule i en hensigtsmæssig retning snarere end at sætte ind over for de enkelte elever, som har særlige problemer med nedsat mental sundhed. Da der er fokus på alle elevers mentale sundhed på tværs af hele spektret, vil de mange elever, som i forvejen har almindelig og høj mental sundhed, udvande den effekt, som potentielt opnås blandt de færre elever, der har nedsat mental sundhed og dermed mere room for improvement. Betydningsfulde effekter af en populationsbaseret, sundhedsfremmende intervention som .b kan derfor vise sig som små effektstørrelser, og reelle sundhedseffekter forventes først efter mange år. Derfor kan selv en lille, gennemsnitlig ændring i elevernes mentale sundhed efter .b kumulativt have stor indflydelse på befolkningen som helhed. Endvidere er det afgørende at holde sig for øje, at forskningsprojektet kun befinder sig i pilotfasen, hvorfor det – grundet det lille antal deltagere – ikke forventes at se reelle effekter, men nærmere intenderes at undersøge, om der ses nogle tendenser i outcome forud for det endelige forskningsprojekt.

På baggrund af ovenstående kan det derfor være vanskeligt at vurdere, om der er tale om egentlige ændringer i pilotprojektet, når deltagerne er få og effektstørrelserne små – og ofte distale – i en populationsbaseret, sundhedsfremmende intervention som .b. Med ovenstående in mente synes det imidlertid rimeligt at udlede, at pilotprojektets resultater indikerer tendenser til, at flere af elevernes gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne rykker sig i en hensigtsmæssig retning efter endt intervention. Dette er endda – imod al forventning grundet det lille antal deltagere og små effektstørrelser – statistisk signifikant for SDQ-delskalaen *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende*. Denne delskala indeholder udsagn som: *"Jeg holder mig mest for mig selv. Jeg gør mange ting alene eller passer mig selv"* og *"Jeg bliver mobbet eller drillet af andre børn eller unge"*. Den mere hensigtsmæssige, gennemsnitlige score af denne delskala kan tolkes som et udtryk for, at eleverne har færre problemer i relation til jævnaldrende efter interventionen, hvilket er en beskyttende faktor for mental sundhed (64).

At der ses tendenser i flere af outcome, til trods for at elevernes gennemsnitlige scores inden interventionens opstart ligger i normalområdet, og derfor overordnet set ikke indikerer meget room for improvement, kan tyde på, at .b er relevant at implementere, og at de udvalgte spørgeskemaer er væsentlige. Relevansen af spørgeskemaerne SCQ og BRS kan dog diskuteres. Mellem 72 % og 94 % af eleverne har, på tværs af de tre SCQ-delskalaer, allerede inden .b en score for høj social kapital. Dette kan indikere en ceiling effekt, dvs. en målebegrænsning som reducerer sandsynligheden for at spørgeskemaet nøjagtigt måler det påtænkte. Kigger man nærmere på spørgeskemaets udsagn, som eksempelvis *"Andre elever accepterer mig, som jeg er"*, minder de meget om nogle af udsagnene i SDQ. Det nævnte eksempel kunne for eksempel minde om SDQ-udsagnet *"Jeg bliver mobbet eller drillet af andre børn eller unge"*. Der kan derfor argumenteres for, at de to spørgeskemaer, SDQ og SCQ, indfanger noget af det samme, hvorfor man kunne overveje at undlade SCQ i det endelige forskningsprojekt til fordel for SDQ, som endvidere er bedre valideret. Når det kommer til BRS, er elevernes gennemsnitlige, samlede score før og efter .b status quo. Da BRS oprindeligt er udviklet til at måle resiliens blandt voksne, kan det ikke udelukkes, at skalaen ikke egner sig til at måle resiliens blandt børn og unge. I det endelige forskningsprojekt kunne man derfor overveje at finde et andet spørgeskema til måling af resiliens, som er valideret til aldersgruppen, eksempelvis spørgeskemaet *Resilience Scale for Adolescents (READ)* (78), som man kan få fat i efter aftale med forfatteren.

Det kan diskuteres, hvorfor elevernes gennemsnitlige scores af CAMM, SDQ-delskalaen *Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder* og SCQ-delskalaen *Horisontal social kapital* som de eneste ikke indikerer tendenser til at rykke sig i en hensigtsmæssig retning efter .b. En del af forklaringen kan muligvis bero på tendenser, man kender inden for forskningen i MBSR. Før man gennemfører et MBSR-kursus, kan man godt tro, at man er meget opmærksom. Når man i løbet af kurset øver sig i at træne sin opmærksomhed, kan det gå op for én, hvor lidt opmærksom man rent faktisk er, hvorfor der kan være en tendens til, at man scorer mere uhensigtsmæssigt efter endt kursus. Det samme kunne tænkes at gøre sig gældende for eleverne i .b. Kigger man nærmere på spørgeskemaerne, indeholder CAMM eksempelvis udsagn som *"Når jeg er i skole, går jeg rundt i min egen verden, uden at lægge mærke til, hvad jeg laver"* og *"Jeg ignorerer tanker, som jeg ikke kan lide"*. SDQ-delskalaen *Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder* indeholder endvidere udsagn som: *"Jeg er rastløs, har svært ved at holde mig i ro i længere tid"* og *"Jeg bliver nemt distraheret. Jeg har svært ved at koncentrere mig"*. Det kunne derfor tænkes, at eleverne før .b ikke var bevidste om, at de gik rundt i deres egen verden, ignorerede tanker de ikke kunne lide, var rastløse

og nemt blev distraherede, netop fordi de ikke var opmærksomme på det, men ved at lære at træne deres opmærksomhed opdagede det, og derfor har tendens til at score lavere efter interventionen.

Hvad angår elevernes hjemmepraksis kan den relativt høje andel, som angiver at have praktiseret de forskellige meditationsøvelser, være indikerende for, at eleverne overordnet set har taget godt imod og accepteret interventionen.

Selvom den største gevinst af .b potentielt opnås blandt de elever, der har nedsat mental sundhed og derfor mere room for improvement, så risikeres det med en populationsbaseret strategi ikke på samme måde, at disse elever sygeliggøres og stigmatiseres af deres klassekammerater, som hvis de var blevet udpeget enkeltvist og henvist til en højrisikobaseret intervention i et andet klasselokale. .b har derfor potentiale til at italesætte mental sundhed blandt børn og unge og medvirke til at afstigmatisere emnet. Ifølge Rose er det heller ikke fornuftigt at forvente, at enkeltpersoner opfører sig anderledes end deres jævnaldrende (25), hvorfor det er mest hensigtsmæssigt at søge en generel ændring på tværs af jævnaldrende. Man kan særligt forestille sig dette gøre gældende, når det kommer til børn og unge, da de spejler sig meget i hinanden. Og som tidligere nævnt er der altid ressourcer at hente, uanset hvor godt man har det, da det er et livsvilkår, at alle mennesker udsættes for ubehag og modgang. Så om end eleverne med almindelig og høj mental sundhed udvander effekten, kan de formentlig også få udbytte af interventionen og de redskaber, den giver, og måske på sigt undgå at havne i risikogruppen. Derfor kan .b både fungere som sundhedsfremmende intervention og som primær og sekundær forebyggelsesstrategi.

Overordnet set indikerer de indledende resultater i forskningsprojektets pilotfase tendenser til, at .b kan medføre hensigtsmæssige ændringer for elevers mentale sundhed. Det er dog væsentligt at være bevidst om, at eleverne i pilotprojektet er blevet undervist af en ekstern, udefrakommende .b-underviser, som de ikke kendte på forhånd, og som de har haft meget lidt kontakt med. Man kan forestille sig en yderligere effekt, når eleverne i det endelige forskningsprojekt bliver undervist af deres egne skolelærere, som har mere eller mindre daglig kontakt med eleverne, og derfor eventuelt kan integrere nogle af de korte meditationsøvelser i undervisningen flere gange om ugen, så eleverne eksponeres oftere.

6.3 Sammenligning med andre studier af .b

I det følgende sammenlignes pilotprojektet med tre andre, internationale studier af .b – et engelsk pilotstudie fra 2013, et igangværende finsk studie og et australsk studie fra 2016 – primært med henblik på at finde inspiration og trække på erfaringer fra studierne forud for det endelige, danske forskningsprojekt *Stressfri hverdag for børn og unge*.

I 2013 blev .b pilottestet af Kuyken et al. i et engelsk ikke-randomiseret, kontrolleret studie blandt 522 elever i alderen 12-16 år fra 12 forskellige skoler (46) forud for det omfattende, engelske forskningsprojekt, MYRIAD (*My Resilience in Adolescence*), som i disse år undersøger effekten og omkostningseffektiviteten af at uddanne skolelærere til at levere .b som en del af undervisningen til 12-14-årige elever i et RCT inkluderende i alt 5.700 elever fra 76 forskellige skoler i England (37,38). Underviserne var, i modsætning til i indeværende pilotprojekt, elevernes almindelige skolelærere, som var blevet uddannet til at kunne undervise i .b. Da det engelske pilotstudie var mere omfattende, og inkluderede flere deltagere end indeværende pilotprojekt, var intentionen ikke udelukkende at undersøge tendenser, men også at estimere effekter. Ved måling tre måneder efter endt intervention havde elever, der var blevet undervist i .b, lavere stressniveau (målt med spørgeskemaet *Perceived Stress Scale* (PSS) (79)), færre depressive symptomer (målt med spørgeskemaet *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* CES-D (80)) og øget trivsel (målt med spørgeskemaet *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS) (81)) sammenlignet med en matchet kontrolgruppe korrigeret for køn, alder og etnicitet. Pilotstudiet viste signifikant effekt, uanset om eleverne lavede hjemmepraksis eller ej, men der var signifikant øgede forbedringer i outcome ved højere grad af hjemmepraksis. Umiddelbart efter interventionens afslutning var der ikke signifikant forskel på elevernes stressniveau og trivsel, som der var efter tre måneders follow-up.

Der kan drages flere erfaringer på baggrund af det engelske pilotstudie forud for det endelige, danske forskningsprojekt. De signifikant øgede forbedringer ved højere grad af hjemmepraksis peger først og fremmest på vigtigheden af at motivere eleverne til at praktisere meditationsøvelserne hjemme. At der først ses signifikant forbedret forskel på elevernes stressniveau og trivsel efter tre måneders follow-up kan indikere, at interventionen lige skal bundfalde sig, før den intenderede effekt opnås. Det havde derfor været interessant at have haft follow-up data fra eleverne i indeværende pilotprojekt for at se, om det ligeledes gjorde sig gældende, at de fundne tendenser blev stærkere med tiden. Det engelske pilotstudie inkluderer mere sygdomsrelaterede outcome end indeværende pilotprojekt, da

outcome ifølge forfatterne både bør opgøre information om problemer og positive aspekter af mental sundhed, når .b er en kompleks intervention designet til børn og unge på hele spektret af mental sundhed. Det kan derfor overvejes, om der også bør inkluderes mere problemrelaterede outcome i det endelige, danske forskningsprojekt, da indeværende pilotprojekt overordnet har fokus på positive aspekter af mental sundhed. I det engelske forskningsprojekt, MYRIAD, er det hensigten at inkludere flere outcome end i pilotstudiet, blandt andet CAMM og SDQ (38), hvilket kan tale for at beholde disse outcome i det endelige, danske forskningsprojekt, da det er interessant at kunne sammenligne de to, store forskningsprojekter.

Et igangværende finsk studie af Volanen et al. undersøger lige nu effekten af .b i et RCT med tre grupper; en interventionsgruppe, en aktiv kontrolgruppe og en non-treatment kontrolgruppe (40). Studiet inkluderer i alt 3.000 12-15-årige elever fra 59 forskellige skoler i Finland. Der er endnu kun udkommet foreløbige resultater af et understudie ($n = 310$), som udelukkende fokuserer på elevernes hjemmepraksis, samt hvad der motiverer dem til dette (82). Ved seks måneders follow-up rapporterer 49 % af eleverne, at de har lavet hjemmepraksis, og at deres forestilling om, at andre elever også gjorde det, var den vigtigste prædiktør for deres praksis. Elever, som lavede hjemmepraksis, rapporterede blandt andet bedre koncentration, bedre håndtering af stress, bedre søvn, bedre karakterer, bedre relation med venner og familiemedlemmer samt at de var blevet bedre til at forholde sig til svære følelser. Resultaterne af dette understudie peger derfor ligeledes på vigtigheden af at motivere eleverne til at udføre og opretholde hjemmepraksis i det endelige, danske forskningsprojekt. Gerne ved at sætte fokus på, at de andre elever også gør det, så det bliver en fælles ting i klassen.

I 2016 blev .b undersøgt af Johnson et al. i et australsk RCT blandt 308 elever (41). Modsat det engelske pilotstudie fandt dette studie ingen forbedringer i outcome, målt med blandt andet WEMWBS og CAMM, hverken umiddelbart efter interventionen eller ved tre måneders follow-up. Forfatterne kommer selv med mulige forklaringer på dette, som omhandler interventionsadhærens. De havde eksempelvis forkortet .b til 8 sessioner, og eleverne blev, ligesom i indeværende pilotprojekt, undervist af udefrakommende undervisere frem for deres egne skolelærere. Dette kan være med til at fremhæve vigtigheden af, at det er elevernes egne skolelærere, der leverer undervisningen, som det er hensigten i det endelige, danske forskningsprojekt.

.b undersøges således i disse år af uafhængige forskningsgrupper i et engelsk, et finsk og et dansk RCT. Såfremt mindst to af disse studier finder .b effektiv, fastslås interventionen effektivitet (83), hvorfor forskningen i .b i disse år kan være epokegørende.

6.4 Pilotprojektets styrker

En primær styrke ved pilotprojektet er i sig selv, at det er medtænkt og udført som en del af forskningsprojektet *Stressfri hverdag for børn og unge*. Ifølge MRC er bedste praksis i interventionsforskning at udføre mindst ét pilotprojekt målrettet de forskellige usikkerheder forbundet med den endelige intervention (42). Hvis denne fase undlades, er der større risiko for, at forskningsprojektet mislykkes, og dermed ikke leverer klare resultater, hvilket er uøkonomisk såvel som uetisk (57). På baggrund af pilotprojektet har Dansk Center for Mindfulness gjort sig flere erfaringer, særligt i forhold til interventionsprocedurerne, som ikke var blevet synlige uden pilotprojektet. De to undervisere har ligeledes fået mulighed for at afprøve deres underviserkompetencer, er blevet fortrolige med undervisningsmaterialet og har fået kendskab til det miljø, som de skal uddanne de 200 skolelærere til at skulle implementere .b i. Dette kan medvirke til at sikre, at uddannelsen af skolelærerne bliver af høj kvalitet, hvilket er vigtigt, da skolelærerne er dem, der i sidste ende implementerer .b.

Det vurderes endvidere som værende en stor styrke, at pilotprojektet udbygger tidligere forskning ved at evaluere .b i en ny geografisk kontekst. Da Dansk Center for Mindfulness i efteråret 2017 modtog satspuljebevillingen, var der ikke noget specifikt krav til, hvordan de tildelte midler skulle udnyttes til at skabe trivsel og stressfrie hverdage for børn og unge. I stedet for at udvikle en ny intervention fra bunden, identificerede de den nuværende, skolebaserede mindfulness-intervention med den bedst tilgængelige evidens og med udgangspunkt i relevant teori, hvilket er bedste praksis ifølge MRC (42). Pilotprojektet og det endelige forskningsprojekt kommer derfor til at udgøre et væsentligt bidrag til den igangværende, internationale forskning i .b som intervention til fremme af mental sundhed blandt børn og unge.

Med hensyn til pilotprojektets design vurderes det som en styrke, at der anvendes et quasi-eksperimentelt studiedesign. Ifølge MRC er det unødvendigt at randomisere i et pilotprojekt, hvis beslutninger om, hvordan interventionen skal gennemføres, allerede er truffet, som det gør sig

gældende med .b (42). Pilotprojektet er derfor ikke blevet mere omfattende og ressourcekrævende end nødvendigt.

Når det kommer til indsamling af data, er det en styrke ved pilotprojektet, at der hovedsageligt anvendes eksisterende og validerede spørgeskemaer frem for selvkonstruerede spørgeskemaer. Dette giver mulighed for at sammenligne pilotprojektets resultater med andre undersøgelser, der anvender de samme spørgeskemaer, og er med til at sikre datakvaliteten (63). Det er ligeledes en fordel, at det samlede spørgeskema ikke er for langt, så sandsynligheden for færdiggørelse af besvarelserne maksimeres. Desuden er det en stor fordel, at spørgeskemaerne distribueres elektronisk, og at der tages udgangspunkt i deltagernes selvvurdering, da dette er relativt billigt og ikke særlig ressourcekrævende (63,77). Denne fordel vil især komme til udtryk, når der skal indsamles empiri i det endelige forskningsprojekt, hvor det, udover at lave baseline- og eftermålinger, også er hensigten at lave follow-up-målinger efter seks og 12 måneder. I en gennemsnitlig grundskoleklasse går der 22 elever (84), som ganget med de 200 skolelærere giver 4.400 potentielle deltagere og dermed i alt 17.600 potentielle besvarelser af det samlede spørgeskema. Hvis man skulle indsamle data på anden vis, eksempelvis via interviews med samelige elever, ville det kræve enorme mængder tid og personaleressourcer.

6.5 Pilotprojektets begrænsninger

Pilotprojektet har ligeledes begrænsninger, som kan tænkes at påvirke den interne validitet, dvs. gyldigheden i forhold til pilotprojektets konkrete målpopulation, som er elever i aldersgruppen fra grundskoler i Region Midtjylland. Den interne validitet er god, hvis de estimerede resultater ikke over- eller undervurderer den sande værdi, men kan trues af selektionsproblemer, informationsproblemer og confounding, der kan føre til bias, dvs. en systematisk over- eller undervurdering af resultaterne. Pilotprojektets begrænsninger og potentielle kilder til bias beskrives og diskuteres i det følgende.

6.5.1 Selektionsproblemer

Der kan opstå selektionsproblemer, hvis studiepopulationen ikke er fuldt ud repræsentativ for målpopulationen med hensyn til mental sundhed. Den sikreste metode til at sikre dette er at udtrække en tilfældig stikprøve, hvor hovedprincippet er, at alle medlemmer af målpopulationen har samme sandsynlighed for at blive udtrukket (77). Dansk Center for Mindfulness har ikke udtrukket en

tilfældig stikprøve, men derimod rekrutteret tre mere eller mindre tilfældige skoler til pilotprojektet. For at sikre diversitet var hensigten imidlertid, at de tre skoler skulle være af forskellig størrelse og være placeret både i byen og på landet. Skolelærernes motivation for at deltage kan dog have haft indflydelse på, at netop disse tre skoler medvirker i pilotprojektet. Man kan forestille sig, at de tre skoler har særligt empatiske og engagerede skolelærere, eller at skolelærerne synes, deres elever trænger til at blive undervist i mindfulness. Sådan vil det imidlertid også være i det endelige forskningsprojekt, for selvom det tilstræbes, at tilbuddet om deltagelse udbredes til alle grundskoler i Danmark, er det kun de skolelærere, der er motiverede for at deltage, som vil tilmelde sig. De tre skoler i pilotprojektet vurderes derfor som værende nogenlunde repræsentative for målpopulationen, på trods af at skolerne ikke er udtrukket ved en tilfældig stikprøve.

Der kan endvidere opstå selektionsproblemer, hvis ikke alle de elever, som er udvalgt til at deltage, rent faktisk deltager. En væsentlig begrænsning ved pilotprojektet er derfor dets relativt store bortfald. Som det fremgår af flowdiagrammet (Figur 9), besvarede i alt 89 ud af 158 potentielle elever både før- og efterspørgeskemaet, hvilket svarer til en deltagelse på 56 %. Hvis deltagere og ikke-deltagere ligner hinanden, og bortfaldet er mere eller mindre tilfældigt, er den manglende deltagelse uden væsentlig betydning. Men bortfaldet medfører imidlertid, at deltagerne i pilotprojektet ikke med sikkerhed kan betragtes som repræsentative for målpopulationen (77).

Der forekommer bortfald på flere niveauer i pilotprojektet. For nogle elever beror bortfaldet på, at de ikke havde forældresamtykke til at deltage ($n = 30$). En generel erfaring er, at motivationen for eller overskuddet til at medvirke i undersøgelser er mindst blandt de socialt dårligst stillede i befolkningen (77). Da dårlige sociale forhold er en risikofaktor, der påvirker den mentale sundhed (20), kan ekskluderingen af elever uden forældresamtykke medføre, at resultaterne overvurderes, såfremt det gør sig gældende, at eleverne uden forældresamtykke er socialt dårligere stillede end de elever, som har forældresamtykke til at deltage. Det manglende samtykke kan dog også skyldes en simpel forglemmelse fra forældrenes side, hvorfor det er vanskeligt at bedømme, om dette bortfald har ført til bias. Grundet erfaringer gjort i pilotprojektet omkring en u hensigtsmæssig procedure for indhentning af forældresamtykke vurderes det imidlertid ikke som værende tilfældet, men snarere som værende en procedurefejl at 30 elever ikke havde forældresamtykke til at deltage i pilotprojektet.

Andre elever bortfaldt grundet manglende besvarelse af enten før- eller efterspørgeskemaet ($n = 39$). Grundet erfaringer gjort i pilotprojektet omkring en uhensigtsmæssig procedure for indsamling af spørgeskemadata fra eleverne vurderes det som værende mere eller mindre tilfældigt, at 39 elever med forældresamtykke ikke besvarede enten før- eller efterspørgeskemaet. De 20 elever, som bortfaldt grundet manglende besvarelse af efterspørgeskemaet, er de elever, der er lavet bortfaldsanalyse på. Det kan derfor vurderes, om de adskiller sig væsentligt fra de 89 inkluderede elever. Bortfaldsanalysen viser, at der er statistisk signifikant forskel på de 89 inkluderede elever og de 20 bortfaldne elever hvad angår alder og klassetrin, således at de 89 inkluderede elever i gennemsnit er yngre og derfor går på et lavere klassetrin (se Tabel 13). Af samme tabel fremgår det imidlertid, at størstedelen af bortfaldet (11 ud af 20 elever) skyldes, at alle eleverne i 6. klasse ikke har besvaret efterspørgeskemaet. Dette kunne tyde på en uhensigtsmæssig procedure for indsamling af efterspørgeskemadata fra eleverne i denne klasse, hvorfor det vurderes som værende mere eller mindre tilfældigt, at netop disse elever ikke har besvaret efterspørgeskemaet. Da der samtidig ikke er statistisk signifikant forskel på nogle af de gennemsnitlige scores af de seks spørgeskemaer mellem de 89 inkluderede og de 20 bortfaldne elever, vurderes det, at de inkluderede elever ikke afviger fra de bortfaldne elever i forhold til mental sundhed.

På baggrund af ovenstående anbefales det, med henblik på at mindske bortfaldet mest muligt, at forbedre procedurerne for indhentning af forældresamtykke og indsamling af spørgeskemadata fra elever i det endelige forskningsprojekt. Dette uddybes sidst i diskussionsafsnittet.

6.5.2 Informationsproblemer

Der kan opstå informationsproblemer, hvis der indhentes ukorrekt information om deltagerne i pilotprojektet (77). Der er risiko for dette, da alle anvendte data i pilotprojektet er baseret på selvrapporteret information. Flere af eleverne er under 11 år ($n = 16$), som er den nedre aldersgrænse for den målgruppe, .b primært henvender sig til (11-18 år), og endvidere er det under den anbefalede aldersgrænse for besvarelse af flere af de inkluderede spørgeskemaer. Eksempelvis anbefales det først at bruge selvvurderingsudgaven af SDQ til børn fra 11-års alderen og derover (64). Det kan derfor ikke vides med sikkerhed, om de yngste elever har haft tilstrækkelig forståelse af spørgsmålene og udsagnene i spørgeskemaerne til at kunne udfylde dem efter hensigten. Der er ligeledes risiko for informationsproblemer, hvis eleverne bevidst har under- eller overrapporteret deres besvarelser. Dette kunne eksempelvis gøre sig gældende for elever, som tror, de bør rykke sig i en hensigtsmæssig

retning efter .b, og derfor bevidst svarer mere positivt i efterspørgeskemaet. Endvidere kan elevernes motivation for at svare påvirke risikoen for informationsproblemer. Hvis et betydeligt antal elever for eksempel udelukkende har besvaret spørgeskemaerne med henblik på at blive færdig hurtigst muligt, kan der være risiko for, at de blot har sat tilfældige krydser i de kategoriserede bokse uden reel stillingtagen hertil.

Selvudfyldte spørgeskemaer er imidlertid ofte den eneste mulighed for at indsamle oplysninger om selv vurderet mental sundhed (77). For at være sikker på, at spørgeskemaerne måler de latente variable, som de påstår at måle, er det væsentligt at være bevidst om deres validitet (63). Nogle af de inkluderede spørgeskemaer i pilotprojektet er, som nævnt i metodeafsnittet, mere validerede end andre. SDQ, WHO-5, CAMM er hyppigt anvendt og validerede til forhold, der minder om dem, pilotprojektet udføres under, samt til den aldersgruppe pilotprojektet inkluderer, hvilket er en stor fordel. Det vurderes derfor som værende rimeligt at gå ud fra, at disse spørgeskemaer måler de latente variable, som de påstår at måle. BRS er ikke valideret til aldersgruppen, hvorfor det vurderes som værende mere usikkert, om dette spørgeskema kan måle resiliens blandt eleverne. SCQ og SQ er ikke validerede i samme omfang som de andre spørgeskemaer, hvorfor en konsekvens er, at det ikke i samme grad er sikkert, at spørgeskemaerne formår at måle det tilsigtede.

6.5.3 Confounding

Confounding bruges om forveksling af årsager, og kan betragtes som en fejltolkning af data (77). Det er muligt at forebygge confounding via design, eksempelvis ved randomisering, hvor deltagerne fordeles efter et tilfældighedsprincip til en interventions- eller kontrolgruppe, som det kommer til at gøre sig gældende i det endelige forskningsprojekt, der anvender et clusterrandomiseret, kontrolleret studiedesign. Derved tilstræbes det at undgå en systematisk forskel i fordelingen af både kendte og ukendte confoundere, så forskelle mellem de to grupper ved interventionens afslutning ikke kan tilskrives andet end .b's effekt.

En ulempe ved før- og efterstudiet er, at det ikke er muligt at justere for det, der sker i den pågældende periode, hvor eleverne gennemfører .b-programmet, hvorfor pilotprojektets studiedesign ikke har gjort det muligt at korrigere for confounding. Resultaterne af før- og efteranalysen skal derfor ses i lyset af, at der kan eksistere potentielle confoundere, som der ikke er taget højde for.

6.6 Pilotprojektets generaliserbarhed

Med henblik på at vurdere pilotprojektets generaliserbarhed overvejes den eksterne validitet, dvs. hvorvidt og i hvilket omfang gyldigheden af pilotprojektets resultater rækker ud over den konkrete målpopulation (77).

Med forbehold for de diskuterede udfordringer med selektion og information, pilotprojektets lille antal deltagere samt det faktum, at eleverne ikke er blevet undervist af deres egne skolelærere, som det er hensigten i det endelige forskningsprojekt, synes det rimeligt at generalisere de fundne tendenser i pilotprojektet til at kunne gøre sig gældende for elever i samme aldersgruppe fra hele Region Midtjylland. Undervisningsministeriets trivselsmåling fra 2018 foretaget blandt elever i 4.-9. klasse på tværs af landet indikerer, at danske elevers gennemsnitlige, generelle trivsel ligger inden for normalområdet (85). Da dette også er fundet i pilotprojektet, synes det ligeledes rimeligt at generalisere pilotprojektets indikerede tendenser til at kunne gøre sig gældende for elever i aldersgruppen fra resten af Danmark. Danmark er et land, som på mange måder minder om andre vestlige lande hvad angår sundhed og sygdom, hvorfor det endvidere – med ovennævnte in mente – formodes, at de indikerede tendenser forsigtigt kan generaliseres til at kunne gøre sig gældende for elever i aldersgruppen i andre vestlige lande.

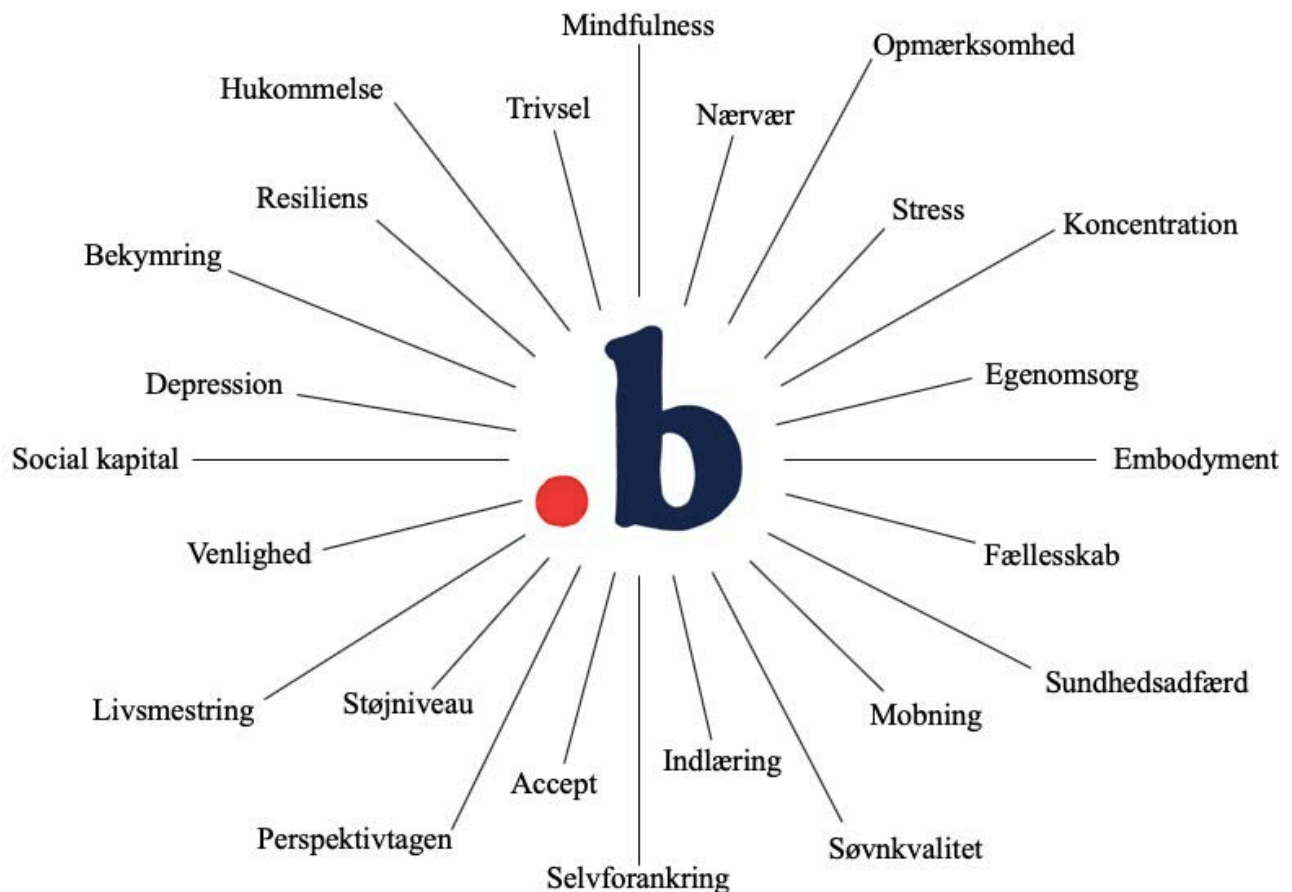
6.7 Diskussion af metodevalg

I det følgende diskuteres kompleksiteten i at måle dét, .b giver børn og unge, hvorefter potentialet i at have suppleret pilotprojektets kvantitative studiedesign med kvalitative forskningsmetoder i form af interviews og deltagerobservation diskuteres.

6.7.1 Kompleksiteten i at måle dét .b giver børn og unge

Når der ikke er en universel måde at måle det, man vil undersøge, er det altid et studies designeres opgave at operationalisere en måde at måle dette på (86). Det er enormt komplekst at måle det, .b giver børn og unge, særligt fordi effekterne egentlig er mediatorer, og de gevinster, som anerkendes af politikere og beslutningstagere, først forventes efter mange år. På lang sigt er det hensigten at følge udviklingen af diagnoser, eksempelvis af depression, blandt de elever, som deltager i det endelige forskningsprojekt, for at kunne vurdere omkostningseffektiviteten af .b. Men først og fremmest er det væsentligt at identificere hensigtsmæssige, intermediaære outcome.

.b er en intervention med mange muligheder, og alt afhængig af hvor man som elev er i sit liv, kan man få noget forskelligt ud af programmet. Uanset hvor godt man har det, kan man altid komme til at blomstre mere på nogle parametre, og derfor er der et væld af latente variable, som er mulige at inkludere i det endelige forskningsprojekt som outcome. Dette er forsøgt illustreret i Figur 10.



Figur 10: Mulige outcome.

Det primære formål med .b er at give børn og unge færdigheder til at træne mental sundhed. De fem udvalgte, intermediære outcome i pilotprojektet vurderes som udgangspunkt at komme godt omkring WHO's definition af mental sundhed, der, som tidligere nævnt, rummer en kombination af en oplevelsesdimension og en funktionsdimension; at opleve at have det godt samt at kunne håndtere dagligdagens forskellige udfordringer og gøremål, indgå i sociale relationer og bidrage til fællesskabet (12). I litteraturen omtales mental sundhed og trivsel ofte synonymt, og sammen med trivsel er resiliens, social kapital og søvnkvalitet alle faktorer, der er kendte for at beskytte mental sundhed (12,13,22), hvorfor de er relevante at inkludere som outcome.

.b initierer at fremme mental sundhed gennem mindfulness, der, som tidligere nævnt, defineres af Kabat-Zinn som en bestemt måde at være opmærksom på, der er karakteriseret ved bevidst observation af nuværende oplevelser, herunder tanker, følelser og kropslige fornemmelser, uden at dømme og evaluere dem (50). De kompetencer, som træning af mental sundhed via mindfulness giver børn og unge, kunne være interessante at komme til at måle endnu bedre i det endelige forskningsprojekt. Spørgsmålet er blot, hvordan man bedst måler kompetencer som eksempelvis bevidsthed og selvforankring, som børn og unge kan bruge resten af livet til at udnytte deres potentiale, trives bedre og udvikle en sund relation til sig selv og andre.

Det inkluderede spørgeskema CAMM indfanger to aspekter af mindfulness; evnen til at handle med opmærksomhed og evnen til at acceptere uden at dømme (66). CAMM er baseret på en multidimensionel konceptualisering af mindfulness oprindeligt foreslået af udviklerne af spørgeskemaet *The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (87). Dette spørgeskema inkluderer yderligere to aspekter af mindfulness; evnen til at beskrive nuværende oplevelser uden at dømme dem og evnen til at observere og opdage tanker, følelser og kropslige fornemmelser. KIMS er kun valideret en voksen målgruppe, men det kunne være interessant at indfange disse to ekstra aspekter af mindfulness blandt eleverne i forskningsprojektet. En mulighed kunne derfor være at inkludere KIMS som outcome, og dermed være med til at validere spørgeskemaet blandt børn og unge. Spørgeskemaet indeholder imidlertid 39 udsagn, og er derfor forholdsvis langt. En anden mulighed kunne være at inkludere spørgeskemaet *The Amsterdam Resting-State Questionnaire* (ARSQ) som outcome (88), der kan bruges til at måle bevidsthedens indhold af tanker og følelser i den vågne hviletilstand. Konceptet med dette spørgeskema er, at svarpersonen sidder for sig selv med lukkede øjne i fem minutter, inden vedkomne kategoriserer 50 udsagn, som eksempelvis ”Jeg følte mig rastløs”, ”Jeg tænkte på fortiden” og ”Jeg tænkte ikke på noget”, på en skala fra ”helt enig” til ”helt uenig”. ARSQ er imidlertid heller ikke valideret til børn og unge under 18 år, og er endnu længere end KIMS. Man kunne derfor eksperimentere med at udvikle en forkortet version af ARSQ og være med til at validere denne til børn og unge i aldersgruppen.

Da det viste sig at være statistisk signifikant, at elevernes gennemsnitlige score af SDQ-delskalaen *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende* havde rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter .b, kunne det endvidere være interessant at dykke endnu mere ned i de aspekter, denne delskala indfanger, da det tyder på, at der sker noget positivt med eleverne her. Delskalaens fem udsagn relaterer sig til

mobning, hvorfor det kunne være oplagt at integrere et spørgeskema til måling af mobning blandt børn og unge. Da mange af de eksisterende spørgeskemaer til måling af mobning er selvkonstruerede og ikke-validerede, kunne det være en mulighed at eksperimentere med at udvikle og være med til at validere et nyt spørgeskema til måling af mobning blandt børn og unge.

Det er altid udfordrende at finde de rette outcome og målemetoder i komplekse interventioner som .b. Det vurderes imidlertid som værende vigtigt, at det samlede spørgeskema ikke bliver for langt, så sandsynligheden for færdiggørelse mindskes, og yderligere som værende væsentligt så vidt muligt at inkludere validerede spørgeskemaer i det endelige forskningsprojekt. Endvidere vurderes det som værende hensigtsmæssigt at inkludere nogle af de samme spørgeskemaer, som anvendes i de andre, internationale studier af .b for at kunne sammenligne resultaterne, samt at inkludere mindst ét spørgeskema som har fokus på mere sygdomsrelaterede outcome, eksempelvis CES-D til måling af depression eller PSS til måling af stress som i det engelske pilotstudie, da .b er designet til børn og unge på tværs af spektret for mental sundhed.

6.7.2 Potentialet i supplement af kvalitative forskningsmetoder

De kvantitative spørgeskemadata bidrager ikke direkte til at undersøge gennemførligheden og accepten af .b, som er det generelle formål med et pilotprojekt (57,59). Det kunne derfor have været interessant at supplere de kvantitative spørgeskemadata med kvalitative forskningsmetoder i form af interviews og deltagerobservation. I kvalitativ forskning er konteksten uadskilleligt indlejret i en interventions effekt (89), hvorfor der potentielt kunne opnås et bredere perspektiv og en mere dybdegående forståelse af den nye, danske kontekst forud for det endelige forskningsprojekt ved inddragelse af kvalitativ metode.

Det kvalitative interview giver mulighed for at opnå viden om menneskers livssituation og om deres meninger, holdninger og oplevelser (90). Det kunne derfor have været interessant at interviewe nogle af eleverne i pilotprojektet for at få mulighed for at stille uddybende spørgsmål, som ikke var muligt via spørgeskemaerne. Interviews med de elever, som viste sig at være flittige til at udføre hjemmepraksis, kunne have afdækket, hvad der motiverede dem til dette. Omvendt kunne interviews med de elever, som ikke havde udført hjemmepraksis, bidrage til at anskueliggøre, hvad der kunne have motiveret dem til dette. Og selvom mange af .b's funktioner allerede er fastlagte, kunne dét at

have spurgt eleverne ind til forslag til modifikationer have medvirket til at kortlægge de dele af interventionen, som underviserne bør være ekstra opmærksomme på i det endelige forskningsprojekt. Deltagerobservation giver mulighed for at adressere forhold, som er utilgængelige ved hjælp af andre metoder, som eksempelvis nonverbal interaktion og sensoriske forhold (90). Der kan argumenteres for, at der rent faktisk er en snævert af deltagerobservation med i pilotprojektet, da de to undervisere var flittige til at notere sig de erfaringer og observationer, de gjorde sig undervejs. Men eftersom deres hovedfokus var på at undervise, havde de af naturlige årsager ikke mulighed for at observere og registrere alt, som foregik i klasserne. En oplagt mulighed havde derfor været at placere en forsker i en eller flere af klasserne både før, under og efter .b, som kunne observere udviklingen i klasserne, og gradvist have opnået en vis fortrolighed og tillid blandt eleverne for dermed at være blevet i stand til at stille de helt rigtige spørgsmål.

Kombinationen af interviews og deltagerobservation kunne – ud over at give et mere nuanceret blik på accepten og gennemførligheden af .b – desuden have medvirket til at bestemme, hvilke outcome det endelige forskningsprojekt burde inkludere, samt til at blive klogere på nogle af usikkerhederne forbundet med at implementere interventionen i dansk kontekst. Et tænkt eksempel kunne være, at forskeren observerede, at støjniveauet i klasserne ændrede sig i takt med at eleverne blev mere nærværende, så der efter .b ikke var nær så meget støj som tidligere. Denne observation kunne medføre, at støj blev et supplerende outcome i det endelige forskningsprojekt, og at der derfor skulle installeres støjmalere i alle klasser, hvori .b skulle implementeres. Et andet tænkt eksempel kunne være, at forskeren observerede, at danske elever ikke i samme omfang som engelske elever er vant til at blive undervist via PowerPoint slides, og at der derfor burde ændres i den danske udgave af .b for at tilpasse interventionen til den måde, danske elever er vant til at blive undervist på. Selvom en af pindene i definitionen af en kompleks intervention er graden af dens fleksibilitet, er spørgsmålet imidlertid, hvor grænsen går, før interventionen ville komme til at afvige for meget fra det oprindelige .b-program, og derfor ikke længere ville kunne karakteriseres som .b.

Ovenstående eksempler viser, at den kvalitative forskningsmetode kunne have bidraget med relevant viden forud for det endelige forskningsprojekt, som ikke kunne konstateres udelukkende på baggrund af de inkluderede spørgeskemaer. Den kvalitative forskningsmetode medfører imidlertid en række metodiske implikationer, som skal overvejes. Interviewet kan eksempelvis ikke betragtes som en neutral teknik til at opnå upåvirkede svar, men skal nærmere ses som en aktiv interaktion mellem

interviewer og deltager, som leder til socialt forhandlede, kontekstuelte baserede svar (90). Det samme gør sig gældende for deltagerobservation, da den viden, forskeren opnår, er afhængig af de relationer, forskeren etablerer, og dermed altid situeret og partiel (91). Begge metoder kritiseres derfor som værende subjektive og vanskelige at generalisere. Der kan dog tages højde for dette, ved at forskeren tilstræber at være mest mulig transparent i sin analyse af data.

En udfordring ved de kvalitative interviews og deltagerobservation er endvidere, at metoderne er tidskrævende, og at der ikke findes entydige svar på, hvornår man har interviewet eller observeret nok for at kunne drage konklusioner på et solidt grundlag (90). Med dette in mente vurderes den kvalitative forskningsmetode som have værende et givende supplement til den kvantitative metode i pilotprojektet. Både for at få en mere dybdegående forståelse for gennemførligheden af .b, elevernes accept af interventionen samt den nye, danske kontekst.

6.8 Foreløbige erfaringer gjort i pilotfasen

På baggrund af pilotprojektet kan det konstateres, at .b kan gennemføres i en dansk kontekst og accepteres af danske skoleelever, hvilket indikeres af at en stor del af eleverne har praktiseret øvelserne, som de er blevet præsenteret for i undervisningen, hjemme. Pilotprojektet har medvirket til at tydeliggøre vigtigheden af, at procedurerne for indhentning af forældresamtykke og indsamling af spørgeskemadata fra elever er tydeligt beskrevne og logistisk gennemførlige med henblik på at mindske bortfaldet mest muligt.

Processen omkring indhentning af forældresamtykke var meget omstændelig i pilotprojektet, da samtykkeerklæringen både skulle omkring skolelæreren og med eleven hjem i skoletasken, hvor den risikerede at blive væk. Det bør derfor tilstræbes, at samtykkeerklæringerne indhentes elektronisk i det endelige forskningsprojekt, således at forældrene kan skrive under direkte i REDCap, og så der samtidig ikke bliver lige så meget indtastningsarbejde som i pilotprojektet, hvor alle CPR-numre fra samtykkeerklæringerne manuelt blev indtastet i REDCap. En udfordring i denne forbindelse er imidlertid, hvordan man bedst matcher forældresamtykket med elevens besvarelse af spørgeskemaerne, så man kan være helt sikker på, at der ikke indsamles besvarelser fra elever uden forældresamtykke. Det blev endvidere erfaret, at de samtykkeerklæringer, som Dansk Center for Mindfulness fik tilbage fra pilotklasserne, i flere tilfælde blot var underskrevet, uden at der var sat kryds i felterne med de to formål. Det var derfor uklart, om der var blevet givet et egentligt samtykke

eller ej. Derfor bør felterne til afkrydsning laves større, så de ikke overses, og der bør tilføjes en svarmulighed med "*Nej, jeg giver ikke samtykke*" til hvert formål (se evt. Bilag 2).

Med hensyn til indsamling af spørgeskemadata fra eleverne bør det i det endelige forskningsprojekt være et krav, at elever med forældresamtykke skal udfylde begge spørgeskemaer på klassen umiddelbart før interventionens opstart og efter interventionens afslutning for at sikre, at alle elever med forældresamtykke besvarer begge spørgeskemaer.

7. Konklusion

Populationsbaserede, sundhedsfremmende interventioner giver mulighed for at fremme mental sundhed i hele befolkningen, og kan ved tidlig indsats forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer, hvilket kan sparre menneskelige såvel som økonomiske ressourcer. Populationsstrategier er imidlertid komplekse at evaluere, da betydningsfulde samfundseffekter kan vise sig som små effektstørrelser, og reelle sundhedseffekter først forventes efter mange år. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, om der er tale om egentlige ændringer i pilotprojektet, når deltagerne er få og de forventede effektstørrelser små.

Imidlertid synes det rimeligt at udlede, at pilotprojektets resultater indikerer tendenser til, at .b har potentiale til at medføre hensigtsmæssige ændringer for elevers mentale sundhed, da flere af elevernes gennemsnitlige scores af spørgeskemaerne har rykket sig i en hensigtsmæssig retning efter interventionen. Det bedste bud er, at de gennemsnitlige scores af fem ud af seks af delskalaerne for psykisk trivsel og funktion (SDQ), den gennemsnitlige, samlede score for generel trivsel og velbefindende (WHO-5), de gennemsnitlige scores af to ud af tre af delskalaerne for social kapital (SCQ) samt den gennemsnitlige, samlede score for søvnkvalitet (SQ) alle har rykket sig i en hensigtsmæssig retning. For SDQ-delskalaen *Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende* er dette endda statistisk signifikant. Endvidere er det bedste bud, at elevernes gennemsnitlige, samlede score for resiliens (BRS) er uforandret, og at den gennemsnitlige, samlede score for mindfulness (CAMM) har rykket sig i en uhensigtsmæssig retning efter .b.

Spørgeskemaet SCQ viste tegn på ceiling effekt, hvorfor det kan overvejes at undlade dette spørgeskema i det endelige forskningsprojekt til fordel for SDQ, som indfanger noget af det samme, og samtidig er bedre valideret. Det kan ligeledes overvejes at undlade spørgeskemaet BRS til fordel for et spørgeskema til måling af resiliens valideret til aldersgruppen.

Den relativt høje andel af elever, som angiver at have praktiseret meditationsøvelserne hjemme, kan indikere, at eleverne overordnet set har taget godt imod .b. Det ville imidlertid have forbedret pilotprojektet væsentligt at have inddraget kvalitative forskningsmetoder for at opnå mere viden om accepten og gennemførligheden af .b samt for at få et bedre kendskab til den nye, danske kontekst forud for det endelige forskningsprojekt.

8. Perspektivering

Sundhedsfremme er centralt i problematikken om nedsat mental sundhed i befolkningen. Der er stort potentiale i at sætte ind med sundhedsfremmende interventioner inden 15-års alderen, hvor de første symptomer viser sig hos 50 % af voksne med mentale helbredsproblemer (19), og hvor kurven for høj livstilfredshed er betydeligt faldende (3). I forhold til at finde ud af hvordan vi som samfund bedst sætter ind over for et folkesundhedsproblem som nedsat mental sundhed, er der behov for udvikling og systematisering af sundhedsfremmende interventioner på baggrund af dokumenteret viden. Dette er ikke hverdagspraksis inden for folkesundhedsområdet i Danmark, hvor initiativerne bag sundhedsfremme og forebyggelse ofte ikke bygger på evidensbaserede løsninger. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed fra 2018 indeholder eksempelvis anbefalinger, som er baserede på viden om god praksis og erfaringer fra kommunerne (12). Endvidere bygger den nyligt udgivne handlingsplan fra Det Nationale Stresspanel, nedsat af regeringen i 2018, primært på ekspertudtalelser fra panelets ni ”eksperter” – heriblandt ingen stressforskere – samt på konkrete løsningsforslag, som befolkningen var inviteret til at bidrage med (92,93). Både erfaringsviden såvel som ekspertudtalelser rangeres meget lavt i evidenshierarkiet (se Bilag 4), og kan ikke tillægges særlig meget vægt sammenlignet med evidens opnået gennem andre typer forskningsdesign. Vi kan derfor i Danmark finde stor inspiration i England, som i år 2000 etablerede The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) som en del af den engelske sundhedsstyrelse. NICE arbejder på baggrund af systematiske reviews med at identificere de mest effektive og sundhedsøkonomiske interventioner til sundhedsfremme og forebyggelse at investere i som samfund. Som nævnt i specialet anbefaler de eksempelvis MBKT som foretrukken behandling af tilbagevendende depression hos personer, der har oplevet gentagne depressive episoder (49). Forskningsprojektet, *Stressfri hverdag for børn og unge*, er med sit randomiserede, kontrollerede studiedesign dermed et vigtigt skridt i retning mod i fremtiden at bygge sundhedsfremmende initiativer op på evidensbaserede løsninger i Danmark.

Litteraturliste

1. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. Vidensråd for forebyggelse. København; 2014.
2. Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2). Udviklingen 2010-2013-2017. DEFACTUM. Aarhus; 2017.
3. Skolebørnsundersøgelsen. Statens Institut for Folkesundhed. København; 2014.
4. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. Revised Ed. New York: Bantam Books; 2013.
5. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. Revised Ed. New York: Guilford Press; 2014.
6. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021. Sundheds- og Ældreministeriet. København; 2017.
7. The World Health Report 2001. Mental health: New Understanding, New Hope. World Health Organization. Genève; 2001.
8. Fremme af mental sundhed - baggrund, begreb og determinanter. Sundhedsstyrelsen. København; 2008.
9. Mental Health and Work: Denmark. OECD. Paris; 2013.
10. Basic documents. 48rd edition. World Health Organization. Geneva; 2014.
11. World Health Organisation. Mental health: a state of well-being [Internet]. [cited 2019 Jan 31]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
12. Forebyggelsespakke - Mental sundhed. Sundhedsstyrelsen. København; 2018.
13. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. World Health Organization. Genève; 2004.
14. Perth Charter for the Promotion of Mental Health and Wellbeing. Perth; 2012.
15. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD. Paris; 2012.
16. World Health Organization. "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops lists of causes of ill health [Internet]. [cited 2019 Feb 5]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
17. Stressforeningen. Stress og statistik [Internet]. [cited 2019 Feb 5]. Available from: <http://www.stressforeningen.dk/stress-og-statistik/>

18. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. København; 2010.
19. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.
20. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge - Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. Aarhus Universitet. Aarhus; 2016.
21. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. Ottawa; 1986.
22. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. World Health Organization. Genève; 2004.
23. Weare K, Nind M. Promoting mental health of children and adolescents through schools and school based interventions. School of Education University of Southampton; 2011.
24. Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om folkeskolen [Internet]. [cited 2019 Apr 24]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=196651>
25. Rose G. Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press; 1992.
26. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJV, Benson H, Fricchione GL, Hunink MGM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*. 2015;10(4):1–17.
27. Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek JA, Morgan L, et al. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2010;5(1):11–7.
28. Hözel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increase in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2010;191(1):36–43.
29. Zenner C, Herrnleben-Kurz S, Walach H. Mindfulness-based interventions in schools - A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2014;5(June):1–20.
30. Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness (N Y)*. 2015;6(2):290–302.
31. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child Adolesc Ment Heal*. 2015;20(4):182–94.
32. Klingbeil DA, Renshaw TL, Willenbrink JB, Copek RA, Chan KT, Haddock A, et al. Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis og group-design

- studies. *J Sch Psychol*. 2017;63:77–103.
33. Maynard BR, Solis MR, Miller VL, Brendel KE. Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. *Campbell Collab*. 2017;1–144.
 34. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, 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*. 2018;1–15.
 35. Dansk Center for Mindfulness [Internet]. [cited 2019 Feb 13]. Available from: <http://mindfulness.au.dk>
 36. Mindful Nation UK. Report by the Mindfulness All-Party Parliamentary Group (MAPPG). Sheffield; 2015.
 37. MYRIAD. My Resilience in Adolescence [Internet]. [cited 2019 Mar 13]. Available from: <http://myriadproject.org/myriad-project/>
 38. Kuyken W, Nuthall E, Byford S, Crane C, Dalgleish T, Ford T, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):1–17.
 39. Mindfulness in Schools Project. .b Curriculum (ages 11-18) [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://mindfulnessinschools.org/teach-dot-b/dot-b-curriculum/>
 40. Volanen SM, Lassander M, Hankonen N, Santalahti P, Hintsanen M, Simonsen N, et al. Healthy learning mind - a school-based mindfulness and relaxation program: A study protocol for cluster randomized controlled trial. *BMC Psychol*. 2015;4:1–10.
 41. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther*. 2016;81:1–11.
 42. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337:979–83.
 43. Mcleroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351–77.
 44. Burnett R. Mindfulness in Schools Project. Learning lessons from the adults - secular and Buddhist. Tonbridge School; 2009.
 45. Mindfulness in Schools Project [Internet]. [cited 2019 Mar 13]. Available from: <https://mindfulnessinschools.org>

46. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, Vicary R, Motton N, Burnett R, et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*. 2013;203(2):126–31.
47. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386:63–73.
48. Piet J, Hougaard E. 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):1032–40.
49. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management [Internet]. [cited 2019 Apr 24]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance>
50. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144–56.
51. Psykiatrifonden. Hvad er mindfulness? [Internet]. [cited 2019 Mar 12]. Available from: <http://www.psykiatrifonden.dk/det-mentale-motionscenter/mindfulness/hvad-er-mindfulness.aspx>
52. Killingsworth MA, Gilbert DT. A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. Vol. 330, *Science*. 2010.
53. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci*. 2012;6(October):1–30.
54. Henepola Gunaratana B. *Mindfulness In Plain English*. Boston: Wisdom Publications; 1993.
55. Piet J. Hvad er gode forudsætninger for at undervise i mindfulness? Om kvalitet og integritet i mindfulness-baseret klinisk intervention inden for psykologi og sundhedsvidenskab. *Psyke & Logos*. 2016;37:30–54.
56. Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemp Buddhism*. 2011 May 1;12(1):281–306.
57. Richards DA, Rahm Hallberg I. *Complex Interventions in Health. An overview of research methods*. New York: Routledge; 2015.
58. Fraser W M, Richman M J, Galinsky J M, Day H S. *Intervention Research. Developing Social*

Programs. Oxford University Press; 2009.

59. Eldridge SM, Chan CL, Campbell MJ, Bond CM, Hopewell S. CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*. 2016;2(64):1–29.
60. Huppert FA, Johnson DM. A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being. *J Posit Psychol*. 2010;5(4):264–74.
61. Mindfulness in Schools Project. The Evidence Base [Internet]. [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://mindfulnessinschools.org/the-evidence-base/>
62. National Videnskabsetisk Komité. Vejledning om det informerede og stedfortrædende samtykke i sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter [Internet]. [cited 2019 Apr 2]. Available from: <http://www.nvk.dk/emner/information-og-samtykke-i-forsog/vejledning-om-samtykke-i-forsog>
63. Maindal Terkildsen H. Udarbejdelse af spørgeskema - som man spørger, får man svar. *Klin Sygepleje*. 2003;(2):23–31.
64. Website for det danske SDQ/DAWBA sekretariat. Systematisk og vidensbaseret kortlægning af børn og unges psykiske trivsel og funktion [Internet]. [cited 2019 Feb 11]. Available from: <http://sdq-dawba.dk>
65. Sundhedsstyrelsens guide til trivselsindekset WHO-5. Dansk Center for Neurocoaching. Horsbølle; 1998.
66. Greco LA, Baer RA, Smith GT. Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychol Assess*. 2011;23(3):606–14.
67. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *Int J Behav Med*. 2008;15:194–200.
68. Stjernqvist NW, Sabinsky M, Morgan A, Trolle E, Thyregod C, Maindal HT, et al. Building school-based social capital through ‘We Act - Together for Health’ – a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2018;1–13.
69. Meijer AM, Wittenboer GLH Van Den. The joint contribution of sleep, intelligence and motivation to school performance. *Pers Individ Dif*. 2004;37:95–106.
70. Streiner L D, Norman R G. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 4. Edition. Oxford University Press; 2008.
71. Meinou DX, Theunissen HC, Wolff S De, Sijmen DX. The Strengths and Difficulties Questionnaire Self-Report: A Valid Instrument for the Identification of Emotional and

Behavioral Problems. *Acad Pediatr*. 2019;000.

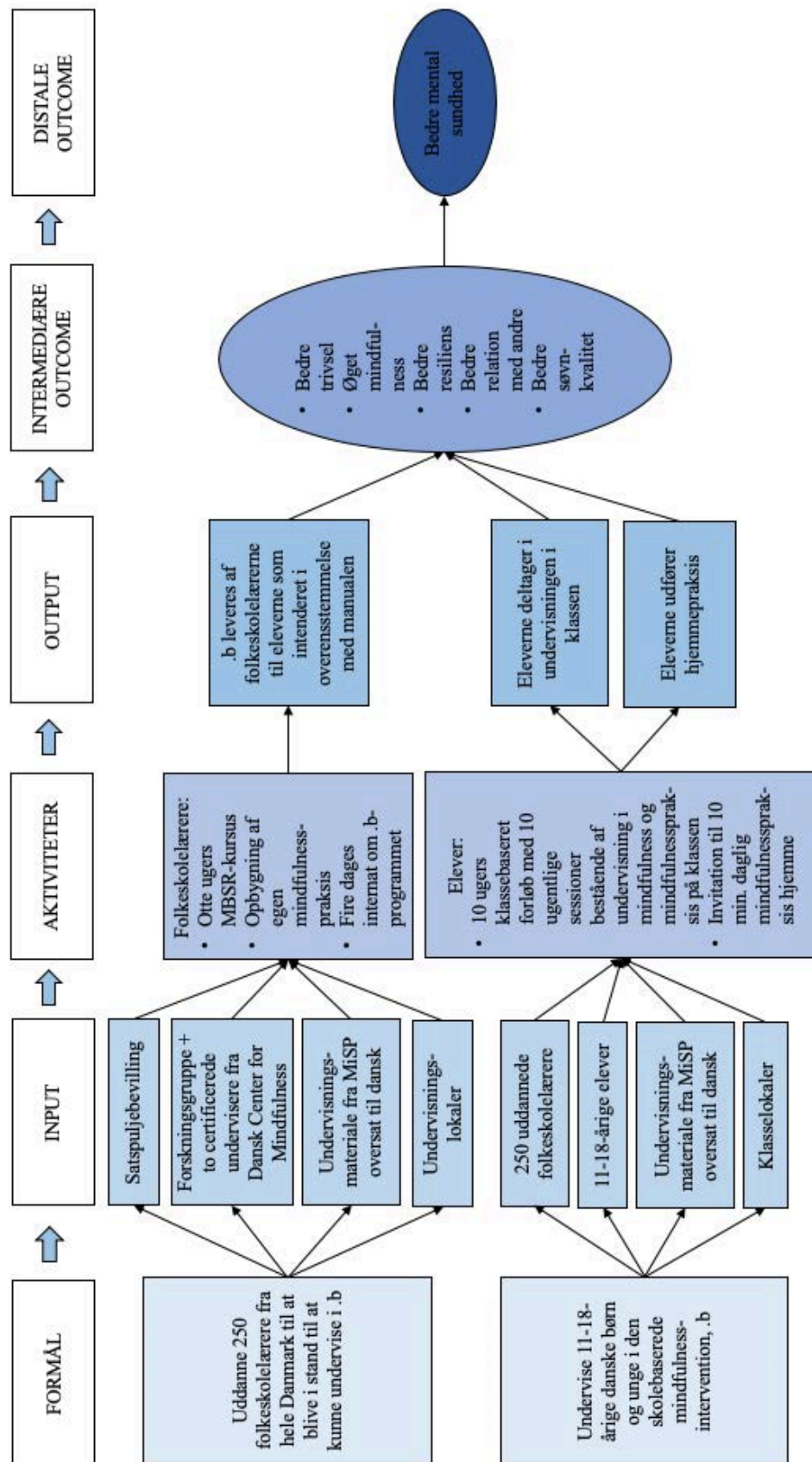
72. Blom EH, Bech P, Högberg G, Larsson JO, Serlachius E. Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales – testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(149).
73. Hall T, Krahn GL, Horner-johnson W, Lamb G. Examining Functional Content in Widely Used Health-Related Quality of Life Scales. 2011;56(2):94–9.
74. Kuby AK, Mclean N, Allen K. Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) with Non-Clinical Adolescents. 2015;6(3):1448–55.
75. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(8):1–18.
76. Center for Mindfulness til børn [Internet]. [cited 2019 Apr 4]. Available from: <http://www.mindfulnessstilboern.dk/mymind>
77. Juul S. Epidemiologi og evidens. 2. udgave. København: Munksgaard; 2013.
78. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Martinussen M, Rosenvinge JH. A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind Healthy Development. *Meas Eval Couns Dev*. 2006;39(2):84–96.
79. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–96.
80. Radolf LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385–401.
81. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(63):1–13.
82. Volanen SM, Hankonen N, Knittle K, Beattie M, Salo G, Suominen S. Building resilience among adolescents: First Results of a school-based mindfulness intervention. Vol. 25, *European Journal of Public Health*. 2015.
83. Borkovec TD, Castonguay LG. Defining Empirically Supported Therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):136–42.
84. Danmarks Statistik. Klassekvotienter i grundskolen efter skoletype, klassetrin, område og tid [Internet]. [cited 2019 Apr 11]. Available from: <http://www.statistikbanken.dk/KVOTIEN>
85. Undervisningsministeriet. Sådan er trivslen i folkeskolen i 2018. [Internet]. [cited 2019 May 15]. Available from: <https://uvm.dk/statistik/grundskolen/elever/trivselsmaalinger>

86. Aarhus Universitet. Metodeguiden. Operationalisering [Internet]. [cited 2019 Apr 18]. Available from: <http://metodeguiden.au.dk/alfabetisk-oversigt/generelle-metodiske-overvejelser-og-problemstillinger/operationalisering/>
87. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. 2004;11(3):191–206.
88. Diaz BA, Van Der Sluis S, Moens S, Benjamins JS, Migliorati F, Stoffers D, et al. The Amsterdam Resting-State Questionnaire reveals multiple phenotypes of resting-state cognition. *Front Hum Neurosci*. 2013;7(August):1–15.
89. Fitzpatrick L J. An Introduction to Context and Its Role in Evaluation Practice. In: *Context: A framework for its influence on evaluation practice New Directions for Evaluation*. 2012. p. 7–24.
90. Brinkmann S, Tanggaard L. *Kvalitative metoder. En grundbog*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
91. Vallgård S, Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard; 2015.
92. Det Nationale Stresspanel. Sundheds- og Ældreministeriet [Internet]. [cited 2019 Apr 24]. Available from: <https://sum.dk/Temaer/Nationale-Stresspanel.aspx>
93. 12 handlinger fra Stresspanelet til Danmark. Sammen kan vi knække stresskurven. Sundheds- og Ældreministeriet. København; 2019.

Bilag

- Bilag 1: Skitseret programteori for .b
- Bilag 2: Forældresamtykke
- Bilag 3: Det samlede, elektroniske spørgeskema
- Bilag 4: Evidenshierarkiet

Bilag 1: Skitseret programteori for .b.



Figur 11: Skitseret programteori for .b.

Bilag 2: Forældresamtykke

Samtykkeerklæring

1. Projektets titel

I forbindelse med forskningsprojektet "Stressfri hverdag for børn og unge" (AU-id.no.: 2016-051-000001/1145) har vi brug for dit samtykke til, at vi må behandle dit barns personoplysninger i overensstemmelse med Databeskyttelsesforordningen.

2. Projektbeskrivelse

Jeres barns klasse er udvalgt til at deltage i et pilotprojekt i forbindelse med et større forskningsprojekt på Dansk Center for Mindfulness under Aarhus Universitet. Projektet hedder "*Stressfri hverdag for børn og unge*" og er finansieret af Folketingets Satspuljemidler. Dit barns deltagelse i projektet består i videooptagelser af undervisningen, spørgeskemaundersøgelser og interviews. De indsamlede data om dit barn vil kunne blive anvendt i op til 10 år efter undervisningen er foretaget, dette for at sammenkøre de indsamlede data med eksisterende registerdata om uddannelse og mental sundhed.

3. Dataansvarlig, projektgruppe og projektleder

Aarhus Universitet, CVR nr. 31119103, er Dataansvarlig for behandlingen af dit barns personoplysninger. Dansk Center for Mindfulness er ansvarlig for projektet, og projektet er ledet af speciallæge i psykiatri, lektor, centerleder, Lone Overby Fjorback og kan kontaktes på e-mail: lone.overby.fjorback@clin.au.dk.

4. Kategorier af personoplysninger der behandles om dit barn

Vi behandler almindelige personoplysninger i form af navn, klassebetegnelse, skole samt svar fra interviews og spørgeskemaer, hvor der indgår oplysninger om dit barns mentale sundhed (styrker og udfordringer), trivsel, opmærksomhed og søvnkvalitet. Vi optager desuden en del af undervisningen til internt brug. Hvis vi ønsker at anvende filmklip til andet end internt brug vil vi naturligvis bede om separat tilladelse hertil.

Ud over de almindelige personoplysninger, så behandler vi også dit barns CPR-nummer for at kunne koble før- og efterbesvarelser sammen samt for at kunne samkøre med eksisterende registerdata om uddannelse og mental sundhed.

5. Formål og behandlingsaktiviteter

Formålet med projektet er, at undervisere får erfaring med at undervise eleverne i programmet, således at den videre undervisning af lærerne bliver af høj kvalitet, samt at få erfaring med, hvordan eleverne tager imod det.

Behandlingen af personoplysningerne vil bestå i indsamling, registrering, opbevaring, analyse samt samkøring med eksisterende registerdata. Dit barns oplysninger vil være fuldstændigt anonymiserede i offentliggjorte artikler om projektet.

6. Eventuelle modtagere eller kategorier af modtagere af personoplysningerne

Det kan forekomme, at vi deler dit barns personoplysninger med databehandlere og forskere fra andre universiteter, hvor data vil blive behandlet i overensstemmelse med de persondataretlige regler. Formålet med en sådan behandling vil være behandling i forskning eller statistisk øjemed.

7. Opbevaringstid

Vi opbevarer dit barns oplysninger så længe det er nødvendigt ift. formålet med projektet og i henhold til gældende lovgivning. Opbevaringstiden forlænges dog, såfremt du også giver dit samtykke til, at dit barns data må opbevares til fremtidige forskningsprojekter.

8. Mulighed for at trække samtykke tilbage

Deltagelse er frivilligt, og du kan til enhver tid trække dit samtykke til behandling af dit barns personoplysninger tilbage. Dette kan ske ved at sende en e-mail til Lone Overby Fjorback: lone.overby.fjorback@clin.au.dk. Hvis du tilbagetrækker dit samtykke, får det først virkning fra dette tidspunkt og påvirker ikke lovligheden af vores behandling op til dette tidspunkt.

Underskrift

Jeg bekræfter at have modtaget, læst og forstået ovenstående, som baggrund for mit samtykke til behandling af mit barns personoplysninger til følgende formål:

☐ Formål 1: Tilladelse til at Aarhus Universitet bruger dit barns oplysninger fra videoer, interviews og spørgeskemaundersøgelser til at evaluere effekten af at implementere et undervisningsforløb om mindfulness i folkeskolen i forbindelse med forskningsprojektet "Stressfri hverdag for børn og unge".

☐ Formål 2: Tilladelse til at Aarhus Universitet må behandle de indsamlede data til fremtidige forskningsprojekter på Aarhus Universitet.

(Afkryds de felter du ønsker at give samtykke til)

Mit barns navn: _____

Mit barns cpr-nummer er: _____

(underskrift og dato)

BEDES AFLEVERES TIL DIT BARN'S KLASSELÆRER INDEN OPSTART AF UNDERVISNINGSFORLØBET .b

Bilag 3: Det samlede, elektroniske spørgeskema

Det samlede, elektroniske spørgeskema, printet direkte fra REDCap og indscannet, bestående af spørgeskemaerne SCQ, SDQ, WHO-5, BRS, SQ og CAMM, som deltagerne i pilotprojektet besvarede før og efter .b. Indledningsvis med spørgsmål til personoplysninger, som kun var inddraget i førsørgeskemaet, og afslutningsvis med spørgsmål til egen praksis, som kun var inddraget i efterspørgeskemaet.

1	record_id	Record ID	text								
2	intro	Til evaluering beder vi dig svare på følgende spørgsmål så ærligt, som du kan. Mange af spørgsmålene kan ligne hinanden, men det er vigtigt, at du svarer på alle spørgsmålene alligevel. Brug ikke for meget tid på hvert enkelt spørgsmål, men svar hvad der falder dig ind.	descriptive								
3	name	Dit fulde navn	text								
4	cpr	Dit CPR-nummer	text (dk_cpr), Required								
5	date_0	Dato for udfyldelse af dette skema (i dag) <i>Du kan trykke på Today</i>	text (date_dmy)								
6	cohab_0	Hvem bor du sammen med?	<table><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></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
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										

			<table border="1"> <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>Andet</td></tr> </table>	4	Kun hos min mor	5	Kun hos min far	6	Mest hos en plejefamilie eller anden familie	7	Andet				
4	Kun hos min mor														
5	Kun hos min far														
6	Mest hos en plejefamilie eller anden familie														
7	Andet														
7	class_0	Hvilken klasse går du i?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>4. klasse</td></tr> <tr><td>2</td><td>5. klasse</td></tr> <tr><td>3</td><td>6. klasse</td></tr> <tr><td>4</td><td>7. klasse</td></tr> <tr><td>5</td><td>8. klasse</td></tr> <tr><td>6</td><td>9. klasse</td></tr> </table>	1	4. klasse	2	5. klasse	3	6. klasse	4	7. klasse	5	8. klasse	6	9. klasse
1	4. klasse														
2	5. klasse														
3	6. klasse														
4	7. klasse														
5	8. klasse														
6	9. klasse														
8	school_no	Skriv skolens nummer (oplyses af læreren)	text												
9	teacher_no	Skriv mindfulnesslærerens nummer (oplyses af læreren)	text												
10	my_first_instrument_588e13_complete	Section Header: <i>Form Status</i> 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: Social Kapital (social_kapital)															
11	ho_sc1_0	Section Header: <i>Hvor enig eller uenig er du i følgende?</i> Eleverne i min klasse kan godt lide at være sammen	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>5</td><td>Helt uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig	5	Helt uenig		
1	Helt enig														
2	Enig														
3	Hverken enig eller uenig														
4	Uenig														
5	Helt uenig														
12	ho_sc2_0	De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig				
1	Helt enig														
2	Enig														
3	Hverken enig eller uenig														
4	Uenig														

			5 Helt uenig										
13	ho_sc3_0	Andre elever accepterer mig, som jeg er	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>5</td><td>Helt uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig	5	Helt uenig
1	Helt enig												
2	Enig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Uenig												
5	Helt uenig												
14	ver_sc1_0	Section Header: <i>Hvor enig eller uenig er du i følgende?</i> Jeg føler, at mine lærere accepterer mig, som jeg er	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>5</td><td>Helt uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig	5	Helt uenig
1	Helt enig												
2	Enig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Uenig												
5	Helt uenig												
15	ver_sc2_0	Jeg føler, at mine lærere kan lide mig som person	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>5</td><td>Helt uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig	5	Helt uenig
1	Helt enig												
2	Enig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Uenig												
5	Helt uenig												
16	ver_sc3_0	Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>5</td><td>Helt uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig	5	Helt uenig
1	Helt enig												
2	Enig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Uenig												
5	Helt uenig												
17	sb_sc1_0	Section Header: <i>Hvor enig eller uenig er du i følgende?</i> På vores skole er det rart at være	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig		
1	Helt enig												
2	Enig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Uenig												

			5 Helt uenig										
18	sb_sc2_0	Jeg føler, at jeg hører til på min skole	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Helt enig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enig</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hverken enig eller uenig</td></tr> <tr><td>4</td><td>Uenig</td></tr> <tr><td>5</td><td>Helt uenig</td></tr> </table>	1	Helt enig	2	Enig	3	Hverken enig eller uenig	4	Uenig	5	Helt uenig
1	Helt enig												
2	Enig												
3	Hverken enig eller uenig												
4	Uenig												
5	Helt uenig												
19	sb_sc3_0	Section Header: <i>Hvor enig eller uenig er du i følgende?</i> Hvor tit føler du dig tryk på skolen	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Altid</td></tr> <tr><td>2</td><td>For det meste</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sjældent</td></tr> <tr><td>5</td><td>Aldrig</td></tr> </table>	1	Altid	2	For det meste	3	Nogle gange	4	Sjældent	5	Aldrig
1	Altid												
2	For det meste												
3	Nogle gange												
4	Sjældent												
5	Aldrig												
20	social_kapital_complete	Section Header: <i>Form Status</i> 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: Styrker Og Svagheder (styrker_og_svagheder)													
21	sdq1_0	Jeg prøver at være venlig mod andre. Jeg tænker over, hvordan andre har det	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt				
1	Passer ikke												
2	Passer delvist												
3	Passer godt												
22	sdq2_0	Jeg er rastløs, har svært ved at holde mig i ro i længere tid	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt				
1	Passer ikke												
2	Passer delvist												
3	Passer godt												
23	sdq3_0	Jeg har tit hovedpine, ondt i maven eller kvalme	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt				
1	Passer ikke												
2	Passer delvist												
3	Passer godt												
24	sdq4_0	Jeg deler gerne med andre (slik, spil og lign.)	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	1	Passer ikke								
1	Passer ikke												

			2	Passer delvist
			3	Passer godt
25	sdq5_0	Jeg kan blive meget vred og bliver tit hidsig	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
26	sdq6_0	Jeg holder mig mest for mig selv. Jeg gør mange ting alene eller passer mig selv	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
27	sdq7_0	Jeg gør som regel det, jeg får besked på	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
28	sdq8_0	Jeg er tit bekymret	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
29	sdq9_0	Jeg prøver at hjælpe hvis nogen slår sig, er kede af det eller har det dårligt	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
30	sdq10_0	Jeg har altid uro i kroppen. Jeg har svært ved at sidde stille og holde mig i ro (arme, ben, fingre, hoved eller krop)	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
31	sdq11_0	Jeg har mindst én god ven	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt
32	sdq12_0	Jeg slås meget. Jeg kan få andre til at gøre, som jeg vil	radio (Matrix)	
			1	Passer ikke
			2	Passer delvist
			3	Passer godt

33	sdq13_0	Jeg er tit ked af det, trist eller lige ved at græde	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
34	sdq14_0	Andre på min egen alder synes for det meste godt om mig	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
35	sdq15_0	Jeg bliver nemt distraheret. Jeg har svært ved at koncentrere mig	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
36	sdq16_0	Jeg bliver utryg i nye situationer. Jeg bliver let usikker på mig selv	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
37	sdq17_0	Jeg er god mod yngre børn	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
38	sdq18_0	Jeg bliver tit beskyldt for at lyve eller snyde	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
39	sdq19_0	Jeg bliver mobbet eller drillet af andre børn eller unge	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
40	sdq20_0	Jeg spørger tit om jeg kan hjælpe til, hvis nogen har brug for det (forældre, lærere, børn)	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt
1	Passer ikke								
2	Passer delvist								
3	Passer godt								
41	sdq21_0	Jeg tænker mig om, før jeg gør	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						

		noget	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt						
1	Passer ikke														
2	Passer delvist														
3	Passer godt														
42	sdq22_0	Jeg tager ting som ikke er mine (derhjemme, i skolen eller andre steder)	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt						
1	Passer ikke														
2	Passer delvist														
3	Passer godt														
43	sdq23_0	Jeg kommer bedre ud af det med voksne end med mine jævnaldrende	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt						
1	Passer ikke														
2	Passer delvist														
3	Passer godt														
44	sdq24_0	Jeg er bange for mange ting. Jeg bliver nemt skræmt	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt						
1	Passer ikke														
2	Passer delvist														
3	Passer godt														
45	sdq25_0	Jeg gør de opgaver færdige som jeg begynder på (f.eks. lektier). Jeg er god til at fastholde min opmærksomhed	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Passer ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Passer delvist</td></tr> <tr><td>3</td><td>Passer godt</td></tr> </table>	1	Passer ikke	2	Passer delvist	3	Passer godt						
1	Passer ikke														
2	Passer delvist														
3	Passer godt														
46	styrker_og_sva gheder_compl ete	Section Header: <i>Form Status</i> 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: Fem Trivselsindeks Who5 (fem_trivselsindeks_who5)															
47	who1_0	Section Header: <i>For hvert udsagn bedes du tage stilling til, hvor enig du er i hvert udsagn.</i> 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)														
48	who2_0	I de sidste 2 uger har jeg følt	radio (Matrix)												

		mig rolig og afslappet.	<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)														
49	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)														
50	who4_0	I de sidste 2 uger er jeg vågnet frisk 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)														
51	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)														
52	fem_trivselsindeks_who5_co	Section Header: <i>Form Status</i>	dropdown 												

mplete		Complete?	<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: Brief Resilience Scale (brief_resilience_scale)													
53	brs	Ved hvert af nedenstående udsagn bedes du sætte et kryds, som markerer, hvor enig du er.	descriptive										
54	brs1_0	Jeg kommer normal 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												
55	brs2_0	Jeg har svært ved at klare stressende oplevelser.	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												
56	brs3_0	Jeg kommer mig hurtigt efter en stressende situation.	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												
57	brs4_0	Det er svært for mig at komme ovenpå igen, når der sker noget dårligt.	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												

58	brs5_0	Jeg plejer at komme gennem svære perioder uden de store vanskeligheder.	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												
59	bsr6_0	Det plejer at tage lang tid for mig, at komme mig over modgang eller skuffelser.	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												
60	brief_resilience_scale_complete	Section Header: <i>Form Status</i> 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: Svn (svn)													
61	intro_sleep	De næste spørgsmål handler om, hvordan du sover om natten. Tænk på hvordan det har været i den sidste uge og marker de svar, der passer bedst for dig.	descriptive										
62	sleepq1_0	Sover du godt om natten?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Nej</td></tr> <tr><td>2</td><td>Nogle gange</td></tr> <tr><td>3</td><td>Ja</td></tr> </table>	1	Nej	2	Nogle gange	3	Ja				
1	Nej												
2	Nogle gange												
3	Ja												
63	sleepq2_0	Når du ligger i din seng, og lyset er slukket, så:	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Falder du i søvn med det samme</td></tr> <tr><td>2</td><td>Ligger du vågen i et stykke tid</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tager det dig lang tid at falde i søvn</td></tr> </table>	1	Falder du i søvn med det samme	2	Ligger du vågen i et stykke tid	3	Tager det dig lang tid at falde i søvn				
1	Falder du i søvn med det samme												
2	Ligger du vågen i et stykke tid												
3	Tager det dig lang tid at falde i søvn												

64	sleepq3_0	Sover du uroligt?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Nogle gange</td></tr> <tr><td>3</td><td>Næsten hver nat</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Nogle gange	3	Næsten hver nat				
1	Aldrig												
2	Nogle gange												
3	Næsten hver nat												
65	sleepq4_0	Vågner du nogle gange i løbet af natten?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Nogle gange</td></tr> <tr><td>3</td><td>Næsten hver nat</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Nogle gange	3	Næsten hver nat				
1	Aldrig												
2	Nogle gange												
3	Næsten hver nat												
66	sleepq5_0	Hvis du vågner op i løbet af natten, så:	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Bemærker du det for det meste ikke</td></tr> <tr><td>2</td><td>Falder du hurtigt i søvn igen</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tager det dig et stykke tid at falde i søvn igen</td></tr> </table>	1	Bemærker du det for det meste ikke	2	Falder du hurtigt i søvn igen	3	Tager det dig et stykke tid at falde i søvn igen				
1	Bemærker du det for det meste ikke												
2	Falder du hurtigt i søvn igen												
3	Tager det dig et stykke tid at falde i søvn igen												
67	sleepq6_0	Føler du dig udhvilet, når du vågner?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Nej</td></tr> <tr><td>2</td><td>Nogle gange</td></tr> <tr><td>3</td><td>Ja</td></tr> </table>	1	Nej	2	Nogle gange	3	Ja				
1	Nej												
2	Nogle gange												
3	Ja												
68	sleepq7_0	Sover du dårligt?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Nej</td></tr> <tr><td>2</td><td>Nogle gange</td></tr> <tr><td>3</td><td>Ja</td></tr> </table>	1	Nej	2	Nogle gange	3	Ja				
1	Nej												
2	Nogle gange												
3	Ja												
69	svn_complete	Section Header: <i>Form Status</i> 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: Camm (camm)													
70	camm1_0	Section Header: <i>Vi vil gerne vide noget om, hvordan du tænker, føler og gør ting. Du skal vælge det svar, der passer bedst til dig.</i> Jeg bliver vred på mig selv, når jeg har følelser, der ikke giver mening.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												

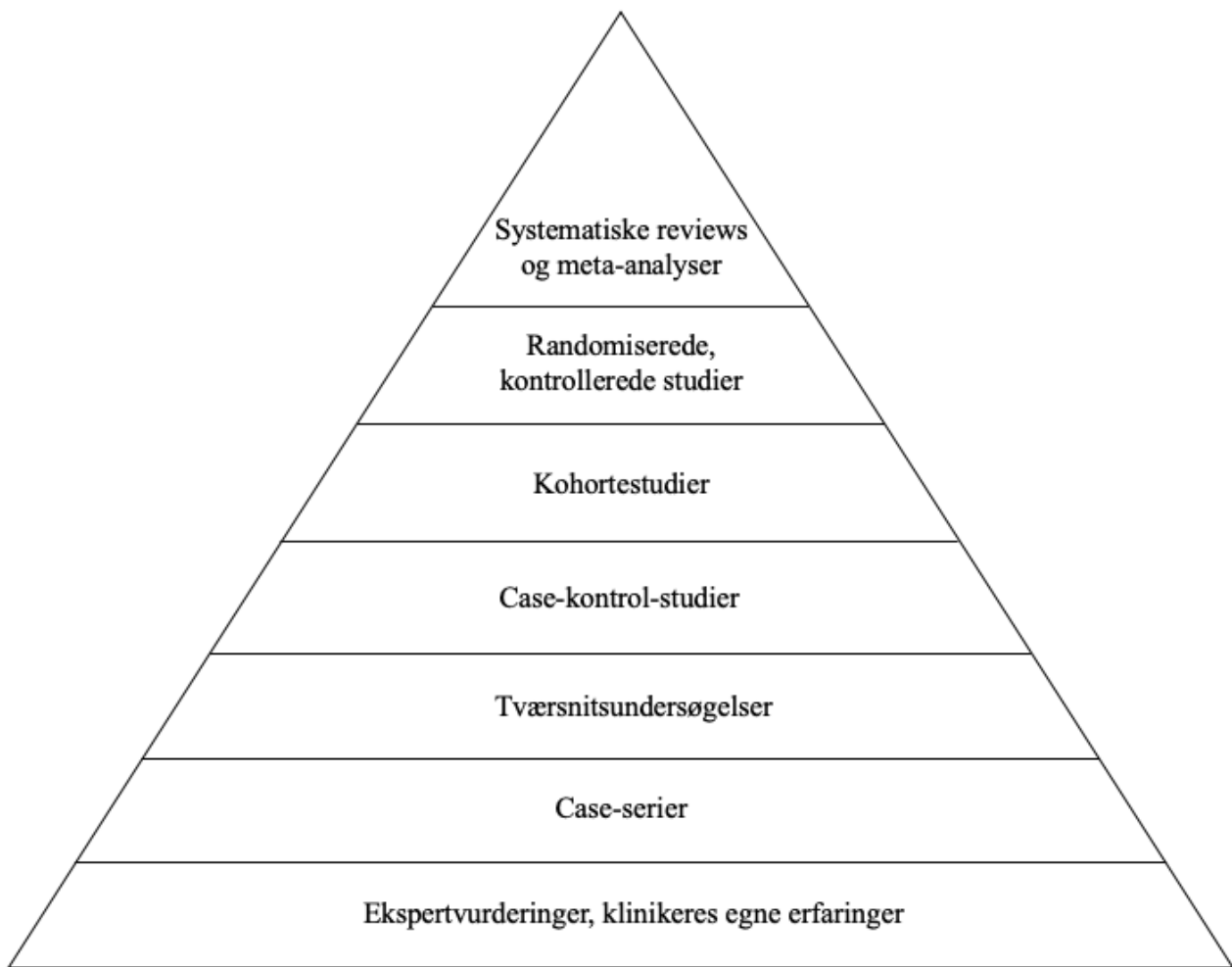
71	camm2_0	Når jeg er i skole, går jeg rundt i min egen verden, uden at lægge mærke til, hvad jeg laver.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
72	camm3_0	Jeg sørger for at have travlt, så jeg glemmer mine tanker og følelser.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
73	camm4_0	Jeg siger til mig selv, at jeg ikke burde have de følelser, som jeg har.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
74	camm5_0	Jeg ignorerer tanker, som jeg ikke kan lide.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
75	camm6_0	Det er svært for mig kun at fokusere på én ting ad gangen.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
76	camm7_0	Jeg bliver vred på mig selv, når jeg har visse tanker.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sjældent sandt</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt						
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												

			<table border="1"> <tr><td>3</td><td>Nogle gange sandt</td></tr> <tr><td>4</td><td>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt				
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
77	camm8_0	Jeg tænker på ting, der er sket i fortiden i stedet for at tænke på ting, som sker lige nu.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
78	camm9_0	Jeg tænker, at nogle af mine følelser er forkerte, og at jeg ikke bør have dem.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
79	camm10_0	Jeg stopper mig selv i at have følelser, som jeg ikke kan lide.	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</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>Ofte sandt</td></tr> <tr><td>5</td><td>Altid sandt</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Sjældent sandt	3	Nogle gange sandt	4	Ofte sandt	5	Altid sandt
1	Aldrig												
2	Sjældent sandt												
3	Nogle gange sandt												
4	Ofte sandt												
5	Altid sandt												
80	camm_complete	Section Header: <i>Form Status</i> 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												

b7_11_2	Section Header: I undervisningen om mindfulness har du prøvet nogle forskellige mindfulness-øvelser. De næste spørgsmål handler om, hvor ofte du har lavet disse øvelser udover i undervisningen. I undervisningen om mindfulness har du lært at tage en pause og fokusere på din vejtrækning ved at lave en 7-11 eller en .b (f.eks. stop, træk vejret, og vær). Hvor ofte har du lavet en 7-11 eller en .b udover i undervisningen?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Én 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	Én eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig											
2	Én eller to gange											
3	Cirka én gang om ugen											
4	Flere gange om ugen											
5	Hver dag											
bed_2	I undervisningen om mindfulness har du prøvet beditation. Hvor ofte har du lavet beditation udover i undervisningen?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Én 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	Én eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig											
2	Én eller to gange											
3	Cirka én gang om ugen											
4	Flere gange om ugen											
5	Hver dag											
prof_2	I undervisningen om mindfulness har du prøvet en meditation, der hedder Prof. Hvor ofte har du lavet Prof udover i undervisningen?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Én 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	Én eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig											
2	Én eller to gange											
3	Cirka én gang om ugen											
4	Flere gange om ugen											
5	Hver dag											
wa_ea_2	I undervisningen om mindfulness har du prøvet at gå mindfuldt eller spise en mundfuld mad mindfuldt. Hvor ofte har du gjort det udover i undervisningen?	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Én 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	Én eller to gange	3	Cirka én gang om ugen	4	Flere gange om ugen	5	Hver dag
1	Aldrig											
2	Én eller to gange											
3	Cirka én gang om ugen											
4	Flere gange om ugen											
5	Hver dag											
ss_2	I undervisningen om mindfulness 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 det	radio (Matrix) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Aldrig</td></tr> <tr><td>2</td><td>Én eller to gange</td></tr> <tr><td>3</td><td>Cirka én gang om ugen</td></tr> </table>	1	Aldrig	2	Én eller to gange	3	Cirka én gang om ugen				
1	Aldrig											
2	Én eller to gange											
3	Cirka én gang om ugen											

	udover i undervisningen?	4 Flere gange om ugen
		5 Hver dag
egen_praksis_complete	Section Header: <i>Form Status</i> Complete?	dropdown
		0 Incomplete
		1 Unverified
		2 Complete

Bilag 4: Evidenshierarkiet



Figur 12: Evidenshierarkiet.