

September 2010

Kvíðastjórnun fyrir atvinnuleitendur
Árangursmæling við Kvíðameðferðarstöðina (KMS)

Sigurður Viðar
Sóley Dröfn Davíðsdóttir

September 2010

Kvíðastjórnun fyrir atvinnuleitendur:
Árangursmæling við Kvíðameðferðar-
stöðina (KMS) er hluti af verkefninu
Árangursmæling á hópmeðferðarstarfi
við Kvíðameðferðarstöðina (KMS) sem
styrkt var af Nýsköpunarsjóði
námsmanna og unnið í samvinnu við
Kvíðameðferðarstöðina

Höfundur:
Sigurður Viðar

Umsjónarmaður:
Sóley Dröfn Davíðsdóttir

Efnisyfirlit

Töfluyfirlit	2
Rannsóknarmarkmið	3
Aðferð	3
Þátttakendur	3
Mælitæki	4
Framkvæmd	7
Úrvinnsla gagna	8
Niðurstöður	9
Umræða	14
Heimildir.....	19

Töfluyfirlit

Tafla 1. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir allra þátttakenda á kvíðastjórnunarnámskeiði við upphaf og lok þess.....	9
Tafla 2. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir klíníska hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess.....	10
Tafla 3. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir almenna hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess.....	13

Rannsóknarmarkmið

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna árangur námskeiðisins Kvíðastjórnun sem haldið er í samvinnu við Vinnumálastofnun. Námskeiðið byggir á aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar og fór fram á Kvíðameðferðarstöðinni síðastliðin ár. Hugræn atferlismeðferð í hópi hefur ekki verið mikið rannsökuð hér á landi og er þetta í fyrsta sinn, svo höfundur sé kunnugt um, að slíkt úrræði sé rannsakað hjá sjálfstætt starfandi sálfræðistofu. Niðurstöður þessarar rannsóknar munu gegna ákveðnu gæðaeftirliti á Kvíðameðferðarstöðinni auk þess sem þær munu efla þekkingu á meðferð við geðröskunum hér á landi. Niðurstöðunum verður jafnframt komið á framfæri til bæði almennings og fræðimanna og mun vonandi leiða til þess að þeir sem á þurfa að halda leyti sér viðeigandi meðferðar fyrir en ella.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknar 3 eru allir þeir sem sótt hafa námskeiðið Kvíðastjórnun, sem er sérstaklega haldin í samstarfi við Vinnumálastofnun fyrir fólk sem misst hefur atvinnu, á tímabilinu frá desember 2008 til mars 2010. Þátttakendur svöruðu spurningalistum bæði við upphaf námskeiðs og við lok þess. Í rannsókninni eru þátttakendur úr sjö hópum en alls voru 117 sem tóku þátt í þessum hópum og innihélt hver hópur um 15 til 25 manns. Ekki eru til svör fyrir alla þátttakendur fyrir bæði upphaf námskeiðs og lok þess en alls vantar gögn fyrir 16 þátttakendur. Þátttakendur í rannsókninni eru því alls 101 eða 24 karlar (23,8%) og 77 konur (76,2%). Upplýsingar um aldur 18 (17,8%) þátttakenda vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 42,8 ár ($sf = 12,4$) og aldursspönnin 17 til 64 ár. Meðalaldur karla var 39,7ár ($sf = 13,4$, spönn 18 til 61 ár) og meðalaldur kvenna var 43,9 ár ($sf = 12$, spönn 17 til 64 ár).

Þar sem ekkert greiningaviðtal á sér stað áður en námskeiðið hefst var misjafnt hvaða vandamál þátttakendur voru helst að kljást við og ekki víst að allir hefðu uppfylla greiningarskilmerki fyrir geðröskun. Skoðað var hversu margir úr hópnum voru með nokkur til mikil depurðareinkenni (BDI-II), nokkur til mikil kvíðaeinkenni (BAI) eða voru með skor sem er einkennandi fyrir fólk með félagsfærni á félagsfærnikvörðum (SIAS og SPS). Þessi hópur er verður kallaður klínískur hópur og voru 66 manns (65,3%) sem féllu í þann hóp en 35 manns (34,7%) voru ekki með nein einkenni eða væg einkenni depurðar og kvíða og voru

með skor á félagsfélgnkvörðum sem eru einkennandi fyrir almenning. Þessi hópur verður kallaður almennur hópur. Í klíníska hópnum voru 18 karlar (27,3%) og 48 konur (72,7%). Upplýsingar um aldur 11 (16,7%) þátttakenda vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 42,3 ár ($sf = 12,3$) og aldursspönnin 17 til 64 ár. Í almenna hópnum voru sex karlar (17,1%) og 18 konur (82,9%). Upplýsingar um aldur 9 (25,7%) þátttakenda vantaði en meðalaldur þeirra sem gáfu upp aldur var 43,9 ár ($sf = 13,0$) og aldursspönnin 21 til 63ár.

Mælitæki

Sex spurningalistar voru lagðir fyrir í upphafi námskeiðs og í lok þess. Þessum listum er ætlað að mæla kvíða í félagslegum samskiptum (SIAS), frammistöðukvíða (SPS), alvarleika þunglyndiseinkenna (BDI-II), sjálfsmat þátttakenda (R-SCQ), lífsgæði þeirra (QOLS) og einkenni kvíða (BAI). Hér að neðan er nánari lýsing á þessum spurningalistum.

Kvíði í félagslegum samskiptum (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS) (Mattick & Clarke, 1998).

Spurningalistanum er ætlað að meta samskiptakvíða, svo sem óttann við að hitta fólk og halda uppi samræðum, við mat annarra á neikvæðum eiginleikum í eigin fari og óttann við að verða hunsaður. Kvarðinn samanstendur af 20 fullyrðingum sem metnar eru á fimm punkta Likert kvarða og er því hægt að fá 0 til 80 stig á kvarðanum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi SIAS sem skimunartæki. Rannsókn Mattick og Clarke (1998) sýndi fram á góðan innri áreiðanleika og endurprófunaráreiðanleika og benda niðurstöður jafnframt til þess að aðgreiningarréttmæti kvarðans sé viðunandi. Niðurstöður rannsókna hafa einnig bent til viðunandi hugsmíðaréttmæti kvarðans. Í rannsókn Mattick og Clarke (1998) skoruðu félagsfélgnir að meðaltali 34,6 stig ($sf = 16,4$) á kvarðanum en heilbrigðir 18,8 stig ($sf = 11,8$). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann en tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á próffræðilegum eiginleikum SIAS (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna góðan innri áreiðanleika ($\alpha > 0,91$) og réttmætis íslenskrar þýðingar SIAS meðal íslenskra háskólastúðenta og einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna geðrænna vandamála. Í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) skoruðu félagsfélgnir að meðaltali 57,1 stig ($sf = 9,2$) á SIAS sem er töluvert hærra skor en í rannsókn Mattick og Clarke (1998). Þó ber að taka fram að í íslenska úrtakinu voru ekki nema 12 þátttakendur. Í rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) mældist meðalskor íslenskra háskólanema 23,1 stig ($sf = 12,3$).

Félagsfælnikvarðinn (Social Phobia Scale, SPS) (Mattick & Clarke, 1998).

Spurningalistanum er ætlað að meta kvíða tengdan frammistöðu í félagslegum aðstæðum, svo sem óttann við að verið sé að fylgjast með athöfnum, meta þær og þá aðallega óttann við að aðrir taki eftir líkamlegum einkennum kvíða við slíkar aðstæður. Kvarðinn samanstendur af 20 fullyrðingum sem metnar eru á fimm punkta Likert kvarða og er því hægt að fá 0 til 80 stig á kvarðanum. Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á gagnsemi SPS sem skimunartæki. Rannsókn Mattick og Clarke (1998) sýndi fram á góðan innri áreiðanleika og endurprófunaráreiðanleika og benda niðurstöður jafnframt til þess að aðgreiningarréttmæti kvarðans sé viðunandi. Niðurstöður rannsókna hafa einnig bent til viðunandi hugsmíðaréttmæti kvarðans. Í rannsókn Mattick og Clarke (1998) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 40 stig ($sf = 16$) á kvarðanum en almenningur 14,4 stig ($sf = 11,2$). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þýddi kvarðann en tvær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi á próffræðilegum eiginleikum SPS (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna góðan innri áreiðanleika ($\alpha > 0,91$) og réttmætis íslenskrar þýðingar SIAS meðal íslenskra háskólastúdenta og einstaklinga sem leita sér aðstoðar vegna geðrænna vandamála. Í rannsókn Margrétar A. Hauksdóttur (2005) skoruðu félagsfælnir að meðaltali 41,6 stig ($sf = 9,2$) á SPS og í rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) mældist meðalskor íslenskra háskólanema 11,3 stig ($sf = 9,3$).

Mælikvarði Beck á geðlægð (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) (Beck, Steer, og Brown, 1996).

Spurningalistanum er ætlað að mæla þunglyndiseinkenni próftaka síðustu tvær vikur áður en prófið er tekið. Kvarðinn samanstendur af 21 atriðum sem gefa 0 til 4 stig og er því hægt að fá 0 til 63 stig á kvarðanum. Stigafjöldi á bilinu 0 til 13 stig gefur til kynna að engin eða lítil þunglyndiseinkenni séu til staðar, 14 til 19 stig benda til vægra einkenna, 20 til 28 stig til nokkurra einkenna og 29 til 63 stig til mikilla einkenna. Íslensk þýðing á kvarðanum var í höndum sálfræðinganna Jóns F. Sigurðssonar og Gísla H. Guðjónssonar. Í rannsókn á henni kom í ljós að bæði áreiðanleiki og réttmæti svipaði mjög til þess sem gerist í Bandaríkjunum (Arnarsson, Ólason, Smári og Sigurðsson, 2008).

Sjálfsmatskvarði Robsons (Robson Self Concept Questionnaire, RSCQ) (Robson, 1989)

Spurningalistanum metur sjálfstraust fólks. Kvarðinn samanstendur af 30 fullyrðingum sem próftaki tekur afstöðu til á 8 punkta kvarða (0 til 7) þar sem 0 þýðir að viðkomandi sé algerlega ósammála fullyrðingunni og 7 þýðir að hann sé algerlega sammála henni. Hægt er að fá frá 0 til 210

stig á kvarðanum en sjálfstraust telst í meðallagi í 139,2 stigum ($sf = 19,9$) samkvæmt höfundi kvarðans (Robson, 1989). Innri áreiðanleiki ($\alpha > 0,87$) og endurprófunaráreiðanleiki kvarðans mælast hár ($r > 0,87$ þegar tíminn á milli prófanna er 4 til 8 vikur). Réttmætisathuganir á kvarðanum gefa einnig til kynna gott samleitni- og aðgreiniréttmæti (Robson, 1989). Kvarðinn var þýddur af Sóleyju D. Davíðsdóttur sálfræðingi en engar rannsóknir hafa verið gerðar á honum hér á landi.

Mat á lífsgæðum (Quality Of Life Scale, QOLS)

Spurningalistanum er ætlað að meta lífsgæði fólks. Kvarðinn samanstendur af 16 atriðum sem svarað er á 7 punkta skala (1 til 7) þar sem hægt er að fá 16 til 112 stig. Meiri stigafjöldi á kvarðanum bendir til betri lífsgæða. Kvarðinn hefur í gegnum tíðina verið notaður til að meta lífsgæði fólks með sjúkdóma, verki og geðraskanir (Burckhardt og Anderson, 2003). Niðurstöður rannsóknar á próffræðilegum eiginleikum kvarðans gefa til kynna að samleitni- og aðgreiniréttmæti sé gott, innri áreiðanleiki sé góður ($\alpha = 0,82 - 0,92$) og áreiðanleiki endurtekinnna prófanna (miðað við 3 vikur) sé það einnig ($r = 0,78 - 0,84$) (Burckhardt, Woods, Schultz og Ziebarth, 1989). Kvarðinn hefur verið þýddur á fjölda tungumála, til dæmis sænsku og norsku, og eru próffræðilegir eiginleikar þessara þýðinga mjög góðir (Liedberg, Burckhardt og Henriksson, 2005; Wahl, Rustöen, Hanestad, Lerdal og Moum, 2004). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur á geðsviði Landspítala-háskólasjúkrahúss íslenskaði kvarðann. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) skora háskólanemar á Íslandi að meðaltali 86,2 stig ($sf = 9,03$). Þetta eru samskonar niðurstöður og fengist hafa fyrir almenning í Noregi (Wahl, o.fl., 2004). Klínískt úrtak úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) skoraði að meðaltali 70,41 stig ($sf = 15,61$).

Mælikvarði Beck á kvíða (Beck Anxiety Inventory, BAI) (Beck, og Steer, 1993).

Spurningalistanum er ætlað að meta alvarleika kvíðaeinkenna viku aftur í tímann. Kvarðinn samanstendur af 21 atriðum sem gefa 0 til 4 stig og er því hægt að fá 0 til 63 stig á kvarðanum. Stigafjöldi á bilinu 0 til 7 stig gefa til kynna að engin eða lítil kvíðaeinkenni séu til staðar, 8 til 15 benda til vægra einkenna, 16 til 25 til nokkurra einkenna og 26 til 63 til mikilla einkenna. Eiríkur Örn Arnarsson þýddi listann á íslensku en próffræðilegir eiginleikar hans í íslenskri þýðingu hafa ekki verið rannsakaðir ítarlega.

Framkvæmd

Áður en rannsóknnavinnan hófst voru leyfi fyrir henni fengin hjá Vísindasiðarnefnd og Kvíðameðferðarstöðinni. Einnig var rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar. Gagnasöfnun fyrir námskeiðið Kvíðastjórnun fór fram á Kvíðameðferðarstöðinni frá desember 2008 til mars 2010. Engin eiginleg inntökuskilyrði eru sett fyrir námskeiðið, og því ekkert greiningaviðtal, en námskeiðið er ætlað fólki sem misst hefur atvinnuna og upplifir vanlíðan, kvíða, áhyggjur og/eða streitu í kjölfarið. Námskeiðið er haldið í samstarfi við Vinnuálastofnun og eru leiðir hugrænnar atferlismeðferðar kenndar til að draga úr áhyggjum og almennum kvíða og auka streituþol og vellíðan. Námskeiðið stendur í fjórar vikur þar sem þátttakendur koma saman tvisvar í viku, í um tvo klukkutíma í senn, og byggist námskeiðið upp á fræðslu og ýmsum æfingum.

Að námskeiðinu koma ávalt tveir stjórnendur, tveir sálfræðingur eða einn sálfræðingur og sálfræðinemi í starfsþjálfun. Í fyrsta tíma eru hópreglur kynntar og spurningalistar eru lagðir fyrir. Því næst er fræðsla um kvíða, depurð og lágt sjálfstraust og sérstaklega fjallað um tengsl atvinnuleysis við þessa þætti. Í öðrum tíma eru fræðsla um tengsl hugsana við tilfinninga og fjallað er um helstu hugsanaskekkjur og hvernig hægt sé að hafa áhrif á líðan sína með því að endurmeta hugsanir á raunhæfari hátt. Í þriðja tíma er fræðsla um áhrif athygli á kvíða og vanlíðan og hvernig hægt sé að vinna með athyglisskekkjur í kvíða og vanlíðan. Í fjórða tíma er fræðsla um forðun og önnur óhjálpleg viðbrögð og fjallað er um hvernig þessi viðbrögð myndast og viðhaldast og hvaða áhrif þau hafa á kvíða og vanlíðan. Í fimmta tíma er fjallað um sjálfstraust, hvernig það myndast og hvernig hægt er að auka það. Fjallað er um viðhorf sem ýta undir og viðhalda lágu sjálfstrausti, þátttakendur reyna að koma auga á slík viðhorf hjá sér og endurskoða þau. Í sjötta tíma er fjallað um aðferðir við lausn vandamála auk fræðslu um óvissu og óvissuþol. Í sjöunda tíma er fjallað um samskipti og áræðni. Í áttunda tíma er fjallað um áhrif virkni á líðan og unnið með það að fjölga ánægjulegum athöfnum. Í áttunda tímanum eru spurningalistar svo lagðir fyrir aftur. Í flestum tímum eru æfingar sem taka mið af umfjöllunarefninu og á milli tíma eru sett fyrir heimaverkefni sem einnig taka mið af því.

Úrvinnsla gagna

Við úrvinnslu gagna var notast við tölfræðiforritið SPSS 16 fyrir Windows. Til að kanna hvort munur væri á milli hóps sem mætti í eftirfylgd og þeirra sem gerðu það ekki, varðandi skor á spurningalistum, áhrifastærð og aldri, var notast við óháð *t*-próf (*independent sample t-tests*). Til að kanna hvort munur væri á kynjaskiptingu milli hópanna var gert kí-kvaðratpróf (*Pearson Chi-square, χ^2*). Til að kanna hvort munur væri á heildarskori á spurningalistum í upphafi meðferðar og í lok hennar var notast við pöruð *t*-próf (*paired sample t-tests*). Til að meta árangur meðferðarinnar voru reiknaðar áhrifastærðir (*Cohens d*). Þetta er gert með því að draga hærra meðalskor frá lægra meðalskori og deila svo með samlagðri dreifitölu staðalfrávikanna fyrir og eftir meðferð. Munur á meðalskori fyrir og eftir meðferð samsvarar hækkun eða lækkun á kvörðunum á meðan meðferð stendur (breytingarskor). Samlögð dreifitala staðalfrávikanna er fengin með því að setja bæði staðalfrávik í annað veldi, leggja þau saman, deila með tveimur og að því loknu er kvaðratróttin tekin af útkomunni. Áhrifastærðir eru mikið notaðar til að meta hvort áhrif frumbreytu á fylgibreytu, s.s. meðferð á einkenni geðraskana, séu klínískt mikilvæg og skipti máli fyrir viðkomandi þátttakendur. Áhrifastærðin $d = 1.0$ gefur til kynna að meðalskor hafi hækkað eða lækkað um sem nemur einu staðalfrávik en samkvæmt viðmiðum Cohen (1988) samsvarar áhrifastærðin 0,2 litlum áhrifum, 0,5 miðlungsáhrifum og 0,8 eða hærra miklum áhrifum.

Einnig var kannað hvort sú breyting sem átti sér stað á meðan á meðferð stóð væri klínískt marktæk (*clinically significant change*) og áreiðanleg (*reliable change*). Klínískt marktæk breyting á sér stað þegar skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp breytist yfir í skor sem er einkennandi fyrir almennan hóp (Jacobson og Truax, 1991). Til þess að geta reiknað út hvenær þessi breyting hefur átt sér stað þarf að finna út hvaða skurðpunktur (*cutt-off*) sé heppilegastur til að greina þarna á milli. Jacobsons og Truax (1991) leggja til þrjár mismunandi leiðir til að finna þennan skurðpunkt, eða leið A, B og C. Þegar leið A er notuð er einungis nauðsynlegt að hafa viðmið fyrir klínískan hóp en metið er hvort skor próftaka sé meira en tvö staðalfrávik frá meðalskori sem er einkennandi fyrir klínískan hóp. Þegar leið B er notuð er einungis nauðsynlegt að hafa viðmið fyrir almennan hóp en metið er hvort skor próftaka sé meira en tvö staðalfrávik frá meðalskori sem er einkennandi fyrir almennan hóp. Þegar leið C er notuð er hins vegar nauðsynlegt að vera með viðmið fyrir bæði almennan- og klínískan hóp og fellur skurðpunkturinn því mitt á milli þess sem gerist í leið A og B (Jacobson og Truax, 1991). Þegar viðmið fyrir almennan hóp eru til taks og dreifing hópanna skarast, eins og er raunin með flesta spurningalista í þessari rannsókn, er æskilegast að notast við leið C við útreikninga á skurðpunktum (Jacobson og Truax, 1991). Reiknað var út hversu

hátt hlutfall þátttakenda var með skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp í upphafi meðferðar, í lok hennar og í eftirfylgd.

Áreiðanleg breyting er mælikvarði á hvort sú breyting sem mælist sé nógu mikil til að hægt sé að fullyrða með nokkurri vissu að hún sé ekki tilkomin vegna óstöðugleika í mælingum. Þessi aðferð tekur mið af staðalfrávikum fyrir breytingu og innri áreiðanleika mælitækisins sem notað er (Jacobson og Truax, 1991). Reiknað var hversu margir þeirra þátttakenda sem voru, við lok meðferðar, enn með skor sem eru einkennandi fyrir klínískan hóp náðu nógu miklum árangri til að hægt sé að segja að breyting hafi verið áreiðanleg.

Niðurstöður

Meðaltöl og staðalfrávik allra mælinga við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 1. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

Tafla 1. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir allra þátttakenda á kvíðastjórnunarnámskeiði við upphaf og lok þess

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
SIAS	35,38	15,53	29,76	12,90	94	93	4,82***	0,39
SPS	20,39	14,90	16,37	13,04	94	93	3,86***	0,29
BDI-II	22,61	11,82	14,03	9,30	99	98	9,10***	0,81
R-SCQ	117,02	26,09	128,19	28,48	101	100	-5,33***	0,41
QOLS	68,73	15,69	73,43	16,03	100	99	-3,12**	0,30
BAI	16,36	10,04	12,02	9,25	83	82	4,56***	0,45

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda (fjöldi þátttakenda sem svarar hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (*missing values*)), df = frígráður, t = gildi paraðs *t*-prófs, d = áhrifastærð (*Cohens' d*). SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, SPS = Social Phobia Scale, BDI-II = Becks Depression Inventory II, R-SCQ = Robson *Self Concept Questionnaire*, QOLS = Quality Of Life Scale, BAI = Becks Anxiety Inventory. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn er í öllum tilfellum marktækur. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað tilætluðum árangri, s.s. að dregið hafi úr samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkennum og líkamlegum einkennum kvíða auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi einungis haft

mikil áhrif á þunglyndiseinkenni þátttakenda. Áhrifin á öllum öðrum kvörðum voru á milli þess að vera lítil og miðlungs mikil.

Þar sem ekkert greiningaviðtal átti sér stað áður en námskeiðið hófst var misjafnt hvaða vandamál þátttakendur voru helst að kljást við og ekki víst að allir hefðu uppfylla greiningarskilmerki fyrir geðröskun. Þetta getur haft áhrif á niðurstöðurnar þar sem eðlilegt er að þeir sem hafa lítil eða engin einkenni geðraskana lækki minna á spurningalistum sem meta alvarleika þeirra. Þegar skoðað var hversu margir úr hópnum voru með nokkur til mikil depurðareinkenni (BDI-II), nokkur til mikil kvíðaeinkenni (BAI) eða voru með skor sem er einkennandi fyrir fólk með félagsfærni á félagsfærnikvörðum (SIAS og SPS) kom í ljós að 66 manns (65,3%) uppfylltu þessi skilyrði, og er sá hópur kallaður klínískur hópur. Þeir sem ekki voru með nein, lítil eða væg einkenni depurðar og kvíða og voru með skor á félagsfærnikvörðum sem eru einkennandi fyrir almenning eru kallaðir almennur hópur en í hann féllu 35 manns (34,7%). Ákveðið var að kanna áhrif námskeiðs á hvorn hópinn fyrir sig. Kannað var fyrst hvort munur væri á hópnum varðandi aldur með óháðu *t*-prófi og varðandi kynjaskiptingu með kí-kvaðrat prófi. Ekki var neinn munur á hópnum varðandi þetta tvennt ($p > 0,05$).

Meðaltöl og staðalfrávik mælinga klíníska hópsins við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 2. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

Tafla 2. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir klíníska hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
SIAS	42,12	13,40	33,89	12,44	64	63	5,88***	0,58
SPS	25,80	14,80	19,98	13,72	64	63	4,08***	0,42
BDI-II	28,08	10,79	17,36	9,24	64	63	8,19***	1,01
R-SCQ	107,36	23,21	118,73	25,59	66	65	-4,07***	0,42
QOLS	63,38	14,54	68,52	15,94	65	64	-2,36**	0,32
BAI	20,21	9,73	14,05	9,94	56	55	5,18***	0,64

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda (fjöldi þátttakenda sem svarar hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (*missing values*)), df = frígráður, t = gildi paraðs *t*-prófs, d = áhrifastærð (*Cohens' d*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl klíníska hópsins við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn er í öllum tilfellum marktækur. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað tilætluðum árangri fyrir klíníska hópinn, s.s. að dregið hafi úr samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkennum og líkamlegum einkennum kvíða auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni þátttakenda og miðlungsmikil á samskiptakvíða (SIAS) og líkamleg einkenni kvíða (BAI). Áhrifin á frammistöðukvíða (SPS), sjálfsmat (R-SCQ) og lífsgæði (QOLS) voru á milli þess að vera lítil og miðlungs mikil.

Þegar skoðað var hvort sú breyting sem átti sér stað væri klínískt marktæk var notast við skurðpunkta sem reiknaðir voru út með aðferð Jacobson og Truax (1991). Við útreikninga á skurðpunkti fyrir SIAS var notast við meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) og skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp úr rannsókn á meðferð við félagsfælni við Kvíðameðferðarstöðina (Sigurður Viðar, 2010). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 39,22 stig sem þýðir að við upphaf námskeiðs voru 64,1% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en við lok þess hafði hlutfallið lækkað niður í 36,4%.

Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri á SIAS spurningalistanum var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ($\alpha = 0,91$). Viðmiðið var 12,9 stig og höfðu 16,7% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 68,8% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SIAS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir SPS var notast við skor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) og skor sem er einkennandi fyrir klínískan hóp úr rannsókn á meðferð við félagsfælni við Kvíðameðferðarstöðina (Sigurður Viðar, 2010). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 21,2 stig en í upphafi voru 56,2% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 39,1%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeiðið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólu B. Eggertsdóttur (2004) ($\alpha = 0,90$). Viðmiðið var 12,6 stig og höfðu 8% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið

viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 64% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á SPS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir BDI-II var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 13,67 stig en í upphafi voru 92,3% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 58,5%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Arnarsson o.fl. (2008) ($\alpha = 0,93$). Viðmiðið var 6,8 stig og höfðu 40,5% þeirra sem enn voru með klínískt skor lækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 64,6% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BDI-II eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Þar sem engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á R-SCQ var, við útreikninga skurðpunkts, notast við meðalskor úr þessari rannsókn og meðalskor sem er einkennandi fyrir almennan hóp úr rannsókn höfundar listans (Robson, 1998). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 129,6 stig en í upphafi voru 80,3% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 72,7%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Robson (1998) ($\alpha = 0,87$). Viðmiðið var 25,4 stig og höfðu 6,2% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 31,8% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á R-SCQ eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir QOLS var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007). Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 80,41 stig en í upphafi voru 87,9% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 75,4%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors

fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Ólafs V. Hrafnssonar og Matthíasar Guðmundssonar (2007) ($\alpha = 0,89$). Viðmiðið var 13,3 stig og höfðu 6,1% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 29,2% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á QOLS eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Við útreikninga á skurðpunkti fyrir BAI var notast við skor sem eru einkennandi fyrir almennan hóp og klínískan hóp úr rannsókn Braga Reynis Sæmundssonar (2009).

Skurðpunkturinn sem fékkst út úr þessum útreikningum var 15,17 stig en í upphafi voru 67,9% þátttakenda klíníska hópsins, sem svöruðu listanum, með klínískt skor en í lok námskeiðs hafði hlutfallið lækkað niður í 30%. Til að kanna hversu margir af þeim sem enn voru með klínískt skor eftir námskeið hefðu náð áreiðanlegum árangri var fundið út viðmið fyrir áreiðanlega breytingu á skori þar sem miðað var við staðalfrávik skors fyrir námskeið og áreiðanleikastuðul úr rannsókn Braga Reynis Sæmundssonar (2009) ($\alpha = 0,92$). Viðmiðið var 13,3 stig og höfðu 23,5% þeirra sem enn voru með klínískt skor hækkað um a.m.k. tiltekið viðmið og því náð áreiðanlegum árangri. Eftir stendur því að, eftir námskeið, var 76,7% hópsins annað hvort með sambærilegt skor og almenningur á BAI eða hafði náð áreiðanlegum breytingum til batnaðar.

Tafla 3. Meðaltöl, staðalfrávik og áhrifastærðir almenna hópsins, á kvíðastjórnunarnámskeiði, við upphaf námskeiðs og við lok þess

	Við upphaf námskeiðs		Við lok námskeiðs		n	df	t	d
	M	sf	M	sf				
SIAS	21,00	8,28	20,93	8,89	30	29	0,04	0,00
SPS	8,87	5,79	8,67	6,81	30	29	0,23	0,01
BDI-II	12,60	5,22	7,94	5,65	35	34	5,38***	0,44
R-SCQ	135,23	21,22	146,03	25,12	35	34	-3,58**	0,40
QOLS	78,66	12,74	82,54	11,78	35	34	-2,59*	0,25
BAI	8,37	4,26	7,81	5,76	27	26	0,42	0,06

M = meðaltal, sf = staðalfrávik, n = fjöldi þátttakenda (fjöldi þátttakenda sem svarar hverjum spurningalista er breytilegur vegna tapaðra gilda (*missing values*)), df = frígráður, t = gildi paraðs *t*-prófs, d = áhrifastærð (*Cohens' d*). BDI-II = Becks Depression Inventory II, BAI = Becks Anxiety Inventory, QOLS = Quality Of Life Scale, PSS-10 = Persived Stress Scale 10. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Meðaltöl og staðalfrávik mælinga almenna hópsins við upphaf og lok námskeiðs eru birt í töflu 3. Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir mun á meðaltölum eru einnig birtar í töflunni ásamt áhrifastærðum.

Niðurstöður paraðra *t*-prófa fyrir meðaltöl almenna hópsins við upphaf og lok námskeiðs sýna að munurinn aðeins marktækur á mælikvarða á depurð (BDI-II), mælikvarða á sjálfsmat (R-SCQ) og mat á lífsgæðum (QOLS). Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað þeim árangri að dregið hafi úr depurð og að sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar benda til að námskeiðið hafi aðeins haft lítil til miðlungs mikil áhrif á þessa þætti en engin áhrif á líkamleg kvíðaeinkenni eða félagsfærni þátttakenda (enda eru upphafsskor hópsins ekki há og því ekki mikillar lækkunar að vænta).

Það liggur í hlutarins eðli að almenni hópurinn er nær almenningi í skori á spurningalistum sem mæla félagsfærnieinkenni og eru ekki með nein, lítil eða væg einkenni depurðar og kvíða. Það var þó kannað hversu stór hluti hópsins hafi verið með skor sem er nær meðalskori klíníks hóps, á spurningalistum sem meta sjálfsmat (R-SCQ) og lífsgæði fólks (QOLS), við upphaf meðferðar og lok hennar. Til að reikna út hversu stór hluti var með klínískt skor á R-SCQ spurningalistanum var notast við sama skurðpunkt (129,6) og fyrir klíníska hópinn hér að ofan. Niðurstöðurnar voru að við upphaf meðferðar voru 45,7% þátttakanda almenna hópsins (16 manns) með klínískt skor en í lok meðferðar hafði hlutfallið lækkað niður í 22,9% (8 manns). Til að reikna út hversu stór hluti var með klínískt skor á QOLS spurningalistanum var einnig notast við sama skurðpunkt (80,41) og fyrir klíníska hópinn hér að ofan. Niðurstöðurnar voru að við upphaf meðferðar voru 60% þátttakanda almenna hópsins (21 manns) með klínískt skor en í lok meðferðar hafði hlutfallið lækkað niður í 45,7% (16 manns).

Umræða

Þegar skoðaðar eru niðurstöður alls hópsins í rannsókninni kemur í ljós að þátttakendur á námskeiðinu Kvíðastjórnun lækkuðu á öllum kvörðum sem mæla félagsfærni-, kvíða- og þunglyndiseinkenni og hækkuðu á þeim kvörðum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á námskeiði stóð. Áhrifastærðirnar benda þó til þess að námskeiðið hafi einungis haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni þátttakenda en áhrifin á öllum öðrum kvörðum hafi verið á milli þess að vera lítil og miðlungs mikil.

Þar sem ekkert greiningaviðtal á sér stað áður en námskeiðið hófst og þátttakendur þurftu ekki að uppfylla nein skilyrði til að fá að taka þátt í því, nema að sækjast eftir því hjá

Vinumálastofnun, voru þátttakendur mjög misjafnir varðandi hvaða vandamál þeir áttu við að stríða. Mjög ólíklegt er að allir þátttakendur hafi uppfylla greiningarskilmerki fyrir einhverri geðröskun og er líklegt að það hafi haft áhrif á niðurstöðurnar en eðlilegt er að þeir sem hafa lítil eða engin einkenni geðraskanana lækki minna á spurningalistum sem meta alvarleika þeirra. Ákveðið var að skipta hópnum í klínískan hóp (þátttakendur sem líklega voru með geðröskun) og almennan hóp (þátttakendur sem voru líklega ekki með geðröskun). Þátttakendur sem féllu í klíníska hópinn voru þeir sem voru með nokkur til mikil depurðareinkenni, nokkur til mikil kvíðaeinkenni og/eða með skor sem er einkennandi fyrir fólk með félagsfælni á spurningalistum sem meta einkenni félagsfælni. Þátttakendur sem féllu í almenna hópinn voru þeir sem ekki voru með nein, lítil eða væg einkenni depurðar og kvíða og voru með skor sem eru einkennandi fyrir almenning á spurningalistum sem meta einkenni félagsfælni. Ekki var munur á hópunum að öðru leyti. Eftir þessa skiptingu kom í ljós að þriðjungur hópsins féll í almennan hóp sem rennir stöðum undir þær hugmyndir að þátttakendur í námskeiðinu séu ekki allir að glíma við eiginlegar geðraskanir. Ákveðið var því að kanna árangur námskeiðsins á hvorn hóp fyrir sig, þ.e. klínískan hóp annars vegar og almennan hóp hins vegar.

Helstu niðurstöður voru að árangur námskeiðs var meiri þegar aðeins var kannaður árangur hjá klíníska hópnum, samanborið við allan hópinn í heild eða aðeins almenna hópinn. Þegar aðeins árangur klíníska hópsins var kannaður kom í ljós að þátttakendur hans lækkuðu á öllum kvörðum sem mæla félagsfælni-, kvíða- og þunglyndiseinkenni og hækkuðu á þeim kvörðum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á námskeiði stóð. Áhrifastærðirnar, samkvæmt viðmiðum Cohen (1988), voru töluvert stærri en þegar allur hópurinn var skoðaður en þó benda niðurstöðurnar til þess að námskeiðið hafi einungis haft mikil áhrif á þunglyndiseinkenni klíníska hópsins. Miðlungsáhrifa gætti á listum sem mæla samskiptakvíða og líkamleg einkenni kvíða og áhrif á frammistöðukvíða og sjálfsmat hópsins var rétt undir þeim mörkum að vera miðlungsmikil. Á spurningalista sem mælir lífsgæði þátttakenda voru áhrifin lítil.

Flestar erlendar rannsóknir á áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar hafa tekið fyrir eina ákveðna geðröskun í einu og hafa niðurstöður þeirra sýnt að meðferðarformið virkar vel fyrir ýmiskonar kvilla (Butler o.fl. 2006). Færri rannsóknir hafa þó tekið fyrir blandaðan hóp eins og gert er í þessari rannsókn en þó má nefna rannsókn Erickson o.fl. (2007) sem tók fyrir blandaðar kvíðaraskanir og rannsókn McEvoy og Nathan (2007) sem tók fyrir blöndu af kvíðaröskunum og lyndisröskunum og var fólk með persónuleikaraskanir og fólk á lyfjum ekki undanskilin þátttöku. Þegar áhrifastærðir rannsókna Erickson o.fl. (2007) og McEvoy og

Nathan (2007) eru bornar saman við áhrifastærðir þessara rannsóknar kemur í ljós að áhrifin á einkenni kvíða í þessari rannsókn voru sambærileg í fyrrgreindum rannsóknum og þessari rannsókn þegar allir þátttakendur þessara rannsóknar voru teknir með en ef aðeins var litið til klíníska hópsins voru áhrifin meiri í þessari rannsókn. Þegar borin voru saman áhrifin á þunglyndiseinkenni á milli þessara rannsóknar og rannaóknar McEvoy og Nathan (2007) kom í ljós að þau voru aðeins minni í þessari rannsókn ef miðað var við allan hópinn en ef aðeins var litið til klíníska hópsins í þessari rannsókn voru áhrifin sambærileg.

Þegar litið er til þess hve stórt hlutfall klíníska hópsins náði klínískt marktækum árangri (skor sem er nær almenningi) kom í ljós að hluti þátttakenda náðu slíkum árangri. Í upphafi námskeiðs var mikill meirihluti þátttakenda með há skor spurningalista sem mælir þunglyndi en í lok þess féllu rúm 40% klíníska hópsins í hóp með almenningi á listum sem mæla þessi einkenni. Við upphaf námskeiðs voru tæp 70% hópsins með töluverð einkenni kvíða en við lok þess voru 70% hópsins nær almenningi á listanum. Á listum sem mæla einkenni félagsfærni var um 40% hópsins nær almenningi við upphaf námskeiðs en í lok þess hafði það hlutfall hækkað upp í rúm 60%. Mun minni breytinga var vart á listum sem meta lífsgæði fólks og sjálfsmat þess. Það að ná klínískt marktækum árangri er vissulega eitthvað sem flestir sækjast eftir en er þó í sumum tilfellum óraunhæf markmið, t.d. ef einkenni eru mjög mikil í upphafi. Í þeim tilfellum getur því verið gott að skoða hvort árangurinn sé það mikill að takandi sé mark á honum (áreiðanleg breyting). Þegar þetta var gert kom í ljós að af þeim sem ekki náðu klínískt marktækum árangri var töluvert hlutfall þátttakenda með áreiðanlega breytingu á listum sem meta alvarleika þunglyndis- og kvíðaeinkenna eða um 40% á lista sem mælir einkenni þunglyndis og tæpur fjórðungur á lista sem mælir alvarleika kvíðaeinkenna. Á listum sem mæla einkenni félagsfærni, lífsgæði og sjálfsmat var árangur þeirra sem enn féllu í hóp með klínískum hópi ekki eins markverður.

Þegar árangur almenna hópsins var kannaður kom í ljós að þátttakendur hans lækkuðu marktækt á spurningalista sem mælir alvarleika depurðareinkenna og hækkuðu á listum sem mæla sjálfsmat og lífsgæði á meðan á námskeiði stóð. Þetta bendir til þess að námskeiðið hafi skilað þeim árangri að dregið hafi úr depurð og að sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra hafa aukist. Áhrifastærðirnar, samkvæmt viðmiðum Cohen (1988), benda til þess að áhrifin hafi þó aðeins verið lítil til miðlungs mikil á þessum þáttum. Þar sem almenni hópurinn var búinn til með það í huga að líklega væru þátttakendur innan hans ekki með geðröskun er eðlilegt að ekki hafi verið lækkan á skori á þeim listum sem mæla einkenni félagsfærni eða líkamleg einkenni kvíða.

Þegar þessar niðurstöður eru dregnar saman er greinilegt að hjá þeim þátttakendum sem líklegt er að þjáist af einhverri geðröskun (klínískur hópur) dró marktækt úr samskipta- og frammistöðukvíða, þunglyndiseinkennum og líkamlegum einkennum kvíða auk þess sem sjálfsmat þátttakenda og lífsgæði þeirra jukust. Þeir þátttakendur sem líklegast voru ekki með neina geðröskun fundu fyrir minni depurðareinkennum í lok námskeiðs, mátu lífsgæði sín betri og sjálfsmat hækkaði. Námskeiðið skilaði því nokkrum árangri til þátttakenda beggja hópa. Þó er líklegt að þátttakendur gætu náð meiri árangri ef greining færi fram og fólk yrði sent á námskeið eða í meðferð eftir því hver þeirra aðalvandi væri. Þessu til stuðnings má nefna að niðurstöður árangursmælinga á hópmeðferð við félagsfælni, sem er framar í þessari skýrslu, benda til að þátttakendur í þeirri meðferð hafi náð töluvert meiri árangri en klíníski hópurinn á þessu námskeiði. Gera má ráð fyrir að hluti klíníska hópsins hafi uppfyllt greiningaskilmerki fyrir félagsfælni (vegna hárra skora margra á SPS og SIAS) og hefðu þeir því átt möguleika á sérhæfðu úrræði fyrir sig ef greining hefði farið fram. Hluti hópsins hefur líklega verið að glíma við aðrar raskanir og hefðu því hugsanlega haft meira gagn af sérhæfðari úræðum fyrir sig. Líklegt er að þátttakendur almenna hópsins hafi haft gagn af almennu námskeiði, eins og þessu, sem grundvallast á hugmyndum hugrænnar atferlismeðferðar og kennir hvernig hægt sé að hafa áhrif á líðan og okkar og sjálfstraust með því að vinna með hugsanir okkar og hegðun. Hugsanlegt er þó að það að hafa fólk sem er mjög illa stadd, með þunglyndi eða aðrar kvíðaraskanir, með fólki sem þarf aðallega sjálfsstyrkingu verði til þess að allur tími námskeiðsins fari í að huga að þeim fyrrnefndu og þeir síðarnefndu verði því útundan. Einnig getur verið að vissir hlutir fræðslunnar og æfinganna eigi ekki við alla á námskeiðinu. Með því að skipta hópnum eftir því hver séu helstu vandamál þátttakenda er því líklegt að þátttakendur finni sig betur í hópnum og að fræðslan og æfingarnar henti öllum þátttakendum hvers námskeiðs eða meðferðar fyrir sig.

Nokkra fyrirvara ber að setja við rannsóknina og má þar nefna að stjórnendur námskeiðsins sáu um fyrirlögn spurningalista og er því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Hugsanlega voru einhverjir þátttakendur á lyfjum og þar sem stjórnendur námskeiðsins höfðu ekki með umsjón yfir lyfjagjöf er mögulegt breytingar hafi verið á lyfjagjöf á meðan á meðferð stóð. Stærstu ágallar rannsóknarinnar eru þó annars vegar að engin greining fór fram við upphaf meðferðar og að engir samanburðarhópur var í henni. Þegar skipt er á milli þeirra þátttakenda sem eru líklegast með geðröskun (klínískur hópur) og þeirra sem eru líklega ekki með geðröskun (almennur hópur) er aðeins byggt á skori á spurningalistum, sem meta einkenni tiltekinna raskanna, en ekki eiginlegu greiningaviðtali. Það getur því verið að hluti þátttakenda sé settur í rangan hóp, þ.e. að fólk skori hátt á spurningalistum án þess að vera

með eiginlega geðröskun og að hluti þeirra sem skora lágt séu með raunverulega geðröskun. Varðandi vöntun á samanburðarhópi má nefna að í rannsókn Hirschfeld frá 1996 kom fram að ekki er óalgengt að einkenni þunglyndis gangi til baka með tímanum en óalgengara er þó að kvíðaraskanir geri það (sjá í Barlow, 2002). Þar sem ekki var um samanburðarhóp að ræða er því ekki hægt að fullyrða að um sjálfkvæman bata hafi verið að ræða en það verður þó að teljast ólíklegt þar áhrifastærðir þessara rannsókna eru mun stærri en í flestum rannsóknum sem notast við samanburðarhópa sem fá annað hvort lyfleysu eða eru á biðlista eftir meðferð (Gloaguen o.fl.,1998).

Heimildir

- Arnarson, Þ. Ö., Ólason, D. Þ., Smári, J. og Sigurðsson, J. F. (2008). The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 360-365.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2. útg.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. og Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Bragi Reynir Sæmundsson. (2009). *Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Becks Anxiety Inventory*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Burckhardt, C. S. og Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 60, 1-7.
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A. og Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. og Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2. útg.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S. og Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58, 1205-1211.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. og Blackburn, I-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Jacobson, N. S. og Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Liedberg, G. M., Burckhardt, C. S. og Henriksson, C. M. (2005). Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia – statistical analyses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 64-70.

- Margrét A. Hauksdóttir. (2005). *Félagsfælni: Athugun á próffræðilegum eiginleikum Social interaction anxiety scale, Social phobia scale og Post-event processing questionnaire*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Mattick, R. P. og Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McEvoy, P. M. og Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 344-350.
- Óla B. Eggertsdóttir. (2004). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum SIAS og SPS og á tengslum félagskvíða og bakþanka*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Ólafur V. Hrafnsson og Matthías Guðmundsson. (2007). *Próffræðilegir eiginleikar Lífsgæðakvarðans (QOLS)*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Robson, P. (1989). Development of a new self report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513–518
- Sigurður Viðar. (2010). *Árangursmælingar á hópmeðferðarstarfi við Kvíðameðferðarstöðina (KMS)*. Óbirt skýrsla styrkt af Nýsköpunarsjóði námsmanna.
- Wahl, A. K., Rustöen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. og Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.