



Uio • Universitetet i Oslo

Oppmerksomt nærvær og stressmestring for foreldre

*En randomisert kontrollert
effektstudie av et foreldrekurs*

Lisa Kristina Goldsack og Frida Bordevich Ballo

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2020

Oppmerksomt nærvær og stressmestring for foreldre

En randomisert kontrollert effektstudie av et foreldrekurs

*“In a family, if there is one person who practices mindfulness,
the entire family will be more mindful”*

- Thich Nhat Hanh (1975/2016, s. 64)

© Lisa Kristina Goldsack & Frida Bordevich Ballo

2020

Oppmerksomt nærvær og stressmestring for foreldre

Lisa Kristina Goldsack & Frida Bordevich Ballo

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Forfattere: Lisa Kristina Goldsack og Frida Bordevich Ballo

Tittel: Oppmerksomt nærvær og stressmestring for foreldre

Veiledere: Magnus Nordmo (hovedveileder) og Christian Krog Tannes (biveileder)

Forskning tyder på at stress påvirker psykisk helse negativt, og at foreldretilværelsen er en tid forbundet med forhøyet stress. Trening i oppmerksomt nærvær er i flere studier forbundet med redusert grad av opplevd stress og internaliserende vansker. I denne oppgaven undersøker vi om et kurs i stressmestring, med trening i oppmerksomt nærvær som hovedelement, har effekt på foreldres evne til oppmerksomt nærvær, deres opplevelse av stress, internaliserende vansker, tilfredshet med livet og velvære. Videre undersøker vi om de eventuelle effektene vedvarte tre måneder etter avsluttet kurs.

Hovedoppgaven baserer seg på allerede innsamlet datamateriale. Studien er en randomisert kontrollert studie og bruker et blandet design med mellomgruppedesign og repeterte målinger. Utvalget bestod av 60 foreldre som ønsket å redusere stresset i familien, og ble tilfeldig fordelt til enten behandlings- eller kontrollgruppe. Følgende spørreskjemaer ble benyttet for å måle henholdsvis oppmerksomt nærvær, stress, internaliserende vansker, tilfredshet med livet og velvære: Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Perceived Stress Scale (PSS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Satisfaction With Life Scale (SWLS) og Outcome Rating Scale (ORS).

Vi gjennomførte en flernivåanalyse for å undersøke om det var en interaksjonseffekt mellom Gruppe (behandlings- eller kontrollgruppe) og Tid (Pre-intervensjon, post-intervensjon eller tre måneders oppfølging). Resultatene viste signifikante interaksjonseffekt på FFMQ (post og oppfølging), HADS-Depresjon (post og oppfølging), SWLS (post) og ORS (post og oppfølging). I tillegg viste en eksplorerende dataanalyse at utfallsvariablene konsekvent endret seg i retning vekk fra nullhypotesen etter intervensjon.

Samlet sett tyder resultatene på at foreldrekurset fører til reduksjon i depresjons-symptomer og økt grad av oppmerksomt nærvær, tilfredshet med livet og velvære. Kurset ser altså ut å ha en helsefremmende og potensielt forebyggende effekt. Videre studier med større utvalg trengs for å replisere funnene, og fremtidige studier kan også undersøke eventuelle smitteeffekter på familien og barna.

Forord

Vårt samarbeid begynte i forelesningssalen på PSI med Sophie Seychelle Havighurst sin inspirerende forelesning. Dette ble starten på en delt interesse for hvordan foreldre og barn i interaksjon påvirker hverandre, og viktigheten av forebyggende arbeid. Vi er derfor takknemlige for Ole Christer Lund og arbeidet hans som tillot oss å gjøre interessen om til en hovedoppgave. Takk for at vi har fått bruke datamaterialet ditt og at vi fikk innblikk i kurset du har utviklet.

Det er flere vi ønsker å takke for hjelp i utarbeidelsen av denne hovedoppgaven. En stor takk til våre veiledere Magnus Nordmo og Christian Krog Tamnes for deres tålmodighet og hjelp i skrivingen av denne oppgaven. Takk til Fridas tante, Trine, for at du er en inspirasjon i ditt arbeid og for gode samtaler rundt oppgavens tema. Takk til Heidi for et godt og kritisk blikk i gjennomlesninger av oppgaven. Takk til Lisa Kristinas forlovede, Lars Petter, for din omsorg og ditt bidrag til stressmestring på delt hjemmekontor i denne perioden, og takk til hennes foreldre for støtte og utvikling i alle år som har gjort at hun nå står ved målstreken til å bli psykolog.

Til slutt vil vi takke hverandre for et produktivt og trygt samarbeid hvor vi har respektert hverandres gode og dårlige dager. Vi har fått glede av hverandres styrker og hatt et givende samarbeid. Tross korona har vi sammen med våre støttespillere klart å ferdigstille oppgaven, noe vi er veldig takknemlige for.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Stress	1
1.1.1	Kroppens stresssystem: HPA-aksen	3
1.1.2	Ulike typer stress	4
1.1.3	Konsekvenser av stress	6
1.2	Stress i familien	8
1.2.1	Stress hos foreldre	8
1.2.2	Foreldre som målgruppe	9
1.2.3	Konsekvensen av stressede foreldre for barna	12
1.3	Oppmerksomt nærvær	15
1.3.1	Aspekter ved oppmerksomt nærvær	16
1.3.2	Effekt av oppmerksomt nærvær	17
1.3.3	Oppmerksomt nærvær i nære relasjoner	19
1.4	Problemstilling	22
2	Metode	23
2.1	Bakgrunn	23
2.2	Design og prosedyre	23
2.3	Etiske hensyn	25
2.4	Utvalg	26
2.5	Måleinstrumenter	28
2.6	Statistiske analyser	29
2.6.1	Manglende data	29
2.6.2	Reliabilitet og validitet	30
2.6.3	Effektstørrelse	31
2.6.4	Kontroll av slutningsfeil	31
2.6.5	Hovedanalyser	32
3	Resultater	34
3.1	Eksplorerende dataanalyse	34
3.2	Modellantagelser	34
3.3	Hovedanalyser	35
3.3.1	Five-Facet Mindfulness Questionnaire	35

3.3.2	Perceived Stress Scale	36
3.3.3	Hospital Anxiety and Depression Scale	37
3.3.4	Satisfaction With Life Scale & Outcome Rating Scale.....	38
3.3.5	Konfidensintervaller	39
4	Diskusjon.....	40
4.1	Hovedfunn	40
4.1.1	Oppmerksomt nærvær	40
4.1.2	Stress	42
4.1.3	Internaliserende vansker	46
4.1.4	Tilfredshet med livet og velvære.....	46
4.2	Nytteverdi av kurset.....	47
4.3	Begrensninger og styrker	48
4.3.1	Manglende mål	48
4.3.2	Ventelistekontroll	49
4.3.3	Frafall	49
4.3.4	Statistisk styrke og signifikans	50
4.4	Videre forskning	51
5	Konklusjon.....	52
	Referanser	53
	Appendiks	69
	Tabell 1: Sosiodemografiske variabler hos deltagerne	27
	Tabell 2: Cronbach's alfa på utfallsvariablene	30
	Tabell 3: Deskriptiv oversikt over utfallsvariablene	34
	Tabell 4: Analyse av FFMQ.....	35
	Tabell 5: Analyse av PSS	36
	Tabell 6: Analyse av HADS-Angst og HADS-Depresjon	37
	Tabell 7: Analyse av SWLS og ORS	38
	Figur 1: Flytskjema av forskningsdesignet	24
	Figur 2: Grafisk fremstilling av sammenkoblet design benyttet i denne studien.....	33
	Figur 3: Grafisk framstilling av FFMQ.....	35
	Figur 4: Grafisk framstilling av PSS	36
	Figur 5 og 6: Grafiske framstillinger av HADS-Angst og HADS-Depresjon	37
	Figur 7 og 8: Grafiske framstillinger av SWLS og ORS	38
	Figur 9: Sammenhengen mellom interaksjonskoeffisienten og konfidensintervallene	39

1 Introduksjon

Basert på utviklingspsykologi og forskning som belyser påvirkningen foreldreatferd har på barn vil vi i denne oppgaven se på stressfaktorer som dominerer foreldretilværelsen og hvordan dette kan påvirke foreldres psykiske helse. Vi undersøker om trening i oppmerksomt nærvær kan utgjøre positiv endring for foreldre, med den antagelsen at dette vil ha positivt utfall også for familien og barna. I oppgaven presenterer vi våre analyser som undersøker om kurset *Senk stresset i familien* har effekt på foreldrenes selvrapporterte stress, angst og depresjonssymptomer, deres tilfredshet med livet og velvære. Vi er spesielt interessert i stress hos foreldre da forskning tyder på at dette kan ha negative effekter på barna og deres utvikling innen en rekke forskjellige domener, inkludert kognitiv utvikling, sosial utvikling, psykisk helse og livskvalitet.

1.1 Stress

Stress kan ses som et overordnet konsept for å forstå mange fenomener relatert til menneskers tilpasning. Det er vanlig å operere med tre ulike definisjoner; stress som stimuli, stress som respons og stress som en dynamisk prosess (Butler, 1993).

Stimulusdefinisjoner av stress stammer fra fysikk og ble senere introdusert av organisasjonspsykologer som hentet inspirasjon fra ingeniørfeltet (Jex et al., 1993). Stress ble introdusert og beskrevet som press i teorien om elastisitet, hvor stress er mengden kraft som virker på et gitt enhetsområde (Kraner et al., 2010). Definisjonen viser hvordan stress bygger seg opp gjennom økt ytre press (Butler, 1993), og potensielt skadelig effekt avhenger av hvor mye stress objektet utsettes for. Stress defineres her som det vi i dag kaller en stressor, altså en ytre påkjenning som virker på individet (Ursin & Eriksen, 2004). Eksempler på stress innenfor denne rammen er hendelser i miljøet som rammer individet, som naturkatastrofer, sykdom og andre ytre livshendelser som det å miste jobben eller miste noen man er glad i (Lazarus & Folkman, 1984, s.21). Stimulusdefinisjonen antar at visse hendelser er objektivt stressende, snarere enn å fokusere på individuelle forskjeller i vurderingen og opplevelsen av slike hendelser (Lazarus & Folkman, 1984, s.13). En slik definisjon gir oss ikke innblikk i hva som skjer i objektet når det utsettes for en stressor, og hvordan stress oppleves og manifesterer seg hos individet. For å forstå dette bedre må vi over til neste forståelsesramme for stress, nemlig responsdefinisjoner.

Responsdefinisjoner, som har vært dominerende innen biologi og medisin, viser til stress som en tilstand, og definerer stress som en individuell reaksjon på stimuli. Stress beskrives her som en respons som inkluderer fysiologiske, emosjonelle og atferdsmessige aspekter (Butler, 1993). Denne definisjonen knyttes historisk sett særlig til Hans Selye (1946). Selye observerte ved flere anledninger i sin karriere at mennesker og dyr viser stereotype responser på utfordring. Blant annet merket han seg at pasienter som led av vidt forskjellige sykdommer viste mange av de samme symptomene. Han undret seg om det kunne underligge samme mekanisme for sykdom, noe han kalte «syndrome of just being sick» (Selye, 1976, s. 138). Senere undersøkte Selye effekten av å injisere hormoner fra kyr i rotter og observerte effekten dette hadde på rottenes organer. Han fant ut at injeksjon av hormoner førte til et bestemt reaksjonsmønster i rottene. Han oppdaget videre at uansett substans så startet injeksjon en karakteristisk triade hos rottene; først skjedde en utvidelse av binyrebarken, etterfulgt av utvidelse av thymus, milten og lymfeknutene, deretter krympet andre lymfekonstruksjoner og dyrene utviklet så magesår. Ved sammenligning tenkte han at reaksjonen han observerte i rottene, var en eksperimentell versjon av syndromet han så hos pasienter på sykehus. Funnene ble først beskrevet i 1936 i *Nature*, og senere kjent som General Adaptation Syndrome (GAS) eller biologisk stress-syndrom (Selye, 1955). I Selyes GAS-modell beskrives den fysiologiske stressreaksjonen i tre distinkte stadier; den innledende alarmreaksjonen som oppstår kort tid etter den utløsende hendelsen, etterfulgt av motstand der kroppens autonome nervesystem jobber mot effekten av en stressor, og til slutt, dersom stresset fortsetter, utmattelsesstadiet der kroppen ikke lenger klarer å takle den aversive stimuleringen (Selye, 1956, s. 54). Stress er her forstått som en fysiologisk reaksjon i kroppen som respons til ytre utfordring. Denne definisjonen har bidratt til økt forståelse av stressende opplevelers virkning på kroppen. Derimot gir modellen ikke en forklaring på hva som gjør at en stimuli oppfattes som stressende for individet, og igangsetter den fysiologiske reaksjonen. Dette utforskes imidlertid i definisjoner som beskriver stress som en dynamisk prosess.

Stress definert som en dynamisk prosess kan ses hos Lazarus og Folkman (1984) som understreker forholdet mellom person og miljø. Definisjonen tar høyde for karakteristikk ved personen på den ene siden og aspekter ved miljøet og hendelsen på den andre. En slik definisjon av stress inkluderer individets særtegn og kognitive faktorer som tanker, holdninger og indre modeller. Mengden stress som forekommer, vil ifølge en slik ramme, påvirkes av opplevd utfordring for individet samt opplevde ressurser man har for å møte utfordringen. Individuelle forskjeller og kognitive faktorer påvirker således både stimulus og respons. I

hvilken grad en hendelse oppleves som stressende vil dermed være påvirket av individets opplevelse av hendelsen i situasjonen, ens historie knyttet til lignende hendelser tidligere, nåværende psykologiske og fysiologiske tilstand, samt ens intensjoner, mål og ønsker (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Stress forstås som en emosjonell og atferdsmessig respons til en krevende hendelse påvirket av individets ressurser og miljøets karakteristikker. Responsen vil som regel involvere en form for ubehag som påvirker atferd og funksjon. Videre vil stress påvirke individet emosjonelt, atferdsmessig og fysiologisk som igjen er med på å påvirke individets grad av opplevd velvære (Crnic & Low, 2002, s. 243).

For å systematisere de overnevnte definisjonene kan vi ta utgangspunkt i en kognitiv aktiveringsteori av stress (Ursin & Eriksen, 2004). Teorien beskriver stress som en samhandling mellom fire aspekter: stimuli (stressor), vurdering av stimuli, respons/aktivering og tolkning av responsen. Ifølge denne teorien aktiveres stressresponsen når det er diskrepans mellom det man forventer at skal skje og det som faktisk skjer. Denne forklaringsmodellen kan hjelpe oss å bedre forstå stress da den skiller mellom en stressende hendelse (stressor) og stress som her er tolkning og atferd hos individet.

Stressbegrepet brukes på ulike måter i dagligtalen og det kan være utydelig hva man viser til. Derfor ønsker vi i denne oppgaven å være klar på at vi med stress i hovedsak baserer oss på definisjonen av stress som en dynamisk prosess. Stress som beskrevet videre i oppgaven referer til de påkjenningene foreldrene opplever, hva dette medfører fysisk og psykisk, samt atferden som følger, og vi vil bruke begrepene stress og foreldrestress om hverandre. Når vi referer til hendelser som skaper stressrespons vil vi omtale dette som en stressor.

1.1.1 Kroppens stresssystem: HPA-aksen

Akutte stressresponsen fremmer livsviktig tilpasning og forbereder en respons på potensielt farlige situasjoner. En slik stressrespons skjer som følge av responser fra det nevralt, kardiovaskulære, autonome og metabolske systemet, i tillegg til immunsystemet (S. Cohen et al., 2007).

Når et individ er i en stresset tilstand skjer det en aktivering av hypothalamus-hypofyse-binyre aksene (HPA), som setter i gang en kaskade av aktivering av ulike hjerneområder og utskillelse av hormoner. Dette starter ved aktivering av hjerneområdet hypothalamus som skiller ut hormonet CRH (corticotropin releasing hormone). Dette hormonet beveger seg ned til hypofysen, som så stimuleres til å skille ut ACTH

(adrenokortikotropt hormon). ACTH skilles ut i blodstrømmen, og binder seg til reseptorer i binyrene. Binyrene skiller deretter ut stresshormoner (glukokortikoider). Det viktigste stresshormonet hos mennesker er kortisol. Kortisol skilles ut i blodet og binder seg til reseptorer i en rekke områder i både kroppen og hjernen. Aktivisering av noen av disse reseptorene vil føre til signaler som går tilbake til hypothalamus og sender signaler om å avslutte stressresponsen. Når dette skjer vil utskillelsen av stresshormoner stoppe, og nivåene vil gå tilbake til normalt nivå (Lupien et al., 2009).

CRH er ikke kun et hormon, men også en nevrotransmitter som bidrar til kommunikasjon mellom hjerneceller. CRH produseres blant annet i amygdala, og er sterkt påvirkelig av stress (Valentino, 1988, s. 47). CRH har blitt pekt på som en viktig substans når det gjelder effekten av tidlig livsstress på senere psykiske vansker. Hos rotter utsatt for tidlig livsstress har studier tydet på en betydelig høyere CRH-produksjon i amygdala sammenliknet med rotter som ikke har vært utsatt for stress (Makino et al., 1999). Funn tyder også på at høyere nivåer av CRH i amygdala, som følge av tidlig livsstress, kan bidra til psykologisk stressrelatert atferd som hyperaktivisering. Videre har studier av rotter vist at tidlig livsstress kan se ut til å forstyrre tilknytningsatferd, gjennom økt utskillelse av CRH og kortikosteron (stresshormon hos rotter) (Moriceau et al., 2009).

Stresshormoner, nevrotransmittere, cytokiner og andre hormoner, er avgjørende for tilpasning til utfordringer og for å kunne respondere på stress. Denne responsen handler om å opprettholde stabilitet eller homeostase gjennom endring. Når signalstoffer som kortisol frigjøres som respons på stressorer fremmes tilpasning. Dersom disse signalstoffene ikke stopper etter stressor er over, ikke frigjøres i tilstrekkelig grad tilstrekkelig under stress, eller når de frigjøres ofte som følge av kontinuerlig utsettelse for stressorer, kan det imidlertid forekomme kumulative endringer som fører til slitasje på kropp og hjerne (Mcewen, 2004). Hvorvidt slik slitasje forekommer vil imidlertid avhenge av typen stressor individet utsettes for, hvor lenge individet er i en stresset tilstand, og hvilke opplevde ressurser personen har til å takle situasjonen. Under følger en kort gjennomgang av ulike typer stress, og hvordan disse tenkes å ha ulik virkning på individets fysiske og psykiske helse.

1.1.2 Ulike typer stress

Stress kan deles inn flere kategorier avhengig av virkningen stresset har på individet og varigheten av stressoren. Selye (1975) foreslår en distinksjon mellom godt stress (eustress) og dårlig stress (distress). Denne distinksjonen avhenger av individets oppfattelse av stimuli, og

hvordan han/hun velger å reagere på den. Såkalt «ufarlig» eller «godt» stress, vil vekke mange av de samme reaksjonene i kroppen som ved andre typer stress (eks. økt puls, og hormonelle endringer), men involverer ikke en oppfatning av fare eller trussel på samme måte. Denne typen stress oppleves gjerne som spenning eller opprømtthet (Selye, 1975). Eustress innebærer å ha et kontrollert, ikke overveldende, stressnivå. Eustress kan hjelpe en i å møte sine mål og innfri hverdagslivets krav på en tilfredsstillende måte (Le et al., 2003). Denne typen stress kan øke ytelse for eksempel i arbeid med en krevende oppgave eller i treningssammenheng (Kranner et al., 2010). Det som i hovedsak skiller distress og eustress er hvordan oppgaven eller situasjonen oppleves. Enkelte situasjoner eller krav kan for individet oppleves som overveldende, og føre til dårligere ytelse, utbrenthet, og andre psykiske vansker. Dette regnes som distress (Selye, 1976, s. 18). Studier av stress på arbeidsplassen har tydet på at stressorer er positivt assosiert med engasjement og trivsel på arbeidsplassen når disse oppfattes som overkommelige utfordringer, men negativt når det oppleves som hindringer (Crawford et al., 2010; Gavin & Mason, 2004). Videre har en studie av O'Sullivan (2011) funnet signifikant positiv korrelasjon mellom eustress og tilfredshet med livet. En studie av Verhaeghe og kolleger (2006) undersøkte sammenhengen mellom velvære og effekten av stress for sykepleiere. Lavere nivåer av velvære var i studien assosiert med større grad av distress, og høyere sykefravær for sykepleiere. Stressorer som opplevdes som utfordrende og samtidig håndterlig var i studien positivt korrelert med tilfredshet i jobben og større grad av eustress. En antakelse i studien var at dersom høyere grad av velvære oppnås og vedlikeholdes så vil mengde distress og negativ virkning av stressor kunne reduseres. Som demonstrert i overnevnte studie kan stressorer virke ulikt på individet avhengig av hvordan stressor oppfattes og hvilke ressurser individet innehar. Livet vil nødvendigvis alltid inneholde kilder til stress, men endret oppfatning av stressoren og økt tro på egen mestring av situasjonen kan se ut til å beskytte mot negative konsekvenser av stress.

Man kan også dele stress inn i ulike kategorier avhengig av hvor lenge individet utsettes for stressorer. Akutt stress kommer som reaksjon på plutselige, kortvarige situasjoner som krever en reaksjon (McEwen, 2004). Akutt stress kan ofte ses i sammenheng med en fryktrespons da man må reagere fort og ofte i form av den klassiske kjempe, flykte, fryse responsen (Raio & Phelps, 2015). På den andre siden forekommer kronisk stress dersom man over lang tid utsettes for stressorer som oppfattes belastende. Denne typen stress er assosiert med negative helsevirkninger (Hammen, 2005). Det er ulike forståelser av tidsrom for at stress skal defineres som akutt eller kronisk, men et forslag fra Dhabhar og McEwen (1997) er at akutt stress varer fra noen minutter til timer, mens kronisk stress varer i flere timer, uker

eller måneder. Det er en antagelse at langvarig, kronisk stress kan virke skadelig på individet og påvirke utvikling, mens akutt stress er nødvendig for tilpasning og unngåelse av fare (Raio & Phelps, 2015). Videre skal vi se nærmere på hvordan stress påvirker individet og de potensielt skadelige konsekvensene stress kan ha.

1.1.3 Konsekvenser av stress

Stress antas å kunne påvirke psykisk og fysisk helse på flere måter (S. Cohen et al., 1997, s. 12). En måte er via atferdsendringer eller mestringsstrategier som følge av stress. Slik atferd er for eksempel røyking, dårligere kosthold, mindre fysisk aktivitet, dårligere og mindre søvn og dårligere ivaretagelse av medisinske tilstander (McEwen, 2008). En annen måte stress kan påvirke psykisk og fysisk helse er gjennom de fysiske reaksjonene som igangsettes i kroppen. Eksponeringer for kronisk stress anses som skadelig da det ser ut til å øke sannsynligheten for langvarige eller permanente endringer i emosjonelle, fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner som påvirker mottakeligheten for sykdom. Dette gjelder for hendelser som vedvarer over en lengre tid, men også korte hendelser som fortsetter å oppleves overveldende lenge etter at de er over (f.eks. overgrep) (Baum et al., 1993). Evnen til å tilpasse seg til gjentatt eksponering av stress bestemmes også av måten man oppfatter en situasjon på (McEwen, 1998).

Forskning har også vist at eksponering for stress tidlig i livet bidrar til økt reaktivitet på stress senere i livet og redusert kognitiv kapasitet i voksen alder, noe som indikerer at effekten av stress i forskjellige livsfaser samhandler (Lupien et al., 2009). Gjentatt utsettelse for stressorer over tid kan i tidlig barndom forstyrre hjerneutvikling, svekke funksjon i kroppens biologiske systemer, føre til langvarige helseproblemer, og bidra til at individet utvikler en lavere toleranse for stress senere i livet (Middlebrooks & Audage, 2008).

Videre antas det at stress kan bidra til utviklingen av internaliserende vansker. Stress har vist å kunne virke inn på nivåer av angst, og studier har antydnet at høyere eksponering for stress har sammenheng med større grad av angstsymptomer (Carter et al., 2006). Flere studier tyder også på en sammenheng mellom stressende livshendelser og utviklingen av depresjon og depresjonssymptomer (Mazure, 1998). Slike studier tyder på at kombinasjonen av genetikk, stress tidlig i livet og vedvarende stress påvirker individuelle reaksjoner på nye stressende hendelser og sårbarheten for psykiske lidelser, som depresjon (Charney & Manji, 2004). Sammenlignet med friske kontrollgrupper har pasienter med alvorlig depressiv episode hatt flere alvorlige livstressorer i tiden før debut ifølge flere studier (Brown et al., 1994;

Hammen, 2005; Mazure, 1998). Særlig dødsfall av en nær person ser ut til å være av betydning. Også andre hendelser med visse kjennetegn er assosiert med utviklingen av alvorlig depresjon. Det er funn som tyder på at hendelser som er uønskede, karakterisert av betydelig stress og som oppleves som livsomveltende i flere tilfeller er forut for, og har sammenheng med utviklingen av en alvorlig depressiv episode (Mazure, 1998)

Stress tenkes blant annet å bidra til psykiske lidelser gjennom ubalanse i kortisolnivåer. En studie av Egeland og kolleger (2005) fant sammenheng på gruppenivå mellom depresjon og hyperkortisolisme, psykomotorisk retardasjon, eksekutiv dysfunksjon og hukommelsesvansker. Det ble imidlertid funnet stor variasjon i tilstedeværelsen av hyperkortisolisme, men forfatterne framlegger en hypotese om at hyperkortisolisme spiller inn ved alvorlig depresjon. Få personer med lett og moderat depresjon viste en dysfunksjonell HPA-regulering, og det ble ikke funnet sammenheng mellom kortisol og kognitiv svikt ved lette depresjoner og enkeltstående episoder. En metaanalyse av Burke og kolleger (2005) beskriver forskjeller i kortisolnivå på pasienter med alvorlig depresjon og ikke-deprimerte kontroller. Begge gruppene viste lignende kortisolnivåer ved baseline og ved utsettelse for stressor, men gruppen med depresjon hadde høyere nivåer av kortisol i rehabiliteringsfasen etter utsettelsen for stressor. Høye nivåer av kortisol kan også bidra til å undertrykke kroppens immunsystem, som igjen kan føre til en økt sårbarhet for infeksjoner og kroniske helseproblemer (Rook, 1999). En annen metaanalyse estimerte en om lag 50% økning i risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer ved høye nivåer av arbeidstress (Kivimäki et al., 2006).

En annen konsekvens av stress er at endring i kortisolnivåer kan påvirke hukommelsen. Høye nivåer av kortisol over tid, som forekommer ved kronisk stress, har vist å kunne virke skadelig på hjerneområdet hippocampus (Lebedeva et al., 2018). Det betyr at overdrevent stress og aktivering kan svekke hukommelsen (Newcomer et al., 1999). Ved at hukommelsen svekkes, svekkes også evnen til å lære av erfaring, og økt sensitivitet for stressorer kan forstyrre evnen til å bedømme om en situasjon er truende eller ikke (McEwen, 1998). På den måten kan stress fostre mer stress. Akutt stress kan på den andre siden fasilitere god minnekonsolidering (Henckens et al., 2009), og mengden av kortisol som frigjøres under utsettelse for en betinget fryktrespons predikerer hvor godt minnet av hendelsen bevares dagen etter. Ved akutt stress vil påfølgende minnekonsolidering sørge for at kroppslig respons til truende hendelser er passende og tilpasningsdyktige i framtiden (McEwen, 2008). Varigheten av stressor er altså av betydning for hvilke konsekvenser stressoren har for individet.

Ovenfor er det redegjort for noen av de potensielt negative konsekvensene av stress. Vi vil i den følgende redegjørelsen fokusere på stress hos foreldre og hvordan foreldrestress kan påvirke foreldres fungering. Videre vil vi se på hvilke konsekvenser dette har for deres barn.

1.2 Stress i familien

1.2.1 Stress hos foreldre

Det å bli og det å være forelder er assosiert med daglige utfordringer og krav i det man begir seg ut på oppdragelsen av, og tilknytningen til sitt eget barn. Studier av foreldrestress og dets effekt på barn fokuserer som oftest på tidlig barndom, men utfordringer knyttet til det å være forelder og det stresset det medbringer stopper ikke når barna blir eldre og etterhvert voksne (Menaghan, 1983, s. 181). Hvilke bekymringer som er mest fremtredende og de største kildene til stress vil imidlertid variere avhengig av hvor barna er i sitt utviklingsforløp og av situasjonen til den spesifikke familien.

Kvalitative studier har gitt innsikt i hvordan det å bli foreldre kan oppleves. En slik studie av Barclay og kolleger (1997) i Australia fant at flere nye mødre ikke følte seg klar for foreldrerollen, og beskriver overgangen som utmattende. En stor del av kvinnene i studien beskrev også perioden etter fødsel som fysisk, mentalt og emosjonelt tappende. Tiden etter fødsel var for de fleste preget av mangel på søvn, mindre grad av sosialisering utenfor hjemmet, og preget av nye bekymringer knyttet til familien og barna. Studier tyder på at vanlige kilder til stress for foreldre til nyfødte er fysisk utmattelse som følge av mangel på søvn og den store endringen i livssituasjon, og bekymringer vedrørende om barnet utvikler seg som normalt og får i seg nok føde (LaRossa & LaRossa, 1981).

For foreldre av barn i skolealder er kilder til stress gjerne knyttet til barnets sosiale tilpasning i overgangen fra barnehage til skole, barnets akademiske prestasjoner og barnets evne til å opprette og holde på vennerelasjoner (Kaplun et al., 2017). Det å være foreldre for tenåringer innebærer potensielt nye utfordringer for båndet foreldre og barn imellom. Det forekommer en økning i krangling og uenigheter mellom foreldre og barn i de tidlige ungdomsårene, og funn tyder på at denne kranglingen er en kilde til fortvilelse for foreldre (Holmbeck, 1996, s. 168). I ungdomsårene tilbringer barna mindre tid med familien, og et longitudinelt studie av Larson og Richards (1991) gjennomført i USA fant at ungdommene rapporterte mindre positiv affekt til familien i denne perioden sammenlignet med tidligere.

Foreldre har i ungdomsårene mindre oversikt over barnas atferd. Bekymringer rundt narkotika, sex, og skoleprestasjoner rapporteres av flere foreldre i denne perioden (Small et al., 1988). Det å ha et barn i ungdomsalder ser også ut til å påvirke foreldrenes velvære. Enkelte studier har funnet signifikant forhold mellom foreldres mentale helse og endringer i familierelasjonen som forekommer i ungdomsårene, og at foreldre beskriver ungdomstiden som en mer vanskelig tid sammenlignet med andre perioder i barnets utvikling (Silverberg & Steinberg, 1990).

Det er også omstendigheter utenfor familien som kan påvirke foreldrenes stressnivå og indirekte påvirke opplevelsen av foreldretilværelsen. Den vanligste av disse er arbeidsforhold (Crnic & Low, 2002, s. 245). En studie fant at økt stress på jobb gikk utover mødres tålmodighet, følsomhet og respons overfor familiemedlemmer. Uavhengige observatører vurderte mødrene som mer atferdsmessig og følelsesmessig tilbaketrukket på dager da mødrene rapporterte større arbeidsmengde eller mellommenneskelig stress på jobb (Repetti & Wood, 1997). I perioder der foreldre opplever større mengder jobbstress tilbringer de mindre positiv tid sammen med barna, er mindre støttende, og bruker mindre effektive teknikker for disiplinering av barna (Kremer-Sadlik & Paugh, 2007). Foreldres individuelle karakteristikk, kognitive ressurser og tilgang på sosial støtte kan være med på å forklare individuelle forskjeller i stressrespons. Høy grad av foreldrestress er gjerne assosiert med livsbelastninger som økonomiske vansker, endringer i jobbsituasjon, flytting, død i familien, konflikter i parforholdet, samt stressorer som medfølger familielivet som travle timeplaner, støy, mangel på søvn, konflikter mellom familiemedlemmer, og foreldrenes egne følelser av frustrasjon, utilstrekkelighet og bekymring knyttet til oppdragelse (McQuillan & Bates, 2017, s. 78).

1.2.2 Foreldre som målgruppe

I denne oppgaven presenteres en studie med foreldre som målgruppe, da vi ønsker å se om oppmerksomt nærvær har positiv effekt for foreldre. Samtidig antas det at ved å jobbe med foreldre kan det påvirke deres barn. Ideen om at familien og konteksten rundt barnet er med på å forme barnets utvikling og patologi har dype røtter innenfor psykologifaget, og strekker seg tilbake til dets opprinnelse (Szapocznik & Kurtines, 1993). Denne tankegangen ses tidlig hos Sigmund Freud i hans fokus på opplevelser i barndommen og undertrykking av traumatiske hendelser som utslagsgivende i utviklingen av psykopatologi (Freud, 1920, s. 169). Innen psykoanalysen vies oppmerksomhet til menneskelige og sosiale omstendigheter

så vel som somatiske tilstander. Etterfølgere av Freud videreutviklet denne ideen, og kritiserte ham for å ikke vektlegge relasjon til foreldre i større grad (Johnsen & Wie Torsteinsson, 2015, s. 24). Psykoanalysen ble senere videreutviklet som behandlingsmetode for barn. Her er Anna Freud, datter av Sigmund Freud, en viktig bidragsyter (Johnsen & Wie Torsteinsson, 2015, s. 24). Barneanalytikere erfarte tidlig at foreldrearbeid var en viktig metode innenfor barnepsykiatrien i behandlingen av psykiske vansker hos barn. En annen viktig bidragsyter er Melanie Klein som mot slutten av 20-tallet postulerte objektrelasjonsteorien. Teorien bringer fram barnets forhold til mor i første leveår som sentralt for barnets utvikling (Teigen, 2004, s.166).

Noen tiår senere beskriver John Bowlby betydningen av tilknytning for barns fremtidige relasjoner, og utvikling av angst og depresjon. Tidlig i karrieren arbeidet Bowlby på en institusjon for unge gutter med atferdsforstyrrelser. I denne jobben observerte han at guttenes relasjon til mor ofte var forstyrret, grunnet langvarig separasjon, noe som ble utgangspunkt for hans fremtidige studier (Bowlby, 1944). Bowlby kritiserte det rådende syn på opphavet til og mekanismene rundt tilknytningsbånd. Innenfor psykoanalytisk teori og læringsteorier på 30-tallet ble det emosjonelle båndet mellom barn og omsorgsgiver beskrevet som en sekundær drift, som eksisterte for å sikre tilfredstillelse av orale behov (Fonagy, 2001). Bowlby på sin side definerer tilknytning som det emosjonelle båndet mellom barn og omsorgsgiver som dannes tidlig i barnets utvikling, og som en biologisk prosess som sikrer overlevelse (Bowlby, 1969). Han hevdet også at tidlig forstyrrelse og separasjon i mor-barn relasjonen burde anses som et viktig bidrag til psykiske lidelser (Bowlby, 1944). Bowlby (1958) hevdet at barn blir født med predisposisjon for sosialt samspill. Han mente at tilknytning økte sjansen for overlevelse gjennom barnets nærhet til omsorgspersonen, tilgang på mat, sosial læring og interaksjon, samt beskyttelse mot farer i miljøet (Bowlby, 1969). Tilknytningsteorien, grunnlagt av John Bowlby og Mary Ainsworth, bygger således videre på evolusjonsteori og poenger framlagt i Darwins *The Origin of Species* (1859). Teorien sammenfaller også med funn fra studier gjort av blant annet Konrad Lorenz (1935) og Harry Harlow (1958) som demonstrerte hvordan man i dyreverden så atferd som indikerte at avkoms tilknytning til sine foreldre hadde andre formål enn kun tilgang på mat. Det er dermed tidlig flere studier og teorier som fremhever betydningen foreldre har på barnas utvikling og psyke.

Tilknytningsteorien har de siste tiårene blitt videreutviklet i takt med ny innsikt om hjernens utvikling. Den amerikanske forskeren Allan N. Schore har vært en viktig brobygger mellom tilknytningsteori og nevrovitenskap, og har forsket på hjernens og psykens utvikling i

sammenheng (Hart & Schwartz, 2009, s.156). Han hevder at spedbarnets nervesystem utvikles gjennom omsorgspersonens emosjonsregulering, altså måten omsorgspersonen møter barnets følelsesmessige uttrykk. Inspirert av Winnicott beskriver han betydningen av nærhet og kroppskontakt mellom spedbarnet og mor, og at denne kontakten hjelper barnet å regulere stress (A. N. Schore, 2000). Ifølge Schore er psykiske vansker resultatet av et samspill mellom genetisk sårbarhet, miljø og psykososiale forhold. Han hevder at manglende emosjonsregulering og stressende livshendelser kan aktivere en medfødt sårbarhet, og at genetikk og miljøfaktorer ikke kan ses uavhengig av hverandre (J. R. Schore & Schore, 2008).

Mens Schore forsøker å bringe sammen nevrotenskap og tilknytningsteori, ses psykoanalytikerens Peter Fonagy som instrumentell i foreningen av psykoanalyse, tilknytningsteori og nevrobiologi gjennom sin teori om mentalisering (Hart & Schwartz, 2009, s.205). Fonagy hevder at selv om barn har en medfødt sårbarhet for visse atferds tendenser eller psykiske lidelser, så vil uttrykket av denne sårbarheten avhenge av miljøet (Fonagy, 2003). Fonagy og Luyten (2009) framlegger at tilknytningsforholdet er en del av komplekst system av epigenetiske faktorer som virker sammen for utviklingen av sårbarhet eller resiliens for psykiske vansker i møte med stress. Ifølge Fonagy er stressende livshendelser, fysiologisk regulering av stress og tilknytningen mellom foreldre og barn nært knyttet sammen.

Barn vil tidlig i utviklingen bruke andre mennesker som holdepunkter for hva de selv skal tenke, føle eller hvordan de skal handle i en sosial situasjon (Tetzchner, 2016, s. 492). Tilknytningsatferd kan forstås som reguleringsatferd. Det nyfødte barnet vil være avhengig av en omsorgsperson for regulering av egen tilstand. Foreldres sensitivitet for barnets emosjonelle uttrykk vil være avgjørende for hvordan barnet selv regulerer sine emosjoner, og hvilke følelser barnet utvikler for seg selv og andre (Gross, 2011, s.10). Denne emosjonsreguleringen, kan skje bevisst eller ubevisst. Dette perspektivet er sentralt i arbeid med foreldre da tilknytningsteorien påpeker hvordan foreldres egen evne til å vedkjenne, tolke og handle på egne emosjoner er utslagsgivende for hvor tilgjengelige de som omsorgsgivere er for barnas emosjonelle uttrykk og opplevelser, og den støtten de kan tilby. Basert på dette er det plausibelt at det å hjelpe foreldre med å håndtere sine egne emosjoner og tilstander av stress, vil gjøre dem bedre rustet til å møte sine barn på en hensiktsmessig måte.

Samlet sett ser vi at foreldres evne til emosjonsregulering, å skape trygg tilknytning og håndtere egne følelser er av stor betydning for barnets fungering og utvikling. I tillegg til at klinisk arbeid med foreldre som opplever stress kan ha positive effekter for foreldrenes egne

psykiske og fysiske helse, så er det altså sannsynlig at arbeid med foreldre er en viktig del i forebygging og behandling av barn og unges psykiske vansker.

1.2.3 Konsekvensen av stressede foreldre for barna

Foreldrene er en viktig faktor for hvordan barna i familien har det og hvordan deres psykiske helse utvikles. Små barn vil være helt avhengige av foreldrene for å regulere egen tilstand (Sroufe, 2005). Allerede før fødsel kan mors stress ha konsekvenser for det kommende barnet og ved vedvarende stress kan det forstyrre utviklingen av fosterets eget stress-responsystem (Neuenschwander & Oberlander, 2017, s. 127). Også senere i utviklingen kan de voksenes forhøyede stressnivå bidra til å sette i gang barns stressrespons (Lund, 2011, s. 26). Stress kan også være med på å forme hvordan hjernen utvikles, og studier tyder på at hjernen i tidlig barndom er spesielt sensitivt for stress (Heim & Nemeroff, 2002). Studier har vist at både mor og fars stressnivåer kan endre utviklingen av barnets hjerne (Chan et al., 2018). Samtidig har vi sett at det å bli foreldre i seg selv bidrar til at foreldrene er mer stresset, som igjen kan påvirke barnet.

Transaksjonsmodellen til Sameroff (2009) kan hjelpe oss å forstå hvordan relasjonen mellom barn og foreldre påvirker barnets utvikling. Modellen demonstrer den kontinuerlige og gjensidige påvirkningen mellom barnet og dets miljø over tid. Ifølge modellen vil dette samspillet gjøre at vansker hos barnet aldri kun vil skyldes foreldre eller barnet alene. Barnets utvikling ses her som et produkt av kontinuerlig og dynamisk interaksjon mellom barnet og dets sosiale miljø. Om vi bruker denne modellen på stress kan vi tenke oss at foreldres stress har en påvirkning på barnet, samtidig som barnet har en påvirkning på foreldres stress.

Selv om flere studier tyder på en sammenheng mellom foreldrestress og negativ utvikling hos barn, så er det ikke klart hvorvidt denne effekten er direkte eller indirekte (Crnic et al., 2005). En antakelse for slik forskning er at foreldreatferd medierer effekten foreldrestress har på barnas funksjon (Deater-Deckard, 1998; Mackler et al., 2015). En alvorlig konsekvens av foreldrestress og påfølgende foreldreatferd stress demonstreres i en studie av Cadzow og kolleger (1999): De undersøkte forholdet mellom en rekke psykososiale og demografiske egenskaper i perioden direkte etter fødsel og sannsynlighet for fysisk overgrep mot barn etter 7 måneder. Resultatene tydet på at opplevd stress relatert til økonomi, bolig og relasjoner i tiden rett etter fødsel var sterkest assosiert med økt sannsynlighet for fysisk barnemishandling ved 7 måneder. Dette tydeliggjør viktigheten av forskning på stressreduksjon hos foreldre, og den betydning slik arbeid potensielt kan ha for barn.

Stress kan også påvirke samhandlingen mellom barn og foreldre, og endre hvordan familiemedlemmer opplever og svarer hverandre. Høy grad av foreldrestress er i enkelte studier assosiert med dårligere, mer usikker tilknytning og atferdsvansker hos barna (Thompson et al., 1993). Foreldre som rapporterer høyere nivåer av stress har i studier vist seg på gruppenivå å ha en mer autoritær foreldrestil, være mer negativ i sine interaksjoner med barna og er mindre involvert i oppdragelsen av barna (Crnic et al., 2005). En studie av Deater-Deckard og Scarr (1996) fant svak, men signifikant evidens for autoritær foreldrestil som medierer i forholdet mellom foreldrestress og atferdsproblemer hos barna. Videre kan en studie gjennomført av Rääkkönen og kolleger på foreldres opplevelse av spedbarns temperament hjelpe å utvide bildet av hvordan foreldrestress er med på å påvirke foreldre-barn dynamikk. Studien undersøkte om en forelders opplevelse av nylige livshendelser som mer stressende var assosiert med denne forelderens, og partnerens, opplevelse av spedbarnets temperament som mer negativt. Resultatene tydet på at jo mer stress en av foreldrene rapporterte, desto mer negativt var den samme foreldrenes egen, og deres partners, rapportering av barnet. Oppfatningen av spedbarnets temperament var minst positivt for foreldredyader som var mer like i opplevd stress. Assosiasjonene var uavhengige av foreldrenes kjønn og foreldre rapporterte nivåer av angst som personlighetstrekk (Rääkkönen et al., 2006). Kronisk stress hos mødre har også vært assosiert med rapportering av fiendtlighet og mindre «moderlig varme» hos deres tenåringsbarn (Hammen et al., 2009). Underliggende prosesser for assosiasjonen mellom foreldrestress og barns tilpasning er imidlertid ikke klare ut fra dagens studier. En vanlig kritikk av forskningen på forholdet mellom stress og atferdsproblemer hos barn er at den som regel er basert på mødres rapportering av atferdsvansker. Det er mulig at foreldre som rapporterer høyere grad av stress opplever barna som mer vanskelig. En annen mulighet er at foreldre med barn med atferdsvansker opplever mer stress enn andre foreldre (McQuillan & Bates, 2017, s. 83)

En annen vanlig kritikk til forskningen på sammenhengen mellom foreldreatferd og utfall for barna er muligheten for at felles genetikk kan ligge bak slike funn. Barn og foreldre har genetiske likheter som kan spille inn og påvirker deres samspill, evne til affektregulering og reaksjoner, samt oppfattelse av stress. Nevrotisisme er et personlighetstrekk som i stor grad handler om tendensen til å oppleve negativ affekt, samt en sensitivitet for emosjonelle stimuli (Costa & McCrae, 1987). Grad av nevrotisisme kan dermed tenkes å være av betydning for hvor stor grad man oppfatter livet som stressende, og hvor belastende stressorer oppleves for individet. Videre har man i flere studier sett at arveligheten av nevrotisisme er stor (Jang et al., 1996). Man kan således tenke seg at foreldre med høy grad av nevrotisisme

vil få barn med en medfødt sårbarhet for å utvikle reguleringsvansker som følge av personlighetstrekket.

Likevel kan ikke gener og miljø ses isolert fra hverandre, da de gjensidig påvirker hverandre, blant annet gjennom epigenetiske prosesser. Med epigenetikk menes endringer i gens funksjon uten at selve DNA-sekvensen endres. Epigenetikk kan forstås som møtet mellom genetikk og miljø, der hvilke gener som uttrykkes påvirkes av miljø og erfaring (Holt et al., 2012, s.84). Studier på dyr har gitt innsikt i hvordan foreldreatferd kan påvirke epigenetiske faktorer hos avkommet. Laboratorieforsøk har demonstrert at ulike foreldreatferd og opplevelser tidlig i livet kan påvirke molekylære endringer på hjernen under utvikling, og føre til aktivering eller inaktivering av gener (Peña & Champagne, 2012). Epigenetiske studier av rotter har blant annet tydet på at hvor mye mor steller barnet påvirker rottens helse og kognitive utvikling senere i livet (Champagne et al., 2008). En anerkjent studie viste at mus med identiske genomer kan utvikle seg vidt forskjellig avhengig av foreldreatferd. Denne studien viste at der mor stelte barna så utviklet de seg som forventet, mens mus utsatt for en uoppmerksom mor som ikke stelte dem voksne opp til å bli gule, overvektige og i fare for å utvikle svulster og diabetes (Morgan et al., 1999). Slike epigenetiske studier underbygger viktigheten av at miljø og arv ikke kan ses uavhengig av hverandre.

Studier har også vist at tilstedeværelsen av stress i en familie påvirker medlemmene ulikt. En longitudinell studie av Torgersen og Janson (2002) undersøkte om høyt objektivt stress i en familie ville ha innflytelse på personlighetsutviklingen til monozygote tvillinger. I studien fant man større personlighetsforskjeller hos voksne tvillingpar med flere delte familiære stressfaktorer i barndommen og tidlig ungdomsår. Tvillingpar med høyt familiestress i disse årene ble mer forskjellige i mål på personlighet (på NEO-PI) i voksen alder enn tvillinger fra familier med lavt stress. Studien tyder på at grad av stress i en familie er med på å påvirke utviklingen av personlighetstrekk, og at hvordan stress i familien påvirker individet er en komplisert prosess som rammer familiens medlemmer ulikt.

Oppsummert ser vi at det å være forelder kan innebære en del stress, og dette stresset ser ut til å bære med seg en rekke negative konsekvenser for foreldrene selv og deres familie. Vi er derfor interessert i å se på om det er noe som kan bidra til å redusere stresset hos foreldrene. Dersom stress oppstår som følge av et sprik mellom det man forventer at skal skje og det som faktisk skjer, kan en logisk vei ut av det være å akseptere vårt indre slik det er (Lund, 2011).

1.3 Oppmerksomt nærvær

Vi er interessert i å se om det finnes metoder for å redusere foreldrestress. En foreslått metode for mestring av stress er oppmerksomt nærvær. Oppmerksomt nærvær har sine røtter i østlige tradisjoner, og stammer fra buddhistisk meditasjonspraksis. Buddha oppnådde ifølge buddhistisk tro «oppvåkning» og befrielse fra lidelse. Buddhas lære inneholder beskrivelser for hvordan andre kan oppnå slik oppvåkning og befrielse, for å slippe gjenfødelse, det endelige målet innenfor buddhismen. En holdning av oppmerksomt nærvær og meditasjon er en sentral del av denne veien mot oppvåkning (Kværne & Borgland, 2019).

Innenfor buddhistiske tradisjoner er en antagelse at menneskelig lidelse oppstår som et resultat av søken etter at ting skal være annerledes enn de er, dette skaper en indre konflikt mellom nåværende tilstand og en idealtilstand. Denne konflikten menes å være konstruert og vedlikeholdt gjennom menneskers fordømmende og ikke-aksepterende holdninger. Slike holdninger går ut på at man vurderer alt fra tanker og følelser, til hendelser og personer, og deler de inn som enten «gode» eller «dårlige». Man ønsker mer av de gode og forsøker å unngå de dårlige. Oppmerksomt nærvær er en tilstand som søker en aksept av det man opplever. Tanken er at en slik aksept og ikke-dømmende holdning vil tillate at man er til stede i øyeblikket, man frigjøres fra stress og man oppnår økt velvære (Nyklíček, 2011).

Oppmerksomt nærvær ble først introdusert som behandlingsmetode innen psykologi av John-Kabat-Zinn med mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR), og har siden blitt introdusert innenfor flere ulike psykologiske behandlingstradisjoner som for eksempel mindfulnessbasert kognitiv terapi, dialektisk atferdsterapi, og aksept og forpliktelsesterapi (Kang & Whittingham, 2010). Oppmerksomt nærvær er mer enn praktiseringen av meditasjonsteknikker, samtidig kan teknikkene brukes som redskap for å bedre fysisk og psykisk helse på flere måter (Kang & Whittingham, 2010). MBSR er et klinisk program opprinnelig utviklet for å lette tilpasningen til fysisk sykdom, og er en systematisk trening i oppmerksomt nærvær-meditasjon for stressreduksjon og mestring av vanskelige følelser (Bishop, 2002). MBSR har i flere studier vist å virke forebyggende og lindrende for en rekke fysiologiske og psykiske tilstander (Grossman et al., 2004). Det har blant annet vist å ha effekt på symptomer ved angst, depresjon, kroniske smerter, stemningsforstyrrelser, og stress hos kreftpasienter (Goldin & Gross, 2010; Greeson et al., 2015; Rosenzweig et al., 2010; Speca et al., 2000). I tillegg kan MBSR bidra til økt velvære og bedre selvtilit (Beddoe & Murphy, 2004). En stor del av sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og andre kronisk sykdommer kan delvis forårsakes eller forverres av livsstilsfaktorer. Endring i

livsstil er i disse medisinske tilstandene en viktig del av behandlingen og veien mot bedring. Ett mål med praktiseringen av oppmerksomt nærvær er å ta større ansvar for egne livsvalg (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Oppmerksomt nærvær har eksistert i ulike former i lang tid, og brukes i dag i behandling av en rekke psykiske symptomer, og er blant annet en mye brukt behandlingsmetode for stressreduksjon, angst- og depresjonssymptomer.

1.3.1 Aspekter ved oppmerksomt nærvær

Meditasjonspraksis og mindfulness-teknikker er redskap for å oppnå en tilstand av oppmerksomt nærvær. Shapiro, Carlson, Astin og Freedman (2006) foreslår at oppmerksomt nærvær består av tre sentrale momenter som kan oppsummeres som intensjon, aktiv oppmerksomhet og holdning:

Intensjon er en sentral del av oppmerksomt nærvær slik det praktiseres i buddhistisk tro. Intensjon handler om hvorfor man ønsker å praktisere, og kan beskrives som målsetningen for meditasjonen. Innenfor buddhismen var opplysning og medfølelse for alle vesener et slikt viktig mål med meditasjon (S. L. Shapiro et al., 2006). Intensjon kan fungere som en påminner for hvorfor man praktiserer, og legger grunnlaget for hva som er mulig å oppnå gjennom meditasjon (Siegel, 2007). I en studie av Diane H. Shapiro (1992) ble intensjonen til deltagerne om hvorfor de ønsket å praktisere oppmerksomt nærvær undersøkt. Studien fant at intensjon var av betydning for utfall. For eksempel oppnådde deltagere med intensjon om selvregulering og stressmestring resultat i tråd med denne intensjonen. Denne studien belyser hvordan intensjon ved meditasjonspraksis er med på å forme opplevelsen og utfallet. I vår studie kan det tenkes at foreldrene inngår i kurset med ulik intensjon og at dette kan være med på å påvirke utfallet av kurset. For å kunne oppnå resultater i tråd med intensjon kreves det også aktiv oppmerksomhet.

Aktiv oppmerksomhet involverer at man i nåværende øyeblikk observerer og legger merke til indre og ytre tilstander. Dette kan innebære en observasjon av tanker, fysiologiske og sensoriske opplevelser eller emosjoner som oppstår. Et vanlig bilde på dette er å se for seg at de tankene eller emosjonelle tilstandene som oppstår i en selv er tog som passerer en togstasjon. Den mediterende part kan observere togene som passerer uten å gå ombord, og uten å jage etter de tankene eller emosjonelle tilstandene som oppstår i øyeblikket (Wells, 2005). Dette involverer å frastå fra tolkninger av det man opplever i øyeblikket, og heller aktivt styre oppmerksomheten og observere det som kommer, fra øyeblikk til øyeblikk (S. L. Shapiro et al., 2006). Evnen til å regulere oppmerksomhet ser ut til å bedres ved trening i

oppmerksomt nærvær (Bishop et al., 2004). Dette fører oss over i det tredje momentet i oppmerksomt nærvær som handler om *hvordan* vi er oppmerksomme.

Hvilken holdning vi har med oss i meditasjonen og i observasjonen av våre opplevelser er en sentral del av oppmerksomt nærvær. Altså hvordan man møter og tenker om det som observeres. Ved å styre oppmerksomheten kan man også bringe inn en holdning av aksept, åpenhet og innsikt. Ved praktisering av oppmerksomt nærvær er tanken at man over tid, i større grad, vil evne å interessere seg for de opplevelsene som oppstår, og tillate seg å gi slipp. En bevisst holdning innenfor oppmerksomt nærvær innebærer å ha tålmodighet og medfølelse for seg selv og andre, og hverken etterstrebe behagelige opplevelser eller unngå ubehag (Kabat-Zinn, 2012, s.106). En oppmerksom holdning er en ikke-dømmende holdning som innebærer en aksept av det som oppstår (Kabat-Zinn, 2012, s.132).

1.3.2 Effekt av oppmerksomt nærvær

Oppmerksomt nærvær er som nevnt ofte brukt for stressreduksjon, men har i flere studier vist å kunne ha positive effekter utover dette. Under følger en kort gjennomgang av etablerte funn på mulige effekter av oppmerksomt nærvær, som kan tenkes å bidra positivt for foreldre, barna og familien som helhet.

Flere studier har sett på sammenhengen mellom oppmerksomt nærvær og opplevelse av stress. En metaanalyse av Chisea og Seretti (2009) undersøkte effekten av MBSR for regulering av stress hos ikke-kliniske grupper. Analysen inkluderte 10 kvantitative studier med kontrollgruppe (venteliste og inaktiv kontroll). De fant at oppmerksomt nærvær hadde en signifikant effekt på stressreduksjon i behandlingsgruppen sammenlignet med kontroll. Studien kan ikke si om det er oppmerksomt nærvær spesifikt som bidrar til endring. MBSR inkluderer både trening i oppmerksomt nærvær og oppmerksom bevegelse, og er et sammensatt program bestående av flere komponenter. Således er det uklart hvilken komponent av kurs i oppmerksomt nærvær som fører til stressreduksjon. En RCT-studie av Hunt og kolleger (2018) undersøkte ulike aspekter ved MBSR for å kunne gi et klarere bilde av *hva* som fører til endring i mål på stressmestring, angst og negativ affekt. Studien fordelte deltagerne tilfeldig inn i fem grupper: 1) oppmerksomt nærvær alene (meditasjon og oppmerksomhetstrening), 2) yoga alene (oppmerksom bevegelse), 3) kombinert oppmerksomt nærvær og yoga (MBSR-gruppe), 4) placebo kontroll (sosial gruppe med tilgang på terapihund) og 5) ingen behandling kontroll. Alle behandlingsgruppene, inkludert placebo, viste signifikant reduksjon i mål på angst og negativ affekt, sammenlignet med kontroll.

MBSR-gruppe og gruppe med oppmerksomt nærvær viste noe bedre utfall. Kun kombinert gruppe var ved fire ukers oppfølging signifikant forskjellig fra kontrollgruppen i mål på angst. Altså var endring i angstmål vedvarende kun for MBSR-gruppen. Når det gjaldt stressmestring så viste MBSR-gruppen og yogagruppen økt grad av adaptiv stressmestring, mens oppmerksomt nærvær gruppen hadde resultater som tydet på at denne gruppen i minst grad lot seg stresse under utfordring. Forfatterne konkluderte med at oppmerksom bevegelse (som brukt i MBSR) med fordel bør inkluderes i oppmerksomt nærvær intervensjoner for å øke sannsynlighet for helsefremmende resultater.

Regulering av følelser er en pågående og ofte utfordrende prosess. Vi oppfatter og tolker til stadighet ytre og indre emosjonelle signaler. Bevissthet rundt egen forståelse av emosjonelle signaler er avgjørende for regulering av atferd og håndtering av impulser (Herwig et al., 2010). Økt grad av oppmerksomt nærvær har i studier vært relatert til større evne til å differensiere egne emosjonelle opplevelser og korrekt identifisering av emosjonelle tilstander i det de oppstår (Hill & Updegraff, 2012). I en gjennomgang av studier på forholdet mellom oppmerksomt nærvær og emosjonsregulering fant Roemer og kolleger (2015) flere positive sammenhenger. De oppsummerer at oppmerksomt nærvær; 1) kan bidra til mindre emosjonell impulsivitet og reaktivitet, 2) har vært assosiert med reduksjon i negative emosjonelle responser og økning i positive følelsesmessige responser, 3) kan føre til reduksjon i atferdsmessig unngåelse, og 4) kan bidra til reduksjon i følelsesreguleringsvansker. Oppmerksomt nærvær har også vært assosiert med større evne til differensiering av følelser og mindre emosjonelle vansker, som emosjonelle svingninger og selvrapportert emosjonell dysregulering (Linehan et al., 2007). Statistiske analyser har indikert at forholdet mellom oppmerksomt nærvær og emosjonell labilitet er mediert av økt emosjonsdifferensiering (Hill & Updegraff, 2012). Ut fra tidligere forskning ser det ut til at praktisering av oppmerksomt nærvær og tilegnelsen av en oppmerksom holdning kan bidra til større evne for emosjonsdifferensiering og bedret emosjonsregulering. Dette er av spesiell interesse i arbeid med foreldre, da foreldre fungerer som modeller for barnas egen utvikling, og er de som hjelper barna å forstå og regulere sine emosjoner.

Vi er i vår effektstudie opptatt av om trening i oppmerksomt nærvær kan ha effekt på foreldres internaliserende vansker, da flere studier indikerer at dette kan påvirke dynamikken i familien og ha negative følger for barns utvikling (Cogill et al., 1986; Downey & Coyne, 1990; Garber et al., 2011). Oppmerksomt nærvær har i flere studier vist å kunne bedre funksjon ved angst og depresjon. Trening i oppmerksomt nærvær har vært assosiert med større resiliens mot tilbakefall ved depresjon og depressiv tenkning i møte med triggere

(Kuyken et al., 2010). Videre har trening i oppmerksomt nærvær vært forbundet med reduksjon i grubling ved depresjon (Feldman et al., 2010). En annen studie fant sammenheng mellom praktisering av oppmerksomt nærvær og nedgang i depressive symptomer, der særlig tre aspekter ved oppmerksomt nærvær viste sammenheng med endringen; å handle med nærvær, ikke-reaktivitet og en ikke-dømmende holdning (Barnes & Lynn, 2010). Oppmerksomt nærvær har også vært assosiert med reduksjon i selvrapportert angst (Arch & Craske, 2010; S. L. Shapiro et al., 1998). I en metaanalyse, basert på 39 studier, konkluderte Hofmann og kolleger (2010) med at oppmerksomt nærvær er en virkningsfull behandling for angst og depresjon.

Trening i oppmerksomt nærvær ser ut til å ha flere fordeler utover «bare» å bedre psykiske vansker. Oppmerksomt nærvær har vist å kunne fremme læringsprosesser (Hyland, 2014). En studie av Coatsworth et al. (2015) undersøkte effekten av å integrere trening i oppmerksomt nærvær inn i et eksisterende familieprogram for foreldre og deres tenåringer. Studiens funn tydet på at oppmerksomt nærvær kombinert med foreldreveiledning bidro til å opprettholde og styrke effekten av foreldreveiledningen over tid. I kurset vi undersøker får foreldrene veiledning i foreldreferdigheter, og det er dermed interessant om samtidig øvelse i oppmerksomt nærvær kan tenkes å kunne øke læringseffekten.

1.3.3 Oppmerksomt nærvær i nære relasjoner

En antakelse for vår oppgave og denne studien er at oppmerksomt nærvær som intervensjon for foreldre vil kunne bidra til bedret psykisk helse for flere i familien. Praktiseringen av oppmerksomt nærvær har vist å ha innflytelse på interpersonlige forhold (Siegel, 2007) som kan virke positivt for familiens funksjon som helhet og for medlemmenes individuelle velvære. Det er videre funnet signifikant sammenheng mellom oppmerksomt nærvær og tilfredshet i kjæresteforhold (McGill et al., 2016). Studier har demonstrert at tilfredshet i nære relasjoner har vist positiv assosiasjon til tilfredshet med livet og bedret psykisk helse (Gambrel & Keeling, 2010). Oppmerksomt nærvær kan virke positivt i interpersonlige forhold på ulike måter (Snyder et al., 2012). Under følger en gjennomgang av hvordan oppmerksomt nærvær er antatt å kunne virke på nære relasjoner og en presentasjon av studier på dette forholdet.

Praktiseringen av oppmerksomt nærvær kan bidra til å endre kvaliteten av vår oppmerksomhet. Ved langvarig meditasjon bedres evnen til å observere vårt eget bidrag i relasjoner (Bishop et al., 2004). Man må være bevisst sine egne indre prosesser for å se

hvordan disse påvirker interaksjonen. På den måten kan man i større grad ta imot det den andre kommer med uten at egen tilstand forstyrrer bildet og bidrar til misforståelser. I følge Siegel (2007) vil tilstedeværelse hos en forelder kreve evne til å motta det barnet kommer med, og observere ens egen deltagelse i interaksjonen, og være oppmerksom på ens egen oppmerksomhet.

En antagelse om kurs i oppmerksomt nærvær for foreldre er at slik kursing kan bidra til økt evne til emosjonsregulering. En mulighet er at oppmerksomt nærvær kan bedre emosjonsregulering gjennom økt evne til å respondere til den andre fremfor å reagere i affekt (Snyder et al., 2012). Ved hjelp av oppmerksomt nærvær er det foreslått at man kan observere egne tanker og følelser som oppstår i relasjon med andre, og dermed i større grad bevisst på egen reaksjon, og slik være bedre rustet i hvordan respondere (Siegel & Hartzell, 2013). Øvelse i oppmerksomt nærvær har vist å kunne bidra til økt evne til å tolerere sterk affekt (Bialy, 2006), mindre emosjonell reaktivitet i møte med stressorer (Arch & Craske, 2010), og mindre svingninger i emosjoner (Linehan et al., 2007). Oppmerksomt nærvær har også vist å kunne promotere emosjonsregulering gjennom å fremme bevissthet for emosjoner når de oppstår, bidra til korrekt identifisering av følelsesuttrykk, samt en aksept av emosjonell tilstand og økt forekomst av positive emosjoner (Jislin-Goldberg et al., 2012; Nielsen & Kaszniak, 2006). Videre har funn antydnet at økt evne til å identifisere og kommunisere følelser, samt regulering av sinneuttrykk, sett ut til å mediere sammenhengen mellom oppmerksomt nærvær og mål på tilfredshet i forhold (Wachs & Cordova, 2007).

En annen måte oppmerksomt nærvær kan virke positivt i nære relasjoner er gjennom stressreduksjon. Campbell og kolleger (2017) undersøkte sammenhengen mellom oppmerksomt nærvær, foreldrestress og foreldres responsivitet til barna. Resultatene viste at jo mer oppmerksomme foreldrene var, jo mer inntonet og responsive var de til deres barns behov. De fant at denne sammenhengen delvis kunne forklares gjennom stressnivå hos foreldrene. Likevel kan ikke stress være den eneste forklaringen på sammenhengen da de fremdeles fant en direkte sammenheng mellom oppmerksomt nærvær på foreldreresponsivitet også når de kontrollerte for stress. Dermed kan foreldre-barn interaksjonen bli påvirket av stressreduksjon hos foreldrene, men også av oppmerksomt nærvær i seg selv. Videre viser annen forskning at foreldres praktisering av oppmerksomt nærvær er antatt å kunne redusere opplevd stress for familien som helhet. Waters (2016) undersøkte i hvilken grad oppmerksomt nærvær hos foreldre var direkte og indirekte relatert til stressnivå hos deres barn. Funnene fra selvrapportering av barn og foreldre indikerte at økt oppmerksomt nærvær hos både barn og foreldre var signifikant negativt relatert til rapportert stressnivå for barna. Forholdet mellom

oppmerksomt nærvær for foreldre og stress hos barna, var imidlertid ikke mediert av oppmerksomt nærvær hos barna. Altså ser det ut til at øvelse i oppmerksomt nærvær for foreldre, kan ha direkte positiv effekt på barnas stressnivå. Oppmerksomt nærvær har videre vist effekt på mellommenneskelig stress og tilfredshet i parforhold. En studie av Carson et al. (2004) undersøkte gjennom randomisert venteliste-kontroll effekten av oppmerksomt nærvær i kjæresteforhold. Deltagerne i dette programmet viste økt skåre i mål på relasjonstilfredshet, autonomi, tilknytning, nærhet og aksept av partner, samt redusert bekymring og stress i forholdet sammenlignet med kontroll. Disse endringene ble observert rett etter programmet og i en tre måneders oppfølgingsperiode. Videre viste deltagerne som praktiserte meditasjon bedre resultater, slik at øvelse i oppmerksomt nærvær på en gitt dag var assosiert med forbedret tilfredshet i forholdet, mestring av stress, mindre grad av stress i forholdet og opplevd stress på dagen oppmerksomt nærvær ble praktisert.

Oppmerksomt nærvær har også vist å øke empati og medfølelse for andre gjennom økt evne for perspektivtakning (S. L. Shapiro et al., 1998; Wachs & Cordova, 2007). En studie av Bluth og Wahler (2011) fant at økt oppmerksomt nærvær hos mødre til førskolebarn var negativt korrelert med mengde innsats involvert i å respondere på barna. Funnen tyder på at oppmerksomt nærvær kan bistå mødre i interaksjon med barna, og bidra til at tiden med førskolebarn oppleves mindre krevende. En antakelse for dette forholdet var at mødre gjennom trening i oppmerksomt nærvær i større grad evnet perspektivtakning, fikk en mer objektiv holdning og ble mindre reaktiv i møte med barnets utagering og emosjonelle uttrykk.

Studiene presentert ovenfor tyder på at oppmerksomt nærvær kan ha positiv effekt på interpersonlige forhold ved å bidra til økt evne til perspektivtakning, å fremme god emosjonsregulering, redusere reaktivitet, føre til stressreduksjon og bidra til økt empati og større grad av positive følelser i nære relasjoner. Videre tyder flere studier på at større tilfredshet i nære relasjoner og sosial støtte er en viktig beskyttelsesfaktor mot psykiske vansker (Whisman & Uebelacker, 2009) og de negative effektene av stress (Sandler et al., 1989). Med bakgrunn i slike studier som underbygger positive effekter av oppmerksomt nærvær for interaksjoner i en familie ønsker vi i denne randomiserte kontrollerte studien å undersøke effektene av et foreldrekurs i oppmerksomt nærvær på foreldrenes psykiske helse.

1.4 Problemstilling

Basert på kunnskap om at stress påvirker psykisk helse negativt, at foreldretilværelsen på gruppenivå er en tid forbundet med forhøyet stress, og at trening i oppmerksomt nærvær kan virke positiv på grad av opplevd stress og internaliserende vansker vil vi i denne oppgaven undersøke følgende:

Vil et kurs i oppmerksomt nærvær med fokus på stressmestring ha effekt på foreldres evne til oppmerksomt nærvær og deres stressnivå, internaliserende vansker, tilfredshet med livet og velvære? Vil eventuelle effekter vedvare tre måneder etter avsluttet kurs?

Problemstillingen vil undersøkes gjennom kvantitative statistiske analyser av et datamateriell bestående av svar på spørreundersøkelser fra 60 foreldre som deltok i en randomisert kontrollert studie.

2 Metode

2.1 Bakgrunn

I denne hovedoppgaven brukes data fra prosjektet *Før/etter undersøkelse av kurslederutdannelsen «Senk stresset i familien»* ved Regionssenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør i 2013-2014, ved prosjektleder Ole Christer Lund. Formål med prosjektet var å foreta en empirisk evaluering av *Senk stresset i familien* kurset og se om det fører til reduksjon i stressrelaterte plager hos kursdeltagerne. *Senk stresset i familien* (Lund, 2011, 2013a) er et 8-ukers kurs som er ment å være et helsefremmende og forebyggende tiltak for foreldre, og via dem, deres barn. Hver uke er det en totimers samling som er bygd opp av et miniforedrag, etterfulgt av gruppesamtale rundt dagens tema. Temaene som blir gjennomgått er: stressmestring, selvfølelse, tilknytning, foreldreteknikker og oppmerksom tilstedeværelse i foreldrerollen. En essensiell del av kurset er øvelser i oppmerksomt nærvær som gjennomføres ved hver kurssamling. De ulike øvelsene består av pusteanker, kroppsskanning, oppmerksom gange og oppmerksom bevegelse. I tillegg til kurssamlingene forventes det at deltagerne gjennomfører hjemmeoppgaver (f.eks. øve på pusteanker-øvelsen) mellom samlingene. Kurset benytter seg av den manualbaserte tilnærmingen *Selvfølelses- og Mindfulness-fokusert Terapi* (SMFT; Lund, 2013a). Under prosjektet ble kursene gjennomført på tre steder i Norge (Stavanger, Vestby og Gol) med to kursledere med helsefaglig bakgrunn på hvert sted. Alle kurslederne gjennomførte et utdanningsprogram i SMFT ved RBUP hvor de fikk opplæring i å lede kurset.

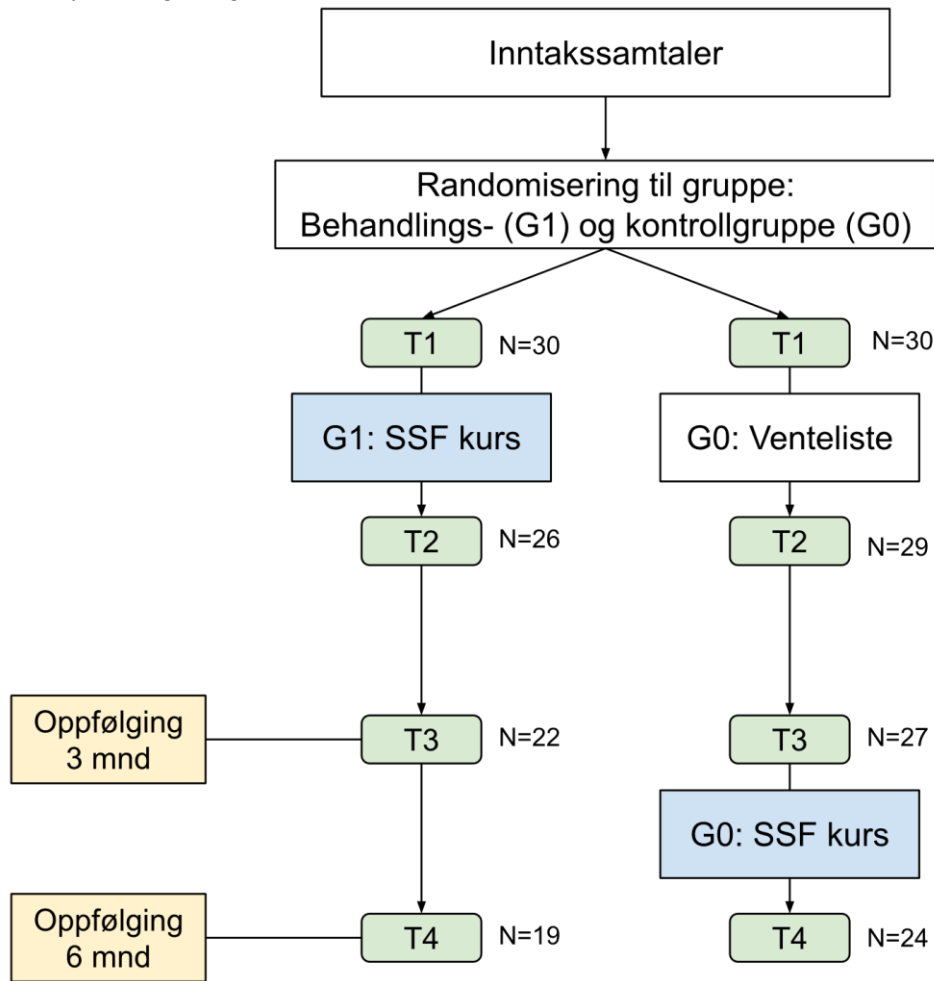
Forut for prosjektet ble det gjennomført tre pilotstudier (Lund, 2012, 2013b) som alle indikerte positive utfall av kurset. I alle de tre pilotstudiene fant de statistisk signifikant økning i velvære. I pilot to og tre fant de i tillegg en statistisk signifikant økning i oppmerksomt nærvær samt en reduksjon i depresjon og blandet angst/depresjon. I den tredje piloten fant de ytterligere reduksjon i angstsymptomer. Alle pilotstudiene var imidlertid uten kontrollgruppe og inkluderte få deltagere, henholdsvis 8, 11 og 13 foreldre. Den aktuelle studien inkluderer kontrollgruppe og totalt 60 deltagere.

2.2 Design og prosedyre

Studien bruker et blandet design med mellomgruppedesign og repeterte målinger (se Figur 1).

Figur 1

Flytskjema av forskningsdesignet



Notat: SSF=Senk stresset i familien, T=Testtidspunkt, N=Antall deltagere som svarte på spørreskjemaene ved gitte testtidspunkt.

Rekruttering av deltagere ble gjennomført via informasjon på plakater, brosjyrer, e-mail og muntlig beskrivelser ved kommunale helsetjenester (helsestasjonen, forebyggende tjenester for barn og familier), barnevernstjenester, skoler, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnehager og ved poliklinikker for voksne. Potensielle deltagere ble tatt inn til inntakssamtaler gjennomført av kurslederne. I inntakssamtalen ble det gjort en enkel kartlegging for å avdekke eventuelle psykiske lidelser, det ble gitt informasjon om kurset og det ble gjennomført en kort øvelse i oppmerksomt nærvær. På dette tidspunktet avgjorde kurslederne om vedkommende skulle bli inkludert i studien og få tilbud om kurset eller ikke. Inklusjonskriteriene for deltagelse var at 1) man må være bosatt i en av kommunene som deltar i studien, 2) man må være forelder til ett eller flere barn i alder 0-15 år, og 3) man må ha et ønske om å redusere stressnivået sitt eller bli en mer tilstedeværende forelder.

Ekksklusjonskriteriene var: pågående psykose, selvmordsrisiko, selvskading, post-traumatisk stress, moderat/alvorlig depresjon, alkohol/rus avhengighet eller andre alvorlige psykiske vansker, eller at man opplever sterkt ubehag ved øvelsen i oppmerksomt nærvær. Deltagere som ble ekskludert grunnet psykiske vansker ble henvist til å søke hjelp et egnet sted. Etter inntakssamtalen ble deltagerne tilfeldig fordelt til enten behandlingsgruppen (G1) som startet kursløpet fortløpende, eller til kontrollgruppen (G0) som stod på venteliste for å motta kurset på et senere tidspunkt.

Datainnsamling ble gjort ved bruk av spørreskjemapakker som ble administrert til hver enkelt deltager i begge grupper ved totalt fire tidspunkter: Første testtidspunkt var rett før behandlingsgruppen gjennomførte kurset (T1), og andre testtidspunkt var rett etter (T2). Rundt tre måneder etter T2, og før kursstart for kontrollgruppen, svarte alle på spørreskjemaene igjen (T3). Like etter kontrollgruppen fullførte kurset, svarte deltagerne på spørsmålene en siste gang (T4), dette var rundt seks måneder etter kursslutt for behandlingsgruppen. For G1 anses de repeterte målingene som pre- og posttest, samt tre og seks måneders oppfølging. De som ble fordelt til å stå på venteliste anses å være kontrollgruppe ved de første tre tidspunktene. I denne oppgaven vil ikke dataen fra T4 bli brukt i hovedanalysene grunnet at G0 ikke lenger fungerer som en kontrollgruppe på dette tidspunktet etter at de også har blitt eksponert for intervensjon.

2.3 Etske hensyn

Forfatterne av denne oppgaven har ikke deltatt under forarbeid, kursholdelse og innsamling av data, og dermed er refleksjonene rundt etske hensyn gjort basert på skriftlig dokumentasjon av prosjektet. Det betyr også at videre arbeid med dataen baserer seg på tillit til at dokumentasjonen stemmer.

Før prosjektstart ble det avklart med Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) at prosjektet ikke var søkepliktig til REK, men at det skulle kvalitetssikres gjennom lokalt personvernombud. Ved RBUP Øst og Sør er dette Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og prosjektet ble søkt inn og godkjent av NSD basert på at informert samtykke, anonymisert datainnsamling og sikker oppbevaring av dataen skulle bli ivaretatt.

Alle deltagerne mottok skriftlig informasjon om prosjektets formål, hva deltagelsen innebar, mulige fordeler og ulemper ved deltagelse, og hva som skjer med den informasjonen om deltagerne som samles inn. Det ble innhentet skriftlig samtykke av samtlige deltagere

hvor det ble presisert at deltagelse var frivillig og gratis, og at man kunne trekke samtykke når som helst uten konsekvenser. Gjennom prosjektet ble all innsamlet data anonymisert og sikkert oppbevart i henhold til NSD søknaden.

I informasjonsskrivet som ble delt ut til alle deltagerne stod det «Kurset er et helsefremmende og forebyggende tiltak som skal føre til stressreduksjon hos kursdeltagerne.». Det kan være problematisk å love spesifikke utfall før kurset er blitt grundig utprøvd da dette kan bidra til å skape urealistiske forventninger hos deltagerne. Det kan oppleves skuffende dersom slike lovnader ikke blir møtt. Et annet sted i samtykkeskrivet står det dog formulert at stressreduksjon kan være en av flere *mulige* fordeler ved å delta i studien. Deltagerne blir tydelig informert om at de deltar i en studie med formål om nettopp å evaluere om kurset bidrar til reduksjon av stressrelaterte plager. Det kan dermed tenkes at det skapes forhåpninger om stressreduksjon, men at man er innforstått med at dette ikke er en garanti.

Ved bruk av kontrollgrupper i forskning kan det være problematisk hvis denne gruppen går glipp av et tilbud som kunne vært hjelpsomt for dem. Dette er tatt hensyn til i denne studien da deltagerne i kontrollgruppen ble satt på venteliste og tilbudt det samme kurset på et senere tidspunkt. Dette sikret at alle deltagerne fikk den potensielle helseeffekten. Dersom man har et stort behov for hjelp idet man melder seg til studien, kan det også oppleves belastende å havne på venteliste. Det ble derfor nevnt i samtykkeskjemaet at mulige ulemper ved å delta i studien er at ventetiden kan oppleves som frustrerende. De med store psykiske vansker ble ikke inkludert i studien, og dermed ikke satt på venteliste, men fikk hjelp til å finne frem til relevant og tilgjengelig tiltak.

2.4 Utvalg

Totalt 60 deltagere ble inkludert ved oppstart av studien. Det var 21 deltagere i Vestby, 20 deltagere i Stavanger og 19 deltagere i Gol. I Vestby og Gol var det kun mødre som var med, mens i Stavanger var halvparten fedre. Fordelt tilnærmet jevnt over de tre stedene ble 30 deltagere randomisert til behandlingsgruppen og 30 til kontrollgruppen.

Det var totalt var 50 kvinner og 10 menn som deltok. Alderen på deltagerne spredde seg fra 28 til 54 år, med en gjennomsnittsalder på 38,8 år. Av de 60 deltagerne var 49 i et parforhold og bodde sammen, 2 var i parforhold uten å bo sammen, og 9 var single/enslige. I gjennomsnitt jobbet deltagerne 28,5 (median 33,5) timer i uken, med et spenn fra 0 til 50 timer i uken. De hadde en medianlønn innenfor 400.000 og 499.000 (brutto heltidsinntekt) og utdanningsnivået til deltagerne lå i snitt (median) på fullført høyere utdanning inntil 4 år.

Antall barn per forelder varierte fra 1 til 7, hvor 18,3% hadde ett barn, 61,7% hadde to barn, 16,7% hadde tre barn, én forelder hadde fire barn og én hadde syv barn. Alderen på barna fordelte seg fra 0 og opp til 26 år, hvor gjennomsnittsalder på familiens yngste barn var 5,2 år (median 4) og gjennomsnittsalder på deres eldste barn var 9,7 år (median 8). Det var ingen signifikant forskjell på de sosiodemografiske variablene mellom behandlings- og kontrollgruppen utfra en tosidig t-test. For å se hvordan disse sosiodemografiske variablene fordeler seg mellom gruppene, se Tabell 1

Videre så vi på om det var noen forskjell mellom behandlings- og kontrollgruppen på utfallsvariablene (se 2.5 Måleinstrumenter) før noen av gruppene hadde fått en intervensjon. Dette var for å se om gruppene var ulike i utgangspunktet på følgende områder: evne til oppmerksomt nærvær, stressnivå, internaliserende vansker eller velvære. Basert på en tosidig t-test fant vi ingen signifikant forskjell mellom gruppene ved T1 på variablene (varierer fra $t(58)=1,5, p=0,15$ til $t(56)=0,2, p=0,85$). Gruppene anses derfor å være tilnærmet like hverandre både på sosiodemografiske faktorer og utfallsvariabler før intervensjon.

Tabell 1

Sosiodemografiske variabler hos deltagerne ved T1

	Total		Kontrollgruppe		Behandlingsgruppe		Tosidig t-test	
	N/M	SD/%	N/M	SD/%	N/M	SD/%	t(58)	p
Kjønn							0,68	0,50
Mødre	50,0	83,3	26,0	86,7	24,0	80,0		
Fedre	10,0	16,7	4,0	13,3	6,0	20,0		
Alder	38,8	5,9	38,9	6,7	38,7	5,2	0,09	0,93
Sivilstatus							1,06	0,29
I et parforhold	51,0	85,0	24,0	80,0	27,0	90,0		
Enslig	9,0	15,0	6,0	20,0	3,0	10,0		
Timer jobb i uken	28,5	14,6	30,4	14,1	26,6	15,1	0,98	0,33
Lønn							0,12	0,90
Under 400'000 kr	25,0	42,0	11,0	37,0	14,0	46,7		
400'000-600'000 kr	24,0	40,0	15,0	50,0	9,0	16,7		
Over 600'000 kr	11,0	18,0	4,0	13,0	7,0	23,3		
Høyeste fullførte utdanning							0,09	0,93
Grunnskole	5,0	8,3	3,0	10,0	2,0	6,7		
Videregående	14,0	23,3	7,0	23,3	7,0	23,3		
Høgskole/universitet	41,0	68,4	20,0	66,7	21,0	70,0		
Antall barn i familien	2,1	0,9	2,0	0,6	2,2	1,1	-0,56	0,58
Alder yngste barn	5,2	4,0	5,3	4,2	5,1	3,8	0,16	0,87
Alder eldste barn	9,7	5,7	10,7	6,4	8,8	4,9	1,27	0,21

Notat: N=antall, M=gjennomsnitt, SD=standardavvik, p=signifikans.

2.5 Måleinstrumenter

Ved alle fire testtidspunkter ble deltagerne bedt om å besvare en spørreskjemapakke bestående av 99 spørsmål. Spørreskjemapakken omfattet sosiodemografiske spørsmål, spørsmål om oppmerksomt nærvær, stress, angst og depresjon, tilfredshet med livet og subjektivt velvære, og et enkeltspørsmål om hva slags annen behandling deltagerne har fått i løpet av kurset. Etter fullført kurs skulle de i tillegg besvare 19 ekstra spørsmål om vurdering av kurslederne, hvor mange kurssamlinger de deltok på, og hvor mye de hadde øvd på oppmerksomt nærvær i løpet av uken.

I denne oppgaven valgte vi å kun basere oss på noen av spørreskjemaene. Utvalget er relativt lite og vi ønsket derfor å begrense hvor mange analyser som ble gjort for å redusere sjansen for type-1-feil. Vi valgte ut skjemaer basert på hvilke utfallsvariabler vi var interessert i og som var mest relevant for temaet i oppgaven. Vi baserte oss kun på spørreskjemaer som er anerkjente. Valg av spørreskjemaene som ble inkludert i analysene ble gjort før vi så på resultatene, og vi lot dermed ikke resultatene styre hva oppgaven omfatter. Totalt skal vi se hvilken effekt intervensjonen har på seks ulike mål basert på følgende spørreskjemaer:

Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006) er et spørreskjema som måler oppmerksomt nærvær. FFMQ består av 39 påstander (eks. «Jeg legger merke til følelsene mine uten at jeg trenger å reagere på dem») som skal besvares fra 1 (aldri/veldig sjeldent sant) til 5 (veldig ofte/alltid sant) basert på hvorvidt man vurderer at utsagnet er gjeldende for en selv. FFMQ måler fem aspekter av oppmerksomt nærvær; observasjon av indre og ytre opplevelser, beskrivelse av indre opplevelser, handle med nærvær, ikke-dømming av egne opplevelser og ikke-reaktivitet av indre opplevelser. Dundas et al. (2013) gjennomførte en studie for å vurdere den norske oversettelsen av FFMQ og fant at alle fem fasettene hadde en signifikant ladning på oppmerksomt nærvær som en overordnet faktor. Vi har derfor valgt å bruke totalskåren av FFMQ for å få et generelt mål på oppmerksomt nærvær framfor å bruke de underordnede fasettene. Dette vil dermed gi en skåre på 39-195 hvor en høyere skåre tolkes som høyere grad av evne til oppmerksomt nærvær.

Perceived Stress Scale (PSS; S. Cohen et al., 1983) er designet for å måle i hvilken grad ulike situasjoner i livet vurderes som stressende. Den inneholder 10 spørsmål om hvor ofte man i løpet av den siste måneden har følt eller tenkt at livet er uforutsigbart, ukontrollerbart og overbelastende, og skal besvares på en skala fra 0 (aldri) til 4 (svært ofte). Besvarelsen på PSS vil resultere i en sumskåre på 0-40 hvor høyere skåre indikerer høyere grad av stress. Skjemaet korrelerer med flere andre mål på stress og relaterte helseplager (S.

Cohen & Janicki-Deverts, 2012; S. Cohen & Williamson, 1988), noe som styrker testens validitet.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) består av 14 påstander (eks. «Jeg har hodet fullt av bekymringer») hvor svarene angis ved å sette kryss ved ett av fire svaralternativer som best beskriver hvordan man har hatt det den siste uken. HADS kan deles inn i tre skalaer: angst, depresjon og blandet angst/depresjon. Høyere skår indikerer høyere grad av internaliserende vansker. I analysene våre benyttes kun skalaen på angst og depresjon. Angst og depresjonsskalaen får hver sin skåre mellom 0-21. I Folkehelseinstituttets psykometriske vurdering av den norske oversettelsen av HADS konkluderte de med at alle skalaene har god indre konsistens og at HADS er et relativt godt validert screeningsinstrument for psykologisk symptombelastning (Leiknes, et al., 2016).

Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985) har som intensjon å fange opp en persons subjektive evaluering av eget liv. Den består av 5 påstander (eks. «På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt») som skal besvares på en Likert-skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Leddene blir slått sammen til en sumskåre fra 5 til 25. Høyere skåre indikerer mer tilfredshet med livet. SWLS har normalt høy reliabilitet, og det er funnet korrelasjoner med flere mål som antas å ha sammenheng med livstilfredshet (eks. negativ korrelasjon med nevrotisisme og positiv korrelasjon med selvfølelse), og betraktes som et relativt valid mål på livstilfredshet (Vittersø, 2009).

Outcome Rating Scale (ORS; Miller et al., 2003) er et kort spørreskjema som er ment å måle endring etter en intervensjon. Man skal svare på hvordan man har hatt det i løpet av den siste uken både personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt. Spørreskjemaet besvares ved å sette et kryss på en 10 cm linje tilhørende hver kategori. Avstanden fra starten av linjen til krysset måles og rundes av til den nærmeste cm. Skårene legges sammen og får en sum fra 0 til 40. Høyere skåre indikerer høyere grad av velvære (subjective well-being). ORS anses å ha høy reliabilitet og moderat konstruktvaliditet (Bringhurst et al., 2006). Sammenlignet med andre måleinstrumenter på internaliserende vansker, livskvalitet, selvtilit og mestringstro viser ORS god samtidig validitet (A. Campbell & Hemsley, 2009).

2.6 Statistiske analyser

Statistiske analyser ble gjennomført i IBM SPSS versjon 26 og R versjon 3.6.2.

2.6.1 Manglende data

I det gitte datamaterialet forekom det to former for manglende data: manglende spørsmålsbesvarelse og frafall. For hver utfallsvariabel ble det laget sumskårer. I tilfeller der deltageren hoppet over ett eller to spørsmål (under 30% manglende besvarelse på et skjema) brukte vi SPSS for å estimere sumskåren basert på de spørsmålene vedkommende hadde svart på. Dette ble gjort ved å regne ut gjennomsnitt for besvarte spørsmål, så gange dette med antall spørsmål i den aktuelle skalaen, og deretter runde av til nærmeste hele tall. Dette gjorde at vi fikk en plausibel sumskåre som vi kunne bruke i videre analyser. I tillegg til noen få manglende spørsmål forekom det også frafall av deltagere, noe som ikke er uvanlig ved longitudinelle studier. Av de 60 deltagerne som startet i studien besvarte 55 skjemaene ved T2, som gir et frafall på 8,3% ved første halvdel av studien. Ved T3 var det 49 som deltok, som fører til et frafall på 18,3% fra T1 til T3. I denne studien benytter vi oss av flernivåanalyser til å håndtere den manglende dataen (se 4.3.3 Frafall).

2.6.2 Reliabilitet og validitet

Cronbach's alfa (α) ble brukt til å måle reliabiliteten til alle måleinstrumentene brukt i denne oppgaven. En alfa over 0,70 anses gjerne som akseptabel grad av reliabilitet, men for psykologiske fenomener kan selv en lavere alfa være akseptabel (Field, 2013, s. 709). I vårt datamateriale ser vi at alle skjemaene har god indre konsistens (se Tabell 2). Laveste målte alfa ses ved HADS depresjon ved T1 og T3, men vi anser det likevel som tilstrekkelig.

Tabell 2

Cronbach's alfa på utfallsvariablene

	<i>T1</i>	<i>T2</i>	<i>T3</i>	<i>T4</i>
FFMQ total	0,91	0,93	0,93	0,94
PSS	0,77	0,79	0,82	0,76
HADS-Angst	0,77	0,78	0,80	0,76
HADS-Depresjon	0,67	0,75	0,66	0,76
SWLS	0,81	0,85	0,80	0,79
ORS	0,75	0,81	0,84	0,84

Siden Cronbach's alfa blir påvirket av antall spørsmål er det ikke overraskende at FFMQ (med totalt 39 spørsmål) får en høy alfa. Vi gjennomførte derfor også reliabilitetsanalyser av alle de fem underfasettene til FFMQ, som består av 7 eller 8 spørsmål hver. Analysene viste også høy reliabilitet på alle fasettene i FFMQ ($\alpha=0,76-0,93$). Videre gjennomførte vi korrelasjonsanalyser og fant at alle fem fasettene korrelerer signifikant, på et 0,01-nivå, med FFMQ totalskåren (gjennomsnittlig $r=0,64$). I tillegg har de fleste fasettene en signifikant

positiv korrelasjon med hverandre (gjennomsnittlig $r=0,35$). Unntakene er «beskrivelse» som er signifikant positivt korrelert med «observasjon», men ikke med de andre fasettene ($p=0,06-0,13$), og vi fant ikke signifikant korrelasjon mellom «observasjon» og «ikke-dømming» ($p=0,80$). Samlet sett vurderer vi at en totalskåre av FFMQ er et reliabelt overordnet mål på oppmerksomt nærvær.

I våre analyser bruker vi anerkjente spørreskjemaer som tidligere har blitt validert. Validitet fordrer god reliabilitet, og analysene over tyder på tilfredsstillende reliabilitet for alle de inkluderte spørreskjemaene.

2.6.3 Effektstørrelse

Effektstørrelse er et kvantifiserbart mål på forskjellen mellom to verdier og sier noe hvor stort omfanget er. Det kan derfor bidra til å si noe om den observerte forskjellen er meningsfull eller ikke (Bakker et al., 2019). For å undersøke effektstørrelsen av resultatene i våre analyser har vi benyttet oss av Cohens d som er et standardisert mål på effektstørrelse (J. Cohen, 1988, s. 20). Vi har regnet ut Cohens d på hver utfallsvariabel ved å ta differansen mellom gjennomsnittet til behandlingsgruppen etter intervensjon (T2/T3) og gjennomsnittet til samme gruppe før intervensjonen (T1), for deretter å dividere på standardavviket ved premåling (T1). Dette er for å se på endringer innad i samme gruppe, og denne innen-gruppe effektstørrelsen gjør det også mulig å sammenligne med andre studier som ikke har kontrollgruppe. Vi benytter oss av Cohens konvensjon, og klassifiserer en d over 0,20 som liten, d over 0,50 som medium og d over 0,80 som stor (J. Cohen, 1988, s. 24–26).

2.6.4 Kontroll av slutningsfeil

Ved hypotesetesting er det hovedsakelig to typer feil man vil unngå: Type-1-feil som forekommer dersom nullhypotesen forkastes når den egentlig er sann (falsk positiv), og type-2-feil som oppstår dersom nullhypotesen aksepteres når den egentlig er feil (falsk negativ) (Bordens & Abbott, 2011, s. 435). I vårt tilfelle er nullhypotesen (H_0) at *Senk stresset i familien* kurset *ikke* har en effekt på utfallsvariablene, mens den alternative hypotesen (H_1) er at kurset *har* en effekt på utfallsvariablene. Det finnes ulike måter å kontrollere for hvor mye man aksepterer type-1 og type-2-feil i det lange løp.

I denne oppgaven gjør vi flere analyser på samme data, som kan være problematisk fordi det ved økt antall tester er økt risiko for type-1-feil. Man kan ta hensyn til dette problemet ved å sette en lavere alfa (α). Fordelen med en slik korrigerings er at man reduserer

sjansen for type-1-feil, ulempen er at man øker sjansen for type-2-feil. Med en liten utvalgsstørrelse vil en korrigerende av α kunne føre til at man ikke fanger opp små effekter. Analysene våre baserer seg på en liten klinisk studie og av den grunn har vi valgt å forholde oss til konvensjonen med en α på 0,05 (Field, 2013, s. 67). For å redusere sjansen for type-2-feil bør det foreligge god statistisk styrke. Statistisk styrke er sannsynligheten for å få et signifikant resultat gitt at H_1 er sann, og Cohen (1992) foreslår at styrken til en test bør ligge på 0,80 eller mer. Den statistiske styrken til en test avhenger av utvalgsstørrelse og effektstørrelse (Field, 2013, s. 70). Ved psykologiske data forventes små effekter, som dermed krever et større utvalg for å fanges opp. Denne studien har et relativt lite utvalg, og kan derfor ikke trekke slutninger om svake statistiske effekter.

Et annet aspekt som bør tas hensyn til for å unngå slutningsfeil er konfidensintervallet til resultatene. Konfidensintervallet kan si noe om hvor stor grad av usikkerhet det er rundt den oppgitte koeffisienten, og blir derfor sterkt påvirket av gruppestørrelse og variabilitet. Det er vanlig å benytte seg av et konfidensintervall på 95% (Field, 2013, s. 55). Dette innebærer at intervallet omfavner den sanne parameter-verdien i 95% av tilfeller, i det lange løp. Konfidensintervallet gir mer informasjon enn p -verdien da den viser den beste estimerte verdien, og gir et spenn på hvor verdien kan ligge (Cumming, 2014). p -verdien kan være misledende siden den indikerer styrke på evidens mot nullhypotesen, men sier ingenting om hvor reliabel verdien er. Signifikanstesting kan skape en dikotom tenkning i form av *effekt* eller *ikke effekt*, mens konfidensintervallet viser at svaret ikke er så enkelt (Cumming, 2014).

2.6.5 Hovedanalyser

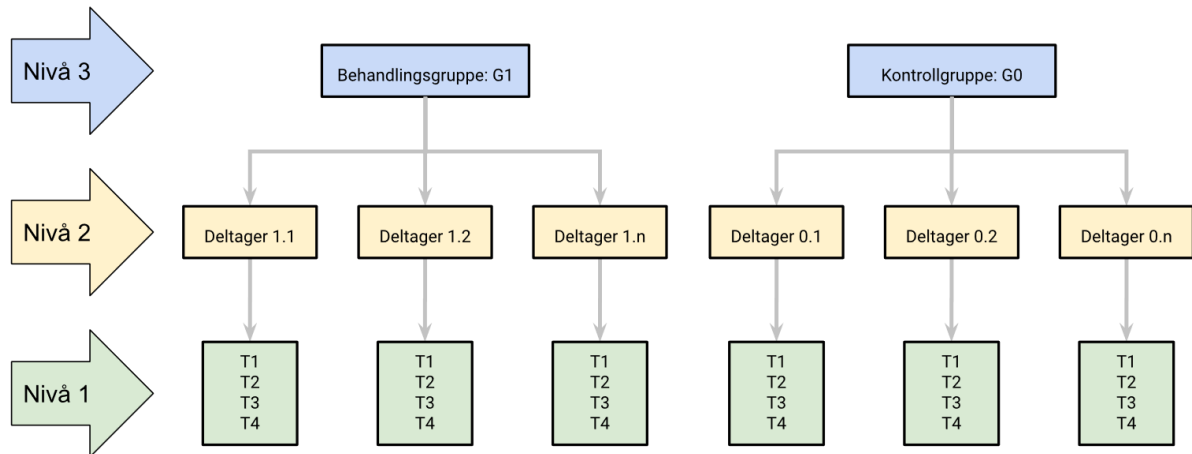
Vi gjennomførte en flernivåanalyse for å undersøke om det skjedde en endring i evne til oppmerksomt nærvær, stressnivå, internaliserende vansker, tilfredshet med livet og velvære. Skårer på FFMQ, PSS, HADS, SWLS og ORS ble brukt som avhengige variabler, mens gruppe og testtidspunkt ble brukt som uavhengige variabler. Ved bruk av en flernivåanalyse kan vi se om det eksisterer noen effekt av testtidspunkt (Tid) og behandlingsbetingelse (Gruppe), og om det er noen interaksjonseffekter (Tid x Gruppe).

Ved vanlig lineær regresjon (ordinary least square) er det en grunnantagelse om at alle observasjoner er uavhengige. Når man måler samme person over tid, som i denne studien, kan man ikke forvente at dataen er uavhengig. Sammenkoblet data fører til avhengige klynger og bryter dermed med betingelsen om at feilvarians er uavhengige fra hverandre, noe man må ha ved lineær regresjon (Field, 2013, s. 165). Vi har derfor valgt å bruke en flernivåmodell i våre

analyser fordi den tar hensyn til denne formen for sammenkoblet design (nested design) og håndterer manglende data (Field, 2013, s. 818).

Figur 2

Grafisk framstilling av sammenkoblet design



Notat: Deltager 1.n.=Gruppe 1 og deltager n, T1-4=Testtidspunkter.

Datsettet vårt kan deles inn i tre nivåer: testtidspunkt, som klynger seg under en deltager, som igjen klynger seg under en gruppe (se Figur 2). Grunnet den gjentatte målingen av samme person vil det føre til avhengighet mellom målingene (nivå 2). Våre forsknings-spørsmål er rettet mot interaksjonseffekten av tid og gruppe og vi er dermed ikke interessert i variasjon på individnivå. Vi bruker derfor en modell som estimerer et individ-orientert skjæringspunkt (random intercept model) i tillegg til de gruppe-orienterte effektene. For å estimere hvilke parametere som passer dataen best er det brukt «maximum likelihood method». Denne metoden brukes for å estimere parametere som kan ta innover seg både variasjonen som oppstår innad og mellom individer. Modell parameterne korresponderes til de verdiene med størst sannsynlighet for å observere datamaterialet som foreligger i studien (Enders, 2010; Hesser, 2015).

Modellen som ble brukt i de påfølgende analysene kan skrives på følgende måte;

$$Y_{ti} = \beta_0 + \beta_1(Tid_{ti}) + \beta_2(Gruppe_i) + \beta_3(Tid_{ti})(Gruppe_i) + b_{0i} + \varepsilon_{ti}$$

hvor Y er den avhengige variabelen ved tidspunkt t for person i . Det estimerte skjæringspunktet for kontrollgruppen er β_0 , β_1 er den estimerte stigningen av Tid (analysert som en faktor), β_2 er den estimerte stigningen av Gruppe og β_3 er den estimerte stigningen av interaksjonen mellom Tid og Gruppe. b_0 tillater at skjæringspunktet varierer og ε_{ti} indikerer målefeil, altså forskjellen mellom den estimerte verdien og den observerte verdien.

3 Resultater

3.1 Eksplorerende dataanalyse

For å få et overblikk over datamaterialet i sin helhet og for å avdekke eventuelle mønstre har vi sett på den deskriptive statistikken av utfallsvariablene. For en oversikt over gjennomsnittlig råskåre på alle utfallsvariablene, på alle fire testtidspunktene, fordelt mellom kontroll- og behandlingsgruppe, se Tabell 3. I tabellen ser vi at det er en endring fra T1 til T2 for behandlingsgruppen i ønsket retning for alle utfallsvariablene. For kontrollgruppen ser det ut til at gjennomsnittskårene på alle variablene, med unntak av PSS, holder seg relativt stabile frem til det tilsynelatende skjer en endring ved T4.

Tabell 3

Deskriptiv oversikt over utfallsvariablene, fordelt på hver gruppe, på de ulike testtidspunktene

		T1		T2		T3		T4	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
FFMQ	Kontroll	124,0	18,4	126,0	20,0	125,3	19,1	139,4	18,1
	Behandling	121,1	17,8	131,5	20,0	134,0	22,5	134,1	18,3
PSS	Kontroll	21,1	4,5	19,3	5,8	18,6	5,3	15,9	4,1
	Behandling	19,3	5,1	16,0	4,0	16,2	5,8	16,7	5,0
HADS-Angst	Kontroll	8,8	4,0	8,7	3,8	8,4	3,8	7,1	3,0
	Behandling	7,8	2,9	6,9	3,0	6,5	3,4	6,2	3,4
HADS-Depresjon	Kontroll	5,1	2,9	5,8	3,4	5,2	3,1	4,0	2,6
	Behandling	4,8	2,9	2,9	1,9	3,2	1,9	3,4	3,1
SWLS	Kontroll	16,7	4,2	16,2	3,7	16,5	3,9	18,1	2,6
	Behandling	16,5	3,8	17,9	4,3	17,3	3,8	17,8	3,9
ORS	Kontroll	24,0	6,5	24,3	7,2	24,9	7,3	30,7	6,0
	Behandling	23,3	6,9	31,0	5,7	28,9	6,1	29,3	6,9

Notat: M=Gjennomsnitt, SD=Standardavvik.

3.2 Modellantagelser

Alle analysene på utfallsmålene ble evaluert i henhold til modellantagelser (Field, 2013, s. 165, 828). Vi så på kriteriene om lineær sammenheng, homogenitet av varians, normalfordeling av residualer, utliggere og individ-orienterte effekter, og at de uavhengige variablene ikke er sterkt korrelert med hverandre. Alle antagelsene vurderes som tilfredsstillende møtt (se Appendiks).

3.3 Hovedanalyser

3.3.1 Five-Facet Mindfulness Questionnaire

I flernivåanalysen av FFMQ ble det observert en statistisk signifikant interaksjonseffekt av Tid x Gruppe ved T2 og T3 (se Tabell 4). Ved måling etter intervensjon (T2) var det medium effektstørrelse ($d=0,59$) og ved tre måneders oppfølging (T3) var effektstørrelsen mellom medium og stor ($d=0,73$), etter Cohens konvensjon. Det ble ikke observert noen hovedeffekt av hverken tid eller gruppe.

Tabell 4

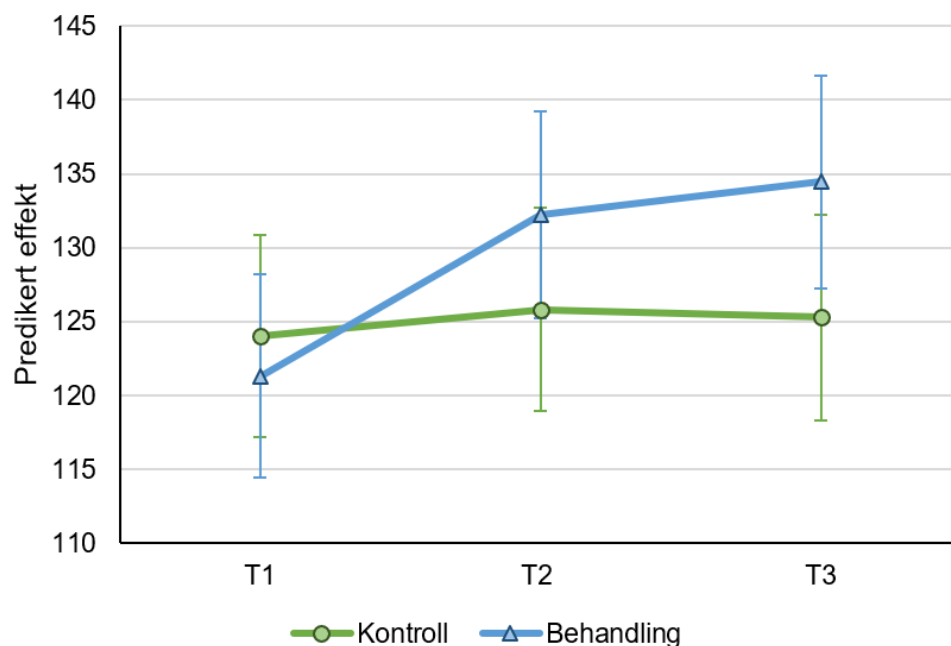
Analyse av FFMQ

	β	SE	df	t	p
(Skjæringspunkt)	124,0	3,5	74,9	35,59	
Tid 2	1,8	2,2	100,7	0,82	0,41
Tid 3	1,3	2,3	101,1	0,57	0,57
Gruppe	-2,7	4,9	75,6	-0,55	0,59
Tid 2 x Gruppe 1	9,1	3,2	101,9	2,81	0,01 **
Tid 3 x Gruppe 1	11,8	3,4	102,4	3,49	0,00 ***

Notat: ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Figur 3

Grafisk framstilling av FFMQ



3.3.2 Perceived Stress Scale

Ved analysen av PSS ble det ikke observert signifikante interaksjonseffekter. Det ble derimot observert en statistisk signifikant hovedeffekt av Tid ved T3 (se Tabell 5), med medium effektstørrelse ($d=0,55$). Det vil si at det er en signifikant reduksjon av målt stress, uavhengig av gruppe, ved tre måneders oppfølging.

Tabell 5

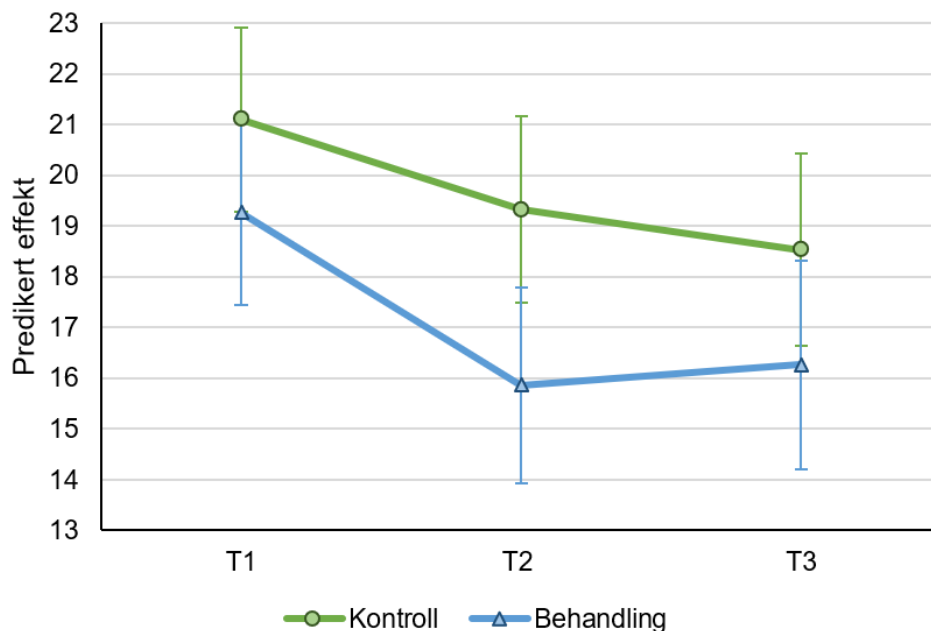
Analyse av PSS

	β	SE	df	t	p
(Skjæringspunkt)	20,2	0,9	115,4	21,80	
Tid 2	-1,8	1,0	102,9	-1,81	0,07
Tid 3	-2,6	1,0	104,0	-2,56	0,01 *
Gruppe	0,0	1,3	115,4	-0,03	0,98
Tid 2 x Gruppe 1	-1,6	1,4	104,9	-1,16	0,25
Tid 3 x Gruppe 1	-0,4	1,5	106,7	-0,30	0,77

Notat: * $p < 0,05$.

Figur 4

Grafisk framstilling av PSS



3.3.3 Hospital Anxiety and Depression Scale

Analysene av HADS-Angst viser ingen signifikante effekter. Ved analysene av HADS-Depresjon derimot fant vi signifikant interaksjonseffekt ved T2 og ved T3 (se Tabell 6) med medium effektstørrelse ved begge tidspunkter (henholdsvis $d=0,67$ og $d=0,56$).

Tabell 6

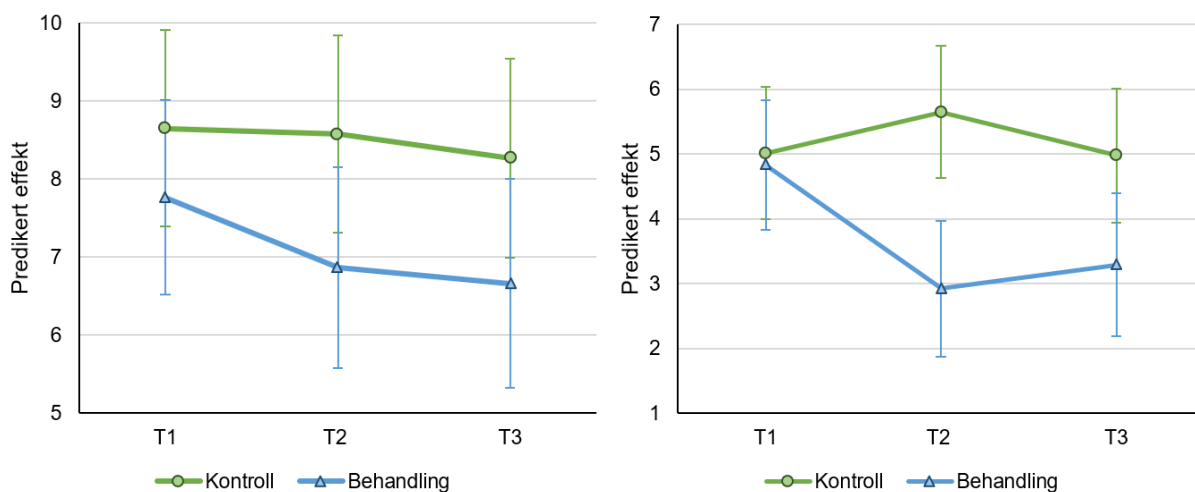
Analyse av HADS-Angst og HADS-Depresjon

	Angst					Depresjon				
	β	SE	df	t	p	β	SE	df	t	p
(Skjæringspunkt)	8,7	0,6	86,8	13,44		5,0	0,5	101,3	9,67	
Tid 2	-0,1	0,5	100,0	-0,15	0,88	0,6	0,5	99,8	1,30	0,20
Tid 3	-0,4	0,5	100,3	-0,75	0,46	0,0	0,5	100,3	-0,08	0,94
Gruppe	-0,9	0,9	85,0	-0,98	0,33	-0,2	0,7	98,8	-0,25	0,80
Tid 2 x Gruppe 1	-0,8	0,7	100,7	-1,16	0,25	-2,5	0,7	100,7	-3,70	0,00 ***
Tid 3 x Gruppe 1	-0,7	0,7	101,4	-0,98	0,33	-1,5	0,7	101,7	-2,10	0,04 *

Notat: * $p<0,05$, *** $p<0,001$.

Figur 5 og 6

Grafiske framstillinger av HADS-Angst og HADS-Depresjon



3.3.4 Satisfaction With Life Scale & Outcome Rating Scale

Som man kan se i Tabell 7 ble det observert en statistisk signifikant interaksjonseffekt av Tid x Gruppe like etter intervensjon (T2) i SWLS, med liten effektstørrelse ($d=0,36$). Effekten var ikke lenger signifikant tre måneder senere (T3).

I analysene av ORS fant vi signifikant interaksjonseffekt ved både T2 og T3 (se Tabell 7). Effektstørrelsene ved begge testtidspunktene anses som store ($d=1,12$, $d=0,81$).

Tabell 7

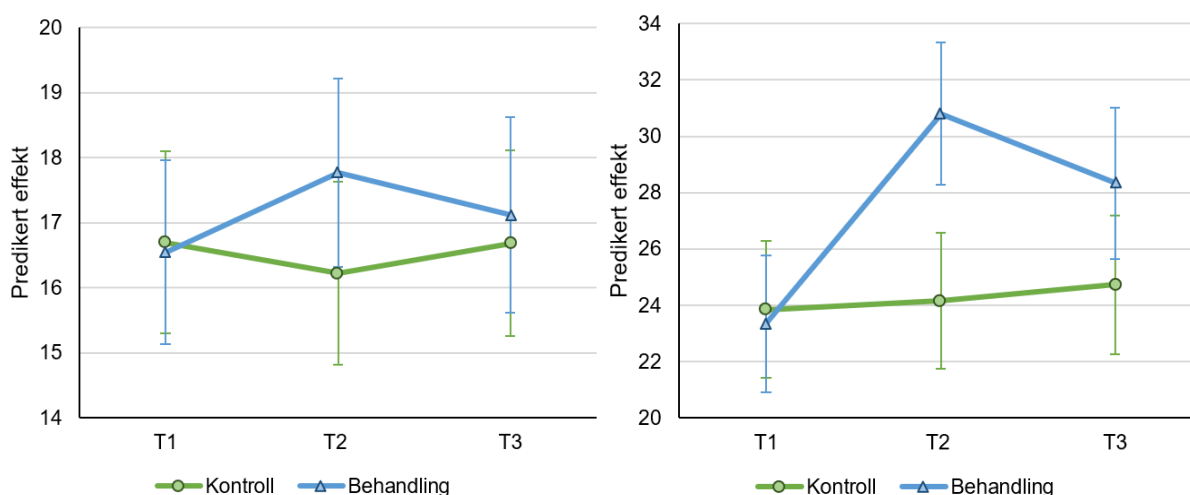
Analyse av SWLS og ORS

	SWLS					ORS				
	β	SE	df	t	p	β	SE	df	t	p
(Skjæringspunkt)	16,6	0,7	84,3	23,34		23,9	1,2	111,3	19,21	
Tid 2	-0,5	0,6	100,0	-0,86	0,39	0,3	1,2	101,3	0,24	0,81
Tid 3	0,0	0,6	100,6	-0,02	0,98	0,9	1,3	102,5	0,69	0,49
Gruppe	0,0	1,0	86,2	0,05	0,96	-0,5	1,8	108,6	-0,29	0,77
Tid 2 x Gruppe 1	1,7	0,8	102,0	2,09	0,04 *	7,2	1,8	102,0	4,02	0,00 ***
Tid 3 x Gruppe 1	0,6	0,8	103,0	0,69	0,49	4,1	1,9	103,6	2,21	0,03 *

Notat: * $p<0,05$, *** $p<0,001$.

Figur 7 og 8

Grafiske framstillinger av SWLS og ORS

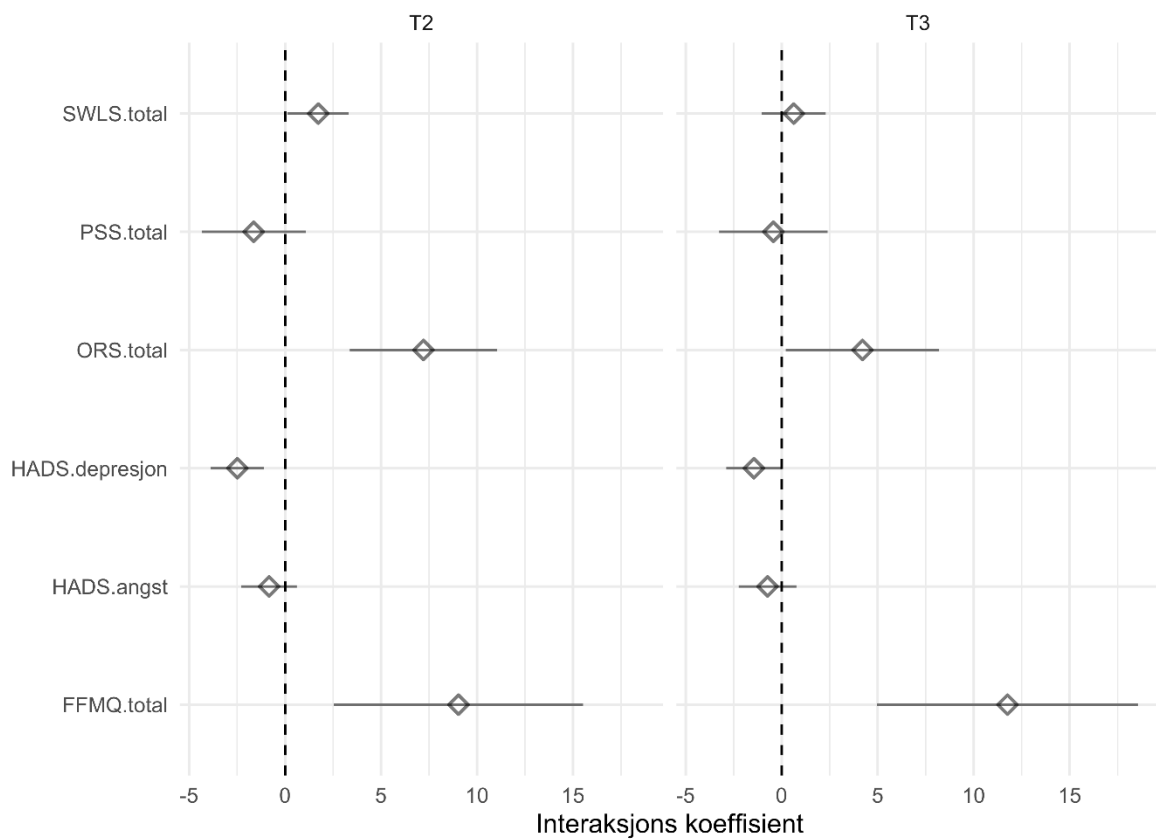


3.3.5 Konfidensintervaller

Ved å se på konfidensintervallene til de ulike resultatene i forhold til en interaksjonskoeffisient på 0 (fremstilt av den stiplede linjen i Figur 9) ser vi at de er overlappende ved flere tilfeller. Konfidensintervallene til SWLS (T2), PSS og HADS-Angst er overlappende, mens konfidensintervallene til SWLS (T1), ORS, HADS-Depresjon og FFMQ ikke er overlappende. Dette illustrerer at det er usikkerhet om det er en interaksjon eller ikke.

Figur 9

Grafisk framstilling av sammenhengen mellom interaksjonskoeffisienten og konfidensintervallene på de avhengige variablene ved T2 og T3



4 Diskusjon

Basert på de gjennomgåtte analysene skal vi svare på problemstillingen om *Senk stresset i familien* foreldrekurset hadde effekt på foreldres evne til oppmerksomt nærvær, opplevelse av stress, internaliserende vansker, tilfredshet med livet og velvære, og om eventuelle effekter vedvarte etter tre måneder. For å vurdere dette ser vi etter en interaksjonseffekt mellom Tid og Gruppe på de ulike utfallsvariablene (FFMQ, PSS, HADS, SWLS og ORS). Dette gjøres for å se om endringen som har skjedd mellom de ulike testtidspunktene er avhengig av om man er i behandlings- eller kontrollgruppen. Hvis det er en større endring hos behandlingsgruppen tolker vi at kurset er avgjørende faktor for endringen.

Våre funn støtter hypotesen om at *Senk stresset i familien* har gunstige effekter. Analysene viste signifikante interaksjonseffekter på utfallsmålene FFMQ, HADS-Depresjon, SWLS og ORS. Dette antyder at kurset fører til økt evne til oppmerksomt nærvær, reduksjon i depressive symptomer, økt tilfredshet med livet og økt velvære for kursdeltagerne. I resten av oppgaven skal vi se nærmere på analysene, diskutere de i sammenheng med annen forskning og teori, og vurdere styrker og svakheter ved de benyttede metodene.

4.1 Hovedfunn

4.1.1 Oppmerksomt nærvær

Et hovedelement i kurset er øvelse i oppmerksomt nærvær. Vi hadde derfor en forventning om at kurset ville påvirke foreldrenes evne til oppmerksomt nærvær. Resultatene av FFMQ-analysene indikerer at intervensjonen hadde effekt på deltagerne evne til oppmerksomt nærvær. Effekten ser til og med ut til å ha økt ytterligere i tiden mellom kursslutt og tre måneders oppfølging (se Figur 3). Et mulig bidrag til en slik økning er at praktisering av oppmerksomt nærvær kan endre ens holdning og atferd i hverdagen. Flere studier har vist at man gjennom oppmerksomt nærvær kan endre oppfatning av seg selv og andre, at dette kan føre til atferdsendring som igjen bedrer samspillet, hvordan man har det i hverdagen og i hvilken grad man evner å være oppmerksomt tilstede (S. L. Shapiro et al., 1998; Singh et al., 2009; Wachs & Cordova, 2007). En slik holdningsendring kan tenkes å bidra til effekten vi ser ved oppfølging, og at grad av oppmerksomt nærvær øker også etter intervensjon.

Trening i oppmerksomt nærvær kan bidra til endring i holdning og atferd på flere måter. Høyere nivåer av oppmerksomt nærvær har vært assosiert med bedre evne til

emosjonsregulering, større grad av selvaksept og større rapportering av positive emosjoner (Jimenez et al., 2010). Oppmerksomt nærvær har i studier vist å kunne promotere emosjonsregulering gjennom å fremme bevissthet for emosjoner når de forekommer, dette har igjen vist å kunne fremme evne til anerkjennelse og korrekt identifisering av følelsesuttrykk, samt en aksept av emosjonell tilstand og økt forekomst av positive emosjoner (Jislin-Goldberg et al., 2012; Nielsen & Kaszniak, 2006). Det kan gjøre at man har bedre tilgang på egne emosjonelle tilstander. Videre har funn antydnet at følelsesferdigheter og oppmerksomt nærvær begge er relatert til ekteskkelig tilfredshet, og at økt evne til å identifisere og kommunisere følelser, samt regulering av sinneuttrykk, ser ut til å mediere sammenhengen mellom oppmerksomt nærvær og mål på ekteskkelig tilfredshet (Wachs & Cordova, 2007). Praktisering av oppmerksomt nærvær har også vist å øke nivåer av empati i ikke kliniske populasjoner (S. L. Shapiro et al., 1998). Vi ser altså at trening i oppmerksomt nærvær bidrar til endring som går utover den konkrete praktiseringen gjennom meditasjon og teknikker for oppmerksomt nærvær, en slik endring kan igjen tenkes å bidra til større grad av tilstedeværelse over tid som observert i vår data. Ved at oppmerksomt nærvær fortsetter å øke etter kurslutt, kan kurset ha positive følger i framtiden.

Oppmerksomme foreldre

Ved at kursdeltagerne er foreldre kan de overnevnte effektene være positive for foreldrene selv, samtidig som det kan gagne flere. En antagelse ved *Senk stresset i familien* kurset er at reduksjon i negative symptomer og økt tilfredshet med livet og velvære hos foreldrene, vil virke positivt på foreldre-barn samspillet og dermed også være fordelaktig for barna deres. Våre analyser fant ikke signifikant effekt av stressreduksjon, men noen studier har vist at det ikke kun er via stressreduksjon at foreldrene responderer bedre på barna. Oppmerksomt nærvær ser ut til å ha en direkte effekt på foreldre-barn interaksjonen (K. Campbell et al., 2017). Basert på våre analyser om at foreldre som deltar på *Senk stresset i familien* kurset blir bedre i oppmerksomt nærvær, styrkes antagelsen om at dette foreldrekurset også vil ha positiv effekt for barna. Det å tilby kurset til foreldrene kan ha forebyggende effekt for deres barn ved at foreldrene for eksempel blir bedre emosjonsveiledere, noe som kan redusere sjansen for at barna utvikler psykiske vansker senere. Ved at foreldrenes evne til å vedkjenne og regulere egne emosjonelle tilstander bedres, så kan det gjøre dem mer rustet til å møte andres emosjonelle uttrykk på en hensiktsmessig måte. Så selv om man ikke skulle sett en endring hos barna med en gang kan det utgjøre en forskjell senere.

Videre vil effektene av kurset kunne virke positivt i *alle* relasjonene foreldre inngår i. Dette kan komme av at oppmerksomt nærvær fører til økt evne til tilstedeværelse i relasjon med andre. Man kan bli bedre til å observere eget bidrag og indre følelsetilstander, og dermed bli mindre reaktiv ovenfor andre. I tillegg er økt grad av oppmerksomt nærvær assosiert med økt empati og medfølelse, og at man opplever andre mer positivt. Videre kan økt evne i oppmerksomt nærvær hos den ene parten i et parforhold gjøre at han/hun i større grad aksepterer også negative sider ved sin partner og er mer tilfreds i forholdet (Kappen et al., 2018). Dette kan tenkes å ha positiv virkning også for partner, da man blir møtt med mer aksept, og en mindre fordømmende holdning. Dersom økt tilfredshet fører til mindre konflikter i hjemmet, kan det være fordelaktig for barna. Med tanke på vår studie kan endringen vi ser i oppmerksomt nærvær virke positivt for foreldrene, deres barn og de relasjonene foreldrene inngår i. Dette er ikke kartlagt i vår studie og kan være noe å se nærmere på i fremtidige studier.

4.1.2 Stress

Med tanke på at kurset heter *Senk stresset i familien*, og fokuserer på stressmestring for foreldre vil det være naturlig å forvente en effekt på stress. Ut ifra analysene av PSS støtter ikke signifikanttestingen at kurset hadde en effekt på stress. Dette var overraskende, basert på studier presentert innledningsvis som tyder på at oppmerksomt nærvær har effekt på stress. Årsaken til at våre analyser ikke resulterer i en signifikant interaksjonseffekt på PSS er uklar. Mulige årsaker er at 1) kurset ikke har en effekt på stress, 2) kurset har effekt på stress som ikke fanges opp, eller 3) intervensjonen har effekt på en annen side av stress enn det PSS måler.

Hypotese 1: Kurset har ikke effekt på stress

Dersom vi kun baserer oss på signifikanttestingen, og har en dikotom holdning til effekt/ikke effekt må vi akseptere nullhypotesen om at dette kurset ikke fører til stressreduksjon. Mulige årsaker til at kurset ikke fører til stressreduksjon kan være at deltagerne ikke praktiserer oppmerksomt nærvær i tilstrekkelig grad, at trening i oppmerksomt nærvær ikke har direkte sammenheng med stressreduksjon, at kurset i realiteten ikke er en opplæring i oppmerksomt nærvær eller at det er andre faktorer som skaper stressreduksjon i begge gruppene.

Når det gjelder trening i oppmerksomt nærvær ble det gjennomført øvelser i fellesskap som en del av kurset og det ble oppfordret til praktisering av oppmerksomt nærvær mellom

møtene, men det var ikke et krav om egentrening. Basert på deltagerne selvrapportering ser vi at foreldrene i behandlingsgruppen i gjennomsnitt øvde ca. 37 minutter ($SD=27$) fordelt på 3 sesjoner ($SD=2$) per uke i løpet av kurset. Det var stor variasjon av deltagerne praktisering av oppmerksomt nærvær mellom samlingene. Meditasjonstid er ikke alltid av betydning for endring (Ribeiro et al., 2018). Meditasjon kan imidlertid være et verktøy for å oppnå en holdning av oppmerksomt nærvær, og gjøre at man håndterer hverdagen på en mer oppmerksom måte. Det er vanskelig å beregne eksakt tid tilbrakt med en holdning av oppmerksomt nærvær, da denne typen oppmerksomhet strekker seg utover tiden tilbrakt som aktivt praktiserende i form av meditasjon. I hvilken grad deltagerne tilegner seg en slik holdning kan variere, og dermed være med på å påvirke deres resultater.

Med bakgrunn i at kurset er basert på oppmerksomt nærvær, men den tilsynelatende ikke hadde en effekt på stress, kan det tenkes at det ikke er en direkte sammenheng mellom oppmerksomt nærvær og stressreduksjon. Dette får vi derimot ikke til å stemme med de studiene som er presentert i denne oppgaven og på feltet som tyder på at det er en sammenheng (Chiesa & Serretti, 2009). Samtidig er det en tendens til at forskning som viser signifikante funn favoriseres når det gjelder publisering (Ferguson & Heene, 2012).

Kurset tar for seg flere temaer utover oppmerksomt nærvær og det kan derfor spekuleres i om *Senk stresset i familien* faktisk er et kurs i oppmerksomt nærvær. Motargumenter for dette er at mål på FFMQ tyder på at kursdeltagerne får økt evne i oppmerksomt nærvær etter intervensjon. Oppmerksomt nærvær kan deles inn i flere underfasetter (observasjon av indre og ytre opplevelser, beskrivelse av indre opplevelser, handle med nærvær, ikke-dømming av egne opplevelser og ikke-reaktivitet av indre opplevelser) noe som våre analyser ikke tar hensyn til. Det er derfor en mulighet at kurset gir opplæring i noen av disse aspektene, men at det ikke tar for seg de fasettene som i større grad påvirker stress. Etter endt kurs svarte kursdeltagerne på spørsmål om kursledernes gjennomføring, hvor de blant annet svarte på om de opplevde at kurslederne lærte dem opp i oppmerksomt nærvær (gjennomsnittsskåre 4,6 av 5), og at de selv fikk øvd på oppmerksomt nærvær (gjennomsnittsskåre 4,0 av 5). Altså virker deltagerne å ha en opplevelse av å kurses i oppmerksomt nærvær.

Det var en reduksjon i stress for behandlingsgruppen, imidlertid så vi en tilsvarende reduksjon hos kontrollgruppen. Det at det også forekom reduksjon i kontrollgruppen gjør at vi ikke kan si at det er kurset som var årsak til stressreduksjonen i behandlingsgruppen, men at det kan være andre faktorer som var årsaken til endringen. Mulige tolkninger av denne

hovedeffekten av Tid ved T3 kan være at det å være på venteliste, altså det å vite at du skal få hjelp, har en effekt i seg selv.

Som vi ser er det flere mulige årsaker til at kurset ikke har effekt på stress og vi kan ikke avskrive nullhypotesen. Basert på diskusjonen rundt de mulige årsakene til at kurset ikke har effekt på stress vurderer vi hypotese 1 som et plausibelt svar på hvorfor analysene ikke resulterte i et tilstrekkelig signifikansnivå.

Hypotese 2: Kurset har effekt på stress, men det fanges ikke opp

En annen mulighet er at kurset har en effekt på stress, men at studien har for liten statistisk styrke til å fange det opp. Den statistiske styrken avhenger av hvor stort utvalg man har. I denne studien har vi et utvalg på 60 deltagere (med noe frafall) som anses som et relativt lite utvalgt. Hvis utvalgsstørrelsen er liten kan det hende man ikke fanger opp en signifikant effekt selv om det egentlig eksisterer en sann effekt der (type-2-feil). Det betyr at kurset kanskje har en effekt på stress, men effekten er for liten til at et utvalg på 60 deltagere klarer å fange det opp. Hvor stort utvalg man behøver avhenger av hvor stor effektstørrelse man er interessert i å fange opp (Lakens, 2014). Hvis man kun er interessert i å fange opp store effektstørrelser så kan et utvalg på 60 være tilstrekkelig, og vi kan konkludere med at kurset ikke har en *stor* effekt på stress. Vil vi derimot også fange opp små effekter er det for lite utvalg til å trekke en informativ slutning.

Basert på den eksplorerende analysen (se Tabell 3) ser det ut som det var en større stressreduksjon hos behandlingsgruppen, i forhold til kontrollgruppen, ved T2 (en reduksjon på 3,3 vs. 1,8) og stressnivået til behandlingsgruppen holdt seg relativt stabilt ved de neste to målingene. Kontrollgruppen derimot hadde en stressreduksjon ved hver måling, men den største endringen skjedde fra T3 til T4 som var tidspunktet de fikk intervensjonen. Dette er forskjeller og endringer som ikke er signifikante, men som kan tenkes at ville vært signifikante ved et større utvalg. Vi anser hypotese 2 som plausibel, da vi i rådataen ser mønster i retning av stressreduksjon for begge gruppene, der den største stressreduksjonen for begge gruppene skjer like etter intervensjon.

Hvis vi ser på konfidensintervallet til PSS (se Figur 9) vet vi at den sanne verdien vil i 95% av gangene havne et sted innenfor dette intervallet. Det betyr at den sanne gjennomsnittsverdien av PSS kan være lavere, noe som ville vært et signifikant funn, men basert på dette foreldreutvalget fanget vi opp en skåre som ikke var signifikant. Denne

forklaringen kan også brukes til å argumentere motsatt, nemlig at den sanne skåren egentlig er høyere og støtter nullhypotesen.

Hypotese 3: Kurset har effekt på en annen side av stress enn det PSS måler

Analysene støtter at kurset førte til økt evne i oppmerksomt nærvær, som kan skape en holdningsendring. Flere av spørsmålene i PSS handler om opplevd kontroll i livet. Kurset endrer kanskje ikke stressorer i hverdagen til familien, og kilder til stress kan være de samme. Det betyr at hendelser kan fortsatt være ute av ens kontroll, for eksempel at man må være hjemme med sykt barn når man har et viktig møte på jobben, men kurset kan føre til at man forholder seg til slike hendelser annerledes. Videre kan det tenkes at en mer aksepterende holdning vil gjøre at det oppleves mindre problematisk å ikke kunne kontrollere visse aspekter ved familielivet. Det kan hende PSS ikke fanger opp endringen i måten man forholder seg til stresset. Det betyr at stresset fremdeles kan være der, men uten at man plages like mye av det. Likevel er PSS et anerkjent mål på stress (S. Cohen et al., 1983), og det er studier som finner reduksjon i mål på PSS ved økt evne til oppmerksomt nærvær (Baer et al., 2012).

Senk stresset i familien tar opp temaer som tilknytning, foreldreteknikker og oppmerksom tilstedeværelse i foreldrerollen. Det finnes en egen Parental Stress Scale (Berry & Jones, 1995), som kan tenkes å bedre fange opp aspekter ved stress mer knyttet til våre deltagere, nemlig foreldre. Dersom Parental Stress Scale i større grad fanger opp foreldrestress spesifikt, er det mulig at vi ville sett en større effekt på stress etter intervensjon. Likevel er det et spørsmål om denne formen for stress kan isoleres, da vi tidligere i denne oppgaven har sett at også stress utenfor hjemmet påvirker familietilværelsen. Videre er det ikke nødvendigvis ønskelig å isolere foreldrestress, da kurset fokuserer på stressreduksjon i familien som helhet. En mulighet er at stressreduksjonen virker mer på systemnivå, fremfor på enkeltindividet. Vi har imidlertid ikke mål som utforsker denne hypotesen nærmere, så det blir en hypotese for fremtidige studier.

Vi finner ikke signifikant stressreduksjon etter *Senk stresset i familien* kurset. Dette kan være fordi det ikke forekommer en stressreduksjon, at vi ikke fanger opp stressreduksjonen eller at våre måleinstrumenter ikke måler de sidene av stress som påvirkes av intervensjonen. Det er uklart hvilken av disse mulighetene som stemmer, og videre studier trengs for å direkte undersøke disse mulighetene.

4.1.3 Internaliserende vansker

Senk stresset i familien kurset har som formål å være et helsefremmende og forebyggende tiltak og vi ville derfor å se om det har effekt på internaliserende vansker som angst og depresjon. I introduksjonen så vi på ulike definisjoner av stress og vi så blant annet fellestrekk mellom en stressrespons og en fryktrespons (se 1.1.2 Ulike typer stress). Man kan se noen av de samme reaksjonene som f.eks. bekymring, følelsen av å miste kontroll og økt puls. Det er derfor kanskje ikke overraskende om kurset resulterer i tilnærmet like utfall på angst og stress. HADS-Angst viste ingen signifikant interaksjonseffekt, tilsvarende resultatene på PSS. Signifikanstesting av analysen indikerer dermed at kurset ikke hadde effekt på angstsymptomer. Noen av de samme argumentene som er diskutert om hvorfor vi ikke fant signifikant effekt på stress kan også gjelde angst. Det kan komme av at kurset ikke har effekt på angst eller det har en effekt, men som ikke fanges opp. Andre studier har vist at oppmerksomt nærvær kan ha effekt på angst (Hofmann et al., 2010).

Vi fant imidlertid en signifikant reduksjon av depressive symptomer hos foreldrene, effekten så i tillegg ut til å vedvare tre måneder etter endt kurs. Som nevnt i introduksjonen har man funnet betydelig årsakssammenheng mellom stressende livshendelser og depresjon (Charney & Manji, 2004). Det kan tenkes at de som melder seg på et stressreducerende kurs er folk som har opplevd stress over lenger tid, eller stressende livshendelser like før påmelding, og som konsekvens av dette har depressive symptomer. Det at kurset har effekt på depressive symptomer antas å komme av økt evne i oppmerksomt nærvær, noe som underbygges i flere studier (Barnes & Lynn, 2010; Feldman et al., 2010; Kuyken et al., 2010). Deltagerne i studien hadde ikke en depresjonsdiagnose ved kursstart, men en reduksjon i depressive symptomer anses som helsefremmende. En reduksjon i depressive symptomer kan virke forbyggende ved at man minker sannsynligheten for senere utvikling av klinisk depresjon. Videre er det å vokse opp med deprimerte foreldre en betydelig belastning for barn. Dette kan også føre til økt sårbarhet for senere utvikling av psykiske vansker (Cogill et al., 1986; Downey & Coyne, 1990; Garber et al., 2011). Det kan dermed tenkes at kurset har en forebyggende effekt for både foreldre og barn.

4.1.4 Tilfredshet med livet og velvære

Vi undersøkte også deltageres tilfredshet med eget liv og opplevelse av velvære basert på SWLS og ORS. Ved SWLS fant vi kun en liten statistisk signifikant interaksjonseffekt like etter intervensjon. Dette indikerer at deltagerne rett etter gjennomført kurs føler seg litt mer

tilfreds. Effekten vedvarte ikke ved tre måneder oppfølging. Formuleringene i SWLS fordrer en vurdering av livet som helhet. Det er kanskje ikke overraskende at et 8-ukers kurs ikke endrer livsbetingelsene rundt familien så radikalt at det får en stor og varig effekt på hvordan man evaluerer hele livet (fortid og nåtid). Ser vi derimot på ORS som er en vurdering av de siste fire ukene, fremfor hele livet, så ser vi en stor interaksjonseffekt. Dette tyder på at deltagerne vurderte de ukene de var i kurset betraktelig bedre enn ukene før kurset. Endringen ser ut til å vedvare i ukene fremover da vi finner en signifikant effekt ved oppfølging.

Det er i flere studier avdekket sammenheng mellom velvære og stress. Analysene våre viser ikke en stressreduksjon, men finner indikasjoner på økt velvære. ORS måler blant annet mellommenneskelig tilfredshet. Altså kan det se ut til at foreldrene har det bedre i sine nære relasjoner, og opplever større velvære i familien. Som demonstrert i tidligere nevnte studier kan øvelse i oppmerksomt nærvær endre foreldrenes evne til emosjonsregulering, og bidra til at familien opplever hverandre mer positivt (Jislin-Goldberg et al., 2012; Jimenez et al., 2010; Wachs & Cordova, 2007; Nielsen & Kaszniak, 2006). Vi har i denne studien ikke data på hvordan familiemedlemmene endres i oppfatning og interaksjon med hverandre, og kan dermed ikke trekke noen kausale slutninger.

Videre har vi presentert en studie som indikerer at større grad av velvære kan virke beskyttende for de negative effektene av stress og tilstedeværelsen av distress (Verhaeghe et al., 2006). Samtidig påvirker stress individet emosjonelt, atferdsmessig og fysiologisk, og således vil stress kunne påvirke grad av opplevd velvære (Crnic & Low, 2002, s. 243). Dette viser at velvære påvirker stressnivå, samtidig som stress kan påvirke grad av velvære. I analysene fant vi en effekt på velvære, men ikke på stress. Likevel kan deltagerne oppleve å ha det bedre noe som kan være viktigere enn å være mindre stresset. Hvis man har det bra så er kanskje ikke stresset man opplever like problematisk.

4.2 Nytteverdi av kurset

De positive effektene av kurset var ifølge våre analyser økt evne til oppmerksomt nærvær, reduksjon i depresjonssymptomer, økt tilfredshet med livet og økt velvære. Kurset fremstår overordnet som effektfull. Dersom intervensjonen gagnar familien som helhet, i tillegg til familiemedlemmene individuelt, vil kurset kunne favne bredere og således være kostnads-effektivt. Det er imidlertid uklart hva som er virkemekanismene i intervensjonen.

Oppmerksomt nærvær er en tenkt virkningsmekanisme i studien. Tilegnelsen av ferdigheter i oppmerksomt nærvær kan føre til reduksjon av angst og depresjon. Vi finner

reduksjon av depresjonssymptomer, men ikke angst. En mulighet er at ferdighetene ikke i tilstrekkelig grad utvikles, internaliseres, eller benyttes i det daglige livet til deltagerne som ikke viser signifikant endring på angst. Kanskje ville deltagerne med mer trening og større ervervelse av ferdigheter i oppmerksomt nærvær oppleve større effekt på utfallsmålene.

Senk stresset i familien kurset er ikke et rendyrket kurs i oppmerksomt nærvær da det tas opp flere andre temaer, som for eksempel tilknytning, selvfølelse og foreldreteknikker. I tillegg er kurset et gruppetiltak som gjør at man kan oppleve sosial støtte og tilhørighet ved å få snakke om stress og familieutfordringer sammen med andre foreldre. Dette kan bidra til normalisering av utfordringer familiene opplever og validering av disse. Disse andre aspektene i kurset kan bidra til å trygge deltagerne i foreldrerollen og gjøre at de opplever mer mestring. Basert på dette kan ikke oppmerksomt nærvær tilskrives all ære for endringene vi finner hos deltagerne, men at det er kurset som helhet som bidrar til bedring. Det er dermed uklart hvilken komponent av kurset som fører til endring. For å klargjøre hvilken rolle oppmerksomt nærvær spiller i endringsprosessen bør man i fremtidige studier inkludere placebo kontroll for å skille effekter av sosial støtte og foreldreveiledning, fra oppmerksomt nærvær.

Ved utviklingen av kursmanualen var førsteutkast kalt *Forebygging av depresjon hos mødre*. Kurset hadde som nevnt effekt på depresjon, og det kan tenkes at fokuset innledningsvis kan ha preget utformingen av kurset. Valg av øvelser, tema og foredrag kan ha blitt vinklet med et ekstra fokus på elementer knyttet til selvmedfølelse, aksept og en vennlig holdning til seg selv og andre. Kurset ble videreutviklet og endret navn til *Senk stresset i familien* da det var ønskelig å inkludere en bredere målgruppe. Kurset kan tenkes å være rettet mot mestring av depresjon, og det kan være at tidlig fokus på depresjon påvirker resultatene. Depresjonssymptomer hos foreldre vil kunne ha stor påvirkning på tilknytningen mellom barn og foreldre, og være av betydning for barnets utvikling. En forelder med depresjonssymptomer kan være mindre tilgjengelig fysisk og psykisk. Det at kurset bidrar til reduksjon i depresjonssymptomer tyder på at aspekter ved kurset potensielt kan ha stor betydning for foreldre og deres barn, og tyder på god nytteverdi.

4.3 Begrensninger og styrker

4.3.1 Manglende mål

Gjennom oppgaven er det nevnt at et kurs rettet mot foreldre antas å være fordelaktig for barna deres. En begrensning i denne studien er at vi ikke har direkte mål på barna. Dette gjorde at vi ikke hadde mulighet til å undersøke eventuelle smitteeffekter fra foreldre til barn. Det ble imidlertid inkludert ett spørsmål der foreldrene svarte på vegne av sine barn på hvor mye stress de opplevde i hverdagslivet. Foreldres vurdering av barns stress kan skille seg fra barnas faktiske stressnivå og vi har derfor ikke inkludert spørsmålet i våre analyser. Det er mulig at økt evne til oppmerksomt nærvær vil kunne bidra positivt i hvordan foreldre og barn interagerer, og således virke positivt for deres forhold og familien som helhet. Det er en begrensning at vi ikke har data på hvordan familiemedlemmene endres i interaksjon med, og oppfatning av hverandre.

4.3.2 Ventelistekontroll

En styrke ved studien er at den inkluderer en randomisert kontrollgruppe for å sammenligne om det er kurset som har effekt eller om det kan skje en endring uavhengig av intervensjonen (som vi f.eks. så ved stress). Det kan imidlertid anses som en begrensning at denne kontrollgruppen står på venteliste, framfor å være en placebobetingelse. Dette gjør at vi ikke kan isolere virkningsmekanismen, og det er ikke klart hvilke faktorer som bidrar til positive endringer for behandlingsgruppen. Endringen kan komme som følge av øvelse i oppmerksomt nærvær og temaene som tas opp. En annen mulighet er at faktorer som samhold, og det å bli møtt, sett og hørt, er det som utslagsgivende.

4.3.3 Frafall

I de fleste studier med repetitive målinger er frafall en vanlig begrensning, som skaper manglende data, dette er også gjeldende for denne studien. Det kan være flere grunner til frafall, dataen kan mangle helt ved tilfeldighet, delvis ved tilfeldighet eller ikke ved tilfeldighet (Enders, 2010, s. 6–8). Vi kan ikke med sikkerhet vite hva som er grunnen til at noen deltagere i studien valgte å droppe ut. En hypotese er at foreldre som opplever hverdagen sin som veldig stressende ikke velger å prioritere tid til å svare på spørreskjemaer. Det vil dermed være problematisk hvis årsaken til frafallet er relatert til en av de avhengige variablene, for eksempel stress, og vil gjøre at den manglende dataen ikke er ved tilfeldighet. Man må alltid regne med noe frafall ved repeterte målinger og årsakene kan være uavhengig utfallsvariablene. Det var et større frafall i behandlingsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen ved T3 (8 vs. 3). En mulig hypotese til at det er større frafall i behandlingsgruppen er

at de ikke lenger har noen ytre intensiver til å fortsette med å svare på spørreskjemaene når de har fått intervensjonen. Hvis dette er tilfelle kan det anses som at frafallet er delvis ved tilfeldighet da årsaken er uavhengig de aktuelle variablene i studien.

Manglende data kan ha flere uheldige konsekvenser. Ved repeterte målinger kan frafall blant annet redusere studiens effektivitet og det kan føre til skjevheter (bias) som kan forårsake misledende slutninger (Chakraborty & Gu, 2009). Flernivåanalyse kan være en god løsning for å håndtere manglende data da den inkluderer all tilgjengelig informasjon i analysene og kan dermed anses å bruke «hensikt til å behandle» metodikk (intention-to-treat). Metodikken går ut på at man regner med alle deltagerne som var med på studien fra starten (selv ved senere frafall) og analyserer dem basert på gruppen de originalt ble tildelt, uavhengig om de fikk behandlingen eller ikke (McCoy, 2017). Denne metoden hjelper oss å unngå skjevheter og å ødelegge de fordelene man har av tilfeldig fordeling i gruppene.

Ifølge en studie som så på ulike metoder for håndtering av manglende data, fant de at analyser som brukte flernivåmodeller uten noen form for imputasjon så ut til å ha større styrke enn andre populære metoder (Chakraborty & Gu, 2009). De andre metodene som ble undersøkt var metoder for å imputere manglende verdier i form av at siste observert data videreføres (last observation carried forward), eller at beste/verste verdi erstatter data som mangler. En annen vanlig brukt metode er «listwise deletion», men den metoden legger til grunn at den manglende dataen er helt ved tilfeldighet og vil dermed føre til skjevhet hvis dataen mangler kun delvis ved tilfeldighet (Enders, 2010, s. 39). Det er dessuten en metode som håndterer manglende data ved å fjerne mer data, noe som igjen fører til reduksjon av den statistiske styrken (Olinsky et al., 2003). Alt i alt har vi vurdert at en flernivåmodell er en god løsning i møte med den manglende dataen. Bruk av flernivåanalyser i denne studien anses dermed som en styrke.

4.3.4 Statistisk styrke og signifikans

Det at studien har et relativt lite utvalg, som påvirker den statistiske styrken, er en begrensning. Ved å ikke ha god nok styrke klarer vi ikke fange opp små effekter og det er fare for å gjøre type-2-feil. Et lite utvalg har også større varians som kan føre til mer unøyaktige estimater. Ved at det ikke er så mange deltagere kan vi kun ta beskjedne konklusjoner.

Som tidligere nevnt, ble det foretatt multiple analyser på samme data, noe som kan øke risikoen for type-1-feil. Man kan ta hensyn til dette problemet ved å bruke Bonferroni test eller Holm's Sequential Bonferroni korreksjon (Holm, 1979) for å justere α . Hvis vi hadde

brukt disse formene for korreksjon av α hadde vi bare hatt tre signifikante resultater: Interaksjonseffekt på ORS ved T2, HADS-Depresjon ved T2 og FFMQ ved T3. Vi valgte å ikke bruke en Bonferroni eller Holm's korreksjon av α på grunn av utvalgsstørrelsen i studien og vurderte at slik korreksjon ville blitt for strengt. Vi har likevel tillit til resultatene, som kom innenfor en α på 0,05, basert på den eksplorerende dataanalysen som viser at endringene forekommer i forventet retning. Signifikanstesting benyttes for å unngå å fange opp tilfeldig varians. Det er mistenkelig hvis en tilfeldig varians gjentatte ganger peker i samme retning. Utfra raskårene ser vi at endringen etter intervensjonen konsekvent endres i retning vekk fra nullhypotesen. Dette styrker troen på at intervensjonen har en effekt. I tillegg ser vi at kontrollgruppen følger samme mønster etter at de også har gjennomført kurset (se Tabell 3).

4.4 Videre forskning

Vi har i denne oppgaven presentert flere studier og diskutert sammenhengen mellom foreldrestress og hvilken effekt det kan ha på barna. Dette er noe som kan undersøkes i fremtidige studier da det i vår studie kun er antagelser. Det er også fundert om det at foreldre kurses i oppmerksomt nærvær vil ha effekt på familiedynamikken. Hvordan oppmerksomt nærvær påvirker familiemedlemmenes holdning og interaksjon med hverandre er også noe som kan kartlegges nærmere. Fremtidige studier kan med fordel inkludere mål på barnas opplevde stress og psykiske helse, både som rapportert av foreldre, men optimalt også som rapportert av viktige andre (f.eks. lærer) og barna selv. For å forstå virkningsmekanismene i kurset, og om oppmerksomt nærvær er en intervensjon som ganger foreldre og deres barn kan fremtidige studier inkludere en placebobetingelse eller en alternativ intervensjon som kontrollgruppe. Flere studier med større utvalg trengs for å replisere funnene.

For å få innsikt i hvordan oppmerksomt nærvær brukes, internaliseres og bidrar til endring kan man i fremtidige studier med fordel inkludere både kvalitative og kvantitative mål. I motsetning til andre behandlingsmetoder (eks. kognitiv terapi) utfordrer ikke oppmerksomt nærvær direkte tenkemåter når bekymring og grubling oppstår. Man fokuserer heller på individets måte å relatere seg til bekymringen i seg selv, gjennom en ikke-dømmende holdning til det som oppstår i en selv til enhver tid. En slik holdningsendring over tid, som følge av trening i oppmerksomt nærvær, kan tenkes å kunne påvirke grubling og andre symptomer på angst og depresjon. En slik endring er imidlertid mer subtil og kan være vanskeligere å fange opp, spesielt ved bruk av kun kvantitative mål.

5 Konklusjon

Målet med denne studien var å undersøke om kurs i oppmerksomt nærvær med fokus på stressmestring vil ha effekt på foreldres evne til oppmerksomt nærvær, stressnivå, internaliserende vansker, tilfredshet med livet og velvære. Vi ønsket også å finne ut om eventuelle effekter vedvarte tre måneder etter avsluttet kurs. Vi fant at *Senk stresset i familien* kurset hadde effekt på foreldrenes evne til oppmerksomt nærvær, men fant ikke signifikant effekt på deres stressnivå. Funnene tydet også på at kurset reduserte grad av depresjon hos foreldre, men ikke angst, og det forekom endring i tilfredshet med livet og velvære. Endring på oppmerksomt nærvær, depresjon og velvære så ut til å vedvare etter tre måneder.

Senk stresset i familien kurset er ment som et helsefremmende og forebyggende tiltak for foreldre, og via dem, deres barn. Resultatene fra analysene tyder på at kurset hadde helsefremmende effekt i form av reduserte depressive symptomer og økt velvære. Ved at foreldrene får økt evne i oppmerksomt nærvær kan det føre til en rekke helsefordeler og ha en mulig forebyggende effekt, basert på tidligere studier som har vist slike sammenhenger. Utfra presenterte analyser kan vi ikke si noe om sammenheng mellom kurset og helsen til barna, men sett i lys av annen forskning kan det tenkes at dette kurset også vil ha helsefremmende fordeler for barna til foreldrene som deltar på *Senk stresset i familien* kurset.

Referanser

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(6), 495–505. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.005>
- Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(7), 755–765. <https://doi.org/10.1002/jclp.21865>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bakker, A., Cai, J., English, L., Kaiser, G., Mesa, V., & Van Dooren, W. (2019). Beyond small, medium, or large: Points of consideration when interpreting effect sizes. *Educational Studies in Mathematics*, *102*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10649-019-09908-4>
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother—An analysis of women’s experience of early motherhood. *Journal of advanced nursing*, *25*(4), 719–728. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>
- Barnes, S. M., & Lynn, S. J. (2010). Mindfulness skills and depressive symptoms: A longitudinal study. *Imagination, Cognition and Personality*, *30*(1), 77–91. <https://doi.org/10.2190/IC.30.1.e>
- Baum, A., Cohen, L., & Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*, *55*(3), 274–286. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00005>
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, *43*(7), 305–312. <https://doi.org/10.3928/01484834-20040701-07>
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, *12*(3), 463–472. <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Bialy, L. K. (2006). *Impact of stress and negative mood on mother and child: Attachment, child development and intervention* [California Institute of Integral Studies].

<https://search.proquest.com/openview/f8140d80902856ae677f2a425e8de0ec/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>

- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71–83. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00010>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bluth, K., & Wahler, R. G. (2011). Parenting preschoolers: Can mindfulness help? *Mindfulness*, 2(4), 282–285. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0071-4>
- Bordens, K., & Abbott, B. B. (2011). *Research design and methods: A process approach* (8. utg.). McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.
- Bowlby, J. (1944). Forty-Four juvenile thieves: Their characters and home-life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25(2), 19–53.
- Bowlby, J. (1958). The Nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39(5), 350–371.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Bd. 1). Basic Books.
- Bringhurst, M. D., Watson, C. W., Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2006). The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy*, 5(1).
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1994). Life events and endogenous depression: A puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 525–534. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950070017006>
- Butler, G. (1993). Definitions of stress. *Occasional paper (Royal College of General Practitioners)*, 61(1), 1–5.
- Cadzow, S. P., Armstrong, K. L., & Fraser, J. A. (1999). Stressed parents with infants: Reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 845–853. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00063-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00063-0)
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13284200802676391>

- Campbell, K., Thoburn, J. W., & Leonard, H. D. (2017). The mediating effects of stress on the relationship between mindfulness and parental responsiveness. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(1), 48. <https://doi.org/10.1037/cfp0000075>
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-Based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35(3), 471–494. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80028-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80028-5)
- Carter, J. S., Garber, J., Ciesla, J. A., & Cole, D. A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.428>
- Chakraborty, H., & Gu, H. (2009). *A mixed model approach for intent-to-treat analysis in longitudinal clinical trials with missing values*. RTI Press. <https://doi.org/10.3768/rtipress.2009.mr.0009.0903>
- Champagne, D. L., Bagot, R. C., Hasselt, F. van, Ramakers, G., Meaney, M. J., Kloet, E. R. de, Joëls, M., & Krugers, H. (2008). Maternal care and hippocampal plasticity: Evidence for experience-dependent structural plasticity, altered synaptic functioning, and differential responsiveness to glucocorticoids and stress. *Journal of Neuroscience*, 28(23), 6037–6045. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0526-08.2008>
- Chan, J. C., Nugent, B. M., & Bale, T. L. (2018). Parental advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment. *Biological Psychiatry*, 83(10), 886–894. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.10.005>
- Charney, D. S., & Manji, H. K. (2004). Life stress, genes, and depression: Multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Science's STKE*, 2004(225), re5–re5. <https://doi.org/10.1126/stke.2252004re5>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., Berrena, E., & Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, 51(1), 26–35. <https://doi.org/10.1037/a0038212>
- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*, 292(6529), 1165–1167. <https://doi.org/10.1136/bmj.292.6529.1165>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). L. Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, *42*(6), 1320–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, *298*(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. I *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists* (s. 3–28). Oxford University Press.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. I S. Spacapan & S. Oskamp (Red.), *The social psychology of health: The Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (s. 31–67). Sage.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, *55*(2), 299–316.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00438.x>
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, *95*(5), 834–848. <https://doi.org/10.1037/a0019364>
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, *14*(2), 117–132. <https://doi.org/10.1002/icd.384>
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. I M. H. Bornstein (Red.), *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting* (Bd. 5, s. 243–263). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cumming, G. (2014). The new statistics: Why and how. *Psychological Science*, *25*(1), 7–29.
<https://doi.org/10.1177/0956797613504966>

- Darwin, C. (1859). *On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or, the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*. John Murray.
<https://www.loc.gov/item/06017473/>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10(1), 45–59.
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.45>
- Dhabhar, F. S., & McEwen, B. S. (1997). Acute stress enhances while chronic stress suppresses cell-mediated immunity in vivo: A potential role for leukocyte trafficking. *Brain, Behavior, and Immunity*, 11(4), 286–306.
<https://doi.org/10.1006/brbi.1997.0508>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.1.50>
- Dundas, I., Vøllestad, J., Binder, P.-E., & Sivertsen, B. (2013). The Five Factor Mindfulness Questionnaire in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 250–260.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12044>
- Egeland, J., Lund, A., Landrø, N. I., Rund, B. R., Sundet, K., Asbjørnsen, A., Mjelle, N., Roness, A., & Stordal, K. I. (2005). Cortisol level predicts executive and memory function in depression, symptom level predicts psychomotor speed. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 434–441. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00599.x>
- Enders, C. K. (2010). *Applied missing data analysis*. Guilford Press.
- Feldman, G., Greeson, J., & Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1002–1011. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.006>
- Ferguson, C. J., & Heene, M. (2012). A vast graveyard of undead theories: Publication bias and psychological science's aversion to the null. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 555–561. <https://doi.org/10.1177/1745691612459059>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4. utg.). SAGE.

- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, *24*(3), 212–239. <https://doi.org/10.1002/imhj.10053>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis* (G. Stanley Hall, Overs.). Boni and Liverigh. <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015039591709>
- Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). Relational aspects of mindfulness: Implications for the practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, *32*(4), 412–426. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9129-z>
- Garber, J., Ciesla, J. A., McCauley, E., Diamond, G., & Schloedt, K. A. (2011). Remission of depression in parents: Links to healthy functioning in their children. *Child Development*, *82*(1), 226–243. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01552.x>
- Gavin, J. H., & Mason, R. O. (2004). The virtuous organization: The value of happiness in the workplace. *Organizational dynamics*, *33*(4), 379–392. <https://doi.org/doi:10.1016/j.orgdyn.2004.09.005>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83–91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- Greeson, J. M., Smoski, M. J., Suarez, E. C., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Lynch, T. R., & Wolever, R. Q. (2015). Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: Potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex, and age. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *21*(3), 166–174. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0285>
- Gross, J. J. (2011). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-Based stress reduction and health benefits: A Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>

- Hammen, C., Kim, E. Y., Eberhart, N. K., & Brennan, P. A. (2009). Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depression and Anxiety, 26*(8), 718–723. <https://doi.org/10.1002/da.20571>
- Hanh, T. N. (2016). *The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation* (M. Ho, Overs.). Beacon Press. (Opprinnelig utgitt 1975).
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist, 13*(12), 673–685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Gyldendal Akademisk.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2002). Neurobiology of early life stress: Clinical studies. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 7*(2), 147–159. <https://doi.org/10.1053/scnp.2002.33127>
- Henckens, M. J., Hermans, E. J., Pu, Z., Joëls, M., & Fernández, G. (2009). Stressed memories: How acute stress affects memory formation in humans. *Journal of Neuroscience, 29*(32), 10111–10119. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1184-09.2009>
- Herwig, U., Kaffenberger, T., Jäncke, L., & Brühl, A. B. (2010). Self-Related awareness and emotion regulation. *NeuroImage, 50*(2), 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.12.089>
- Hesser, H. (2015). Modeling individual differences in randomized experiments using growth models: Recommendations for design, statistical analysis and reporting of results of internet interventions. *Internet Interventions, 2*(2), 110–120. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.003>
- Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*(1), 81. <https://doi.org/10.1037/a0026355>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics, 6*(2), 65–70.
- Holmbeck, G. N. (1996). A model of family relational transformations during the transition to adolescence: Parent–Adolescent conflict and adaptation. I J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Red.), *Transitions Through Adolescence* (s. 167–199). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315789286-7>

- Holt, N. J., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, Mi., & Smith, R. (2012). *Psychology: The science of mind and behaviour* (2. utg.). McGraw-Hill Education.
- Hunt, M., Al-Braiki, F., Dailey, S., Russell, R., & Simon, K. (2018). Mindfulness training, yoga, or both? Dismantling the active components of a mindfulness-based stress reduction intervention. *Mindfulness*, *9*(2), 512–520. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0793-z>
- Hyland, T. (2014). Mindfulness-Based interventions and the affective domain of education. *Educational Studies*, *40*(3), 277–291. <https://doi.org/10.1080/03055698.2014.889596>
- Jang, K. L., Livesley, W. J., & Vemon, P. A. (1996). Heritability of the Big Five personality dimensions and their facets: A twin study. *Journal of Personality*, *64*(3), 577–592. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00522.x>
- Jex, S. M., Beehr, T. A., & Roberts, C. K. (1993). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, *77*(5), 623. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.77.5.623>
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, *49*(6), 645–650. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.041>
- Jislin-Goldberg, T., Tanay, G., & Bernstein, A. (2012). Mindfulness and positive affect: Cross-Sectional, prospective intervention, and real-time relations. *The Journal of Positive Psychology*, *7*(5), 349–361. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.700724>
- Johnsen, A., & Wie Torsteinsson, V. (2015). Familieterapiens historie og sentrale begreper. I *Lærebok i familieterapi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life*. Sounds True.
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A dialogue between buddhism and clinical psychology. *Mindfulness*, *1*(3), 161–173. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0018-1>
- Kaplun, C., Dockett, S., & Perry, B. (2017). The Starting School Study: Mothers' perspectives of transition to school. *Australasian Journal of Early Childhood*, *42*(4), 56–66. <https://doi.org/10.23965/AJEC.42.4.07>
- Kappen, G., Karremans, J. C., Burk, W. J., & Buyukcan-Tetik, A. (2018). On the association between mindfulness and romantic relationship satisfaction: The role of partner acceptance. *Mindfulness*, *9*(5), 1543–1556. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0902-7>

- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., & Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease- A meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 431–442.
- Kranner, I., Minibayeva, F. V., Beckett, R. P., & Seal, C. E. (2010). What is stress? Concepts, definitions and applications in seed science. *New Phytologist*, 188(3), 655–673. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8137.2010.03461.x>
- Kremer-Sadlik, T., & Paugh, A. L. (2007). Everyday moments: Finding 'quality time' in American working families. *Time & Society*, 16(2–3), 287–308. <https://doi.org/10.1177/0961463X07080276>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Kværne, P., & Borgland, J. W. (2019). Buddhisme. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/buddhisme>
- Lakens, D. (2014). Performing high-powered studies efficiently with sequential analyses. *European Journal of Social Psychology*, 44(7), 701–710. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2023>
- LaRossa, R., & LaRossa, M. M. (1981). *Transition to parenthood*. Sage Publications.
- Larson, R., & Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child Development*, 62(2), 284–300. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01531.x>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Le, F. M., Matheny, J., & Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 726–744. <https://doi.org/10.1108/02683940310502412>
- Lebedeva, A., Sundström, A., Lindgren, L., Stomby, A., Aarsland, D., Westman, E., Winblad, B., Olsson, T., & Nyberg, L. (2018). Longitudinal relationships among depressive symptoms, cortisol, and brain atrophy in the neocortex and the hippocampus. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(6), 491–502. <https://doi.org/10.1111/acps.12860>
- Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K., & Siqveland, J. (2016). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Folkehelseinstituttet.

- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. I *Handbook of emotion regulation* (s. 581–605). The Guilford Press.
- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. *Journal für Ornithologie*, 83(2), 137–213. <https://doi.org/10.1007/BF01905572>
- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300(11), 1350–1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
- Lund, O. C. F. (2011). *Senk stresset i familielivet mindfulness i foreldrerollen*. Gyldendal Akademisk.
- Lund, O. C. F. (2012). Oppmerksom tilstedeværelse i foreldrerollen: Pilot-testing av et forebyggende kurs. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 1(13), 6–14.
- Lund, O. C. F. (2013a). *Selvfølelses- og mindfulness-fokusert terapi (SMFT) manual for psykologisk behandling*. Gyldendal Akademisk.
- Lund, O. C. F. (2013b). Senk stresset i familien: Pilot-Test av et kommunalt lavterskelkurs. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 1(14), 7–12.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Mackler, J. S., Kelleher, R. T., Shanahan, L., Calkins, S. D., Keane, S. P., & O'Brien, M. (2015). Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *Journal of Marriage and Family*, 77(2), 388–406. <https://doi.org/10.1111/jomf.12163>
- Makino, S., Shibasaki, T., Yamauchi, N., Nishioka, T., Mimoto, T., Wakabayashi, I., Gold, P. W., & Hashimoto, K. (1999). Psychological stress increased corticotropin-releasing hormone mRNA and content in the central nucleus of the amygdala but not in the hypothalamic paraventricular nucleus in the rat. *Brain Research*, 850(1), 136–143. [https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(99\)02114-9](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(99)02114-9)
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 291–313. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00151.x>
- McCoy, C. E. (2017). Understanding the intention-to-treat principle in randomized controlled trials. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1075–1078. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.8.35985>

- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, *338*(3), 171–179.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1032*(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1196/annals.1314.001>
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, *583*(2), 174–185.
<https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071>
- McGill, J., Adler-Baeder, F., & Rodriguez, P. (2016). View of mindfully in Love: A meta-analysis of the association between mindfulness and relationship satisfaction. *Journal of Human Sciences and Extension*, *4*(1), 89–101.
- McQuillan, M. E., & Bates, J. E. (2017). Parental stress and child temperament. I K. Deater-Deckard & R. Panneton (Red.), *Parental Stress and Early Child Development: Adaptive and Maladaptive Outcomes* (s. 75–106). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_4
- Menaghan, E. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. I H. B. Kaplan (Red.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research* (s. 157–190). Academic Press.
- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan* [Technical Report]. National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention. <https://doi.org/10.13016/nerg-fxld>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, *2*(2), 91–100.
- Morgan, H. D., Sutherland, H. G. E., Martin, D. I. K., & Whitelaw, E. (1999). Epigenetic inheritance at the agouti locus in the mouse. *Nature Genetics*, *23*(3), 314–318.
<https://doi.org/10.1038/15490>
- Moriceau, S., Shionoya, K., Jakubs, K., & Sullivan, R. M. (2009). Early-life stress disrupts attachment learning: The role of amygdala corticosterone, locus ceruleus corticotropin releasing hormone, and olfactory bulb norepinephrine. *Journal of Neuroscience*, *29*(50), 15745–15755. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4106-09.2009>

- Neuenschwander, R., & Oberlander, T. F. (2017). Developmental origins of self-regulation: Prenatal maternal stress and psychobiological development during childhood. I K. Deater-Deckard & R. Panneton (Red.), *Parental Stress and Early Child Development: Adaptive and Maladaptive Outcomes* (s. 127–156). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_6
- Newcomer, J. W., Selke, G., Melson, A. K., Hershey, T., Craft, S., Richards, K., & Alderson, A. L. (1999). Decreased memory performance in healthy humans induced by stress-level cortisol treatment. *Archives of General Psychiatry*, *56*(6), 527–533. <https://doi.org/10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-56-6-yoa8291>
- Nielsen, L., & Kaszniak, A. W. (2006). Awareness of subtle emotional feelings: A comparison of long-term meditators and nonmeditators. *Emotion*, *6*(3), 392. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.392>
- Nyklíček, I. (2011). Mindfulness, emotion regulation, and well-being. I I. Nyklíček, A. Vingerhoets, & M. Zeelenberg (Red.), *Emotion Regulation and Well-Being* (s. 101–118). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6953-8_7
- Olinsky, A., Chen, S., & Harlow, L. (2003). The comparative efficacy of imputation methods for missing data in structural equation modeling. *European Journal of Operational Research*, *151*(1), 53–79. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(02\)00578-7](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(02)00578-7)
- O’Sullivan, G. (2011). The relationship between hope, eustress, self-efficacy, and life satisfaction among undergraduates. *Social Indicators Research*, *101*(1), 155–172. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9662-z>
- Peña, C. L. J., & Champagne, F. A. (2012). Epigenetic and neurodevelopmental perspectives on variation in parenting behavior. *Parenting*, *12*(2–3), 202–211. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.683358>
- Raio, C. M., & Phelps, E. A. (2015). The influence of acute stress on the regulation of conditioned fear. *Neurobiology of Stress*, *1*, 134–146. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.11.004>
- Repetti, R. L., & Wood, J. (1997). Effects of daily stress at work on mothers’ interactions with preschoolers. *Journal of Family Psychology*, *11*(1), 90. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.1.90>
- Ribeiro, L., Atchley, R. M., & Oken, B. S. (2018). Adherence to practice of mindfulness in novice meditators: Practices chosen, amount of time practiced, and long-term effects following a mindfulness-based intervention. *Mindfulness*, *9*(2), 401–411. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0781-3>

- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52–57.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.006>
- Rook, G. A. W. (1999). Glucocorticoids and immune function. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 13(4), 567–581.
<https://doi.org/10.1053/beem.1999.0044>
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-Based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.010>
- Räikkönen, K., Pesonen, A.-K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, A.-L., & Strandberg, T. E. (2006). Stressed parents: A dyadic perspective on perceived infant temperament. *Infant and Child Development*, 15(1), 75–87. <https://doi.org/10.1002/icd.431>
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. I *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (s. 3–21). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2009-05801-001.pdf>
- Sandler, I. N., Miller, P., Short, J., & Wolchik, S. A. (1989). Social support as a protective factor for children in stress. *Children's social networks and social supports*, 277–307.
- Schore, A. N. (2000, juni). *Parent-Infant communication and the neurobiology of emotional development*. Fremlegg ved Head Start National Research Conference, Washington, DC. <https://eric.ed.gov/?id=ED443546>
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Selye, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6(2), 117–230.
<https://doi.org/10.1210/jcem-6-2-117>
- Selye, H. (1955). Stress and disease. *Science*, 122(3171), 625–631.
<https://doi.org/10.1126/science.122.3171.625>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37–44. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940406>
- Selye, H. (1976). Stress without distress. I G. Serban (Red.), *Psychopathology of Human Adaptation* (s. 137–146). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2238-2_9

- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1).
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581–599. <https://doi.org/10.1023/A:1018700829825>
- Siegel, D. J. (2007). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 259–263. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm034>
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2013). *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive* (10. utg.). Penguin.
- Silverberg, S. B., & Steinberg, L. (1990). Psychological well-being of parents with early adolescent children. *Developmental Psychology*, 26(4), 658.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.4.658>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 194–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00488.x>
- Small, S. A., Eastman, G., & Cornelius, S. (1988). Adolescent autonomy and parental stress. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(5), 377–391.
<https://doi.org/10.1007/BF01537880>
- Snyder, R., Shapiro, S., & Treleaven, D. (2012). Attachment theory and mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 709–717. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9522-8>
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613–622. <https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00004>
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–367.
<https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

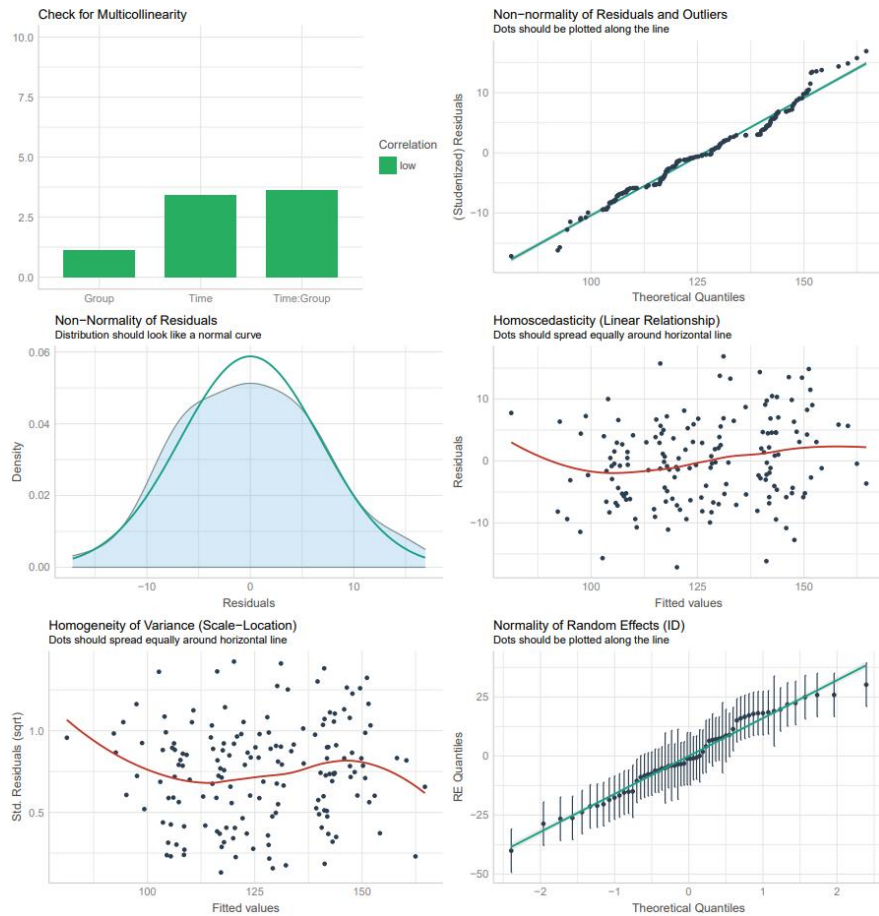
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application. *American Psychologist*, 48(4), 400. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.4.400>
- Teigen, K. H. (2004). En psykologihistorie. I *NFFO*. Fagbokforl.
- Tetzchner, S. von. (2016). Emosjoner og emosjonsregulering. I *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Thompson, R. J. J., Merritt, K. A., Keith, B. R., Murphy, L. B., & Johndrow, D. A. (1993). The role of maternal stress and family functioning in maternal distress and mother-reported and child-reported psychological adjustment of nonreferred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 78–84. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_8
- Torgersen, A. M., & Janson, H. (2002). Why do identical twins differ in personality: Shared environment reconsidered. *Twin Research and Human Genetics*, 5(1), 44–52. <https://doi.org/10.1375/twin.5.1.44>
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567–592. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- Valentino, R. J. (1988). CRH effects on central noradrenergic neurons: Relationship to stress. I G. P. Chrousos, D. L. Loriaux, & P. W. Gold (Red.), *Mechanisms of Physical and Emotional Stress* (s. 47–64). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2064-5_5
- Verhaeghe, R., Vlerick, P., Gemmel, P., Maele, G. V., & Backer, G. D. (2006). Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 646–656. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04058.x>
- Vittersø, J. (2009). Satisfaction With Life Scale. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(8), 757–758.
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 464–481. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x>
- Waters, L. (2016). The relationship between child stress, child mindfulness and parent mindfulness. *Psychology*, 07(01), 40. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.71006>

- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 337–355. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0018-6>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184. <https://doi.org/10.1037/a0014759>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

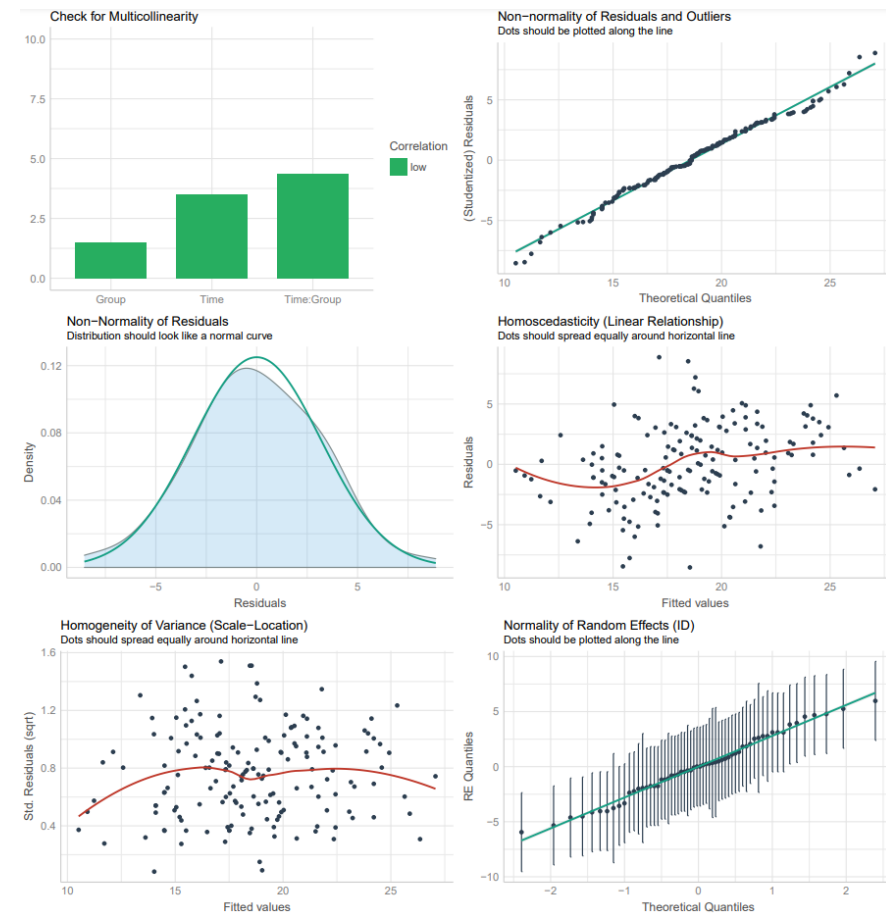
Appendiks

Modellantagelser

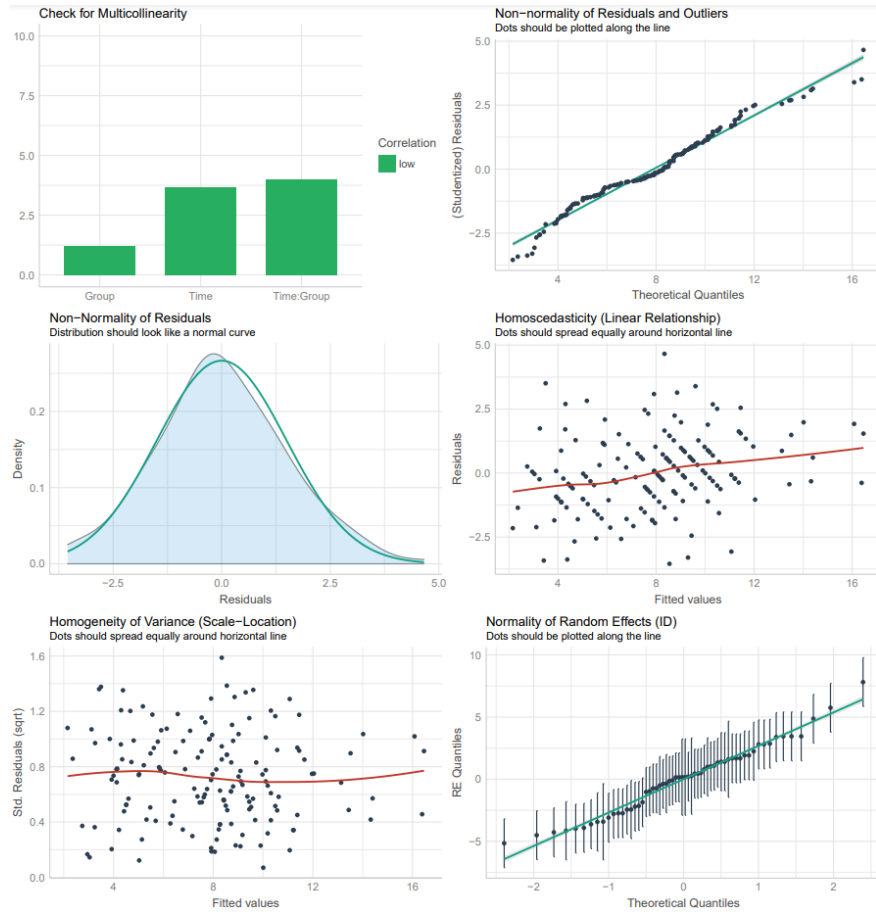
FFMQ



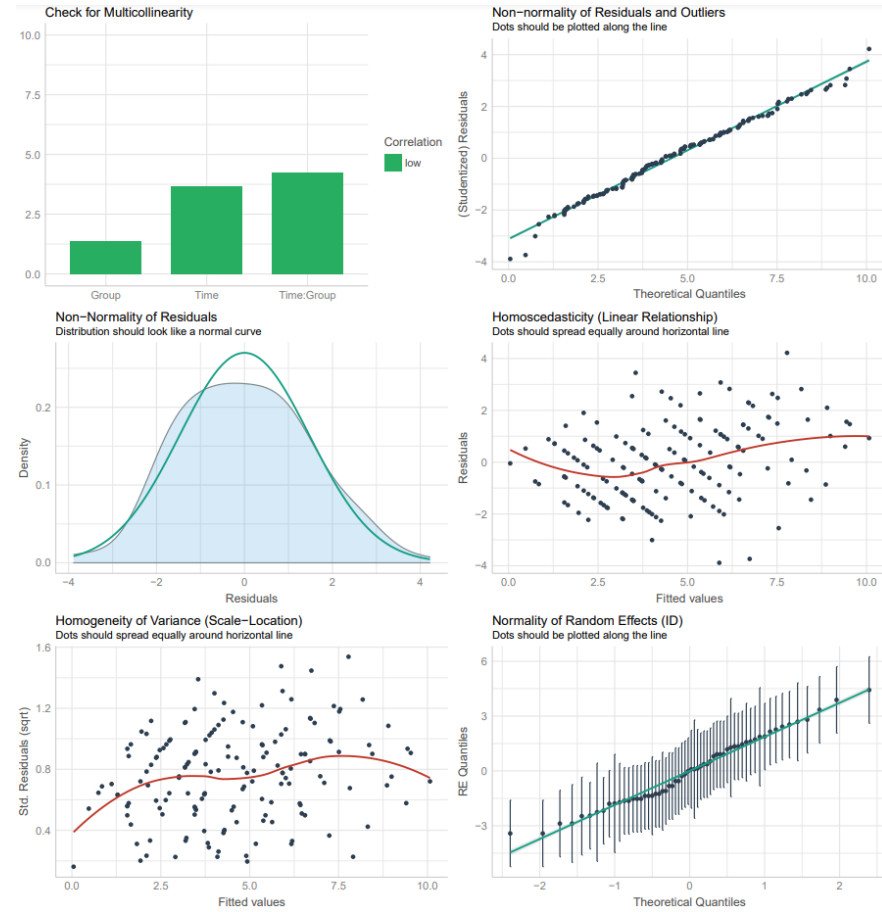
PSS



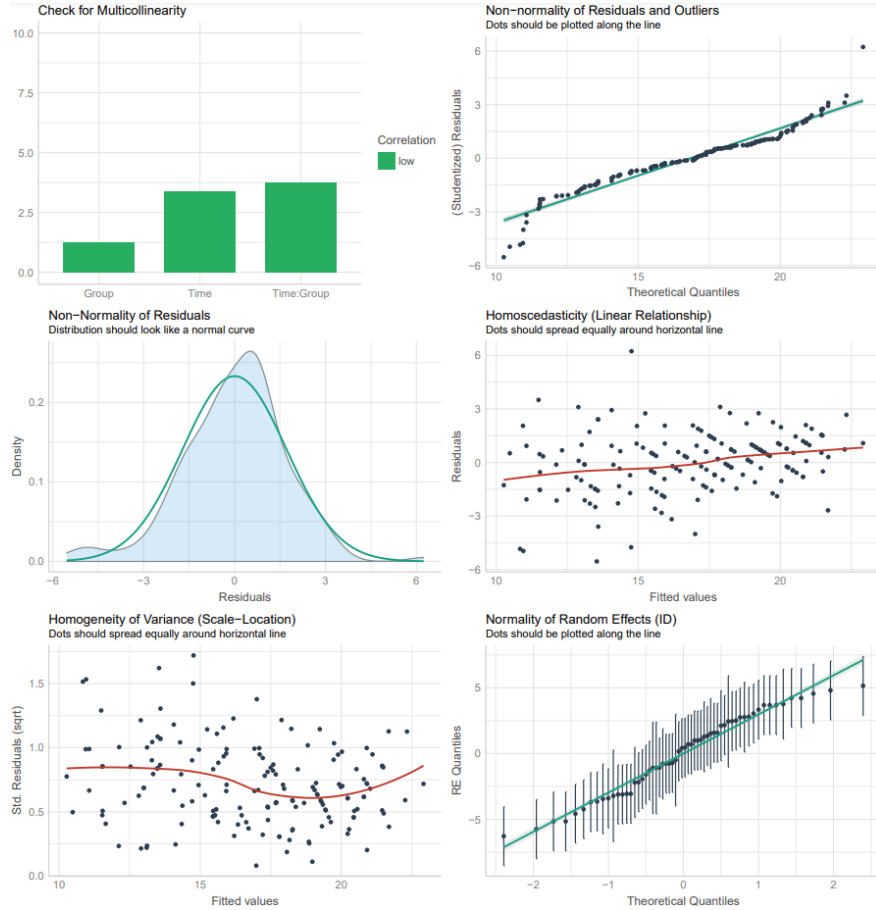
HADS-Angst



HADS-Depresjon



SWLS



ORS

