Evidens

Milad Nabizadeh
Mahnaz Dyanat Bengtsson

Användandet av ett standardiserat FACT-protokoll för att stärka diabetes typ 1-patienters närvaro, öppenhet och engagemang

- En pilotstudie av Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy för patienter med typ 1-diabetes med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom

Using a standardized FACT-protocol for increasing diabetes type 1-patients awareness, openess and engagements

- A pilot study of Focused Acceptance and Commitment Therapy for patients with type 1-diabetes with diabetes-related distressing thoughts and feelings about their own diabetic disease

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendeinriktad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2018-06-05/termin 6
Handledare: Anders Hammarberg
Examinator: Anna Söderpalm Gordh

Sammanfattning

Bakgrund:

Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy, FACT, är en transdiagnostisk kortidsfokuserad interventions metod som genom dess kärnprocesser närvaro, öppenhet och engagemang bidrar till radikala beteendeförändringar. Syftet var att undersöka hur ett standardiserat FACT-protokoll i gruppformat inverkade på diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom hos diabetes typ 1-patienter.

Metod:

En effectiveness-studie (icke-randomiserad, utan kontrollgrupp). Pilotstudien undersökte, i en grupp (n = 8), ett standardiserat FACT-protokolls interventions inverkan på diabetes typ 1-patienter med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom. FACT-interventionen bestod av 3 tillfällen x 1,5 timme, 1 gång i veckan. Totalt 4,5 timmar.

Resultat:

Vid Efter-mätningen, 3 månader efter studiens avslut visade diabetes-patienterna i medel en cirka 62 % förbättring i deras diabetes-relaterade livskvalité (QOLD), i medel en cirka 42 % reducering av deras diabetes-relaterade känslomässiga obehag (PAID) och i medel en cirka 45 % förbättring för ett mer accepterande förhållningssätt till deras diabetes-relaterade tankar och känslor och ökade förmåga att handla i en värderad riktning (AADQ).

Slutsatser:

Preliminär data visar preliminärt stöd för implementeringen av det standardiserade FACT-protokollet i grupper för diabetes typ 1-patienter med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom.

Nyckelord: Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy, FACT, standardiserat FACT-protokoll i grupper, diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor, typ 1-diabetes patienter

Abstract

Background:

Focused Acceptance and Commitment Therapy, FACT, is a transdiagnostic short-term focused intervention method that through its core processes awareness, openness and engagement contributes to radical behavioral changes. The aim was to examine the impact of a standardized FACT-protocol delivered in a group format on diabetes-related distressing thoughts and feelings about their own diabetic disease among diabetes type 1-patients.

Method:

An effectiveness study (non-randomized, without control group). This pilot study examined, in a group (n = 8), a standardized FACT-protocol's intervention impact on diabetes type 1-patients with diabetes-related distressing thoughts and feelings about their own diabetes disease. The FACT-intervention consisted of 3 occasions x 1,5-hours, once a week. A total of 4,5 hours.

Results:

At the post-measurement, 3 months after the end of the study, diabetes-patients showed on average approximately a 62% improvement in their diabetes-related quality of life (QOLD), on average approximately a 42% reduction of their diabetes-related emotional distress (PAID) and on average approximately a 45% improvement for a more accepting approach to their diabetes-related thoughts and feelings and a increased ability to engage in a valued direction (AADQ).

Conclusions:

Preliminary data show preliminary support for implementation of the standardized FACT protocol in groups for diabetes type 1-patients with diabetes-related distressing thoughts and feelings about their own diabetes disease.

Key words: Focused Acceptance and Commitment Therapy, FACT, standardized FACT-protocol in groups, diabetes-related distressing thoughts and feelings, type 1-diabetes patients

Förord

Vi vill börja med att tacka vår underbara handledare Anders Hammarberg, som genom sitt oerhört pedagogiska förhållningssätt och handledning varit oerhört behjälplig (som vi inte kan tacka nog) under hela den här processen.

Vidare vill vi även tacka Evidens, våra verksamheter, våra deltagare och slutligen våra familjer under hela den här processen. Ett stort tack till alla!

Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige håller hög kvalité och goda medicinska resultat, samtidigt som vården står inför en rad utmaningar i korrelation till den demografiska utvecklingen i samhället i form av att medellivslängden ökar och att antalet människor med kroniska sjukdomar lever längre (Socialdepartementet, 2017).

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kontinuerliga resultat mätningar visar brister avseende kontinuitet, tillgänglighet, utmaningar inom områden för kompetensförsörjning - och vidare, hälso- och sjukvårdens begränsade resurser som medför att framtidsbehovet för en omställning till effektivare-, snabbare- och kortare vårdinsatser är oundvikligt angeläget (Socialdepartementet, 2017), däribland inom bl.a. diabetessjukvården, för diabetes-patienter som bl.a. efterfrågar behandlingsinterventioner-insatser för att reducera diabetes-relaterade problem och komplikationer kopplat till diabetessjukdomen för att bidra till en ökad behandlingsföljsamhet för denna patientgrupp och bättre hantering av deras diabetessjukdom (Socialstyrelsen, 2017), där bl.a. känslomässigt lidande har en bidragande negativ påverkan för (som ger upphov till bristande) metabol kontroll för diabetes-patienter och vidare att känslomässigt lidande har en bidragande negativ påverkan för diabetes-patienters funktionsnivå och livskvalité (Polonsky m.fl., 1995; Fisher m.fl., 2010; Wang m.fl., 2011).

Vidare, att desto mer specifik diabetes-relaterad känslomässigt lidande diabetes-patienter upplever, kan detta känslomässiga lidande korreleras till högre grad av bristande metabol kontroll hos dessa diabetes-patienter (Papathanasiou m.fl., 2014; Huang m.fl., 2010).

Mot bakgrund för detta stora behov och efterfråga, föreligger det en psykologisk transdiagnostisk behandlingsmetod med namnet Focused Acceptance and Commitment Therapy, FACT, (på svenska: Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy) som svarar väl mot både patienters och sjukvårdsleverantörernas ökade krav på effektivare-, snabbare-, kortare- och fokuserade behandlingsinsatser, för att med korta fokuserade insatser hjälpa patienter genomföra radikala och bestående beteendeförändringar (Strosahl m.fl., 2014).

Hos diabetes-patienter efterfrågas behovet av effektiva-, snabba-, korta- och fokuserade insatser i samband med deras diabetes-relaterade problem och komplikationer (Socialstyrelsen, 2017; Mulder, 2017), där FACT-metoden med dess fokuserade behandlings-insatser på upp till fem tillfällen á ca 30 minuter hjälper diabetes-patienter att uppmärksamma vilka skadliga responser eller med andra ord vilka mindre hjälpsamma/mindre fungerande

strategier/färdigheter/beteenden diabetes-patienter tillämpar för att hantera sina diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin diabetessjukdom och som alternativ lär FACT-behandlaren ut andra mer hjälpsamma/mer fungerande FACT-färdigheter för att hantera dessa diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor genom att förändra diabetes-patienters förhållningssätt till dessa tankar och känslor genom att bygga upp ett mer flexibelt sätt att förhålla sig till dessa obehagliga tankar och känslor och reducera undvikandet för dessa återkommande diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor genom alternativa färdigheter som ingår i FACT-metodens fokuserade behandlings-insatser (Strosahl m.fl., 2014).

Primärvården är generellt den första anhalten för patienter med ohälsa, exempelvis somatisk ohälsa och/eller psykisk ohälsa, där implementeringen och tillgången till adekvata metoder-, arbetssätt och snabba insatsresurser är av största vikt för patienter med ohälsa, däribland patienter med diabetes med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor som med dess begränsade resurser inom vården medför till ytterligare psykologiskt lidande och diabetes komplikationer när denna grupps vårdbehov inte kan tillgodoses p.g.a. bristande resurser och bristande adekvat hjälp (Socialdepartementet, 2017; Socialstyrelsen, 2017).

Därav kan FACT-metodens integrering medföra fördelar för verksamheter för vårdkliniker som vill använda tiden med sina patienter väl och mer effektivt, vare sig om tillämpandet av metoden erbjuds individuellt eller till patienter i gruppform, då FACT-modellen som behandlingsform är applicerbar inom flertalet olika områden, såsom exempelvis för patiengrupper med diabetes - som visat goda behandlingsresultat med FACT-metoden som korttidsintervention för denna patientgrupp (Gregg m.fl., 2007; Strosahl m.fl., 2014).

FACT-metoden utgår från en enhetlig behandlingsmodell för att behandla olika problem/situationer/upplevelser eller med andra ord att den utgår från en transdiagnostisk behandlingsmodell som är diagnosöverskridande som därför kan tillämpas för patienter inom flera olika områden och olika diagnoser (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-metoden som behandlingsmodell tillämpar färdigheter eller så kallade enhetliga processer i sin enhetliga behandlingsmodell vid patienters upplevelser av exempelvis negativa tankar, smärtsamma känslor, påträngande minnen eller obehagliga fysiska sensationer – där FACT-behandlaren lär patienter alternativa färdigheter eller så kallat alternativa processer för att börja relatera till och förhålla sig på ett alternativt sätt för alla dessa obehagliga upplevelser genom nya referensramar/färdigheter (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-modellens enhetliga behandlingsmodell för patienters obehagliga genom dess FACT-processer/färdigheter bidrar till effektiva-, snabba-, korta- och fokuserade beteendeförändringsprocesser som därför kan anses vara av stort implementeringsvärde inom området psykologisk hälsa och ohälsa inom hälso- och sjukvården med tanke på vårdens begränsade resurser och förekommande negativa tankar, smärtsamma känslor, påträngande minnen eller obehagliga fysiska sensationer som alla patienter med olika tillstånd upplever i olika grader (Strosahl m.fl., 2014).

En integrering av psykologiska interventioner/insatser inom vården, bl.a. inom den somatiska vården och inom primärvården för patienter med somatiska sjukdomar leder till uppvisat bättre resultat gällande patientutfall, lägre belastning och vårdtryck för vårdleverantören och lägre kostnader för hälso- och sjukvården (Kathol m.fl., 2014).

Denna pilotstudie ämnade därför undersöka om ett enhetligt och standardiserat FACT-protokoll i gruppform kan reducera diabetes typ 1-patienters skadliga coping strategier/färdigheter som de kontinuerligt tillämpar som strategier för att undvika alla deras obehagliga upplevelser som de har om sina diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom och som alternativ genom FACT-protokollets olika funktioner/processer lära diabetes-patienter alternativa färdigheter/processer som skulle kunna bidra till att skapa ett mer flexibelt förhållningssätt till alla deras diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor som de har om sin egen diabetessjukdom, och om denna radikala beteendemässigaförändringsprocess kring en ökad/stärkt flexibilitet kring förhållningssättet kan åstadkommas efter 3 FACT-tillfällen á 90 minuter.

Diabetes

Diabetes mellitus definieras som en rubbning av glukosmetabolismen och kommer från det grekiska ordet för genomgående (diabainein) och beskriver sjukdomstillståndet för en ökad mängd vätska som passerar genom kroppen, där efterledet mellitus betyder söt och tillkom då läkarna förr i tiden (p.g.a. frånvaron av modern teknisk utrustning) helt enkelt var tvungna att smaka på patienters urin för att undersöka om det var söt (Mulder, 2017).

Prevalens av diabetes

Diabetes delas in i typ 1-diabetes (prevalens 10 %) och typ 2-diabetes (prevalens 90 %), därutöver existerar andra mindre vanliga och mer eller mindre distinkta former av diabetes utöver typ 1-diabetes och typ 2-diabetes (Mulder, 2017).

Patienter med typ 1-diabetes insjuknar under barn- och ungdomsåren, där majoriteten insjuknar före 20 års ålder, medans majoriteten patienter med typ 2-diabetes insjuknar efter 50 års ålder (Mulder, 2017).

Fram till 1970-talet låg diabetes prevalensen för diabetiker på ungefär 3 % av befolkningen, med tämligen konstant fördelningen med 15 % av diabetikerna som hade typ 1-diabetes och resterande 85 % av diabetikerna som hade typ 2-diabetes (Mulder, 2017).
Dock har diabetesförekomsten ökat kraftigt de senaste decennierna med ökad incidens av typ 2-diabetes däribland i korrelation till samhällsförändringar i livsstilsfaktorer genom bl.a. minskat fysisk aktivitet med medföljande inaktivitet, förhöjt energiintag och därtill övervikt som bidragande faktorer till den ökade diabetes prevalensen (Mulder, 2017).

Antalet diabetes-patienter år 2017 uppskattades till omkring 425 miljoner (diabetes prevalens 8,8 % räknat på individer 20-79 år) av jordens befolkning där en fortsatt ökning väntas till omkring 629 miljoner (diabetes prevalens 9,9 %) år 2045 (IDF, 2017).
Detta motsvarar en 48 % ökning av sjukdomen diabetes de kommande 28 åren (år 2017-2045) (IDF, 2017), beaktande då bl.a. andelen äldre människor ökar och därtill den växande befolkningen på jorden (Mulder, 2017).

Diabetes prevalensen kommer därmed att stiga där prevalensen i Sverige år 2013 var 6,7 % (Mulder, 2017).

Vidare, könsfördelningen internationellt för diabetes var år 2017 8,4 % för kvinnor och 9,1 % för män, räknat på individer 20-79 år (IDF, 2017).

Typ l-diabetes - en kronisk sjukdom

Patienter med typ l-diabetes har en kronisk bristsjukdom för vilket det finns en effektiv substitutionsbehandling genom dagliga injektioner av hormonet insulin, detta bristhormon som deras egna kroppar inte längre kan producera och därmed genom behandlingen räddar livet på dem och möjliggörandet till fortsatt god livskvalité - dock där inga effektiva interventioner finns för närvarande för att förebygga typ 1-diabetes (Mulder, 2017).

Vid typ l-diabetes råder en absolut brist på hormonet insulin, av denna anledning behöver patienter av denna orsak erhålla livslång substitutionsbehandling med hormonet, där insulinbehandling och annan läkemedelsbehandling har god effekt på de akuta problemen vid diabetes, som emellertid mer sällan medför patienter perfekt metabol kontroll (Mulder, 2017).

Patienters grad av egenvård och följaktligen deras insatser och hantering (med dess olika innefattande delmoment och ansvarsområden) av sin diabetes sjukdom är av betydelse för graden av metabol kontroll, d.v.s. påföljderna vid bristande metabol kontroll och upplevelser av graden av diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom jämfört med påföljderna vid god metabol kontroll (Hayes m.fl., 2013; Peyrot m.fl., 2013; Jaser m.fl., 2012; Gregg m.fl., 2007).

Patienter med diabetes typ 1 har en kronisk somatisk sjukdom som kräver kontinuerlig och daglig hantering i formen av praktiska och repetitiva insatser och egenvård, som kan ge upphov till kognitiva och emotionella påfrestningar och därtill bidragande psykologiskt lidande och obehagliga upplevelser som kretsar kring patienters diabetes sjukdom (Vanstone m.fl., 2015; Semenkovich m.fl., 2015; Hasan m.fl., 2015).

En av flera bakgrundsfaktorer till upphovet och förekomsten av bristande metabol kontroll hos diabetes-patienter kan anses vara att exempelvis de diabetes-patienter som uppvisade ett mer accepterande förhållningssätt till sin diabetessjukdom uppvisade bättre/god metabol kontroll och till följd mindre upplevelser av psykisk ohälsa vid ett accepterande förhållningssätt, till skillnad från diabetes-patienter som uppvisade ett mindre accepterande förhållningssätt till sin diabetessjukdom, som uppvisade sämre/bristande metabol kontroll och till följd mer upplevelser av psykisk ohälsa vid icke-accepterande förhållningssätt med mer vanligt förekommande diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom (Fisher m.fl., 2014; Schmitt m.fl., 2014; Hadlandsmyth m.fl., 2013; Reddy m.fl., 2013; Park m.fl., 2013; Fisher m.fl., 2010; Gregg m.fl., 2007.

Rubbningar och/eller bristande metabol kontroll vid diabetes är förknippat med kortare förväntad livslängd, förknippat med kroniska problem och komplikationer med uppkomsten av diabetes komplikationer från ögon, njurar, nervsystem och hjärta-kärl, eller med andra ord mikro- och makrovaskulära senkomplikationer såsom: retinopati, nefropati, neuropati, mikroangiopati och makroangiopati (Mulder, 2017). Dessa diabetes-komplikationer medför till betydande besvär för diabetes-patienter (och som påföljd förorsakar ett lidande för deras

diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetes sjukdom) och även en påfrestning för välfärdssamhället (Mulder, 2017).

De totala kostnaderna för typ 1-diabetes och typ 2-diabetes i Sverige uppskattades år 2005 till omkring 9 miljarder kronor d.v.s. en fördubbling sedan år 1987 varav 37 % var direkta sjukvårdskostnader och resterande 63 % var till följd av produktionsbortfall (Bolin m.fl., 2009).

Med god metabol kontroll minskar diabetes-patienter risken för att diabetes komplikationer ska utvecklas och förebyggandet av dessa komplikationer är därför oerhörd viktig för denna patientgrupp (Mulder, 2017).

Internationellt uppgick antalet dödsfall på grund av diabetes (räknat på individer 20-79 år) år 2017 till ca 4 miljoner människor (IDF, 2017).

De sammanlagda diabetes-relaterade sjukvårdskostnader internationellt hos vuxna (20-79 år) år 2017 uppgick till totalt ca 727 miljarder amerikanska dollar, där det som jämförelse år 2006 uppgick till totalt ca 232 miljarder amerikanska dollar (IDF, 2017), vilket innebär att de diabetes-relaterade sjukvårdskostnader för perioden 2006-2017 (11 år) ökat med hela 313 procent.

Diabetessjukvården efterfrågar behandlingsinterventioner-insatser för att reducera diabetes-patienters diabetes-relaterade problem och komplikationer kopplat till diabetessjukdomen för att bidra till en ökad behandlingsföljsamhet för denna patientgrupp och bättre hantering av deras diabetessjukdom (Socialstyrelsen, 2017).

Därav den tilltänkta implementeringen av FACT-metoden som ett tänkbart alternativ med dess fokuserade behandlings-insatser på upp till fem tillfällen á ca 30 minuter (Strosahl m.fl., 2014).

Genom FACT-metodens effektiva-, snabba-, korta- och fokuserade insatser som bidrar till radikala beteendeförändringsprocesser kan FACT-behandlaren lära diabetes-patienter förändra förhållningssättet till deras diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor genom att bygga upp ett mer flexibelt sätt att förhålla sig till alla dessa obehagliga tankar och känslor för sin egen diabetessjukdom genom att lära diabetes-patienter alternativa och mer fungerande färdigheter och förhållningssätt till att relatera till sina obehagliga tankar och känslor och därmed reducera mindre hjälpsamma/mindre fungerande (reducera skadliga responser) coping

strategier/färdigheter diabetes-patienter tillämpat tidigare för att hantera dessa diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor de haft om sin egen diabetessjukdom (Strosahl m.fl., 2014).

Reducering av skadliga coping strategier/färdigheter ingår i FACT-metodens fokuserade behandlings-insatser som mer ingående presenteras nedan kring alternativa färdigheter som diabetes-patienter får lära sig med FACT-metoden som behandlingsmetod för att främja diabetes-patienters psykologisk flexibilitet och därmed ge upphov till ökad funktionsnivå och livskvalité (Strosahl m.fl., 2014).

Vad är Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy - FACT

Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy, FACT, är en transdiagnostisk korttidsfokuserad behandlingsmetod med samma grundläggande processer som den psykologiskt väletablerade och välbeprövade behandlingsmetoden Acceptance and Commitment Therapy, förkortas som ACT, där FACT-metoden därför likaså är en upplevelsebaserad interventionsmetod - en kontextuell beteendeintervention - psykologisk interventionsmetod baserad på modern inlärningspsykologi inklusive Relational Frame Theory, RFT (Strosahl m.fl., 2014; Hayes & Lillis, 2013).

FACT-processernas funktion är i sin grund uppbyggd för att lära patienter färdigheter i form av de 3 kärnprocesserna nedan (närvaro, öppenhet och engagemang) och för att patienter ska lära sig dessa FACT-färdigheter/processer måste de ha modet/vara villiga att stanna kvar när det jobbiga dyker upp, vilket är en färdighet som kräver psykologisk flexibilitet, som behöver läras in med hjälp av nedan kärnprocesser (Strosahl m.fl., 2014):

-Närvaro: vilket betyder att vara kvar i nuet och inte gå vilse i sin tänkande hjärna i dess berättelser/historier/självprat - för att stå stilla när det gör ont är just en färdighet som behöver läras in av patienter (Strosahl m.fl., 2014).

-Öppennhet: vilket betyder att inta ett accepterande förhållningssätt för alla störande privata upplevelser på ett frikopplat och icke-dömande förhållningssätt - att kunna ha fokus på här och nu i vardagen är en färdighet som behöver läras in av patienter (Strosahl m.fl., 2014).

-Engagemang: vilket betyder att ha kontakt med sina egna personliga värden och sedan agera utifrån dessa personliga värden - att få kontakt med personliga värden och sedan agera utifrån dem, även om detta ibland medför obehag, är också en färdighet som behöver läras in av patienter (Strosahl m.fl., 2014).

Bristande FACT-färdigheter skulle därför för patienter innebära lägre grad av psykologisk flexibilitet = indikerar mer psykologiskt lidande - psykologisk inflexibilitet/rigiditet, upplevelsemässigt undvikande, icke-accepterande förhållningssätt, mindre medvetna åtaganden och mindre ändamålsenliga handlingar i en värderad riktning (Strosahl m.fl., 2014).

Goda FACT-färdigheter skulle därför för patienter innebära högre grad av psykologisk flexibilitet = indikerar mer psykologiskt välmående - psykologiskt flexibel, accepterande förhållningssätt, mer medvetna åtaganden och mer ändamålsenliga handlingar i en värderad riktning (Strosahl m.fl., 2014).

FACT - en upplevelse- och erfarenhetsbaserad behandlingsmetod

I FACT-metoden som behandlingsform får patienter alltså hjälp att genom nya erfarenheter bygga upp nya eller mer funktionella strategier/färdigheter såsom personliga värderingar, närvaro och acceptans för att hjälpa patienter att formulera om/förändra/ta sig ur ett visst förhållningssätt s.k. byta referensramarna för sina oönskade eller plågsamma privata upplevelser såsom: smärtsamma minnen, besvärande tankar, obehagliga känslor och/eller fysiska besvär (Strosahl m.fl., 2014).

I FACT-metoden som behandlingsform är syftet inte att modifiera patienters privata upplevelser (tankar, minnen, känslor, fysiska sensationer), utan tvärtom ser just dessa försök/strategier till att förändra, bekämpa, tränga undan, undertrycka, kontrollera/styra, undvika och få bort dessa upplevelser som det som inom FACT-metoden ses som själva kärnan till uppkomsten för patienters problem och uppkomsten av det mänskliga lidandet (det vill säga ett ständigt upplevelsemässigt undvikande av alla upplevelser av obehag), som bidrar till att patienter oftast får svårt att ta tag i sin faktiska livssituation just på grund av deras upplevelsemässiga undvikanden såsom uttrycks i formen av patienters icke-funktionella och skadliga kontroll-, försvars-, eliminerings strategier/färdigheter (Strosahl m.fl., 2014).

Detta kan även förklaras i formen av att patienters undvikanden föder ytterligare undvikanden (på grund av den tillfälliga/kortsiktiga lättnaden upplevelsemässigt undvikande medför), som tenderar till att utvecklas till vanemässigt skadliga icke-funktionella strategier/färdigheter av undvikanden för att eftersträva en upplevelse av total kontroll över alla obehagliga/smärtsamma privata upplevelser som vill undvikas som bidrar till att patienter allteftersom förlorar alltmer kontroll (och alltmer kommer ifrån/tappar kontakten med sina egna personliga värden) över sin livssituation p.g.a. upplevd kontrollförlust/bristande kontroll, som patienter försöker åtgärda med ännu mer skadliga och icke-funktionella coping strategier/färdigheter av upplevelsemässigt undvikande för att försöka hantera alla dessa privata obehagliga upplevelser (Strosahl m.fl., 2014).

Detta får som påföljd att patienter blir allt mer rigida, inflexibla och ineffektiva problemlösare, vilket patienter inom FACT-metoden som alternativ helt enkelt får lära sig att bara observera dessa privata obehagliga upplevelser och ge plats för dessa upplevelser, vilket ger patienter möjligheten att utifrån detta perspektiv att se sina minnen som bara minnen, tankar som bara tankar, känslor som bara känslor och sinnesförnimmelser som just bara sinnesförnimmelser, och därmed till att kunna se dessa upplevelser för vad de verkligen är d.v.s. enbart aktiviteter i patienters tänkande hjärna och inte för vad dessa upplevelser säger att de är i form av missvisande oflexibla regler som patienter byggt upp livet utefter och som är bakgrundsorsaken till deras psykologiska lidande (Strosahl m.fl., 2014).

Eftersom patienters icke-funktionella strategier/färdigheter i form av upplevelsemässigt undvikande bidragit till att de tappat kontakten med deras tidigare naturliga signal-responser som indikerat att det behövs en beteendeförändring, hindrar patienter sig själva numera att byta beteende-riktning när något inte fungerar (Strosahl m.fl., 2014).

Att patienter tappat kontakten med sina tidigare naturliga signal-responser, parallelt med de förekommande icke-funktionella reglerna som patienter byggt upp och numera lever efter - bidrar till att rättfärdiga och förstärka just funktionen av detta icke-funktionella beteende/strategi i formen av tillämpandet av mer upplevelsemässigt undvikande vid besvärande/smärtsamma privata obehagliga upplevelser som ger patienterna en kortsiktig vinst (symtomlindring av obehaget) men en långsiktig förlust i form av ett ökat psykologiskt lidande för patienternas funktionsnivå och livskvalité p.g.a. deras oflexibla förhållningssätt till deras obehagliga upplevelser (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-metodens förändringsprocesser (närvaro, öppenhet och engagemang)

Inom FACT-metoden som behandlingsform får patienter som alternativ lära sig att inta ett mer accepterande förhållningssätt till sina privata obehagliga upplevelser som patienter tidigare försökt hantera genom upplevelsemässigt undvikande, där ett accepterande förhållnigssätt inte betyder att obehagliga/smärtsamma privata obehagliga upplevelser försvinner från patienters tänkande hjärna, utan istället dras lärdomen av den nya erfarenheten att strategin/färdigheten/processen acceptans (till skillnad från icke-acceptans eller med andra ord upplevelsemässigt undvikande) inte förstärker psykologiskt lidandet längre, utan att FACT-processen acceptans ger upphov till och förstärka psykologiskt välmående istället (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-processen såsom exempelvis acceptans som ett nytt beteende/förhållningssätt kring mer funktionella strategier/färdigheter bidrar till ett förändrat förhållningssätt för patienters privata obehagliga upplevelser eftersom deras nya erfarenheter bidrar till att förändra/byta ut deras gamla referensramar/ förhållningssätt (som befästes av upplevelsemässigt undvikande) mot nya referensramar/ förhållningssätt som de får erfara av FACT-processerna som underlätta ytterligare beteendeförändringar genom nya erfarenheter och upplevelser (Strosahl m.fl., 2014).

Vidare arbetar FACT-metoden som behandlingsform med att hjälpa patienter med att få/återfå kontakten med sina personliga värden/värderingar och sedan att patienter medvetet agerar i linje med dessa personliga värden, d.v.s. ändamålsenliga åtaganden och handlingar i en värderad riktning som är flexibel och ständigt utforskande även om detta samtidigt parallelt medför konfrontationer med privata obehagliga upplevelser av smärta och obehag i patienters liv, men där det yttersta målet/den ständiga processen med FACT-metoden är att bibehålla kontakten med sina personliga värden och alltid och till det yttersta färdas i linje med dessa personliga värden för att bibehålla god funktionsnivå och livskvalité (Strosahl m.fl., 2014).

Som alternativ, istället för att lägga all energi på kontroll och undvikande av privata obehagliga upplevelser så hjälper FACT-metoden som behandlingsform patienter med att återfå/stärka funktionsnivån och livskvalitén, det vill säga eftersom patienter inte kan kontrollera eller välja sina privata obehagliga upplevelser (tankar, minnen, känslor eller fysiska symtom) behöver patienter istället lägga sin energi på det som faktiskt kan påverkas/kontrolleras, nämligen att ändra på patienters omedelbara beteenden/handlingar/strategier/regler här och nu för att få till

en förändringsprocess, till skillnad från upplevelser från dåtiden eller framtiden som patienter saknar kontroll över och ibland tenderar att fastna i eller i dess innehåll av tankar och känslor som medför till ökat psykologiskt lidande (Strosahl m.fl., 2014).

Till skillnad från upplevelsemässigt undvikande som patienter fått erfara är en väldigt skadlig, energikrävande och ansträngande process i form av tillämpandet av icke-funktionella kontroll- och undvikande strategier, så medför ett accepterande förhållningssätt ingen ansträngning alls för dssa patienter som tillämpar denna mer funktionella acceptans strategi/färdighet/process som dessutom istället är en effektiv energisparande åtgärd där denna insparade och välbehövda energi istället kan läggas för att åstadkomma/skapa ett mer innehållsrikt och meningsfullt förändringsarbete för patienterna med beteenden som mer är i linje med de värden som de vill leva utefter istället (Strosahl m.fl., 2014).

Målet i FACT-metoden som behandlingsform och dess funktion är alltså att till det yttersta skapa/stärka psykologisk flexibilitet (välmående; funktionnivå och livskvalité) för patienterna genom att stärka FACT-metodens 3 kärnprocesser: närvaro, öppenhet och engagemang (Strosahl m.fl., 2014).

Patienters benägenhet att vilja förstå hur de hamnat i sitt psykologiska lidande av skadliga och icke-funktionella mönster är fullt förståeligt, samtidigt som denna ökade förståelse och insikt inte nödvändigtvis kommer medföra så mycket hjälp för att komma ur och ta sig vidare rent praktiskt om detta inte kombineras med konkreta och för patienterna meningsfulla och radikala beteendeförändringar, därmed försöker FACT-metoden genererar/skapa en ny kontext, en ny meningsfull referensram, för patienters funktion och villighet för att åstadkomma reela beteendeförändringar, vilket gör att FACT-processerna därför inte fokuserar på att försöka påverka eller ändra innehållet i patienters tankar och känslor eller försök till symtomlindring (såsom inom traditionell kognitiv beteendeterapi, KBT) för att åstadkomma beteendeförändringar utan tankar och känslor värderas för deras användbarhet och för dess funktion för att uppnå mer ändamålsenliga åtaganden i linje för ett mer värdestyrt handlande för att till det yttersta skapa/stärka psykologisk flexibilitet för att därmed bidrar till att öka patienter funktionsnivå och livskvalité (Strosahl m.fl., 2014).

Evidensläget för FACT-metoden som behandlingsform

Meta-analyser av ACT-processerna över olika kliniska områden uppvisar effektstorlekar (Cohen's d) på mellangruppsnivå på omkring 0,65, vilket innebär att ACT-processerna uppvisar en måttlig till stor effekt jämförande andra kontrollgrupper (Hayes m.fl., 2006; Powers m.fl., 2009; Pull, 2009; Ruiz, 2010; Öst, 2008).

En meta-analys fann att ACT- processerna uppvisar en genomsnittlig effektstorlek (Hedges' g) på 0.70, var för sig eller i kombination med varandra ACT-processer, där signifikanta positiva effektstorlekar påträffades för ACT-processerna acceptans, defusion, närvaro i nuet, värderingar och blandade komponenter av mindfulness (Levin m.fl., 2012).

Hos diabetes-patienter har ACT-processerna bland annat visat goda resultat för att uppnå god metabol kontroll (Whitehead m.fl., 2017; Shayeghian m.fl., 2016; Gregg m.fl., 2007), visat goda resultat att använda mer funktionella coping strategier/färdigheter (Shayeghian m.fl., 2016; Gregg m.fl., 2007) och visat på förbättrad behandlingsföljsamhet och för egenvård och hantering av sin diabetessjukdom (Shayeghian m.fl., 2016; Gregg m.fl., 2007).

Vidare har det visats att patienter med ett mer icke-accepterande förhållningssätt till sin diabetessjukdom bidragit till utveckling av mer icke-funktionella coping strategier, reducerad behandlingsföljsamhet för egenvård och hantering av sin diabetessjukdom, bidragit till bristande/försämrad metabol kontroll, ökade upplevelser av psykisk ohälsa och en ökad grad av diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom (Schmitt m.fl., 2014).

Ytterligare studier har visat att acceptans baserade interventioner kan förbättra patienters hantering vid upplevelser av obehag och bidra till mer värdestyrt handlande där förändringarna visat goda behandlingsresultat och utfall (McCracken & Eccleston, 2006; Bach & Hayes, 2002; Woods m.fl., 2006; Zettle, 2003) och vidare, ytterligare studier som visat goda effekter när kortare FACT-interventioner genomförts i gruppform (Goodwin m.fl., 2012; Moitra m.fl., 2017; Kohtala m.fl., 2015; Butryn m.fl., 2011; Glover m.fl., 2016; Gregg m.fl., 2007).

Pedagogiska interventioner för bättre metabol kontroll har visat ett blandat resultat (Loveman m.fl., 2008; Norris m.fl., 2001), vidare har även motiverande samtal som intervention för bättre metabol kontroll visat begränsade effekter i en meta-analys, med bedömningen att beteendeinterventioner möjligen skulle uppvisa ett alternativt utfall (Jones, 2014) och därtill en

meta-analys för interventioner med traditionell kognitiv beteendeterapi för bättre metabol kontroll som också visat ett blandat resultat (Ismail m.fl., 2004).

Implementeringsvärdet av FACT för gruppbehandling av diabetes-patienter

Med tanke på hälso- och sjukvårdens begränsade resurser och dess angelägna framtidsbehov för en omställning till effektivare-, snabbare-, kortare- och fokuserade vård-insatser (Socialdepartementet, 2017) för bl.a. diabetes-patienter (Socialstyrelsen, 2017), medför detta till att vården konstant befinner sig i en förändringsprocess där behoven och kraven för tidsbegränsade och evidensbaserade behandlingsinterventioner bara ökar, samtidigt som dessa kostnads-effektiviserande insatser för att bidra till att reducera behovet för färre vårdtillfällen inte heller får medföra till några försämrade behandlingsresultat för patientgrupper (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-metodens korta och fokuserade interventions-insatser för att åstadkomma snabba och bestående förändringar inom flertalet problemområden kan därför vara ett kostnads- och resurseffektivt alternativ som en fokuserad vård-insats för att öka patientgenomflödet för att svara för framtidsbehovet för en omställning till effektivare-, snabbare-, kortare- och fokuserade vård-insatser för hälso- och sjukvården med tanke på vårdens begränsade resurser (Strosahl m.fl., 2014).

Ett större patient genomflöde, utan att medföra försämrade behandlingsresultat, kan uppnås genom FACT-metodens enhetliga/transdiagnostiska implementering, och som uppvisat genererar goda resultat för förändringsprocesser på kort tid i gruppform för bl.a. olika patientgrupper såsom för: diabetes typ 2-patienter (Gregg m.fl., 2004), kostomläggning och fysisk aktivering för hjärt-patienter (Goodwin m.fl., 2012), HIV-patienter (Moitra m.fl., 2017), depressions-patienter (Kohtala m.fl., 2015), grupper för att öka fysisk aktivering (Butryn m.fl., 2011) och grupper med psykisk ohälsa (Glover m.fl., 2016).

Att därmed, i gruppsammanhang, kunna implementera FACT-metoden som vård-insats och uppnå bättre patient genomflöde skulle inte bara vara ett kostnads- och resurseffektivt behandlingsalternativ (jämfört med exempelvis enskilda insatser som skulle vara mer kostnads-resurs- och tidskrävande) utan FACT-interventioner i grupp för diabetes-patienter skulle även kunna medföra ett större utbyte för dessa patienter som skulle vara av kliniskt värde, då patienterna får möjligheten att träffar andra med likartade problem och som befinner sig i samma

situation och som skulle kunna vara av värde för utbytet och feedbacken för att se andras likartade kamp och psykologiska lidande som kan kännas igen och underlätta för att få nya perspektiv på den enskilde patientes egna psykologiska lidande och patientens upplevelsemässiga undvikanden som denne också kämpar med, som i grupp form därmed skulle underlättar beteendeförändringsprocesserna för diabetes-patienterna och därmed reducera deras psykologiska lidande av deras diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom, som därmed skulle befrämja till en ökad diabetes behandlingsföljsamhet för patienters hantering av deras diabetessjukdom och egenvård, som skulle leda till bättre metaboll kontroll, leda till reducerade diabetes-komplikationer och därmed bidra till kostnadsbesparingar för patienterna, för hälso- och sjukvården och samhället (Strosahl m.fl., 2014; Socialstyrelsen, 2017; Mulder, 2017).

FACT-en enhetlig förklaringsmodell för diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor

Nedan presenteras förförståelser utifrån den enhetliga/transdiagnostiska behandlingsmetoden FACT och dess applicerbarhet och process-interventioner för anpassning för typ 1-diabetiker med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom, utifrån flexibilitetsmodellens enhetliga/transdiagnostiska teoretiska referensram som bas och förklaringsmodell för coping strategier/färdigheter som bidragit till diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om deras diabetessjukdom och FACT-processerna som alternativ behandlingsmetod-insats som kan ge upphov till beteendeförändringsprocesser för diabetes-patienternas diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom.

Många faktiska aspekter inom typ 1-diabetes såsom sjukdomens kroniska tillstånd, dess livslånga substitutionsbehandling med insulin, dagliga hantering och egenvård, som påverkar patienter som mest - går inte att förändra (då avsteg skulle medföra till livshotande tillstånd) (Mulder, 2017).

När diabetes-patienter saknar de coping strategier/färdigheter som behövs för att skapa psykologisk flexibilitet kring sin diabetessjukdom och därför inte heller kan släppa taget (fastnar i skadliga beteenden som inte fungerar) kring deras nuvarande icke-funktionella undvikande/kontroll strategierna vid obehagliga upplevelser som inte fungerar (där tillämpandet av dessa icke-funktionella strategier/färdigheter bidrar till att sänka patienters dagliga funktionsnivå och hindrar flexibilitet), är det förståeligt varför många aspekter eller obehagliga

diabetes-relaterade tankar och känslor om sin diabetessjukdom istället hanteras genom upplevelsemässigt undvikande (psykologisk oflexibilitet/rigiditet) som bidrar till att förstärka diabetes-patienters upplevelsemässiga lidande, kring sina obehagliga upplevelser av sin diabetessjukdom (Strosahl m.fl., 2014).

Dessa återkommande beteendemönster av (skadliga responser) icke-funktionella coping strategier/färdigheter som diabetes-patienter fastnar i bidrar till att de ofta tappar kontakten/perspektivet på hur kostsamma dessa icke-funktionella coping strategier egentligen är för deras livssituation/funktionsnivå/livskvalité som den inskränker och begränsar (Strosahl m.fl., 2014). Detta har sin förklaring i att vid upplevelser av diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin diabetes sjukdom tillämpar diabetes-patienter upplevelsemässigt undvikande som icke-funktionell coping strategi/respons vilket då medför att de inte heller då sätter kontroll/undvikande strategin i direkt kontakt med konsekvenserna av deras (skadliga responser) handlingar och därtill att strategin även medför ett undvikande av självreflektion över att strategin som används för att reducera diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom (kortsiktig lättnad) faktiskt egentligen bidrar till att istället öka den (långsiktigt lidande), som hade kunnat uppmärksammas meddetsamma om diabetes-patienter hade satt detta i direkt kontakt med deras egna erfarenheter kring konsekvenserna för hur funktionellt eller icke-funktionellt denna kontroll/undvikande strategi varit för dem över tid (Strosahl m.fl., 2014).

När diabetes-patienter upplever-diabetes relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom beror detta på att det föreligger en obalans mellan graden av påfrestning som de upplevs vara utsatta för av sina upplevelser och effektiviteten i deras diabetes-relaterade coping strategier som de tillämpar, därför så länge diabetespatienter tillämpar icke-funktionella regler som inte fungerar så kommer deras coping strategier därför inte att fungera heller och därmed kommer deras diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom kvarstå och leda till ytterligare psykologiskt lidande (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-metoden som behandlingsform bidrar för ett fokuserat uppbyggande av nödvändiga strategier/färdigheter/processer för att på ett fokuserat sätt snabbt få diabetes-patienter med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom att se vilka regler de följer, hur ineffektiva dessa är och finna alternativa och mer flexibla färdigheter för bestående beteendeförändringar som de är villiga att genomföra och som skulle ligga mer i

linje med deras personliga värden/värderingar som de vill leva efter, som därmed skulle bidrar till att stärka deras funktionsnivå och livskvalité (Strosahl m.fl., 2014).

Sammanfattningsvis, medans smärta är en del av det naturliga mänskliga tillståndet, så behöver lidandet inte vara det - diabetes patienters villighet att acceptera sina obehagliga/smärtsamma privata upplevelser i stunden och samtidigt ändå medvetet välja åtaganden att handla ändamålsenligt efter i en värdebaserad riktning är ”det visa medvetandets handlande-fotsteg” för den radikala beteendeförändringsprocessen, för att uppleva bättre funktionsnivå och livskvalité för patienter med diabetes mellitus typ 1, utifrån målet i FACT-processerna för att ytterst skapa/stärka psykologisk flexibilitet = d.v.s. den ständigt upplevelsebaserade processerna för erfarenheter genom FACT-processerna närvaro, öppenhet och engagemang som kvalitativa interventions-processer för att stärka diabetes-patienters psykologiska välmående (funktionsnivå och livskvalité) (Strosahl m.fl., 2014).

Syfte

Syftet med denna pilotstudie var att undersöka om det standardiserade och enhetliga FACT-protokollet i gruppform kunde användas som behandlingsintervention för att lära ut nya mer flexibla färdigheter för att förändra förhållningssättet till diabetes typ 1-patienternas obehagliga diabetes-relaterade tankar och känslor de har om sin egen diabetes sjukdom, efter 3 interventionstillfällen á 90 minuter.

Hypotes

Följande hypotes undersöktes inom ramen för studien:
FACT-protokollets funktioner/processer bygger på transdiagnostiska behandlingsinterventioner som använder färdigheterna/kärnprocesserna närvaro, öppenhet och engagemang för dess funktioner till radikala förändringsprocesser, som därmed kommer leda till att skapa/stärka/främja diabetes-patienternas psykologiska flexibilitet och därmed bidra till att främja psykologiskt välmående i form av ökad funktionsnivå och livskvalité.

Metod

Design

Studien var en effectiveness-studie (icke-randomiserad, utan kontrollgrupp), med För- och Efter-mätning. Efter-mätningen gjordes 3 månader efter studiens avslut.

Deltagare

Utifrån uppsatt informationsblad på en diabetes-mottagnings anslagstavla i en sydsvensk stad, anmälde totalt 14 patienter sitt intresse. Efter intresse anmälan bedömdes om patienterna infann sig inom ramarna för studiens inklusions- och exklusionskriterier, genom telefonscreening, för att säkerställa deltagarnas inkludering eller exkludering i studien och dessförinnan erhållandet av ytterliggare information om studiens syfte och information om upplägget med de 3 interventions-tillfällena.

11 patienter som tackade ja och gav muntligt informerat samtycke till pilotstudien rekryterades, där de sedan ombads om ytterliggare kompletterande uppgifter att skicka in relaterat till bakgrundsdata, där de informerades om att deltagandet är helt friviligt och att deltagaren har rätten att när som helst utan förvarning avbryta/avsluta behandlingen utan några som helst konsekvenser för deltagaren som följd, samt att skicka in sitt skriftliga informerade samtycke, innan övriga kompletterande uppgifter även skickades in.

Inklusionskriterier bestod utav att deltagaren:

-Ska ha diabetes melitus typ 1.

-Ska kunna tidsmässigt närvara samtliga av de 3 i förväg aviserade interventions-tillfällena.

-Ska vara mellan 20-60 år.

-Ska uppleva självupplevd psykologiskt obehag/lidande för deras diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor de har om sin egen diabetessjukdom.

Exklusionskriterier bestod utav att det hos deltagaren:

-inte föreligger en allvarlig psykisk sjukdom.

-inte föreligger en annan allvarlig somatisk sjukdom.

Bortfall

Totalt 14 patienter anmälde sitt intresse till pilotstudien. 3 patienter exkluderades (2 kvinnor och 1 man) p.g.a. att de inte hade möjlighet att komma på de i förväg aviserade 3 interventions-tillfällena på kvällstid i början av januari månad år 2017.

Kvar blev 11 patienter som deltog i pilotstudien. 3 deltagares mätningar uteslöts från pilotstudiens statistiska variansanalys (ANOVA) då de p.g.a. förhinder inte kunde fortsätta med sitt deltagande och närvara på samtliga av de 3 interventions-tillfällena. Deltagare nr 1 föll bort p.g.a. fallolycka efter första interventionstillfället. Deltagare nr 2 föll bort p.g.a. utlandsresa efter andra interventionstillfället. Deltagare nr 3 föll bort p.g.a. uppkommen familjesituation efter andra interventionstillfället.

Datainsamlingsmetod

För-mätningen gjordes innan första interventionstillfället och Efter-mätningen gjordes 3 månader efter studiens avslut.

Självskattningsformulären som användes vid För- och Efter-mätningen var: AADQ = Acceptance and Action Diabetes Questionnaire. PAID = Problem Areas in Diabetes Questionnaire. QOLD = Quality of Life Instrument for DiabetesPatients.

Endast de deltagare (n=8) som kunde delta på samtliga av de tre interventions-tillfällena ombads fylla i Efter-mätningen, som skickades per e-post.

Mät instrument

AADQ. Mätinstrumentet AADQ, Acceptance and Action Diabetes Questionnaire har utformats för att mäta i vilken utsträckning graden av ett icke accepterande/accepterande förhållningssätt av diabetes-relaterade tankar och känslor påverkar förmågan att handla i en värderad riktning, där självskattningsformuläret består av 11 påståenden som besvaras på en sjugradig Likertskala från 1 poäng ”stämmer aldrig” till 7 poäng ”stämmer alltid” med ett minimum av 11 poäng som kan erhållas till maximalt 77 poäng som kan erhållas (Gregg m.fl., 2007).

AADQ formuläret mäter i vilken grad psykologisk flexibilitet föreligger, alltså processen för mänskligt lidandet eller mänskligt välmående och utformats från självskattningsformuläret AAQ-II, Acceptance and Action Questionnaire (Gregg m.fl., 2007).

Högre poäng på AADQ indikerar mer psykologiskt lidande (psykologisk inflexibilitet/rigiditet, upplevelsemässigt undvikande, mer icke-accepterande förhållningssätt, mindre medvetna åtaganden och ändamålsenliga handlingar i en värderad riktning) (Gregg m.fl., 2007). Lägre poäng på AADQ indikerar mer psykologiskt välmående (psykologisk flexibilitet, mer accepterande förhållningssätt, mer medvetna åtaganden och ändamålsenliga handlingar i en värderad riktning) (Gregg m.fl., 2007).

PAID. Mätinstrumentet PAID, Problem Areas in Diabetes, har utvecklats för att mäta diabetes-relaterade känslomässiga obehag som är vanligt förekommande hos patienter med typ 1-diabetes och typ 2-diabetes, där självskattningsformuläret består av 20 påståenden, där varje påstående besvaras på en femgradig Likertskala från 0 poäng (inget problem) till 4 poäng (allvarligt problem) - totalpoängen summeras och multipliceras med 1,25 som ger den totala PAID-poängen - som sträcker sig från 0 poäng till 100 poäng (Polonsky m.fl., 1995).

Högre poängsättning indikerar högre grad av diabetes-relaterat känslomässigt obehag, där 40 poäng eller högre är en indikation på svårare diabetes-relaterade känslomässiga obehag (Hermanns m.fl., 2006).

QOLD. Mätinstrumentet QOLD, Quality of Life Instrument for Diabetes Patients, har utvecklats för att mäta diabetessjukdomens inverkan på patienters livskvalité, där självskattningsformuläret består av 34 påståenden, där varje påstående besvaras på en femgradig Likertskala från 1 poäng till 5 poäng - som sträcker sig från 34 poäng till 170 poäng, där lägre poängsättning indikerar desto sämre livskvalité (Nagpal m.fl., 2010).

QOLD utformades för att avspegla två livskvalité områden - utifrån dels hälso-relaterad livskvalité (HRQOL, Health-Related Quality of Life) och dels diabetes-specifik livskvalité (DSQOL, Diabetes-Specific Quality of Life) (Nagpal m.fl., 2010).

Genomförande och behandlingsmanualens struktur och innehåll

Det standardiserade transdiagnostiska FACT-protokollet som studieförfattarna efterföljde kan mer ingående överblickas i boken Fokuserad ACT, fr.o.m sidan 254 och framåt (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-protokollet består utav 3 moduler/ interventionstillfällen (Strosahl m.fl., 2014), där gruppen/deltagarna fick genomgå modul 1 vid första interventionstillfället, modul 2

vid andra interventionstillfället och modul 3 vid tredje och sista interventionstillfället, med en veckas mellanrum emellan varje modul/interventionstillfälle, vid början av årsskiftet 2017.

Vardera interventionstillfälle omfattade ca 1,5 timme (90 minuter) (Strosahl m.fl., 2014).

FACT-protokollets innehållande frågor kan laddas ner från förlagets hemsida för bättre överblick på: https://www.nok.se/PageFiles/134465/livskursgrupper_for_vuxna.pdf.

Eftersom FACT-protokollet har en standardiserad transdiagnostisk process så behövde studieförfattarna bara verbalt anpassa innehållet för gruppens deltagare genom att efter varje interventions-fråga bara verbalt tillägga: ……"beträffande dina diabetes-relaterade upplevelser", som gjorde att studieförfattarna utan några svårigheter kunde ha en mycket god följsamhet till FACT-protokollets upplägg, tack vare dess lättförståeliga transdiagnostiska anpasslighet och därmed implementering för olika problem eller områden (Strosahl m.fl., 2014).

Nedan presenteras väldigt kort FACT-protokollets implementering för pilotstudiens målgrupp, patienter med typ 1-diabetes (Strosahl m.fl., 2014):

Tillfälle 1 - Modul 1. Vid första tillfället fick deltagarna hjälp med att lära sig färdigheter för att kunna identifiera/skapa/återfå kontakten med deras personliga värden och få dem att komma i kontakt med konsekvenserna av deras kamp-, kontroll-, och undvikande beteenden/strategier. Hemuppgiften deltagarna erhöll var att lägga märket till kampen och deras kämpande och bara uppmärksamma och observera dessa privata upplevelser och strategier utan att försöka hindra eller påverka dem, vid deras diabetes-relaterade upplevelser.

Tillfälle 2 - Modul 2. Vid andra tillfället fick deltagarna hjälp med att lära sig färdigheter för att kunna inta ett mer observerande förhållningssätt och för att kunna inta ett mer frikopplat och mer accepterande förhållningssätt för deras diabetes-relaterade privata upplevelser och för att hjälpa dem att röra sig i en mer värderad riktning. Hemuppgiften deltagarna erhöll var att börja röra sig i en mer värderad riktning och inta ett mer accepterande förhållningssätt till de hinder och skiftande privata upplevelser som dyker, vid deras diabetes-relaterade upplevelser.

Tillfälle 3 - Modul 3. Vid tredje tillfället fick deltagarna hjälp med att lära sig färdigheter för att kunna göra mer medvetna åtaganden och för att agera mer ändamålsenligt i en mer värderad riktning och mer uppmärksamma och lära av deras tillförda erfarenheter för mer medvetna åtaganden som för deltagarna i en mer värderad riktning. Hemuppgiften deltagarna erhöll var att fortsätta med mer medvetna åtaganden för att agera mer ändamålsenligt i en mer

värderad riktning parallellt med andra privata upplevelser som de ibland samtidigt konfronteras med och vara i kontakt och lära sig av erfarenheterna för valen av deras åtaganden, vid deras diabetes-relaterade upplevelser och inom andra möjliga områden eller problem FACT-processerna kan generaliseras inom.

Databearbetningsmetod

Data bearbetades i kalkyleringsprogrammet Microsoft Office Excel och likaså genomfördes den statistiska analysmetoden (ANOVA) i kalkyleringsprogrammet Excel genom dess tilläggsmakro Analysis ToolPak som innefattar dataanalys verktyg för statistik och teknisk analys.

Etiska överväganden

Ingen etikansökan anfördes till etikprövningsnämnden. Enligt Helsingsforsdeklarationen (informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet) informerades patienterna både muntligt och skriftligt syftet med deltagandet av pilotstudien, att deltagandet var helt frivilligt och att deltagarna kunde avsluta/avbryta sitt deltagande närsomhelst, utan några som helst risker för negativa påföljder. Och erhållandet av patienternas informerade samtycke både muntligt och skriftligt och hur deras personuppgifter och insamlade data skulle hanteras.

Resultat

I tabell 1 redovisas deltagarnas demografiska information.

Tabell 1. Demografi.

Bakgrundsinformation	
Antal deltagare, n	8
Ålder, M (SD)	33,13 (6,45)
Kön: Kvinnor (n = %) / Män (n = %)	4 (50%) / 4 (50%)
Civilstånd: ensamstående (n = %) / partner (n = %)	4 (50%) / 4 (50%)
Utbildningsnivå: Högskole- eller universitetsutbildning (n = %) / Annan eftergymnasial utbildning (n = %)	3 (37,5%) / 5 (62,5%)
Sysselsättning: Arbetar heltid (n = %) / Arbetar deltid	3 (37,5%) / 5 (62,5%)

Genom en envägs variansanalys (ANOVA) för hypotesprövning för att undersöka skillnader i medelvärde och standardavvikelse för För- och Efter-mätningen av mätinstrumenten (AADQ, PAID, QOLD) och dess resultat har redovisas nedan i tabell 2, där Efter-mätningen gjordes 3 månader efter studiens avslut.

I tabell 2 redovisas 3 mätintrument: **AADQ** = Acceptance and Action Diabetes Questionnaire, **PAID** = Problem Areas in Diabetes Questionnaire och **QOLD** = Quality of Life Instrument for Diabetes Patients.

I tabell 2 indikerar respektive mätinstrumentens poängsättning följande:

AADQ = högre poäng indikerar mer psykologiskt lidande och lägre poäng indikerar mer psykologiskt välmående.

PAID = högre poäng indikerar högre grad av diabetes-relaterat känslomässigt obehag och lägre poäng indikerar lägre grad av diabetes-relaterat känslomässigt obehag.

QOLD = lägre poäng indikerar desto sämre livskvalité och högre poäng indikerar desto bättre livskvalité.

Tabell 2. Urvalsstorlek (n), medelvärde (M) och standard deviation (SD).

Mät instrument	För-mätning			Efter-mätning (3 mån)			Cohen's d	p-värde	alpha (α)
	n	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*			
AADQ	8	52,63	13,86	8	28,88	9,88	2,14	.00146	$p < .05$
PAID	8	63,28	15,41	8	37,97	15,98	1,61	.00611	$p < .05$
QOLD	8	96,25	17,27	8	152,38	9,75	4,15	.0000013	$p < .05$

En en vägs Anova genomfördes för För- och Efter-mätning med mätinstrumentet AADQ som beroende variabel. För mätinstrumentet AADQ var F-värdet 15.5853 och för p-värdet .00146, som visade statistiskt signifikanta skillnader $p < .05$, med en effektstorlek (Cohen's d) på 2,14.

En en vägs Anova genomfördes för För- och Efter-mätning med mätinstrumentet PAID som beroende variabel. För mätinstrumentet PAID var F-värdet 10,4013 och för p-värdet .00611, som visade statistiskt signifikanta skillnader $p < .05$, med en effektstorlek (Cohen's d) på 1,61.

En en vägs Anova genomfördes för För- och Efter-mätning med mätinstrumentet QOLD som beroende variabel. För mätinstrumentet QOLD var F-värdet 64,0671 och för p-värdet .0000013, som visade statistiskt signifikanta skillnader $p < .05$, med en effektstorlek (Cohen's d) på 4,15.

Tabell 2 visar att samtliga 3 mätinstrument (AADQ, PAID och QOLD) visade statistiska signifikanta skillnader $p < .05$ med det standardiserade FACT-protokollets funktion/kärnprocesser som behandlingsintervention (oberoende variabel).

Tabell 3 nedan visar den procentuella förbättringen vid Efter-mätningen, 3 månader efter studiens avslut, för de 3 mätinstrumenten (AADQ, PAID och QOLD) efter deltagarnas medverkan med det standardiserade FACT-protokollets funktion/kärnprocesser som behandlingsintervention i grupp.

Tabell 3 visar att 3 månader efter studiens avslut uppvisar diabetes-patienterna i medel en cirka 45 % förbättring för ett mer accepterande förhållningssätt till deras diabetes-relaterade tankar och känslor och ökade förmåga att handla i en värderad riktning (AADQ), i medel en cirka 42 % reducering av deras diabetes-relaterade känslomässiga obehag (PAID) och i medel en cirka 62 % förbättring i deras diabetes-relaterade livskvalité (QOLD),

Tabell 3. Procentuell förbättring vid Efter-mätningen 3 månader efter studiens avslut, jämfört med För-mätningen.

Mät instrument	Efter-mätning (3 mån)			Procentuell spännvidd
	n	*M*	*SD*	*mellan*
AADQ	8	+ 45,29 %	10,70	28 % - 61 %
PAID	8	+ 41,51 %	16,05	23 % - 64 %
QOLD	8	+ 61,75 %	24,02	36 % - 100 %

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur ett standardiserat FACT-protokoll i gruppformat inverkade på diabetes typ 1-patienters diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom efter inlärning av FACT-processerna/färdigheterna för att åstadkomma ett förändrat förhållningssätt för deltagarnas diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor om sin egen diabetessjukdom för de deltagare (n=8) som genomgick samtliga av de 3 FACT-interventions-tillfällena.

Resultatet visade (se tabell 2 och tabell 3) preliminärt stöd för FACT-metodens inverkan för att åstadkomma förändringsprocesser & reducera diabetes typ 1-patienternas obehagliga diabetes-relaterade tankar och känslor de har om sin egen diabetes sjukdom som även bidrog till att höja deras funktionsnivå och livskvalité.

Resultaten visade (se tabell 2 och tabell 3) därmed preliminärt på signifikanta skillnader för diabetes-patienternas förändrade förhållningssätt till deras diabetes-relaterade obehagliga upplevelser och som medförde mer ändamålsenliga åtaganden i en mer värdebaserad riktning för deltagarna.

Detta ger preliminärt ytterliggare stöd för FACT-metodens kärnprocesser som funktion för att åstadkomma snabba och bestående beteendeförändringsprocesser för att underlätta för beteenden i en mer värdebaserad riktning, som prelimminärt tillför till den redan befintliga litteratur som visar stöd för att korta behandlngsinterventioner genom kortare FACT-interventioner uppvisat goda resultat när de ges i gruppform för olika hälsotillstånd (Goodwin m.fl., 2012; Moitra m.fl., 2017; Kohtala m.fl., 2015; Butryn m.fl., 2011; Glover m.fl., 2016; Strosahl m.fl., 2014).

Såsom pilotstudiens resultat preliminärt kunde visa medförde FACT-interventionen i medel en cirka 45 % förbättring för ett mer accepterande förhållningssätt till deltagarnas diabetes-relaterade tankar och känslor och ökade förmåga att handla i en värderad riktning (AADQ) genom att med FACT-kärnprocesserna öka/stärka/främja deltagarnas psykologiska flexibilitet för deras egna diabetessjukdom, som därmed preliminärt ger ytterliggare stöd för flexibilitetsmodellens förklarings modell - om förekomsten av psykologiskt lidande eller

psykologiskt välmående föreligger utifrån vilken grad av psykologisk flexibilitet patienter upplever d.v.s. hög flexibilitet (mer välmående) eller låg flexibilitet (mer lidande) med dess koppling till hur patienter förhåller sig till sina diabetes-relaterade obehagliga privata upplevelser, d.v.s. om det har ett mer accepterande förhållningssätt eller ett mer icke-accepterande förhålningssätt till sina diabetes-relaterade obehagliga upplevelser (Fisher m.fl., 2014; Schmitt m.fl., 2014; Hadlandsmyth m.fl., 2013; Reddy m.fl., 2013; Park m.fl., 2013; Fisher m.fl., 2010; Gregg m.fl., 2007).

Såsom pilotstudiens resultat preliminärt kunde visa medförde FACT-interventionen i medel en cirka 42 % reducering av deltagarnas diabetes-relaterade känslomässiga obehag (PAID) och i medel en cirka 62 % förbättring i deras diabetes-relaterade livskvalité (QOLD) som därmed preliminärt ger ytterliggare stöd för att känslomässigt lidande har en bidragande negativ påverkan för (som ger upphov till bristande) metabol kontroll för diabetes-patienter och vidare att känslomässigt lidande har en bidragande negativ påverkan för diabetes-patienters funktionsnivå och livskvalité (Polonsky m.fl., 1995; Fisher m.fl., 2010; Wang m.fl., 2011).

Vidare, att desto mer specifik diabetes-relaterad känslomässigt lidande diabetes-patienter upplever, kan detta känslomässiga lidande korreleras till högre grad av bristande metabol kontroll hos dessa-diabetes patienter (Papathanasiou m.fl., 2014; Huang m.fl., 2010).

Såsom pilotstudiens resultat preliminärt kunde visa medförde FACT-interventionen i medel en cirka 45 % förbättring för ett mer accepterande förhållningssätt till deltagarnas diabetes-relaterade tankar och känslor och ökade förmåga att handla i en värderad riktning (AADQ) som preliminärt kan förklaras genom att ett förändrat förhållningssätt genom nyinlärning från nya upplevelser och erfarenheter kan bidra till snabba beteendeförändringar då en ny referensram tillskrivs för hur patienter kan börja relatera till och inta ett alternativt förhållningssätt till de återkommande privata obehagliga upplevelserna som ger upphovet till obehaget och dess vanligt förekommande strategi med upplevelsemässigt undvikande som följd, där detta förändrade förhållningssätt istället medförde till alltmer medvetna beteenden i en mer värderad riktning även om det samtidigt uppkommer obehagliga privata upplevelse som görs sig påmind från patienters historia/bakgrund (Strosahl m.fl., 2014).

Slutligen, såsom pilotstudiens resultat preliminärt kunde visa medförde FACT-interventionen i medel en cirka 45 % förbättring för ett mer accepterande förhållningssätt till deltagarnas diabetes-relaterade tankar och känslor och ökade förmåga att handla i en värderad riktning (AADQ), i medel en cirka 42 % reducering av deltagarnas diabetes-relaterade känslomässiga obehag (PAID) och i medel en cirka 62 % förbättring i deltagarnas-diabetes relaterade livskvalité (QOLD) - där dessa preliminärt signifikanta skillnader preliminärt utifrån FACT-metodens kärnprocesser som funktion kan förklaras utifrån följande: ett mer närvaranade och accepterande förhållningssätt kan underlätta patienters engagemang för att identifiera sina personliga värden för att färdas i en mer önskvärd riktning genom att fina mer funktionella alternativa beteenden (till skillnad från skadliga responser/icke-funktionellt upplevelsemässigt undvikande) som mer ligger i linje med deras personliga värderingar som de vill leva sitt liv utefter, detta genom att utveckla nya alternativa färdigheter/FACT-processer såsom färdigheten närvaro, färdigheten öppenhet och färdigheten engagemang med målet för att främja patienters

psykologiska flexibilitet och därmed bidra till deras ökade funktionsnivå och livskvalité (Strosahl m.fl., 2014).

Pilotstudien tillför även preliminärt till förekommande litteratur som visar att kortttidsinterventioner såsom FACT-metoden och dess standariserade FACT-protokoll genom dess 3 interventionstillfällen kan preliminärt visa likvärdiga skillnader i behandlingsutfallet såsom längre behandlingsomgångar uppvisar för att förbättra patienters funktionsnivå (Molenaar m.fl., 2011), såsom deltagarna uppvisade procentuella förbättringar i denna pilotstudie (tabell 3).

Vidare visar denna pilotstudie med det standardiserade FACT-protokollets funktion som behandlingsintervention-insats även preliminärt på att radikala beteendeförändringsprocesser kan förekomma redan efter ett fåtal interventions tillfällen (Doane m.fl., 2010), med preliminärt bestående resultat kring patienters mer funktionella färdighetssprocesser (Aderka m.fl., 2012).

Till skillnad från upplevelsemässigt undvikande som deltagarna tidigare tillämpat som (skadliga responser) strategier/färdigheter vid diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor har pilotstudien ämnat att genom det standardiserade FACT-protokollets funktion reducera dessa skadliga responser vid diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor och som alternativ lära deltagarna alternativa FACT-processer/färdigheter (närvaro, öppenhet och engagemang) att förhålla sig till vid dessa diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor såsom färdigheterna att lära deltagarna att vara kvar i nuet och inte fastna eller tappa bort sig själv i historierna, berättelserna eller i det negativa självpratet i deltagarens tänkande hjärna (närvaro); att lära deltagarna färdigheterna att acceptera obehagliga privata upplevelser på ett frikopplat och icke-dömande förhållningssätt (öppenhet); och att lära deltagarna färdigheterna att ha kontakt med sina personliga värden och sedan göra medvetna åtaganden att handla ändamålsenligt i linje/riktning med dessa personliga värden/värderingar (engagemang) (Strosahl m.fl., 2014).

Gruppen som process och andra möjliga påverkande variabler

Andra variabler som kan ha påverkat och bidragit till deltagarnas beteendeförändringsprocesser kan exempelvis tillskrivas kring gruppens gruppdynamik och gruppens sammanhållning genom dess gruppbidragande terapeutiska processer som även kan ha medfört till den bidragande förändringsprocessen bland deltagarna i gruppen parallellt med FACT-interventions-tillfällena som ytterligare påverkan på resultatet och utfallet. (Burlingame m.fl., 2004; Strosahl m.fl., 2014).

Däribland kan studieförfattarnas FACT-inspirerande flexibilitet och utforskande förhållningssätt även tillskrivas som en ytterligare variabel som kan ha bidragit till att påverka förändringsprocessen bland deltagarna i gruppen parallellt med FACT-interventions-tillfällena som ytterligare bidragande påverkan på resultatet och utfallet (Strosahl m.fl., 2014; Gifford m.fl., 2011).

Annan variabel som kan ha bidragit till att påverka deltagarnas förändringsprocess kan ha varit att pilotstudien förlades till början av det nya året år 2017, där människor generellt efter nyår upplever en förhöjd motivationsbenägenhet till förändringsprocesser och tenderar att försöka göra medvetna åtaganden som de önskar införliva och efterleva med start på det nya året, som kan författas enligt det amerikanska talesättet: New Year, New Me. Startdatumet för

pilotstudien efter det nya året kan även här tillfogas som en variabel som kan ha bidragit till att påverka förändringsprocessen bland deltagarna i gruppen parallellt med FACT-interventions-tillfällena som ytterligare bidragande påverkan på resultatet och utfallet.

Slutligen en annan tilltänkt variabel som kan ha bidragit till att påverka deltagarnas förändringsprocess kan ha varit de i förväg överenskomna avviserade korta sms påminelserna gällande hemuppgiften som deltagarna erhöll ett meddelande kring tre dagar efteråt efter varje FACT-interventionstillfälle, som kan ha bidragit till att påverka förändringsprocessen bland deltagarna i gruppen parallellt med FACT-interventions-tillfällena som ytterligare bidragande påverkan på resultatet och utfallet.

Begränsningar

Flertalet metodologiska begränsningar behöver understrykas med denna pilotstudie, däribland avsaknaden av en kontrollgrupp och därtill ej heller någon randomisering, som bidrar till att det ej är möjligt att dra slutsatser om orsakssamband med om det var FACT-interventionen som behandlingsintervention som bidrog till deltagarnas diabetes-relaterade förändringsprocesser eller om det var p.g.a. inverkan från andra oidentifierade externa variabler som bidrog till deltagarnas beteendeförändringsprocesser och därmed dess resulterande utfallsmått.

Begränsningar, att endast ett mindre antal studiedeltagare (n=8) ingick i pilotstudien där effektstorleken (Cohen's d) därmed bör beaktas och tolkas med stor försiktighet. Detta bidrar även till begränsningar med att kunna generalisera resultaten till större populationer med patienter med diabetes-relaterade obehagliga upplevelser.

Ytterligare begränsningar är att inga uppföljande mätningar efter För-mätningen och inga Efter-mätningar 3 månader efter studiens avslut genomfördes, exempelvis efter 6 månader eller 12 månader för att följa upp de preliminära resultaten och datan för att undersöka de möjliga långtidseffekterna med FACT-behandlingen och om interventionen kunnat bibehålla möjliga beteendeförändringsprocesser över längre tid för deltagarna.
Därtill avsaknaden av mätningar mellan varje FACT-tillfälle för att mäta förekommande beteendeförändringsprocesser i större utsträckning.

Begränsningar att det standardiserade FACT-protokollet möjligen kan ha tillämpats något mer mekaniskt av studieförfattarna i deras önskan att vara följsamma till protokollets struktur mer än vad nödvändigtvis möjligen hade behövts i jämförelse med andra FACT-behandlare som tillämpar denna korttidsintervention. Därtill får även tilläggas att behandlingsföljsamheten (treatment-fidelity) till det standardiserade FACT-protokollet ej bedömdes varken av studieförfattarna eller av någon extern FACT-behandlare/granskare.

Ytterliggare möjliga begränsningar kan även ha varit att diabetes självskattningsskalorna (AADQ, PAID, QOLD) var formulerade på engelska, vilket eventuellt kan ha givit upphov till tänkbara missförstånd eller misstolkningar av det engelska skriftspråket, även om studieförfattarna gjorde efterfrågningar om detta för att bidra till förtydliganden.

Ytterliggare potentiella begränsningar kan även ha varit att FACT-interventions-tillfällena möjligen skulle ha ägt rum med två veckors mellanrum istället för pilotstudiens

genomförande med en veckas mellanrum mellan varje tillfälle, för att deltagarna skulle få mer tidsutrymme för att träna på FACT-processerna/färdigheterna (Strosahl m.fl., 2014).

Implementering av FACT-protokollet

Behandlingsmetoden FACT som gruppbehandling för barn eller som för vuxna skulle kunna medföra till värdefulla tillfällen för utbyte av erfarenheter, upplevelser och för nyinlärning av FACT-processerna/färdigheterna och även bidra till resurs/kostnadsbesparingar för vårdenheten när gruppbehandling kan erbjuds som ett alternativ till förekommande behandlingsmetoder med fokus på mer symtomreducerande interventions-insatser tillskillnad för FACT-metodens behandlingsmodell med fokus på FACT-processerna (närvaro, öppenhet och engagemang) som interventions-insatser för att stärka patienters psykologiska flexibilitet i syfte för att främja deras funktionsnivå och livskvalité (Strosahl m.fl., 2014), såsom denna pilotstudie preliminärt uppvisat dess genomförbarhet genom implementeringen av det standardiserade FACT-protokollet funktion/processer (som enbart verbalt behövdes modifieras för att passa gruppen) för att ge upphov till beteendeförändringsprocesser för diabetes-patienter med typ 1-diabetes med diabetes-relaterade obehagliga tankar och känslor, med dess signifikanta resultat och utfall (se tabell 2 och tabell 3).

Att studieförfattarna enbart verbalt behövde modifiera FACT-protokollets innehåll till studiens populations grupp uppvisar tydliga indikationer på FACT-metodens generella applicerbarhet även för andra tilltänkta områden inom hälso- och sjukvården, där det inom alla sjukdomstillstånd/diagnosgrupper antas förekomma exempelvis sjukdomsrelaterade; negativa tankar, smärtsamma känslor, påträngande minnen eller obehagliga fysiska sensationer som dessa tilltänkta patientgrupper alla försöker förhålla sig till kring alla dess upplevelser, där FACT-processerna som korta transdiagnostiska interventions-insatser kan bidra med ytterligare färdigheter för att förhålla sig till alla dessa upplevelser oavsett sjukdomstillstånd/diagnosgrupp p.g.a. FACT-metodens transdiagnostiska processer för behandling för större volymer av patienter i grupp på kortare tid för att åstadkomma radikala beteendeförändringsprocesser i linje med patienters värdebaserade riktningar som de vill leva utefter (Strosahl m.fl., 2014).

Därmed kan FACT-metodens tidsbegränsade korta interventions-insatser med radikala beteendeförändringsprocesser som följd och enhetliga model för tillämpning inom olika områden (Strosahl m.fl., 2014) vara ett påfallande intressant alternativ i relation till hälso- och sjukvårdens generellt begränsade resurser och framtidsbehovet för effektivare-, snabbare- och kortare interventions-insatser (Socialdepartementet, 2017), inom bl.a. diabetessjukvården (Socialstyrelsen, 2017), för att vidare begrunda dess möjliga och betydande applikationsvärde/implementering som FACT-metoden som behandlingsmetod-insats kan tillföra inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden genom förändringsprocesserna närvaro, öppenhet och engagemang, som bl.a. kan innebära stora besparingar för patienterna, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort, när dessa olika gruppers funktionsnivå och livskvalité stärks genom genom att skapa och stärka den psykologiska flexibiliteten bland dessa olika patientgrupper (Strosahl m.fl., 2014).

Vidare kan även begrundas om en patient själv föredrar kortare interventions-insatser (såsom FACT-metoden) eller andra längre interventions-insatser om resultatet och utfallet likväl blir densamma för patienten, och vidare om det till ekvationen tillförs att patienten har en familj att ombesörja och andra åtaganden i sin livssituation, kan återigen frågan ställas vilken interventions-insats patienten hade valt, med tanke på att ett dygn består av 24 timmar där varje timme är av störtsta betydelse för patienten (Strosahl m.fl., 2012).

Sammanfattningsvis tillför pilotstudien till preliminärt intressanta fynd i relation till hur upplevelsemäsigt undvikande och psykologisk inflexibilitet påverkar diabetes-patienternas diabetes-relaterade upplevelser och hur detta påverkat deras funktionsnivå och livskvalité, detta i jämförelse med hur främjandet av psykologisk flexibilitet istället kan påverka diabetes-patienters diabetes-relaterade upplevelser och hur detta påverkat deras funktionsnivå och livskvalité efter FACT-metodens korta interventions-instaser utifrån det standardiserade FACT-protokollet som uppdelat på 3 interventionstillfällen á 90 minuter, för att befrämja ändamålsenliga åtaganden och handlingar i en mer personlig värderad riktning.

Framtida forskning

Denna pilotstudie, med dess begränsningar, uppvisar preliminärt intressant data som talar för att det behövs mer forskning inom området för FACT-metoden som behandlingsmetod-insats relaterat till patienters diabetes-relaterade obehagliga upplevelser och hur de ska förhålla sig till alla dessa upplevelser, och vidare behövs även forskning kring FACT-metodens långsiktiga behandlingseffekter, genom långtidsstudier som undersöker detta.

Referenser

Aderka, I. M., Nickerson, A., Boe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(1),* 93-101.

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1129-1139.

Bolin, K., Gip, C., Mork, A. C., & Lindgren B. (2009). Health Economics Diabetes, healthcare cost and loss of productivity in Sweden 1987 and 2005 - a register-based approach. *Diabetic Medicine : a Journal of the British Diabetic Association, 26,* 928-934.

Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Smallgroup treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change. I Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. (ed. M. Lambert), 5th edn, pp. 647-696. New York: Wiley.

Butryn, M. L., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J. A., & Juarascio, A. S. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *Journal of Physical Activity & Health, 8*, 516-522.

Doane, L. S., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 48(6),* 555-560.

Fisher, L., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow R. E., Hessler, D., Masharani, U. (2010). Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes Care, 33,* 23-28.

Fisher, L., Gonzalez, J. S., Polonsky, W. H. (2014). The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic Medicine : a Journal of the British Diabetic Association, 31,* 764-772.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B., Hayes, S. C., Pierson, H., Piasecki, M., Antonuccio, D., & Palm, K. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy, 42,* 700-715.

Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J., Plumb-Vilardaga, J. C., Bonow, J. T., Jakupcak, M. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological Services, 13(2),* 156-161.

Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2012). A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behavior Modification, 36,* 199-217.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 336-343.

Hadlandsmyth K., White K. S., Nesin A. E., Greco L. A. (2013). Proposing an Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral and Consultation and Therapy, 7(4),* 12-5.

Hasan, S.S., Mamun, A.A., Clavarino, A.M., Kairuz, T. (2015). Incidence and risk of depression associated with diabetes in adults: evidence from longitudinal studies. *Community Mental Health Journal, 51(2),* 204-10.

Hayes, S. C., & Lillis, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy : ACT - en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1-25.

Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44(2),* 180-98.

Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T., & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia, 49(3),* 469-77.

Huang, M.F., Courtney, M., Edward, H., & McDowell, J. (2010). Validation of the Chinese version of the Problem Areas in Diabetes (PAID-C) scale. *Diabetes Care, 33,* 38-40.

IDF (2012) Global guideline for type 2 diabetes management.
http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-Type-2-Diabetes.pdf

Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with Type 2 diabetes. *Lancet, 363,* 1589-1597.

Jaser, S.S., Faulkner, M.S., Whittemore, R., Jeon, S., Murphy, K., Delamater, A., & Grey, M. (2012). Coping, self-management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Annals of Behavioral Medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 43(3),* 311-319.

Jones, A., Gladstone, B.P., Lubeck, M., Lindekilde, N., Upton. D., & Vach, W. (2014). Motivational interventions in the management of HbA1c levels: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes, 8(2),* 91-100.

Kathol, R. G., Degruy, F., & Rollman, B. L. (2014). Value-based financially sustainable behavioral health components in patient-centered medical homes. *Annals of Family Medicine, 12,* 172-175.

Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43,* 360-373.

Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy, 43(4),* 741-756.

Loveman, E., Frampton, G. K., & Clegg, A. J. (2008). The clinical effectiveness of diabetes education models for type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technology Assessment, 12*, 9.

McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain, 10,* 23-29.

Moitra, E., LaPlante, A., Armstrong, M.L., Chan, P.A., & Stein, M.D. (2017). Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance-Based Behavior Therapy to Promote HIV Acceptance, HIV Disclosure, and Retention in Medical Care. *AIDS and Behavior, 21(9),* 2641-2649.

Molenaar, P. J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R. A., Van, R., & Dekker, J. J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 268-282.

Mulder, H. (2017). *Diabetes mellitus: ett metabolt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Nagpal, J., Kumar, A., Kakar, S., & Bhartia, A. (2010). The Development of Quality of Life Instrument for Indian Diabetes Patients (QOLID): A Validation and Reliability Study in Middle and Higher Income Groups. *The Journal of the Association of Physicians of India, 58,* 295-304.

Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of self management training in Type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care, 24,* 561-587.

Papathanasiou, A., Koutsovasilis, A., Shea, S., Philalithis, A., Papavasiliou, S., Melidonis, A., & Lionis, C. (2014). The Problem Areas in Diabetes (PAID) scale: psychometric evaluation survey in a Greek sample with type 2 diabetes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21,* 345-353.

Park, M., Katon, W.J., & Wolf, F.M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry, 35,* 217-225.

Peyrot, M., Burns, K.K., Davies, M., Forbes, A., Hermanns, N., Holt, R., Kalra, S., Nicolucci, A., Pouwer, F., Wens, J., Willaing, I., & Skovlund S.E. (2013). Diabetes attitudes wishes and needs 2 (DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice, 99,* 2174-2184.

Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E., & Schwartz, C.E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care, 18,* 754-760.

Powers, M. B., Zum-Vorde-Sive-Vording, M.B., & Emmelkamp, P.M. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78(2),* 73-80.

Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry, 22(1),* 55-60.

Reddy, J., Wilhelm, K., & Campbell, L. (2013). Putting PAID to diabetes-related distress: the potential utility of the problem areas in diabetes (PAID) scale in patients with diabetes. *Psychosomatics, 54,* 44-51.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10,* 125-162.

Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermanns, N. (2014). Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabetic Medicine : a Journal of the British Diabetic Association, 31,* 1446-1451.

Semenkovich, K., Brown, M.E., Svrakic, D.M., & Lustman, P.J. (2015). Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs*, 75, 577-587.

Shayeghian, Z., Hassanabadi, H., Aguilar-Vafaie, M.E., Amiri, P., & Besharat, M.A. (2016). A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Type 2 Diabetes Management: The Moderating Role of Coping Styles. *Public Library of Science One, 1(12),* 11.

Socialdepartementet. (2017). *Insatser inom psykisk hälsa-området 2018 – överenskommelse mellan staten och sveriges Kommuner och Landsting.* https://www.regeringen.se/4b0d30/contentassets/091c707f8be042d2a8b405d2fd47656a/bemyndigande-att-underteckna-en-overenskommelse-om-insatser-inom-psykisk-halsa-omradet-2018.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Målnivåer för diabetesvård - Uppföljning och översyn.* https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20703/2017-9-26.pdf

Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2014). *Fokuserad ACT.* Stockholm: Natur & kultur.

Wang, R-H., Wu, L-C., & Hsu, H-Y. (2011). A path model of health-related quality of life in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing, 67,* 2658-2667.

Vanstone, M., Rewegan, A., Brundisini, F., Dejean, D., & Giacomini, M. (2015). Patient Perspectives on Quality of Life With Uncontrolled Type 1 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Qualitative Meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series, 15(17),* 1-29.

Whitehead, L.C., Crowe, M.T., Carter, J.D., Maskill, V.R., Carlyle, D., Bugge, C., & Frampton, C.M.A. (2017). A nurse-led education and cognitive behaviour therapy-based intervention among adults with uncontrolled type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 23(4),* 821-829.

Woods, D.W., Wetterneck, C.T., & Flessner, C.A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 44(5),* 639-656.

Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. T*he Psychological Record, 53(2),* 197-215.

Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46,* 296-321.