

Linda Ekstrand  
Peter Sundberg

# Empowerment och Mindfulness

## Jämförelser mellan patienter och professionella

Empowerment and Mindfulness  
Comparisons between patients and professionals

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet  
i kognitiv och beteendearbetad terapi  
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6  
Handledare: Torsten Norlander  
Examinator: Anders Hammarberg

### **Sammanfattning**

Den aktuella studiens syfte var att undersöka effekter av genomförd Mindfulness Baserad Kognitiv Terapi (MBKT) genom att jämföra patienter med psykiatriska diagnoser gentemot professionella inom psykiatri och primärvård i avseende på Empowerment Scale och andra närliggande tester med mätningar före, efter, samt vid en tre månaders uppföljning. I studien medverkade 33 personer i åldrarna 23 till 65 år. Dessa fördelades på 14 patienter och 19 professionella (4 män och 29 kvinnor). I patientgruppen förekom ett flertal diagnoser som bipolaritet, bulimi, GAD, PTSD, social fobi, depressioner och personlighetsstörningar. Den professionella gruppen bestod framför allt av psykologer och psykoterapeuter. Studiens mest uppseendeväckande resultat var att det inte fanns några egentliga skillnader mellan patienterna och de professionella i hur de responderade på mätinstrumenten som användes vid de tre testtillfällena. Ett undantag från detta var upplevd nöjdhet och upplevd trygghet där de professionella uppvisade en högre grad av nöjdhet och trygghet före behandlingen jämfört med patienterna, men vid andra och tredje testtillfällena fanns ingen skillnad mellan grupperna. Sammanfattningsvis visar resultatet på att MBKT ger påtagliga positiva effekter avseende empowerment, self-compassion, upplevd nöjdhet och trygghet både för patienter med psykiatriska diagnoser och för professionella i människovårdande yrken.

*Nyckelord:* Empowerment Scale, MBKT, Mindfulness, Self-compassion, Trygghet

### **Abstract**

The aim of the current study was to investigate the effects of the completion of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBKT) by comparing patients with psychiatric diagnoses towards professionals in psychiatry and primary care in regard to the Empowerment Scale and other related tests with measurements before, after, and at a three-month follow-up. The study involved 33 people aged 23-65 years. These were distributed in 14 patients and 19 professionals (4 men and 29 women). In the patient group, there were several diagnoses such as bipolarity, bulimia, GAD, PTSD, social phobia, depression and personality disorders. The professional group consisted mainly of psychologists and psychotherapists. The study's most startling finding was that there were no real differences between the patients and the professional in how they assessed to the instruments in the three test sessions. An exception to this was Perceived Satisfaction and Perceived Security where the professionals showed a higher degree of satisfaction and security prior to treatment as compared with the patients, but at the second and third test sessions there was no difference between the groups. It was concluded that results showed that MBKT provide tangible benefits regarding empowerment, self-compassion, perceived satisfaction and perceived security both for patients with psychiatric diagnoses and for professionals in the caring professions.

*Key words:* Empowerment Scale, MBKT, Mindfulness, Perceived Security, Self-compassion

## Förord

Inom ramen för vår psykoterapeututbildning så rekommenderades vi att prova på mindfulness som en del av vår egenterapi. En studie presenterades kring att psykoterapeuter som själva utövade mindfulness hade en högre nöjdhet bland sina patienter. Vi gick båda ett MBKT program - Mindfulness för professionella hos Henrik Kok, leg sjukgymnast och leg psykoterapeut med inriktning KBT på grund av eget intresse och nyfikenhet av medveten närvaro och meditation. Utifrån att vi gick programmet har vi själva upplevt positiva effekter för vår egen livskvalité. Utifrån denna upplevelse väcktas en tanke kring att undersöka hur MBKT program kan ge en effekt på upplevd livskvalité.

Vi tog kontakt med Henrik Kok och utifrån diskussion med honom så växte en tanke på att titta på andra variabler än att mäta mindfulnessupplevelsen fram och han gav goda råd för studiens design. Henrik gav oss också möjlighet att använda två av hans grupper som deltagare i studien. Vi vill rikta ett stort tack till Henrik för hans engagemang, delaktighet, men framför allt för att han introducerat och väglett oss på ett mycket insiktsfullt sätt. Han har med sin vänlighet och kunskap förkroppsligat vad mindfulness är för oss.

Vi vill också tacka professor Torsten Norlander för hans medvetna närvaro, snabbtänkheter, kreativitet och gedigna kunskap i vetenskapens förunderliga värld. Vidare ett tack till Lars Hansson för översättningen av empowermentskalan och rättningsmallen till denna.

## Introduktion

Effektiva metoder som kan sättas in tidigt för att öka livskvalitet och hälsa verkar saknas inom hälso- och sjukvården idag. Den psykiatriska vården har genomgått stora förändringar de senaste tjugo åren med utflyttning från institutioner och försök har gjorts att effektivisera vården och öka inkluderingen i samhället. Sjukskrivningstalen har under de senaste åren ökat både avseende omfattning och längd på grund av psykisk ohälsa (Försäkringskassan Socialförsäkringsrapport, 2015:1). Under 2012 var cirka 48 000 individer i Sverige sjukskrivna på grund av psykiska diagnoser, motsvarande siffra 2014 var drygt 71 000 vilket motsvarar en ökning på 48 procent på två år (Försäkringskassan 2015).

Det framgår av AFA Försäkrings delrapport ”Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg” att psykiska diagnoser har blivit den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning och risken att drabbas ökar i en allt snabbare takt (AFA Försäkring, 2015). Högst risk att drabbas löper personer verksamma i kontaktyrken inom kommun- och landstingssektorn. På fem år har de långa sjukfallen fördubblats inom denna grupp. Även en rapport från Försäkringskassan (Försäkringskassan socialförsäkringsrapport 2014:4) visar att både kvinnor och män verksamma inom yrken inom vård och service, så kallade kontaktyrken, har en betydligt högre risk att drabbas av sjukfall med psykisk diagnos. Upplevelsen av kontroll och stöd i arbetet visade sig spela en stor roll för hur sjuksköterskor upplevde främjande faktorer för deras psykiska hälsa i arbetet (Ohlson, Arvidsson, 2005). Det var emotionellt stöd och upplevelse av kontroll som gav skydd mot psykisk ohälsa och negativ stressupplevelse i arbetet.

För att uppnå hälsa enligt Antonovski (2005) krävs en känsla av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet för att få ett sammanhang i tillvaron (Antonovski, 2005). Antonovski fokuserade sin forskning på hur individer lyckas hålla sig friska trots belastning av kända sjukdomsorsaker och uppmanar till kliniska studier som inriktas på de psykologiska förhållanden som främjar hälsa. Han menar att en känsla av sammanhang i tillvaron innebär en god hälsa. Människor med god självkänsla håller sig friska. De ser tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull. De har ett rikt kontaktnät och de upplever att de själva styr sin tillvaro (Antonovski, 2005). Upplevelse av kontroll och sammanhang i tillvaron tenderar att vara viktiga variabler för att uppleva en god livskvalité.

Det psykologiska begreppet Empowerment har enligt Hansson och Björkman (2005), växt fram på grund av att utvecklingen inom den psykiatriska vården inte kunnat inkludera psykiskt

sjuka patienter i samhället utan marginalisering och stigmatisering med nedsatt livskvalitet, utan dåliga levnadsförhållanden samt låg påverkan på den egna vårdprocessen har kvarstått (Hansson & Björkman, 2005). Empowermentbegreppet definierades tidigt av Rappaport, (1981,1984) såsom att Empowerment är ”en länk mellan en känsla av individuell styrka och kompetens, ett naturligt hjälpsystem och en önskan och vilja att agera i det sociala fältet”. Det är enligt Perkins (1995), ”en intention för empowerment att länka välbefinnande med bland annat den sociala miljön”.

Empowerment Scale (ES) konstruerades (Rogers, Chamberlin, Langer Ellison, & Crean, 1997) för att möjliggöra att mäta grad av empowerment. Resultatet visade på fem faktorer selfefficacy – selfesteem, power – powerlessness, community activism, righteous anger och optimism – kontroll över framtiden. De fann också att empowerment positivt relaterade till livskvalité. Vidare beskriver de en utveckling av begreppet inom självhjälpsgrupper och att för att nå empowerment behöver man arbeta med att öka självkänsla, självförtroende, trygghet och minska känslan av hjälplöshet. De menar att en empowered individ är en som har en självkänsla, självförtroende och egen kraft eller upplevelse av kontroll och förmåga att hantera sitt liv. De ser ett värde i social gemenskap men också i autonomi. Empowerment Scale har översatts till flera olika språk och anses som det klart mest använda instrumentet som mäter empowerment (Hansson & Björkman, 2005). Wallerstein (1992) analyserade i en review powerlessness som en riskfaktor för ohälsa och rollen som empowered som en hälsostategi och drog slutsatsen att powerlessness eller kontrollförlust är en stark faktor för utveckling av ohälsa. Empowerment bedömdes i studien som en viktig hälsopromotiv faktor (Wallerstein 1992). Stewart, Brown, Boon, Galajda, Meredith och Sangster (1990) beskriver vikten av att läkare ger patienten en tydlig information, sätter gemensamma mål, ger patienten en aktiv roll och att läkaren har ett empatiskt förhållningssätt (Stewart et al., 1999). Aujoulat, Luminet och Deccache (2007) undersökte hur patienter upplevde powerlessness i olika behandlingssituationer och fann att det sträckte sig långt utanför upplevelsen av de medicinska frågorna. Det framkom som en klar fördel att i samtal mellan behandlare och patient tillhandahålla trygghet och ge patienten en möjlighet till självbestämmande i behandlingen vilket gav en högre grad av empowerment (Aujoulat, et al., 2007). I ett MBKTprogram erbjuds patienten just dessa möjligheter.

Inverkan på det sociala nätverket och livskvalitén vad gäller stigma och empowerment hos patienter med schizofreni har studerats (Sibitz, Amering, Unger, Seybringer, Bachman,

Schrank, Benesch, Schulze och Woppmann 2011). Studien visade att livskvalitén korrelerade mycket positivt med socialt nätverk och empowerment och negativt med stigma och depression. Positiva samband avseende patienters involvering i den egna vården och tillfredställelse respektive empowerment har påvisats (Tambuysen & Audenhove 2015). Patientcentrerad kommunikation ger en upplevd ökad empowerment hos patienten (Rohrer, Wilshusen, Adamson, & Merry, 2008). En utvärdering av YES (Youth empowerment Seminar), ett program för ungdomar innehållande mindfulness, stresshantering, emotionsreglering, konflikthantering och uppmärksamhetsövningar visade (Ghahremani, Oh, Andrew, Mouzakis, Wilson, & London, 2013) att gruppen rapporterade mindre impulsivt beteende efter programmet och ökade coping förmågor avseende hanterbarhet av situationer. En psykometrisk studie har genomförts i samband med att empowermentskalan (Rogers, et al., 1997) översattes till svenska förhållanden (Hansson & Björkman, 2005), men i övrigt saknas svensk forskning med utgångspunkt från Empowerment Scale.

Mindfulness är det nya och uppmärksammade inom psykoterapins värld. Den tredje vågen av kognitiv beteendeterapi (KBT) använder sig av denna uråldriga Buddhistiska tradition. Den Buddhistiska traditionen bygger på att individen på ett introperspektivt sätt undersöker viktiga delar av psyket och genom att praktisera meditation minskar eller befriar sig från lidandet i sitt liv (Neff & Germer, 2013). Kabat-Zinn (1990, 2013) har bedrivit ett viktigt pionjärbete sedan 70-talet och framåt där empiriska studier visat att meditation enligt mindfulness har god effekt på varierande psykologiska och somatiska sjukdomstillstånd.

En vanlig strategi för de som lider av svåra psykiatriska problem är att individen försöker att undvika svåra känslor. Mindfulness syftar istället till att få patienten att försöka närma sig upplevelsen precis som den är och försöka acceptera de tankar, känslor och upplevelser som följer med i nuet. Flera terapier inom den tredje vågen av KBT har inorporerat accepterande och att öva på att vara mindful som en effektiv metod för att behandla flera svåra psykiatriska tillstånd som Borderline (Dialectical Behavior Therapy - DBT), återkommande depressioner (Mindfulness Baserad Kognitiv Terapi - MBKT), missbruksproblematik (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) och ett flertal kroniska somatiska tillstånd som fibromyalgi, psoriasis och kronisk smärta (Mindfulness Baserad Stress Reduktion - MBSR). Både Neff och Germer (2013) och Germer (2006) betonar att det finns en risk att en viktig del av den Buddhistiska traditionen glöms bort, nämligen ett vänligt förhållningssätt mot sig själv och andra,

så kallad "lovingkindness". Tas det kärleksfulla förhållningssättet bort under meditationen blir det som att titta på skrämmande scener ur ens livsfilm i ett kallt rum utan möjlighet att fly. Så om man flyttar sig utanför orden acceptans eller radikal acceptans (DBT) för att beskriva mindfulness så uppstår behovet använda begrepp som mjukhet, omsorg, self-compassion, lovingkindness och helt enkelt kärlek.

*"Mindfulness är en medvetenhet som uppstår när vi är uppmärksamma avsiktligt, i nuet, och utan dömande på saker och ting som de är"* (Williams, Teasdale, Seagal & Kabat-Zinn, 2007). Mindfulness har smugit sig in som ett vedertaget begrepp i pop-kulturen så det finns ett värde att undersöka vad Mindfulness innehåller om det skall vara äkta mindfulness. Kabat-Zinn (1990) anger sju nyckelbegrepp:

1. **Icke-dömande** – att när vi tittar på sinnet så upptäcker vi att vi hela tiden håller på att kategoriserar det vi tänker och känner som gott eller ont. Att kunna sluta göra detta är svårt men nödvändigt.
2. **Tålmod** – att kunna släppa strävandet och förstå att det inte är lätt att göra det. Vi håller hela tiden på att planera vår osäkra framtid, att då visa tålmod med oss själva och för stunden släppa oron för framtiden är en viktig del av att vara närvarande.
3. **Nybörjarens sinne** – att kunna släppa våra tidigare erfarenheter och kunskap och se på vårt sinne som om det är första gången vi gör det och kunna förundras över hur det är att se på vårt sinne som första gången vi gjorde det.
4. **Lita på** – att jag skall kunna balansera en förlitan på mina egna tankar, känslor och erfarenheter mot den kunskap som kommer utifrån genom olika auktoriteter.
5. **Icke strävande** – att genom meditation kunna släppa den ständiga inre kritiken genom att inte ha något annat mål med meditationen än det jag just nu håller på med, t ex att fokusera på andningens rörelser, utan att ha någon förväntan på att uppnå något speciellt.
6. **Acceptans** – är en villighet att saker som de verkligen är inte som jag önskar att de skall vara. Det är inte att passivt ge upp utan att se på ett fullständigt ärligt sätt hur livet är i denna stund. Att närma sig situationen med en fullständig ärlighet och utifrån detta agera eller inte.



7. **Släppa taget** – att när vi håller fast vid händelser i livet, trevliga eller otrevliga så skapar det ett lidande hos oss. Utan att istället observera hur tankar dyker upp och försvinner om vi inte håller fast vid dem, denna sista punkt kan vara den svåraste att lära sig men ändå så viktig.

Ett annat sätt att beskriva medveten närvaro är att beskriva när man inte är det, så kallad ”mindlessness” (Germer, 2004):

1. När vi springer igenom våra aktiviteter utan att vara uppmärksamma på vad som händer.
2. När vi p.g.a. bristande uppmärksamhet slår sönder eller spillar saker.
3. Bristande uppmärksamhet på subtila känslor, fysisk spändhet eller obehag.
4. Glömma bort en persons namn direkt efter att vi har hört det.
5. När vi är upptagna av att tänka på framtiden eller det förgångna.
6. Att äta utan att vara uppmärksamma på vad vi äter.

I den buddistiska traditionen strävar individen efter att uppnå insikt och genom den kunskapen uppnå målet att lidandet skall upphöra. Att minska lidandet från återkommande depressioner, ångesttillstånd och andra psykiska tillstånd är det man försöker minska i alla psykologiska behandlingar. När det nu verkar som den typ av psykiskt lidande ökar i väst och när sjukvården inte alltid räcker till med de metoder som används för att hantera stressrelaterade problem behöver det undersökas om det går att bedriva terapier på ett annat sätt än de tidskrävande individualbehandlingarna. I en pilotstudie utförd i Tyskland (Walach, Nord, Zier, Dietz-Waschkowski, Kersig, & Schüpbach, 2007) undersöktes om medverkan i ett MBSR-program under åtta veckor kunde ha en positiv effekt på stresshantering för personer anställda vid ett ”callcenter”, ett arbete som oftast är väldigt stressigt. Pilotstudien bestod av en kontrollgrupp (17 individer) och en behandlingsgrupp (12 individer). De semistrukturerade intervjuerna visade att deltagarna hade haft nytta av programmet och de hade lärt sig att bättre hantera arbetssituationen samt att de kunde rekommendera programmet för personlig utveckling.

Även om syftet för att meditera skiljer sig till viss del mellan Buddismen och den sekulära varianten av meditation i väst så kanske det mer traditionella munklivet ändå befrämjar psykisk hälsa. I en studie på japanska munkar (Shaku, Tsutsumi, Goto, & Arnoult, 2014) undersöktes om Zen-praktiken hade effekter på livskvalitén och den mentala hälsan. 462 munkar på 13 olika

kloster deltog i studien. Studien visade att deltagarna förbättrade sin livskvalité och psykiska status men att det inte blev signifikant förrän de hade praktiserat mer än tre år. I artikeln resoneras det kring att klosterlivet innebär en stor omställning för unga japaner och att det tar flera år för att verkligen få nytta av livet där.

Mindfulness en vida känd metod för att förbättra bland annat psykisk hälsa. För att uppnå ett tillstånd av medvetenhet av vad sinnet berättar använder de flesta meditation, en metod som syftar till att stilla ett oroligt sinne. Genom att fokusera på andningen eller andra delar i kroppen kan sinnesro uppnås eller medveten närvaro som har blivit den vedertagna översättningen av mindfulness som i sin är en översättning från pali = sati och definieras inom Buddhismen som att vara uppmärksam och medveten i alla aktiviteter och rörelser, såväl mentala som fysiska. I väst var det Kabat-Zinn (1990, 2013) som var först med att skapa ett behandlingsprogram som syftade till att patienter skulle kunna öka sin förmåga till välbefinnande genom att minska smärtsamma fysiska och psykiska symtom. Kabat-Zinn startade sin första åtta veckors kurs i början av 1980-talet; Mindfulness-based stress reduction (MBSR). När forskare (Zindel, Williams & Teasdale, 2014) sökte efter en väg för att minska återfallsrisken för patienter som hade återkommande depressioner blev det att de vände sig tillbaka till det arbete som redan hade gjort i MBSR-programmet och utvecklade det som nu heter Mindfulness Baserad Kognitiv Terapi (MBKT). Så förutom meditationspraktiken så har de i MBKT vävt in välbeprövade beteende inriktade övningar som de visste hade god effekt på depressioner (Zindel et al., 2014). Den senaste randomiserade studien som publicerades i *The Lancet* visade just detta (Kuyken, Hayes, Baret...Byford, 2015). 424 patienter från 95 olika mottagningar i sydöstra England med återkommande depressioner delades upp i två grupper där ena gruppen fick MBKT och den andra kvarstod på sina mediciner. Syftet med studien var också att undersöka vilken behandling som var mest kostnadseffektiv. Utfallet var liknande i båda grupperna, nämligen att knappt 50 % fick ett nytt återfall i depression och att båda behandlingarna kostar ungefär lika mycket över tiden (Kuyken et.al, 2015). En annan del av den Buddhistiska traditionen av meditation är att vara vänlig inte bara mot andra utan också gentemot sig själv (Neff, 2011). Att vara vänlig mot sig själv kan vara att man ser sitt eget lidande och att ha en önskan att hjälpa sig själv i lidande och behandla sig själv med förståelse och omtanke. Ofta är det som så att när man mår som sämst så behandlar man sig själv på ett hårt och dömande sätt, det vill säga man ser sina egna misslyckanden på ett dömande sätt. Selfcompassion innehåller tre komponenter (Neff & Germer, 2013):

- Vänlighet mot mig själv istället för självdömande.
- Att närma mig mänskligheten med förståelse istället för isolation.
- Mindfulness istället för en överidentifikation till mina smärtsamma självupptagna tankar och känslor.

Utifrån dessa principer utvecklade Neff och Germer ett åttaveckorsprogram Mindful self compassion (MSC) och 2013 kom en studie som hade utförts på flera grupper och i flera steg (Neff & Germer, 2013). Den visade att deltagarnas Selfcompassion ökade signifikant och höll i sig stabilt även efter ett år. Effekten av loving-kindness/compassion - meditationsträning publicerades bland annat i en review av Bibeau, Dionne och Leblanc (2015) där flera av de ingående studierna visade att meditationsträning kunde ha effekt på psykoterapeuters förmåga till empati. Neurovetenskapliga studier visade också att områden i hjärnan associerade till positiva känslor och empati förändrades efter att deltagarna genomfört loving-kindness/compassion-meditations träning. Vidare framkom positiva effekter på en rad empatirelaterade variabler såsom altruism, positivism, ökat socialt beteende, intrapersonella relationer och empati. Forskarna såg också att denna typ av meditation reducerar risken för utmattning och ökar själv-vårdande beteenden (Bibeau, et al., 2015). En nyligen genomförd neuropsykologisk studie av Gotink, Meijboom, Vernooij, Smits och Hunink (2016) undersökte skillnaden mellan deltagare i ett 8-veckors mindfulness program kontra erfarna meditatörer. Det framkom påtagliga neurobiologiska förändringar i hjärnan specifikt i de delar som reglerar stress och uppmärksamhet. De som genomgick ett 8-veckors program visade på en större effekt på de neurobiologiska förändringarna än de som mediterat under lång tid. En möjlig förklaring som framfördes i diskussionen var att de ovana meditatörerna har en högre utvecklingspotential (Gotink et al 2016).

Dessa studier visar att olika typer av behandlare, studenter och anhöriga kan ha nytta av att arbeta med de principer som den Buddhistisk traditionen innehåller. Den första studien (Ryan, Saffran, Doran, & Muran, 2012) undersökte den terapeutiska relationen i 26 terapeut/patient dyader. De fann att högre uppmätt Mindfulness hos terapeuten korrelerade med en större vänlighet mot sig själv som i sin tur korrelerade med en med ökad nöjdhet hos patienten. Nästa studie (Davis & Hayes, 2011) som var en review sammanfattade att de terapeuter som praktiserade mindfulness fick mer framgångsrika behandlingar genom ökad förmåga till empati och compassion vilket gav en mer närvarande terapeut. Vidare fann de att terapeuter som utövade mindfulness hade en minskad upplevelse av stress och oro. En tredje studie (Shapiro, Brown, &

Biegel, 2007), undersökte hur personer inom människovårdande yrken tar hand om sig själva utifrån att terapeuter visat sig ha en förhöjd risk för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Studenterna tog del av ett MBSR-program, de rapporterade en minskad stress, negativa känslor, ältande och orostankar samt en signifikant ökning av positiva känslor, mindfulness och self-compassion (Shapiro, et al., 2007). En fjärde studie (Dorian & Killebrew, 2014), undersökte kvinnliga terapeuter under utbildning och ytterligare en annan (Smeets, Neff, Alberts, & Peters, 2014) undersökte kvinnliga psykologstudenter. De två senast återopade studierna visade båda på en ökad self-compassion, mindfulness och self-efficacy, samt minskning av ältande beteende. Vidare visade de på en ökad livstillfredsställelse samt upplevelse av social gemenskap efter ett mindfulnessprogram.

En sjätte studie (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachlar, Rother, & Nickel, 2007) såg att psykoterapeuter som regelbundet utförde mindfulness eller zenmeditation under utbildningen, uppnådde i skattningarna en bättre symptomreduktion hos sina patienter jämfört med kontrollgruppen där studenterna inte mediterade. Ytterligare en studie på liknande tema (Bruce, Manber, Shapiro, & Constantino, 2010) beskriver att meditation kan ge en direkt effekt på psykoterapeutens förmåga att skapa en god relation med patienten dels för att minska lidande samt hjälpa patienten att utvecklas.

Ett flertal nyligen utförda studier verkar samstämmigt komma till samma konklusion, nämligen att meditation enligt Buddhistisk tradition har goda effekter även på personer i människokontakt i yrken som psykologer, terapeuter och så vidare. I följande studier kan vi också se att meditations-praktiken även kan ändra terapeuters utbildningsprogram men även hur meditation kan ge positiva effekter för personal som jobbar utanför psykiatrins värld.

I en kvalitativ översikt (Morgan, Simpson, & Smith, 2014) beskrivs att mindfulness är användbart för personal inom hälso- och sjukvård för att sänka stressnivån och har visat sig öka kvalitén i deras interaktion med patienter. De lärde sig att skifta fokus mellan att vårda andra till egenvård och tillbaka. Studierna visade att vårdgivare får en ökad livstillfredsställelse och self-compassion i relation till sig själva och andra samt uppnår en känsla av samhörighet till andra. I en kritisk granskning av nio studier (Escuriex & Labbé, 2011) visas att mindfulness verkligen har goda effekter på patienterna vad gäller hälsa och andra resultat vid genomförda terapier. Vidare framkom att de granskade studierna samstämmigt visade att alla undersökta personalkategorier inom hälso- och sjukvården fick positiva effekter i avseende på psykosocial förmåga såsom

minskade stressupplevelse och grubblerier, lägre ångestnivå samt en ökning av self-compassion, positiva känslor och empatisk förmåga. Resultaten var mer tvetydiga när det gällde att höja terapeutens förmåga till bättre terapier. Endast en av de ingående studierna var randomiserad och den visade på goda resultat (Ryan, et al., 2012). En studie (Christopher, Chrisman, Trotter... Christopher, 2011) mätte långtidseffekten av en mindfulnesspraktik genom att intervjua 16 före detta studenter som sedan kom att arbeta som samtalsterapeuter (counselors). Resultaten visade en positiv påverkan på deras kliniska skicklighet samt en ökad trygghet i rollen som terapeut. Utifrån studien fastställde the Montana State university (USA) att mindfulnesssträning skall vara obligatorisk i utbildningen till samtalsterapeut.

Det är föga förvånande att effekterna gällande Mindfulness Baserad Kognitiv Terapi (MBKT) kan sträcka sig utanför sjukvårdens värld. Den Buddistiska traditionen att meditera sträcker sig drygt 2000 år tillbaka och det finns fortfarande mycket att lära från den. Behovet av att se bredare på vad en psykologisk behandling innefattar är nödvändigt om vi skall kunna nå fler människor som inte mår bra i sina liv. Det är sannolikt så att det finns metoder som har lika goda effekt på patienter som på behandlare och som bör komma till användning vid förebyggande insatser för att förhindra psykisk ohälsa hos personal inom hälso- och sjukvård precis på samma sätt som de förebygger ohälsa samt minskar risk för återfall i depression hos patienter (Kuyuken, et.al 2015).

## **Syfte**

Den aktuella studiens syfte var att undersöka effekter av genomförd MBKT genom att jämföra patienter med psykiatriska diagnoser gentemot professionella inom psykiatri och primärvård i avseende på Empowerment Scale och andra närliggande tester med mätningar före, efter, samt vid en tre månaders uppföljning.

## **Metod**

### **Deltagare**

I studien medverkade 33 personer i åldrarna 23 till 65 år. Dessa fördelades på 14 patienter (tre män och 11 kvinnor) och 19 professionella (1 man och 18 kvinnor) som yrkesmässigt bestod av framför allt psykologer/psykoterapeuter men även socionomer, läkare, arbetsterapeuter samt

sjukgymnaster. I patientgruppen förekom ett flertal diagnoser som bipolaritet, bulimi, GAD, PTSD, social fobi, recidiverande depressioner, olika typer av personlighetsstörningar, och utmattningsdepression. Av patienternas hade 11 personer erfarenhet av fler än tre återkommande depressioner och 7 hade mer än en diagnos. Vidare var 9 patienter knutna till psykiatri och 6 patienter till primärvården. Av de professionella var det endast någon enstaka individ som medicinerade eller fick annan psykologisk behandling under tiden för studien.

### **Bortfall**

Bortfall fanns i flera steg i studien. I första steget erbjöds 41 personer att delta i studien. Efter att flera hade tackat nej eller inte fullföljde kursen var det 33 kvar. Vid andra mätningen fyllde 31 personer i enkäten och lämnade in. Vid tredje mätningen skickades enkäter ut via brev och 18 personer återsände enkäten. 10 personer fick en påminnelse utskickad och 8 stycken återsände den vilket resulterade i att totalt kvarstod 26 deltagare.

### **Instrument**

**Empowerment Scale (ES).** Instrumentet är en svensk version (Hansson & Björkman 2005) av Empowerment Scale (Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997). ES består av 28 påståenden där deltagaren får fyra svars alternativ, instämmer helt, instämmer, instämmer inte och instämmer inte alls, svaren kodas sedan i siffror 1 till 4, en del av frågorna är vända så att ”instämmer helt” ger 4 poäng och en del är så att ”instämmer inte alls” ger 4 poäng, högre poäng korrelerar med hög empowerment. I ES finns fem delskalor: Self-esteem and self-efficacy (SS), Activism and autonomy (AA), Optimism and control over future (OC), Righteous Anger (RA) och Power-powerlessness (PP).

**Self-Compassion Scale Short form (SCF-SF).** Instrumentet är en svensk version (Strömberg, 2010) av (Raes, Pommier, Neff & van Gucht, 2011) som är en kortversion Self-Compassion Scale (Neff, 2003). I denna studie innehöll (SCF-SF) 13 frågor. Varje påstående skattas av deltagaren på en femgradig skala, från nästan aldrig till nästan alltid. Instrumentet har en hög intern konsistens ( $\alpha = 0.86$ ) och en nästintill perfekt korrelation med den långa versionen av SCS ( $r = 0.97$ ) (Raes et.al., 2011). Högre medelvärde visar på en större självmedkänsla.

**Upplevd Trygghet (UT).** Skalan (Norlander, Ernestad, Moradiani, & Nordén, 2015) består av en VAS-skala med frågan ”Hur trygg känner du dig i din miljö?”. Deltagarna får

markera med kryss på en linje (1 dm) med ändpunkterna ”Inte alls trygg” – ”Mycket trygg” som utvärderas från 0 till 100. Skalan bedöms att ha acceptabla psykometriska egenskaper (Norlander et al., 2015).

**Upplevd Nöjdhet (UN).** Instrumentet baseras på ett frågebatteri (Norlander et al., 2015) med elva frågor om hur nöjd man är i olika avseenden, som besvaras på VAS-skolor från 0 (Inte alls nöjd) till 100 (Mycket nöjd). Exempel på frågor är ”Hur nöjd är du med ditt liv just nu?” och ”Hur nöjd är du med din allmänna hälsa?”. Andra områden som ingår handlar om nöjdhet i avseende på fysisk hälsa, psykisk hälsa, familjeliv, sociala relationer, boende, sysselsättning, ekonomiska situation, inkomst samt hur nöjd man är i största allmänhet med sitt liv. De elva skalorna korrelerade signifikant sinsemellan (medelvärde för inter-item korrelation:  $r = 0.55$ ) och homogenitetstestning (Cronbach’s Alfa) angav värdet 0.93 vilket sammantaget möjliggjorde att ta medelvärdet på de elva skalorna som ett mått på deltagarnas nöjdhet.

**Förhållanden Efter Behandling (FEB).** Här handlar det om sju VAS-skolor (Norlander et al., 2015) utformade i syfte att undersöka behandlingens effekt (”Inte alls” – ”Väldigt mycket”). Exempel på frågor är ”Har du pågåendevårdkontakt avseende din psykiska hälsa” och ”Har dina sociala förhållanden förbättrats av behandlingen?”. Eftersom de ställda frågorna inte kunde bedömas ha en självklar gemensam underliggande faktor analyserades de var för sig. Se vidare Tabell nr 4.

## Design

MBKT utbildningen, såsom den var utformad i denna studie, var uppdelad på åtta gånger under åtta veckor. Varje träff pågick under cirka två timmar. Mindfulnessdelen av sessionen bestod av olika former av gemensamma meditationer som kroppsscanning, sittande meditation, gående meditation och yogasträckningar som leds av instruktören. Den kognitiva delen bestod av upplevelsebaserade övningar som leddes av instruktören, de var antingen enskilda eller i par. Efter varje övning så fick deltagarna en möjlighet att reflektera över de upplevelser de just hade haft i relation till lektionens tema och dialogerna förts mellan den enskilde deltagaren och instruktören. I slutet av programmet fick varje deltagare göra upp en s.k. återfallspreventionsplan som syftade till att deltagaren efter kursen skulle kunna möta de svårigheter som var och en har genom att vara mer observant på olika symtom och hur dessa skall kunna mötas i vardagen, till exempel genom att meditera. Instruktören kunde också ge förslag på hur deltagarna på bästa sätt

kan fortsätta en praktik av att meditera, till exempel genom dagliga meditationer, yoga som är i linje med programmet och genom att åka på retreat. Under programmet fick varje deltagare material som var framtaget för programmet och hemuppgifter att följa under varje vecka. Deltagarna uppmanades att meditera dagligen utifrån ett träningsprogram, men också att observera vad som händer i tanken, känslorna och kroppen när de har mediterat. I denna studie har ingen av de fyra grupper som deltagit erbjudits någon uppföljning efter genomgången utbildning.

## **Procedur**

Patienterna rekryterades genom en psykiatrisk mottagning i Skaraborg och en primärvårdsenhet i Göteborg via förfrågan till behandlarna på respektive mottagning. Behandlarna anmälde intresserade patienter som fick ett bedömningsamtal hos respektive kursledare. För att möjliggöra att minst åtta deltagare i vardera behandlingsgruppen inkluderades patienter med varierande diagnostik. För att patienter med komplex problematik skulle kunna erbjudas plats fanns krav på att patienterna skulle ha genomgått behandling med KBT innan de påbörjade MBKT-programmet. Patienter med psykosdiagnostik eller som medicinerade med beroendeframkallande läkemedel exkluderades ur studien. Insamling av data gjordes i tre steg: (a) i samband med kursstart, (b) i samband med kursens sista tillfälle och (c) ca tre månader efter genomgången kurs. Deltagarna fick information skriftligen och fick skriva under för att kunna delta i studien. De informerades att all information skulle aidentifieras och att enkäterna skulle destrueras efter att studien är klar. Författarna av den aktuella studien samlade ihop deltagare till var sin grupp på respektive arbetsplats.

De professionella rekryterades genom Henrik Kok, legitimerad psykoterapeut i KBT och legitimerad sjukgymnast samt instruktör i Mindfulness-Baserad Kognitiv Terapi (MBKT). De genomgick MBKT programmet i form av en utbildningsinsats men med exakt samma upplägg som patientgrupperna. Den ena gruppen var en uppdragsutbildning arrangerad av Västra Götalandsregionen för anställda inom regionens vårdcentraler. Den andra gruppen var en av Koks löpande utbildningar där deltagarna anmäler sig via hans hemsida. Vid den första gruppträffen på kursen fick samtliga deltagarna i alla grupper enkäten i handen som då innehöll information om studien och instrumenten ES, SCS-SF, UT, UN samt även en kort sida för att få relevanta data kring deltagaren. De som inte ville delta i studien fyllde inte i enkäten. Efter åttonde gången



fick de som var med i studien fylla i samma enkät igen och lämnade detta till kursledaren. Tremånadersuppföljningen gjordes antingen genom att enkäten skickades hem till deltagaren med frankerat svarskuvert eller så fick de vi hade personlig kontakt med möjlighet att fylla i och lämna på respektive mottagning. Vid den tredje mätningen fick deltagarna även fylla i instrumentet FEB i syfte att få mer direkt information om behandlingens eventuella effekter.

### **Etiska ställningstagande**

Då studien genomfördes för psykoterapeututbildningen på Högskolan Evidens behövde inte studien granskas av en regional etisk kommitté. Studien fick godkännande av verksamhetschefen på respektive arbetsplats eller ansvarig för gruppen. Informerat samtycke (se bilaga 1) tryckte på frivilligheten i deltagandet i alla led av studien som genomfördes i enlighet med Helsingfors deklARATION (2013). Allt material avkodades efter tremånaders-uppföljningen och enkäterna användes bara för studien.

## **Resultat**

### **Korrelationer**

Korrelation genomfördes (Pearson's  $r$ , 5 % nivå) mellan beroendevariablerna insamlad för påbörjad behandling, det vill säga Empowerment Scale (ES), Self Compassion Scale Short Form (SCS-SF), Upplevd trygghet (UT) och Upplevd Nöjdhet (UN). Analysen visade att samtliga variabler korrelerade sinsemellan, men inte på nivåer som riskerar multikollinearitet, se Tabell 1.

---

Infoga Tabell 1 här

---

### **Beroendevariablerna i förhållande till behandling**

En Pillai's mixed MANOVA (2 x 3 faktoriell design) genomfördes med Grupp (Patienter, Professionella) och Behandling (Före, Efter, Uppföljning) som oberoende variabler och med ES, SCS-SF, UT och UN som beroende variabler. Analysen visade signifikanta effekter för Behandling ( $p = 0.009$ ,  $Eta^2 = 0.66$ ,  $power = 0.92$ ), interaktion Behandling x Grupp ( $p = 0.030$ ,  $Eta^2 = 0.60$ ,  $power = 0.81$ ), men inte för Grupp ( $p = 0.191$ ,  $Eta^2 = 0.25$ ,  $power = 0.43$ ).

Univariata F-test visade signifikanta effekter för behandling gällande ES [ $F(2, 46) = 5.49, p = 0.007$ ], SCS [ $F(2, 46) = 16.39, p < 0.001$ ], UT [ $F(2, 46) = 3.50, p = 0.039$ ] och UN [ $F(2, 46) = 9.06, p < 0.001$ ]. Post hoc tester (Paired Samples  $t$ -tests, 5 % nivå) visade ett mönster där deltagarna fick positiva effekter mellan första teststillfället (Före) och det andra teststillfället (Efter) men inte mellan det andra teststillfället och det tredje (Uppföljning) för Empowerment, Self-compassion Short Form och Upplevd Nöjdhet. Vad gäller Upplevd Trygghet visade analyserna ingen skillnad mellan första och andra teststillfällena och inte heller mellan det andra och det tredje, men däremot förelåg en signifikant skillnad mellan det första teststillfället (Före) och det tredje (Uppföljning) då deltagarna upplevde större trygghet efter genomförd behandling.

Vad gäller interaktionseffekten Behandling x Grupp visade univariata F-test signifikanta sådana för UT [ $F(2, 46) = 3.63, p = 0.034$ ] och UN [ $F(2, 46) = 11.37, p < 0.001$ ]. Post hoc tester (Independent Samples  $t$ -tests, 5 % nivå) visade både för Upplevd Trygghet och för Upplevd Nöjdhet att de professionella var mer trygga respektive mer nöjda före behandlingen jämfört med patienterna, men vid andra och tredje teststillfällena förelåg ingen skillnad mellan grupperna. För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 2.

---

Infoga Tabell 2 här

---

### **Delskalorna i Empowerment Scale i förhållande till behandling**

En Pillai's mixed MANOVA (2 x 3 faktoriell design) genomfördes med Grupp (Patienter, Professionella) och Behandling (Före, Efter, Uppföljning) som oberoende variabler och med Self-esteem–self-efficacy (SE), Power-powerlessness (PP), Community activism and autonomy (CA), Optimism and control over the future (OC), och Righteous anger (RA) som beroende variabler. Analysen visade en icke-signifikant tendens för Behandling ( $p = 0.054, \text{Eta}^2 = 0.65, \text{power} = 0.74$ ), samt inga signifikanta effekter för interaktion Behandling x Grupp ( $p = 0.339, \text{Eta}^2 = 0.47, \text{power} = 0.40$ ), eller för Grupp ( $p = 0.112, \text{Eta}^2 = 0.36, \text{power} = 0.59$ ).

Univariata F-test visade signifikanta behandlingseffekter för SE [ $F(2, 46) = 9.27, p < 0.001$ ] och PP [ $F(2, 46) = 5.72, p < 0.006$ ]. Post hoc tester (Paired Samples  $t$ -tests, 5 % nivå) visade vad gäller SE signifikanta förbättringar mellan första och andra teststillfället liksom mellan

det första och det tredje, men ingen förändring mellan det andra och det tredje testtillfället. Det förelåg ingen skillnad i avseende på PP mellan det första och andra testtillfället, men väl mellan det första och det tredje liksom mellan det andra och tredje testtillfällena. För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 3.

---

Infoga Tabell 3 här

---

### **Förhållanden efter behandling**

Med hjälp statistik med en-vägs ANOVA med Grupp som oberoende variabler och med de sju skalorna från FEB som beroendevariabler framkom signifikanta effekter för fysisk hälsa [ $F(1, 24) = 13.84, p = 0.001$ ], psykisk hälsa [ $F(1, 24) = 8.02, p = 0.009$ ], familjerelation [ $F(1, 24) = 23.67, p < 0.001$ ], sociala relationer [ $F(1, 24) = 8.21, p = 0.009$ ] och ekonomiska förhållanden [ $F(1, 24) = 15.00, p = 0.001$ ]. Däremot vad gäller vårdkontakter och arbete förelåg inga signifikanta effekter ( $ps > 0.05$ ). Deskriptiv analys visade att patienterna hade högre värden på skalorna vilket indikerade att de i högre grad upplevde förbättrade förhållanden vad gäller olika hälsoaspekter och sociala relationer jämfört med de professionella efter MBKT-behandlingen. Dessutom upplevde de också en något större påverkan på ekonomin. För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 4.

---

Infoga Tabell 4 här

---

### **Diskussion**

Den aktuella studiens syfte var att undersöka effekter av genomförd MBKT genom att jämföra patienter med psykiatriska diagnoser gentemot professionella inom psykiatri och primärvård i avseende på Empowerment Scale och andra närliggande tester, med mätningar före, efter, samt vid en tre månaders uppföljning.

Studiens mest uppseendeväckande resultat var att det inte fanns några egentliga skillnader mellan patienterna och de professionella i hur de responderade på mätinstrumenten

som användes vid de tre testtillfällena. Ett undantag från detta var upplevd nöjdhet och upplevd trygghet där de professionella uppvisade en högre grad av nöjdhet och trygghet före behandlingen jämfört med patienterna, men vid andra och tredje testtillfällena fanns ingen skillnad mellan grupperna. Resultatet vad gäller positiva effekter för deltagare av MBKT låg i linje med våra förväntningar som baserades på många tidigare studier som rapporterar om ökade positiva känslor, mindfulness, stresshanteringsförmåga, ökad livstillfredsställelse, upplevelser av social gemenskap, self-efficacy och self-compassion (t.ex., Bibeau, et al., 2015; Dorian & Killebrew, 2014; Escuriex & Labbé, 2011; Grepmaier et al 2007; Morgan, Simpson, & Smith, 2014; Neff & Germer, 2013; Raab; 2014; Shapiro, et al., 2007; Smeets, Neff, Alberts, & Peters, 2014).

Det var intressant att det inte förelåg några skillnader mellan patienter och professionella avseende mätningar av empowerment, self-compassion, nöjdhet och trygghet efter genomfört MBKT program. Vi har inte funnit några andra studier som har jämfört patienter och professionella i dessa sammanhang. Det finns stöd för att en ökad känsla av empowerment ger en positiv effekt på hälsa och ökad livskvalité (Ohlson et al., 2005; Rogers et al., 1997; Tambuyser, van Audenhove, 2013). Behandling med MBKT ger, som redan konstaterats, verktyg och förhållningssätt som tycks stärka upplevelsen av hanterbarhet, kontroll, samhörighet och därmed en känsla av sammanhang. Detta ger en empowered individ (Rogers et al 1997) samt en god hälsa (Antonovski 2005). Metoden tycks i dessa avseenden ge likartade positiva effekter för såväl patienter som professionella vilket indikerar att metodens generella förmåga att ge genomslag på människor med olika bakgrunder.

Resultatet visade ett mönster där deltagarna fick positiva effekter mellan första testtillfället (Före) och det andra testtillfället (Efter) men inte mellan det andra testtillfället och det tredje (Uppföljning) för Empowerment (ES), Self-compassion (SCS-SF) och Upplevd Nöjdhet (UN). Det innebär således att de positiva resultaten som uppmättes efter genomförd behandling kvarstod vid uppföljningen tre månader senare. Vad gäller Upplevd Trygghet visade analyserna ingen skillnad mellan första och andra testtillfällena och inte heller mellan det andra och det tredje, men däremot förelåg en signifikant skillnad mellan det första testtillfället (Före) och det tredje (Uppföljning) då deltagarna upplevde större trygghet efter genomförd behandling.

Patientgruppen visade en lägre grad av nöjdhet och trygghet än de professionella vid första mätningen, men vid andra och tredje mätningen fanns ingen signifikant skillnad. Detta kan

jämföras med en studie (Gotink et al., 2016) visade att oerfarna deltagare som genomgick ett MBSR/MBKT program fick stora positiva förändringar vilket tolkades som att de hade större utvecklingspotential. Patienterna i den aktuella studien började på en något lägre nivå utifrån uppmät nöjdhet och trygghet men kunde genom att tillskansa sig nya redskap genom MBKT komma ikapp de professionella.

Korrelationer mellan ES och de övriga skalorna visade att den svenska versionen av instrumentet har goda korrelationer med för empowerment-begreppet förmodade betydelsefulla dimensioner som self-compassion, upplevd trygghet och upplevd nöjdhet. Det ger ytterligare belägg för att totalskalan har goda psykometriska egenskaper vilket ligger i linje med tidigare observationer (Hansson & Björkman, 2005). En multipel variansanalys visade ett oklarare läge för delskalorna då ingen övergripande behandlingseffekt för delskalorna kunde uppvisas och endast delskalorna SE och PP noterades ge positiva behandlingseffekter. Det tycks vara så att den svenska versionen av ES bör främst användas med totalskalan.

Tre månader efter avslutad behandling har både patienter och professionella skattat hur de upplevde sin situation i olika avseenden (från 0 till 100) via sju VAS-skolor (FEB). Det framkom då att patienterna i högre grad upplevde förbättrade förhållanden vad gäller olika hälsoaspekter och sociala relationer jämfört med de professionella efter MBKT-behandlingen. Dessutom upplevde de också en något större påverkan på ekonomin. Det får väl anses vara förväntade resultat att patienterna i betydligt högre grad upplevde förbättringar vad gäller fysisk och psykisk hälsa, familjesituation och sociala relationer. Det förelåg ingen skillnad vad gäller påverkan på arbetssituationen vilket inte heller är förvånande mot bakgrund av att sådana eventuella förändringar sannolikt behöver mer tid än tre månader för att manifesteras. Däremot var det intressant och löftesrikt med det låga medelvärdet ( $M = 19.40$ ,  $SD = 33.32$ ) för patienterna på fråga sju ("*Har du pågående vårdkontakt avseende din psykiska hälsa?*") vilket indikerar en framgång för behandlingen.

Den aktuella studien hade vissa begränsningar. Den första begränsningen med studien var det relativa låga antalet deltagare, 33 personer. Trots det var det fullt möjligt att genomföra statistiska jämförelser i avseende på olika mättillfällen och i avseende på gruppjämförelser. Ett större problem var den synnerligen sneda fördelningen mellan män och kvinnor. Studien hade en stor övervikt av kvinnor, 29 individer (88 %) vilket naturligtvis omöjliggjorde alla statistiska analyser av denna aspekt. Tids-, och resursaspekter orsakade att det inte var möjligt att arrangera

kontrollgrupper (dvs., grupper utan MKBT) för både patienter och professionella. Urvalet av deltagare till studien var heller inte randomiserad, patientgrupperna valdes ut utifrån författarnas arbetsplatser där vi kände flertal av patienterna sen tidigare och de professionella var deltagare i Henrik Koks utbildningar.

Den aktuella studien visar för första gången, vad vi känner till, att Mindfulness vid en jämförelse ger goda effekter för både patienter och professionella. Att lära sig att upprätthålla en meditationspraktik hjälper individen att komma åt nivåer i sitt läkande som den moderna medicinen inte alltid kommer åt (Kabat-Zinn, 1990, 2013). I en värld som verkar ställa mer krav på individen så verkar förmågan till viss del minskat till att kunna stanna upp, reflektera och bara vara. Att oro sig eller älta för mycket, kan skapa psykisk ohälsa som depressioner och ångestproblem. Långvarig stress kan leda till flertal olika somatiska sjukdomar. För professionella finns tydliga indikationer på att MBKT program ökar deras livstillfredsställelse, ger ökad förmåga att hantera stress samt en ökad self-compassionupplevelse. Här framkommer tydligt att medarbetare inom människovårdande yrken kan vara hjälpta av MBKT program både för att förebygga psykisk ohälsa och sjukskrivningar samt att det visat sig ge bättre resultat avseende terapeutiska effekter för patienterna, (Escuriex, Labbé 2011; Raab, K 2014).

Om vi riktar vänlighet mot oss själva och andra (Neff & Germer, 2013), och närmar oss andra med förståelse istället för att isolera oss och använda Mindfulness istället för att överidentifiera och fastna i smärtsamma självupptagna tankar och känslor så kan vi börja påverka våra liv och uppnå en högre livskvalité och empowerment i våra liv. Kopplingen mellan begreppet empowerment och mindfulness behöver analyseras vidare i ytterligare studier. Kan empowermentsskalan användas för att mäta effekter av att delta i ett mindfulnessprogram istället för andra skalor eller som ett komplement? Överhuvudtaget behövs det göras fler studier på den lovande Empowermentsskalan som inte bara är fokuserade på patienter med psykisk sjukdom utan också på individer där man försöker motverka psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis visar studiens resultat att ett MBKT program ger påtagliga positiva effekter avseende empowerment, self-compassion, upplevd nöjdhet och trygghet för både patienter och professionella. Därmed ges ytterligare stöd för att medveten närvaro kan rekommenderas till både patienter och professionella för att minska sjukdom och stress.

### Referenser

- Antonowski, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.
- AFA Försäkring. (2013). *Psykisk ohälsa*. Stockholm: FA.
- Aujoulat, I., Luminet, O., & Deccache, A. (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qualitative Health Research, 17*, 772-785.
- Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2015). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness, 7*, 255-263.
- Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 83.
- Christopher, J. C., Chrisman J. A., Trotter-Mathison M. J., Schure, M. B., Dahlen, P., & Christopher S. B. (2011). Perceptions of the long-term influence of mindfulness training on counselors and psychotherapists: a qualitative inquiry. *Journal of Humanistic Psychology, 51*, 318-349.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*, 198.
- Dorian, M., & Killebrew, J. E. (2014). A study of Mindfulness and self-care: A path to self-compassion for female therapists in training. *Women and therapy, 37*, 1-2, 155-163.
- Escuriex, B. F., Labbé, E. E. (2011). Health care providers mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness, 2*(4), 242–253.
- Försäkringskassan. (2015). En beskrivning av sjukskrivna åren 1999–2014 efter kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, yrke, sjukskrivningslängd och diagnospanorama. Socialförsäkringsrapport: *Social Insurance Report*, ISSN 1654-8574.
- Försäkringskassan, (2014). Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Socialförsäkringsrapport 2014:4 *Social Insurance Report*, ISSN 1654-8574.
- Germer, C. (2004). What is Mindfulness? *Insight Journal, 22*, 24-29.
- Germer, C. (2006). You gotta have heart. *Psychotherapy Networker, 30*(1), 54-59.
- Ghahremani, D. G., Oh, E. Y., Andrew, C. D., Mouzakis, K., Wilson, K. D., & London, E.D. (2013). Effects of the youth empowerment seminar on impulsive behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 8*, 1-3.

- Gotink, A. R., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M.G.M. (2016). 8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – a systematic review. *Brain and Cognition*, *108*, 32-41.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachlar, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment result of their patient: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*, 332-338.
- Hansson, L. & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *19*, 32-38.
- Kabat-Zinn, J. (1990, 2013). *Full Catastrophe Living*. NY: Bantam Books.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomized controlled trial. *The Lancet*, *386*, 63-73.
- Mark, J., Williams, G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Kabat-Zinn, J. (2007). Review: The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness. New York: The Guilford Publications.
- Morgan, P, Simpson, J., & Smith, A. (2014). Health care workers experiences of mindfulness training: A qualitative review. *Mindfulness*, *6*, 744–758.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*, 223-250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Compass*, *5*, 1-12.
- Neff, K. D., Germer, C. (2013) A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*, 28-44.
- Norlander, T., Ernestad, E., Moradiani, Z., & Nordén, T. (2015). Perceived feeling of security: A candidate for assessing remission in borderline patients? *The Open Psychology Journal*, *8*, 146-152.
- Ohlson, E. & Arvidsson, B. (2005) Sjuksköterskornas uppfattning av hur processorienterad omvårdnadshandledning kan befrämja deras psykiska hälsa. *Vård i Norden*, *26*, 32-35.



- Perkins, D. (1995). Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology, 23*, 569-578.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy, 20*, 95-108.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community psychology, 15*, 121-142.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services; 48*, 1042-1047.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*, 250-255.
- Rohrer, J. E., Wilshusen, L., Adamson, S. C., & Merry S. (2008). Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients? *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 14*, 548-551.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran J. M., & Muran J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research, 22*, 289-297.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2014). *Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer M. E., Bachmann, A., Schrank B., Benesch, T., Schulze, B., & Woppmann A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry, 26*, 28-33.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction om the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*, 105-115.
- Shaku, F., Tsutsumi, M., Goto, H., & Arnoult, D. S. (2014). Measuring the effects of Zen training on quality of life and mental health among Japanese monk trainees: a cross-sectional study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 20*, 406-410.

- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 794-807.
- Strömberg, B. (2010). A Swedish version of the self-compassion scale (SCS). Lund: Psykologiska institutionen, Lunds universitet. Opublicerat manuskript.
- Tambuyzer, E., & AudenhoZve, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations, 18*, 516-526.
- Walach, H., Nord, E., Zier, C., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S., Schüpbach, H.(2007). Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management, 14*(2), 188-198.
- Wallerstein. N., (1992) Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotions, 6*, 197-205.

Tabell 1. Korrelationer (Pearson's  $r$ ) före behandling mellan Empowerment Scale (ES), Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF), Upplevd Trygghet (UT) och Upplevd Nöjdhet (UN).

	ES	SCS-SF	UT	UN
ES	1			
SCS-SF	0.61**	1		
UT	0.69**	0.48**	1	
UN	0.61**	0.55**	0.64**	1

**Notera:** signifikanta korrelationer på 0.01 nivå markeras \*\*

Tabell 2. Medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*) för Grupp (Patienter, Professionella) i avseende på behandling Före (1), Under (2) och Efter (3) gällande Empowerment Scale (ES), Self Compassion Scale Short Form (SCS-SF), Upplevd trygghet (UT) och Upplevd Nöjdhet (UN)

	Patienter		Profession	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ES 1	2.86	0.31	3.12	0.16
ES 2	3.01	0.32	2.24	0.36
ES 3	3.11	0.35	3.24	0.21
SCS-SF 1	2.60	0.56	3.16	0.63
SCS-SF 2	2.99	0.66	3.45	0.60
SCS-SF 3	3.25	0.66	3.53	0.74
UT 1	65.07	22.77	88.66	13.05
UT 2	83.08	16.15	85.21	13.94
UT 3	78.96	20.10	90.63	11.62
UN 1	47.22	13.84	68.70	18.03
UN 2	61.21	16.03	69.76	17.29
UN 3	67.18	19.71	66.74	23.14

Tabell 3. Medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*) för Grupp (Patienter, Professionella) i avseende på behandling Före (1), Under (2) och Efter (3) gällande Self-esteem and self-efficacy (SE), Power and powerlessness (PP), Community activism and autonomy (CA), Optimism and control over the future (OC), och Righteous anger (RA)

	Patienter		Profession	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SE 1	2.61	0.53	3.26	0.31
SE 2	3.01	0.56	3.33	0.30
SE 3	3.07	0.65	3.44	0.34
PP 1	2.70	0.45	2.94	0.29
PP 2	2.80	0.40	2.91	0.28
PP 3	3.02	0.31	3.05	0.27
CA 1	3.33	0.36	3.39	0.38
CA 2	3.36	0.42	3.56	0.29
CA 3	3.47	0.35	3.50	0.34
OC 1	2.86	0.44	2.96	0.38
OC 2	3.15	0.46	3.16	0.41
OC 3	3.10	0.69	3.06	0.45
RA 1	2.62	0.28	2.66	0.46
RA 2	2.63	0.36	2.72	0.42
RA 3	2.70	0.51	2.75	0.34

Tabell 4. Medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*) för Grupp (Patienter, Professionella) i avseende på de sju skalorna från Förhållanden Efter Behandling (FEB).

	<b>Patient</b>		<b>Profession</b>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Har din fysiska hälsa förbättrats efter genomgången MBKT-behandling?*	63.90	30.57	26.53	20.81
2. Har din psykiska hälsa förbättrats efter genomgången MBKT-behandling?*	74.55	21.89	41.28	32.73
3. Har din familjesituation förbättrats av behandlingen?*	67.45	16.37	21.09	27.08
4. Har dina sociala relationer förbättrats av behandlingen?*	55.20	33.91	20.06	28.12
5. Har behandlingen påverkat din sysselsättning/arbetsituation?	56.75	36.00	40.13	24.81
6. Har behandlingen påverkat din ekonomiska situation?*	26.72	26.18	1.31	3.81
7. Har du pågående vårdkontakt avseende din psykiska hälsa?	19.40	33.32	7.81	22.04

**Notera:** Frågorna 1-4 berör upplevd *förbättring* där 0 = ”Inte alls” och 100 = ”Väldigt mycket”. Frågorna 5 och 6 berör upplevd *påverkan* där 0 = ”Inte alls” och 100 = ”Väldigt mycket”.

Fråga 7 handlar om *pågående vårdkontakt* där 0 = ”Inte alls” och 100 = ”Mycket ofta”.

**Notera:** Signifikanta skillnader mellan patienter och professionella har markerats med \*

## Bilaga 1

Hej!

Vi läser Psykoterapeutprogrammet vid Högskolan Evidens i Göteborg och gör en undersökning om upplevd livskvalité i relation till att gå en Mindfulnessbaserad kognitiv terapi utbildning (MBKT). Verksamhetschefen har gett oss tillåtelse att fråga dig om du vill delta i denna studie genom att besvara denna enkät som kommer resultera i en examensuppsats. Vi vill därför fråga dig om du vill besvara nedanstående frågor. Ett deltagande i studien innebär att du besvarar enkäten före MBKT-kursen, efter genomförd kurs och ca tre månader efter avslutad kurs. Deltagande är givetvis frivilligt och du kan avbryta deltagande när du vill och utan att behöva ange några orsaker. Uppsatsen kommer skrivas på sådant sätt så att din anonymitet är helt säkrad.

Tack för hjälpen!

Linda Ekstrand och Peter Sundberg.

Så att vi skall kunna skicka ut enkäten till dig efter avslutad kurs så behöver vi ha uppgifter, de kan du skriva ned på raderna under. Genom din underskrift så har du godkänt att resultaten på enkäten kan användas i denna studie. Uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt och destrueras efter genomförd studie.

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

---

Underskrift och datum