



Reka-Maria Bosson
Anna Härröd

**Förbättrad livskvalité
efter deltagande i mindfulnessgrupp**

*En kvantitativ pilotstudie på två
specialistpsykiatriska öppenvårdsmottagningar
i Västra Blekinge*

**Improved quality of life
after participation in mindfulness group therapy**

*A quantitative pilot study in two
specialist psychiatric outpatient care wards
in west Blekinge*

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearikad terapi
90 högskolepoäng

Våren 2018 Termin 6
Handledare: Anna Söderpalm Gordh
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Studiens syfte har varit att granska hur livskvalitén påverkas av mindfulnessbehandling i grupp. Deltagarna i studien, 21 stycken, rekryterades från två specialistpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Västra Blekinge och gruppbehandlingarna hölls under våren/ hösten 2017. Kvantitativ metod i form av självskattningsformulär användes för att undersöka den upplevda livskvalitén samt depression och ångestsymtom hos deltagarna före och efter behandling. Självskattningsinstrumentet Brunnsviken Brief Quality Of Life Inventory (BBQ) användes för att mäta livskvalité. Depressionssymtom har skattats med Becks Depression Inventory – II (BDI-II), och ångestsymtom har skattats med Becks Anxiety Inventory (BAI). Resultatet visade att efter åtta veckors behandling ökade medelvärdet på gruppnivå gällande livskvalité. Även depression och ångestsymtom hade minskat på gruppnivå, från svår depression och svår ångest till måttliga depression och ångestsymtom. I Sverige har det inte gjorts någon tidigare studie inom specialistpsykiatri inom detta område. Vår studie visar att deltagare på specialistpsykiatriska mottagningar får en ökad livskvalité och symtomminskning gällande depression och ångest. Mindfulnessbehandling i grupp kan vara ett sätt att behandla fler patienter på kortare tid, vilket bedöms som viktigt utifrån att den psykiska ohälsan i Sverige fortsätter att öka.

Nyckelord: livskvalité, depression, ångest, mindfulness, gruppbehandling, specialistpsykiatri

Abstract

The purpose of this study was to review how the quality of life is affected by group mindfulness therapy. Participants in the study, 21 individuals, were recruited from two specialist psychiatric outpatient care wards in west Blekinge and the group therapy sessions were carried out during spring and fall of 2017. A quantitative method in the shape of self-assessment forms were used to examine the experienced quality of life, depression and also symptoms of anxiety in the group of participants. The instrument Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) was used to measure quality of life. Symptoms of depression were estimated with Becks Depression Inventory – II (BDI-II) and symptoms of depression with Becks Anxiety Inventory (BAI).

The results after 8 weeks of therapy shows a group average increase regarding quality of life. Also depression and anxiety symptoms decreased on a group level, from severe depression and severe anxiety to moderate depression and moderate anxiety symptoms. There has not been any previous research done in this field within Swedish specialist psychiatry. Our study shows that specialist psychiatry patients achieve an increased quality of life and a decrease of symptoms regarding depression and anxiety. Mindfulness group therapy may be a way of treating multiple patients in a shorter time, which is considered important as psychological illness continues to increase in Sweden.

Keywords: quality of life, depression, anxiety, mindfulness, group therapy, specialist psychiatry

Förord

Vi vill först och främst tacka gruppinstruktörerna på de psykiatriska mottagningarna i Väst Blekinge som ställt upp och hjälpt oss, utan er skulle studien inte varit möjlig att genomföra. Även ett stort tack till alla patienter som tackat ja till att delta i undersökningen. Den aktuella studien har möjliggjort tack vare svar på de självskattningsformulär som ni fyllt i kring ert psykiska mående och upplevda livskvalité före och efter gruppbehandling. Ett varmt tack till vår handledare Anna Söderpalm Gordh för all hjälp under arbetets gång, du har varit ett stort stöd under hela processen. Din entusiasm, relevanta reflektioner och ditt vägledande har fört arbetet framåt. Ett varmt och hjärtligt tack till våra familjer som alltid stöttat oss, och under hela studieperioden ställt upp både praktiskt och emotionellt, ni är ovärderliga! Och ett extra tack till dig Istvan för hjälpen vi fått.

Sist men inte minst vill vi tacka varandra för ett intensivt och innerligt samarbete där skrattet och humorn alltid varit närvarande och hjälpt oss under arbetets gång.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 7 |
| <i>Livskvalité</i> | 7 |
| <i>Mindfulness</i> | 8 |
| <i>Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)</i> | 8 |
| <i>Gruppbehandling</i> | 9 |
| <i>Tidigare forskning</i> | 10 |
| <i>Syfte</i> | 11 |
| <i>Frågeställningar</i> | 11 |
| <i>Hypotes</i> | 11 |
| Metod | 11 |
| <i>Deltagare</i> | 11 |
| <i>Inklusionskriterier</i> | 12 |
| <i>Exklusionskriterier</i> | 12 |
| <i>Design</i> | 12 |
| <i>Instrument</i> | 13 |
| <i>Datainsamlingsmetod</i> | 14 |
| <i>Gruppledarna</i> | 15 |
| <i>Genomförande</i> | 15 |
| <i>Databearbetning</i> | 15 |
| <i>Bortfall</i> | 15 |
| <i>Validitet</i> | 16 |
| <i>Etiska övervägande</i> | 16 |
| Resultat | 17 |
| <i>Bakgrunddata</i> | 17 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Resultat på gruppnivå utifrån före och eftermätning.....</i> | <i>19</i> |
| <i>Behandlingsresultat utifrån livskvalité.....</i> | <i>21</i> |
| <i>Behandlingsresultat utifrån depressionssymtom.....</i> | <i>23</i> |
| <i>Behandlingsresultat utifrån ångestsymtom.....</i> | <i>23</i> |
| Diskussion..... | 24 |
| Referenser..... | 28 |
| Bilaga 1: Tabell (program 8 veckor) | |
| Bilaga 2: Samtyckesblankett | |
| Bilaga 3: Kompendium | |

Inledning

Livskvalité

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) definieras livskvalité utifrån ett holistiskt synsätt med utgångspunkt i individens uppfattning om sin livssituation, med den kultur och det värde som omger individen. I begreppet ingår hur denne förhåller sig till sina mål, förväntningar, intressen och normer. Begreppet påverkas också av individens fysiska och psykiska tillstånd men även graden av självständighet, livstro och sociala relationer har betydelse (WHO).

Begreppet livskvalité har olika definitioner beroende på inom vilket tillämpningsområde som begreppet används inom; filosofiskt, psykologiskt eller biologiskt. En viktig skiljelinje består i om man ska se på livskvalité som ett subjektivt eller objektiva mått. Ska individens egen upplevelse av sin livssituation vara ett mått eller ska livskvalitén bedömas efter materiella ting som en individ behöver för att uppnå god livskvalitet. Vi har valt att definiera livskvalité utifrån det psykologiska perspektivet där en etablerad definition vuxit fram inom psykologin över vad livskvalité är. Denna definition består av en sammanvägning av en persons yttre livsvillkor, mellanmännsliga relationer och personens inre psykologiska tillstånd (Kajandi, 1981). Yttre livsvillkor grundas på arbetssituation, ekonomiska situation och boendesituation. Mellanmännsliga relationer handlar om kärleksförhållande, vänner och familj. Inre psykologiska tillstånd inkluderar faktorer som engagemang, självbild och sinnesstämning. Det subjektiva psykometriska testet för livskvalité, Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ), som används i detta examensarbete, har de mellanmännsliga relationer och det inre psykologiska tillståndet som vägledande. Det är således detta begrepp på livskvalité som kommer att användas i detta examensarbete.

Mätning av livskvalitet är förekommande inom både somatik och psykiatri. Inom sjukvården har mått på livskvalitén visat sig vara användbart i behandlingsarbete för att se på skillnader i livskvalité före och efter insatser (Frisch, Cornell, Villaneuva & Retzlaff, 1992). Skattning av psykiatriska symtom och negativa känslotillstånd inom psykologisk behandling ger inte en fullständig bild av patienters mentala status eller framsteg i psykoterapi då positiva och negativa känslor delvis är oberoende av varandra (Watson, Clark & Carley, 1988). Ett vanligt instrument för att subjektivt mäta livskvalitet hos vuxna är Quality of Life Inventory (QOLI), som är

utformad av Frisch et al. (1992). Instrumentet är väl använt och har en god test-retest-reliabilitet (Frisch et al., 1992). Däremot är det tidsmässigt relativt omfattande att administrera och syftet med BBQ är att skapa en kortfattad och lättadministrerad skattningsskala för självupplevd livskvalitet (Lindner et al., 2016).

Mindfulness

Mindfulness är en meditationsform som har sitt ursprung i buddistiska visdomstraditionen (Kabat-Zinn, 1994). I den buddistiska kulturen har man använt meditationer i tusentals år. Kabat-Zinn, 1994, definierar mindfulness som “paying attention in particular way: on purpose, in the present moment and nonjudgmentally”. Mindfulness betyder förmåga att vara närvarande i nuet (SAOL, 2017). Något samstämmig definition på begreppet mindfulness är svårt att finna, därför flera forskare har beskrivit mindfulness utifrån två komponenter i syfte att operationalisera begreppet. Den första komponenten är aktiv reglering av uppmärksamheten d.v.s. att behålla uppmärksamhetsfokus på det som sker i nuet, att skifta uppmärksamhet samt att inhibera kognitiva sekundära processer. Alltså en metakognitiv förmåga. Den andra komponenten kännetecknas av vilken attityd man möter upplevelsen med. Attityden är en accepterande, icke-dömande, nyfikenhet och öppenhet gentemot interna och externa upplevelser istället för undvikande av kroppsliga sensationer, tankar och känslor som upplevs obehagliga. Detta bidrar till en högre tolerans för och medvetenhet kring affekter, kognitioner och fysiologiska upplevelser (Bishop et al., 2004). Genom att uppmärksamma det man gör i vardagen erhålls en meditativ övning. När vi är uppmärksamma på det som sker i ögonblicket lär vi oss att hålla fast vid vad vi själva upplever och vi lär oss att lita på detta (Kabat-Zinn, 1994).

Mindfulness Based Stress Reduction

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) är ett program som används som enskilt eller komplementär behandling inom flera olika områden i sjukvården. MSBR-programmet grundades av läkaren och molekylärbiologen Jon Kabat-Zinn som även är författare till flera olika böcker inom området mindfulness och meditation (mindfulnesscds.com). MBSR är den första strukturerade kliniska tillämpningen av mindfulness i väst (Kabat-Zinn, 1990) och en av de första strukturerade kliniska mindfulness träningsprogram som visat positiva effekter på psykiska välbefinnande och lindra symtom (Hölzel, et al., 2011). Enligt Bishop (2002) är MBSR ett

kliniskt program med målsättning att underlätta upplevelser av påfrestande tillstånd eller sjukdom.

I Sverige används främst två mindfulnessprogram, mindfulnessprogrammet "Här och Nu" för hemträning som bygger på MBSR och MBCT som är ett av Sveriges mest sålda träningsprogram i Mindfulness, samt ett program som lärs ut av personer som utbildats i MBSR på University of Massachusetts Medical School (Mindfulnesscenter; UMASS).

MBSR är ett grupprogram där deltagarna träffas under ledning av en eller två instruktörer två timmar per vecka under åtta veckors tid. Programmet är upplevelsebaserat och innehåller kroppsscanning, mindfulnessmeditation, mindfulyoga, reflektioner i grupp samt 45 minuters daglig övning sex dagar i veckan på egen hand (Sverigehälsan). Programmets mål är inte att bli botad från sjukdomar, utan att öka förmågan till kontakt med situationen i nuet, att acceptera den som den är och att kunna glädjas över livet (Palmkron & Lundblad, 2013). MBSR grupperna är heterogent sammansatta, det vill säga deltagarna har vanligtvis olika sjukdomstillstånd och besvär. Fördelen är att man i gruppen fokuserar mer på vad man har gemensamt än på sina symtom eller sin sjukdom (Schenström, 2007).

Gruppbehandling

Redan Hippokrates, läkekonstens fader, bjöd in till grupper för att individerna skulle lära av varandra om olika sjukdomstillstånd. Strax efter förra sekelskiftet, i början av 1900-talet dyker upp gruppterapi i modern mening. Som behandlingsmetod har gruppterapi utvecklats åt olika håll i Europa och i USA. I Sverige började intresset för gruppbehandling på 1970-talet (Mellanrummet, 2003). På samma sätt som inom individualterapi, är gruppsykoterapi ett samlingsnamn för flera olika terapiinriktningar. I dagligt tal används ofta den förenklade benämningen gruppterapi. För att skilja åt den gruppterapiform som har kognitiv inriktning, som är mer strukturerad och uppgifts orienterad, benämns den psykodynamiska gruppsykoterapi också som processgrupp (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004). Inom den traditionella gruppbehandlingen i psykoterapi är det vanligt att terapeuten har fokus på processerna inom gruppen, mellan deltagarna och mellan deltagarna och sig själv (Yalom, 1975).

Gruppbehandlingar i KBT har manualbaserade program och det finns endast en begränsad hänsyn till gruppprocessen (Bieling, McCabe & Antony, 2008). Grupp som behandling är

framgångsrik och fullt jämförbar med individuell behandling inom KBT enligt Bieling och kolleger. En grundläggande fördel med gruppbehandling är att den är uppemot 50 % mer effektiv i terapitid räknat vilket innebär en ekonomisk vinst för sjukvården. Genom gruppbehandling är det möjligt att erbjuda terapi till en längre kostnad än individuell terapi (Bieling, McCabe & Antony, 2008). Deltagarna i gruppbehandlingen kan känna en samhörighet och finna styrka i att inte vara ensam om sin problematik (Yalom, 1975).

Tidigare forskning (mindfulness och livskvalité)

En studie av Carmody och Baer (2007) har undersökts relationen mellan mindfulnessövning och nivåer av mindfulness, medicinska och psykologiska symptom och välbefinnande i en mindfulnessbaserad stressreducerings program. Resultatet i studien visade att mindfulnessövning leder till ökad mindfulness som i sin tur leder till symptomreduktion och ökat välbefinnande. Metaanalys studien, baserad på 39 studier (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010) visar att mindfulnessbaserad terapi leder till signifikant reducering av depressiva och ångestsyndrom. En studie av Sundquist et al. (2014) är inriktad på att se effekt av mindfulnessbaserad gruppterapi för patienten med ångest, depression och stressrelaterade sjukdomar inom primärvård där studien mätt symptomreduktion. Studien visade en signifikant förbättring avseende skattad upplevelse gällande symptomreduktion och förbättrat allmänt hälsotillstånd. En annan studie är en psykometrisk utvärdering för att skapa en kortfattad och lättadministrativ skattningsskala (Lindner et al., 2016). Skattningsformuläret BBQ användes för att mäta livskvalitén hos psykologistuder. Resultaten av den psykometriska utvärderingen antyder att BBQ har lika god reliabilitet som QOLI. Det har inte gjorts någon studie där man använt BBQ som självskattningsformulär för att mäta livskvalité hos en patientgrupp. Utifrån tidigare studier är vi intresserade av att se om den självupplevda livskvalitén förändras av mindfulness baserad gruppbehandling för patienter inom allmänpsykiatri och om livskvalitén kan upplevas förbättrad utan symptomreduktion. För att mäta den upplevda livskvalitén kommer skattningsformuläret Brunnsvikens Brief Quality of Life Inventory, BBQ, användas. BBQ består av tolv påståenden inom sex livsområden där individen får skatta dess viktighet och sin upplevelse av nöjdhet.

Syfte

Studien syftar till att med kvantitativa metoder i form av självskattningsformulär undersöka den upplevda livskvalitén hos deltagare på två allmänpsykiatriska mottagningar som deltog i en mindfulnessgruppbehandling.

Frågeställningar:

Vi har valt att studera följande frågeställningar:

- Har det skett någon förändring i livskvalité efter deltagande i mindfulnessgrupp?
 - Har deltagarna fått ökad livskvalité samt minskade symtom gällande depression och ångest efter deltagande i mindfulnessgrupp?
 - Finns det ökad livskvalité utan symtomförbättring efter deltagande i mindfulnessgrupp?
- Har det skett någon förändring i depressionssymtom hos deltagarna efter behandling?
- Har det skett någon förändring i ångestsymtom hos deltagarna efter behandling?

Hypoteser

Våra hypoteser är att deltagarna kommer att ha en förhöjd livskvalité och erhålla minskade depression- och ångestsymtom efter behandling.

Metod

Vi har valt att använda oss av en kvantitativ metod i form av ett självskattningsformulär för att undersöka den upplevda livskvalitén hos deltagare i mindfulnessgrupp. Vi använder oss även av två självskattningsformulär för att mäta upplevt depression och ångest hos deltagarna.

Deltagare

Deltagarna rekryterades från två specialistpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Västra Blekinge genom remiss från övriga behandlare på mottagningen samt egen remiss. Gruppbehandlingarna hölls under våren/ hösten 2017. Deltagarna var 21 stycken, 19 kvinnor och två män. Bortfall bestod av två stycken då skattningarna inte var komplett ifylld och de två deltagarna togs bort från studien.

Patienter på mottagningen som bedöms vara aktuella för MBSR aktualiseras via behandlare på konferens. Efter konferensbeslut där bedömningen har innefattat behov av MBSR-gruppbehandling sätts upp patienten på väntelista. Innan patienterna antogs i mindfulnessgrupp genomfördes individuella bedömningssamtal med en av instruktörerna/ terapeuterna för att säkerställa inklusions- och exklusionskriterierna, ta reda på patientens förväntningar på mindfulnessbehandlingen samt ge svar på eventuella frågor kring behandlingen.

Inklusionskriterier

De patienterna som inkluderades i studien är aktuella patienter inom de två specialistpsykiatriska öppenvårdsmottagningarna. Patienterna tillhör vuxenpsykiatri, från 18 år och äldre, ingen övre åldersgräns finns. Deltagarna ska kunna tillgodogöra sig svenska både genom tal och text.

Exklusionskriterier

Patienter som bedöms ha en hög risk för suicid, maniskt skov, aktiv psykos och ett aktivt missbruk (beroendeproblematik) exkluderades från behandlingen.

Design

Studien är en före- och eftermätning som avsågs att mäta effekten av mindfulness gruppbehandling på livskvalitén vid sedvanligt förekommande diagnoser, förutom diagnoserna som faller under exklusionskriterierna, inom specialistpsykiatri. Utfallsmått: ångestsymtom, depressiva symtom, livskvalitets kriterier.

Mätningarna genomfördes inför mindfulness gruppbehandling och vid avslutning efter åtta veckors gruppbehandling. I samband med gruppstart (Vecka 1) ombads deltagaren att fylla i tre självskattningsformulär: Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) för skattning av upplevd livskvalité, Becks Depression Inventory - II (BDI-II) för skattning av depression och Becks Anxiety Inventory (BAI) för skattning av ångest. Datainsamling som gjordes var kön, ålder, civil status, utbildning, nuvarande försörjning, diagnos och annan pågående behandling. En ny självskattning gjordes efter avslutad behandling (Vecka 8).

Tidslinje MBSR gruppbehandling



Instrument

Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ). Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (Lindner, Frykheden, Forsström, Andersson, Ljótsson, Hedman, Andersson & Carlbring, 2016) är ett självskattningsinstrument för att mäta upplevd livskvalité och kan användas oberoende av diagnos. Instrumentet består av tolv påståenden inom sex olika livsområden där patienten får skatta dess viktighet och sin upplevelse av nöjdhet. De sex livsområdena är; Fritid, Ser på livet, Kreativ, Lärande, Vänner och vänskap och Mig själv som person. Varje livsområde skattas på två sätt, oberoende av varandra. Först skattar patienten hur nöjd denne är med ett livsområde på fem skalsteg: 0 (instämmer inte alls), 1, 2, 3 och 4 (instämmer fullständigt). Sedan skattas hur viktigt detta livsområde anses vara: 0 (instämmer inte alls), 1, 2, 3 och 4 (instämmer fullständigt). Poängsättning görs genom att för varje livsområde multipliceras skattad viktighet med nöjdhet, vilket ger ett värde mellan 0 och 16 för varje livsområde. Mått på livskvalitet fås fram genom att addera alla multiplar för att få en viktad slutsumma, som kan sträcka sig mellan 0 – 96. Test-retest reliabilitet är 0,89 och Cronbachs alfa är lika med 0,68 (Lindner et al.2016).

Becks Depression Inventory - II (BDI - II). Becks Depression Inventory II (Beck, Steer, & Brown, 2005) är ett självskattningsinstrument för bedömning av depression samt för att se förändringar i depressionstillstånd. Instrumentet består av 21 grupper av symtom och påståenden

vilka skattas på en fyra gradig skala från 0–3 i termer av svårighetsgrad. Patienten ringar in det skalsteg som bäst beskriver dennes känslor under de två senaste veckorna. Instrumentet mäter symptomen skuld känsla, pessimism, självförakt, socialt tillbakadragande och självmordstankar. Test-retest reliabilitet är 0,93 på klinisk grupp och 0,77 på icke klinisk grupp. Cronbachs alfa är lika med 0,92 på klinisk grupp och 0,93 på icke-klinisk grupp. Gränsvärde BDI-II är: 0–13 minimal depression, 14–19 lindrig depression, 20–28 måttlig depression och 29–63 svår depression (Beck, Steer & Brown, 2005).

Becks Anxiety Inventory (BAI). Becks Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) är ett självskattningsformulär som används för att mäta ångestsymtom. BAI fokuserar på fysiska, autonoma och kognitiva responser vid ångest. Instrumentet består av 21 påståenden med som graderas på fyra skalsteg; inte alls (0 poäng), lite (1 poäng), delvis (2 poäng) och mycket (3 poäng). Patienten ringar in det skalsteget som bäst motsvarar hur det varit under veckan. Poängsättning görs genom att addera poängen till en summa. Test-retest reliabilitet är 0,75. Cronbachs alfa är lika med 0,92. Gränsvärde för BAI: 0–7 minimal ångest, 8–15 mild ångest, 16–25 moderat ångest, 26–63 svår ångest (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

Datainsamlingsmetod

Vi följde deltagare i mindfulnessgrupp på två specialistpsykiatriska mottagningar i väst Blekinge. En av grupperna leddes av en mindfulnessinstruktör och den andra gruppen har två mindfulnessinstruktörer. Gruppbehandlingarna hölls under våren/ hösten 2017 och datainsamling skedde under denna period. Datainsamling som gjordes är kön, ålder, civil status, utbildning, nuvarande försörjning, diagnos och annan pågående behandling. Därefter gjordes självskattning avseende depression och ångest samt upplevt livskvalité. Självskattningsformulär som användes för datainsamling var; BBQ, BDI – II och BAI. Mätning gjordes före påbörjad behandling och efter avslutad behandling. Vi önskade ett underlag på ca 20 deltagare.

Gruppledarna

Instruktörarena/ terapeuterna på de två öppenvårdsmottagningarna i väst Blekinge är utbildade genom Sverigehälsan. Genomgången kurs motsvarar första steget i lärarcertifiering i MSBR enligt Center for Mindfulness i USA och i utbildningen får man möjlighet att grunda och

förankra sitt eget utövande, vilket är en grundförutsättning för att leda andra i MBSR (Sverigehälsan).

Genomförande

En av författarna till studien har träffat instruktörerna och informerat om studiens syfte och upplägg samt tillfrågat om de vill vara behjälpliga till att i sin tur informera patienter som ska påbörja gruppbehandlingen och tillfråga om deltagande. De patienter som har visat intresse att delta tilldelades kompendier innehållande informationsbrev, formulär om demografiskdata samt tre självskattningsformulären: BBQ, BDI-II och BAI. De som önskade hjälp med att förstå frågorna i formulären fick hjälp av instruktörerna. Formulären fylldes i anslutning till första gruppbehandlingstillfället samlades av instruktörerna som sedan lämnat över till en av författarna till studien. På liknande sätt erhöll deltagarna kompendium vid sista grupptillfället.

Databearbetning

De patienter som valts ut som deltagare i denna studie är de som fullföljd behandlingen och som fyllt i kompendierna med de tre skattningsformulären före och efter behandling. Datan har sedan registrerats i statistikprogrammet Statistical Package for the social Science (SPSS) och utifrån detta har analyser gjorts. SPSS beräknade vår data deskriptivt där medelvärde och standardavvikelse undersöktes. Sedan beräknade vi skillnader i poäng mellan föremätning, vecka 1, och slutmätning, vecka 8. Signifikanta skillnader mellan grupperna (före- och eftermätning) avgjordes med p-värde < 0.05 .

Bortfall

Bortfallet bestod av två stycken deltagare på grund av icke komplett ifyllda kompendier i vecka åtta.

Validitet

Självskattningsformulären som används i studien är beprövade med dokumenterat god validitet och reliabilitet. Den rekommenderade intervallet för Cronback`s alfa ligger mellan 0,70 – 0,90 (Norman & Streiner, 1989; Brace, Kemp & Shelgar, 2012). Två av självskattningsformulären har validerats i flertal studier under flertal decennier och har visat sig

ha god psykometriska egenskaper. Det tredje självskattningsformuläret, BBQ är relativ ny och inte använts i någon studie där målgruppen har varit patienter. Cronbachs alfa är lika med 0,68 (Lindner et al., 2016).

Etiska övervägande

Vid genomförandet av denna studie har eftersträvats etiska övervägande i enighet med Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets fyra huvudkrav som presenteras på vetenskapsrådets hemsida (Vetenskapsrådet). Informationskravet tillgodosetts genom att patienterna har erhållit muntlig information samt förtyckt informationsbrev (Samtyckesblankett) via instruktörerna, om syftet med studien. Samtyckeskravet tillgodoses genom att deltagarna i studien gör det av fri vilja, kunde avbryta sin medverkan. Konfidentialitetskravet tillgodoses genom att deltagarna inte kan kopplas till några personuppgifter, vid datainsamlingen har varje deltagare behövt fylla i endast initialer och födelseår. Nyttjandekravet tillgodoses genom att deltagarna har informerats om att insamlat material kommer att granskas, analyseras, utvärderas, sammanställas och kommer att diskuteras på ett uppsattsseminarium inom psykoterapeututbildningen vid Evidens. En etisk frågeställning är om anonymitetskravet är fullt uppfyllt eftersom deltagarna fyller i namninitialer och födelseår. Författarna till studien har bedömt nödvändigheten med det i syfte att kunna matcha skattningarna i början och slutet av undersökningen.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka den upplevda livskvalitén hos deltagare på två allmänpsykiatriska mottagningar som deltog i en mindfulnessbehandling. Nedan presenteras först resultat av bakgrundsdata. Därefter resultat utifrån före och eftermätning. Därefter presenterar vi resultatet utifrån våra frågeställningar:

- Har det skett någon förändring i livskvalité efter deltagande i mindfulnessgrupp?
 - Har deltagarna fått ökad livskvalité samt minskade symtom gällande depression och ångest efter deltagande i mindfulnessgrupp?
 - Finns det ökad livskvalité utan symtomförbättring efter deltagande i mindfulnessgrupp?
- Har det skett någon förändring i depressionssymtom hos deltagarna efter behandling?
- Har det skett någon förändring i ångestsymtom hos deltagarna efter behandling?

Bakgrundsdata

Sammanlagt registrerades 21 personer i databasen, 19 kvinnor och två män. Deltagarnas ålder sträckte sig mellan 21–61 år med ett medelvärde på 40,76 år. 62 % av deltagarna var gifta eller sambo, 38 % av deltagarna var singlar eller skilda. 67 % hade slutfört någon form av utbildning efter gymnasiet. 66,7% var sjukskriven i någon grad, 28,5 % hade egen försörjning och 4,8 var arbetssökande på heltid. 62 % av deltagarna hade ett utmattningssyndrom diagnos enskilt eller i kombination med andra psykiatriska diagnoser, 33, 5 % andra psykiatriska diagnoser samt 4,5 % ingen diagnos. 47,6 % av deltagarna erhöll även annan behandling, 52,4 % ingen annan behandling.

Tabell 1 visar demografi över deltagarna

| Demografi | Antal N=21 | Procent |
|---|---------------|---------|
| Kön | | |
| Kvinna (medelålder 41,6 ± 9,9) | 19 | 90,5 |
| Man (medelålder 32 ± 8,5) | 2 | 9,5 |
| Civil status | | |
| Singel | 6 | 28,6 |
| Sambo | 7 | 33,3 |
| Gift | 6 | 28,6 |
| Skild | 2 | 9,5 |
| Utbildningsnivå | | |
| Gymnasium | 7 | 33,3 |
| Folkhögskola | 2 | 9,5 |
| Högskola/Universitet | 6 | 28,6 |
| Yrkesutbildning | 6 | 28,6 |
| Försörjning | | |
| Egen försörjning | 6 | 28,6 |
| Deltidssjukskrivning | 3 | 14,3 |
| Sjukskrivning | 10 | 47,6 |
| Arbetslös med sjukskrivning | 1 | 4,8 |
| Arbetslös | 1 | 4,8 |
| Diagnos | | |
| Utmattningssyndrom | 8 | 38,1 |
| Utmattningssyndrom + GAD | 2 | 9,5 |
| Utmattningssyndrom + ADHD | 1 | 4,8 |
| Utmattningssyndrom + OCD | 1 | 4,8 |
| Utmattningssyndrom + GAD + panikångestsyndrom | 1 | 4,8 |
| Bipolär typ 1 | 1 | 4,8 |
| Ångest + depression | 2 | 9,5 |
| Panikångestsyndrom | 1 | 4,8 |
| Hälsoångest + OCD | 1 | 4,8 |
| ADHD | 1 | 4,8 |
| ADD, autism + anorexi | 1 | 4,8 |
| Ingen diagnos | 1 | 4,8 |
| Annan behandling | | |
| Läkemedel | 4 | 19,0 |
| Stödjande samtal | 1 | 4,8 |
| Stödjande samtal+ läkemedelsbehandling | 1 | 4,8 |
| KBT | 3 | 14,3 |
| KBT+NADA | 1 | 4,8 |
| Ingen annan behandling | 11 | 52,4 |

Resultat på gruppnivå utifrån före och eftermätning

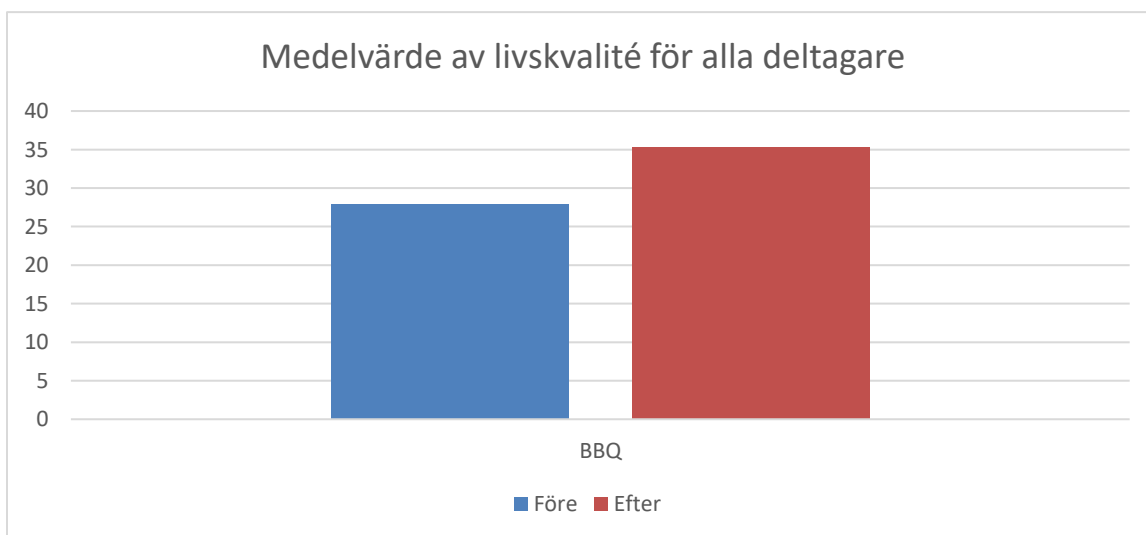
Före behandling var medelvärde för samtliga deltagare 27,9 poäng i livskvalité, 32,4 poäng på depression symtom och 29,9 poäng på ångestsymtom. Efter åtta veckors behandling har medelvärdet på gruppnivå gällande livskvalité ökat, från 27,9 till 35,4. Depression har minskat från 32,4 poäng, svår depression, till 21,9 poäng, måttlig depression. Ångesten har minskat från 29,9 poäng, svår ångestupplevelse, till 20,7 poäng, måttlig ångestupplevelse. Se tabell nedan.

Tabell 2. Presentation av före och eftermätningarnas medelvärde och standardavvikelse

| Skattningsformulär | Före | Efter |
|--------------------|------------|------------|
| BBQ | 27,9 ±19,6 | 35,3 ±20,5 |
| BDI – II | 32,4 ±12,1 | 21,9 ±11,2 |
| BAI | 29,9 ±11,0 | 20,7 ±11,6 |

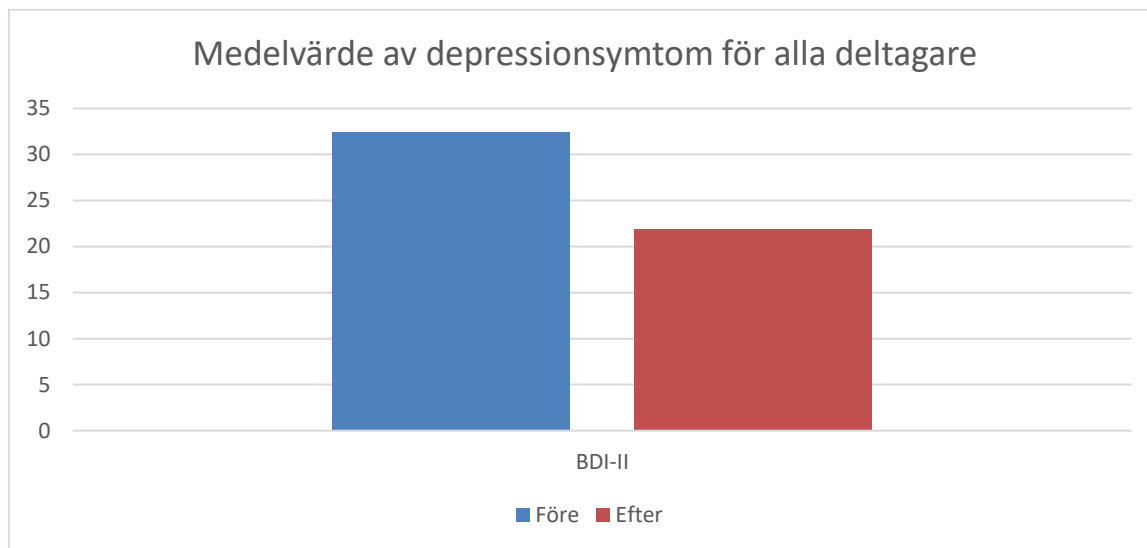
Resultatet visar att de 21 deltagarna i studien som avslutade både före och eftermätningarna på BBQ skalan signifikant förbättrades. Medelvärde i föremätningen 27,9 skiljer sig åt från medelvärdet i eftermätning 35,3 (t-test $p=0,000$).

Diagram 1



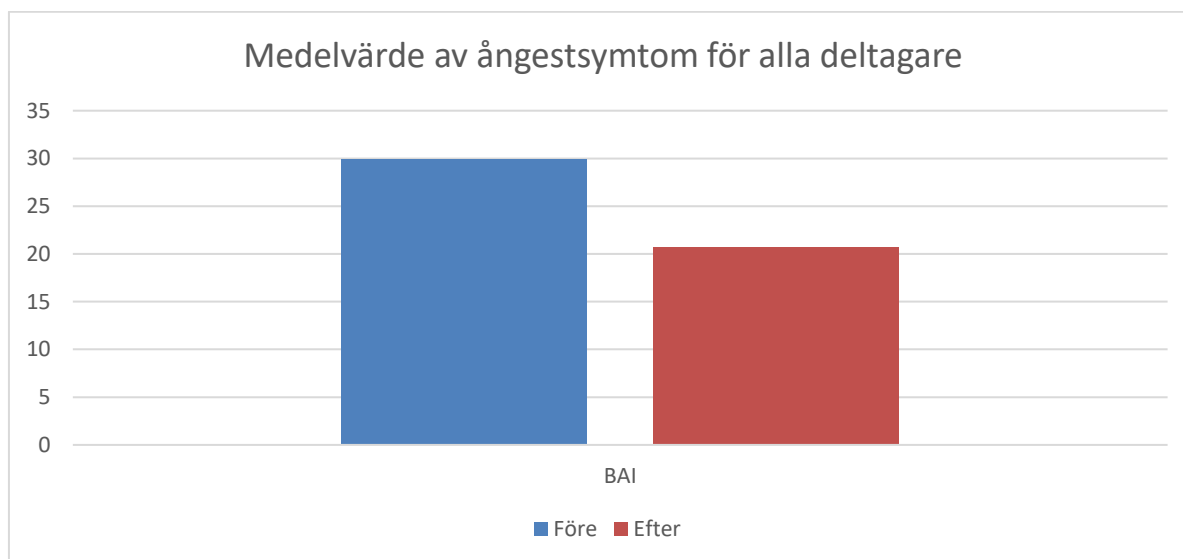
Resultatet visar att de 21 deltagarna i studien som avslutade både före och eftermätningarna på BDI - II skalan signifikant förbättrades. Medelvärde i föremätningen 32,4 skiljer sig åt från medelvärdet i eftermätning 21,9 (t-test $p=0,000$).

Diagram 2



Desamma gäller även BAI. Här visar resultatet även att de 21 deltagarna i studien som avslutade både före och eftermätningarna på BAI skalan signifikant förbättrades. Medelvärde i föremätningen 29,9 skiljer sig åt från medelvärdet i eftermätning 20,7 (t-test $p=0,000$).

Diagram 3

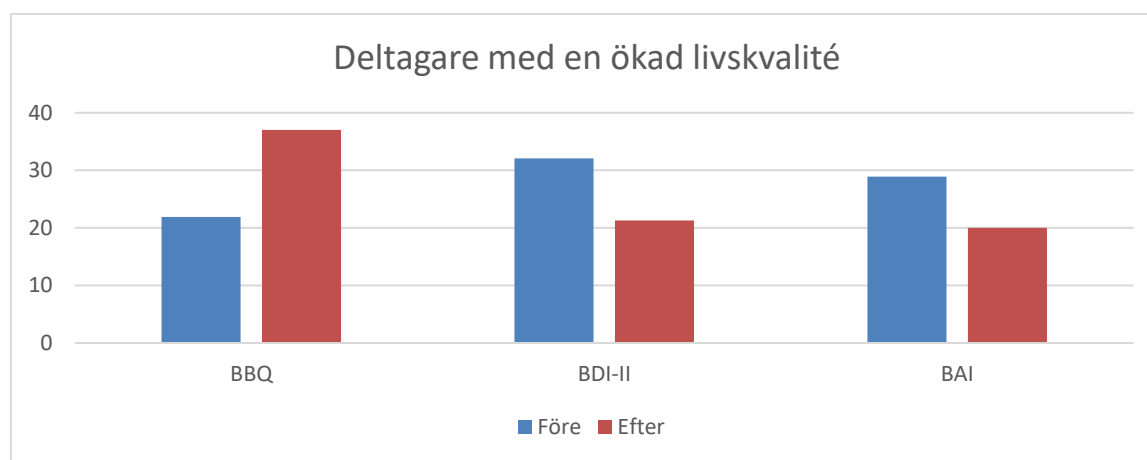


Behandlingsresultat utifrån livskvalité

Deltagare med ökad livskvalité

Av de 21 deltagarna var det 14 av dessa, 66 %, som skattade en förbättrad livskvalité. Det sammanlagda medelvärdet av livskvalité före behandling var 21,92. Efter åtta veckors behandling skattade dessa deltagare sin livskvalité till 37. De hade även alla en minskad depression- och ångestsymtom. Resultatet visar att av de 21 deltagarna finns det två deltagare som har oförändrad depression- och ångestsymtom men förbättrad livskvalité. Av de deltagarna som skattade en ökad livskvalité fanns inget samband gällande diagnos eller i den demografiska datan.

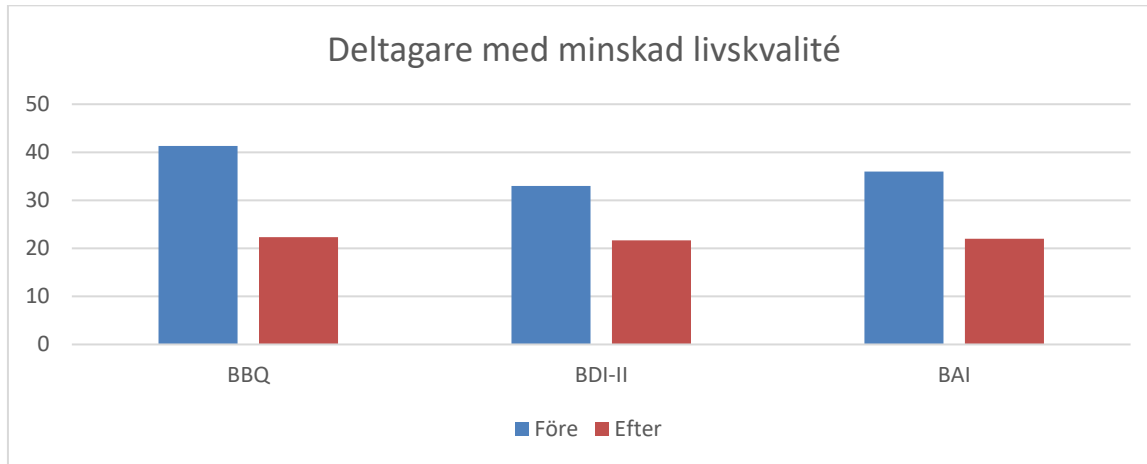
Diagram 4



Deltagare med minskad livskvalité

Av de 21 deltagarna var det tre deltagare, 14 %, som fick en försämrad livskvalité efter behandlingen. Det sammanlagda medelvärdet av livskvalité före behandling var 41,33. Efter åtta veckors behandling skattade dessa deltagare sin livskvalité till 22,33. Trots en försämrad livskvalité hade deras depression och ångestsymtom minskat. Depressionssymtom minskade från 33 till 21,66 och ångestsymtomen minskade från 36 till 22. Av de deltagarna som skattade en minskad livskvalité fanns inget samband i den demografiska datan. Ett samband som kunde ses var att två av dessa tre hade neuropsykiatriska diagnoser.

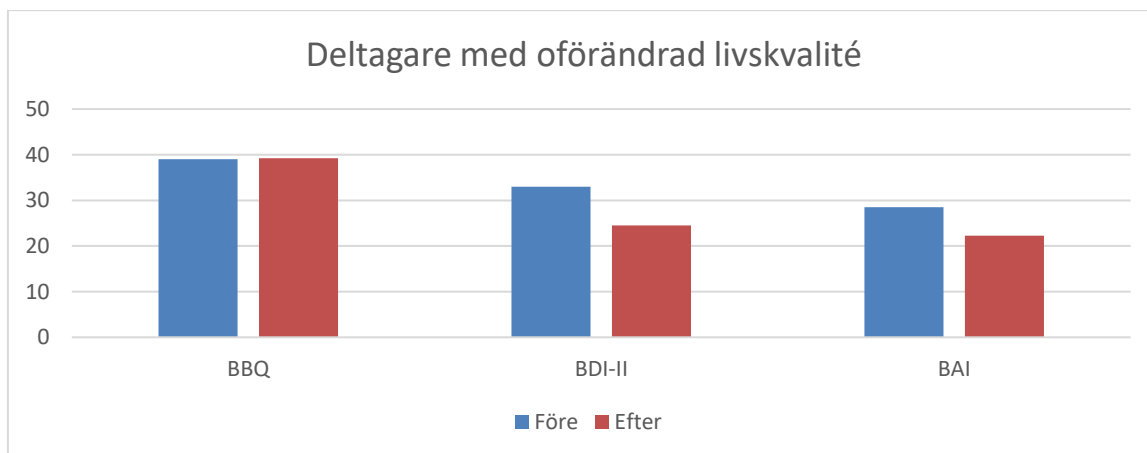
Diagram 5



Deltagare med oförändrad livskvalité

Av de 21 deltagarna var det fyra, 19 %, som skattar en oförändrad livskvalité efter behandlingen. Det sammanlagda medelvärdet av livskvalité före behandling var 39. Efter åtta veckors behandling skattade dessa deltagare sin livskvalité till 39,25. Trots en oförändrad livskvalité så skattade de för minskad depression och ångestsymtom. Depressionssymtomen minskade från 33 till 24,5. Ångestsymtomen minskade från 28,5 till 22,25. Av de deltagarna som skattade en oförändrad livskvalité fanns inget samband gällande diagnos eller i den demografiska datan.

Diagram 6



Behandlingsresultat - depressionssymtom

Av de 21 deltagare var det 16 av dessa, 76,19 % som skattade minskade symtom på depression. Det sammanlagda medelvärdet av depressionssymtom före behandlingen var 32,25. Efter åtta veckors behandling skattade dessa deltagare 18,93. Deltagarna har även skattat minskade ångestsymtom, medelvärdet har minskat från 29,18 till 18,18 och skattat förbättrad livskvalité, medelvärdet har ökat från 29,56 till 35,43. Ingen av deltagarna har skattat ökade depressionssymtom. Fem, 23,8 % av de 21 deltagarna skattar oförändrade depressionssymtom. Det sammanlagda medelvärdet av depressionssymtom före behandlingen var 32,8. Efter åtta veckors behandling skattade dessa fem deltagare 31,6. Trots oförändrade depressionssymtom har dessa fem deltagare skattat förbättrad livskvalité, medelvärdet har ökat från 22,8 till 35.

Behandlingsresultat - ångestsymtom

Av de 21 deltagare var det 15 av dessa, 71,42 % som skattade minskade symtom på ångest. Det sammanlagda medelvärdet av ångestsymtom före behandlingen var 31,46. Efter åtta veckors behandling skattade dessa deltagare 18,66. Deltagarna har även skattat minskade depressionssymtom, medelvärdet har minskat från 31,4 till 19,8 samt förbättrad livskvalité, medelvärdet har ökat från 31,4 till 37. En av deltagarna, 4,76 % har skattat ökade ångestsymtom från 10 till 14, skattat oförändrat depressionssymtom, men fått förbättrad livskvalité från 49 till 76. Fem, 23,8 % av de 21 deltagarna har skattat oförändrade ångestsymtom. Det sammanlagda medelvärdet av ångestsymtomen före behandlingen var 29. Efter åtta veckors behandling skattade deltagarna 28,2. Trots oförändrade ångestsymtom har dessa fem deltagare skattat förbättrad livskvalité, medelvärdet har ökat från 13,4 till 22,2.

Diskussion

Syftet med studien var att se undersöka huruvida mindfulnessbaserad gruppterapi har en påverkan på livskvalité, och om det leder till en förändring avseende depression och ångestsymtom. Resultatet i studien uppvisar signifikanta förbättringar efter deltagande i mindfulnessbehandling avseende förbättrad livskvalité hos deltagarna, samt minskade depressions- och ångestsymtom. Resultatet av studien stämmer överens med tidigare studier som påvisar att mindfulnessbaserad terapi leder till signifikant reducering av depressiva och ångestsyndrom (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Kevin et al., 2012). En metaanalysstudie av (Grossman, Niemann, Schmidt och Walach, 2004) stöder bas hypotesen att mindfulness har effekt på både mentalt och fysiskt välmående och drar slutsatsen att mindfulness kan vara en intervention med potential som lär många att hantera sitt mående. I en annan stor studie som gjorts av (Vibe, Bjørndal, Tripton, Hemmerstrom och Kowalski, 2012) har man funnit att MBSR verkar öka livskvalité och social funktion hos deltagare i jämförelse med kontrollgrupp. MBSR ökar även mental hälsa jämfört med andra aktiva psykosociala interventioner och hade även en liknande påverkan på somatiska hälsan, livskvalité och social funktion.

Det som talar för studien är att studiens författare inte kunnat påverka urvalet eller behandlingsprocessen. Studiens inklusionskriterier har tagit hänsyn till patientgruppen som återfinns på en specialistpsykiatrisk mottagning och urvalet har inte heller begränsats av diagnos förutom det som framkommit under exklusionskriterierna. Urvalet av deltagare till studien har blivit slumpmässigt utifrån att patienterna som har blivit aktuella för behandlingen vid gruppstart har tackat ja till deltagandet i studien. Deltagarna har även kunnat avstå eller avbryta deltagandet under behandlingen. En annan styrka är att insamlingen av data gjordes på likvärdigt sätt i början och slutet av gruppbehandlingen.

Det vi fann intressant var att det inte kunde påvisas något samband mellan upplevd livskvalité och diagnos. Det kan vara beroende på att MBSR inte utvecklats för att behandla någon specifik sjukdom jämfört med många andra empiriskt stödda behandlingar. Som begreppet stressreduktion innebär är behandlingen utformad för att minska lidande, förbättra hälsa och välbefinnande och kan tillämpas på många olika problem (Kabat-Zinn, 2003).

I vår studie framkom ett visst samband gällande minskad livskvalité och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Dessa deltagare hade en sämre upplevd livskvalité men ändå hade en symtomreduktion på depression och ångest. I tidigare studier har man kunnat se att personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar skattar högre depression och ångestsymtom samt har en sämre upplevd livskvalité än normalpopulationen. Utifrån detta har man skapat ett anpassat mindfulness program som är utformad för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar med goda resultat (Bueno et al., 2015).

Den aktuella studien har vissa begränsningar. Den första begränsningen med studien var det relativt låga antalet deltagare, 21 personer. Trots det var det fullt möjligt att genomföra statistiska jämförelser i avseende på olika mätillfällen och i avseende på gruppjämförelser. Ett större problem var den synnerligen sneda fördelningen mellan män och kvinnor. Studien hade en stor övervikt av kvinnor, 19 deltagare (90,5%), vilket naturligtvis omöjliggjorde alla statistiska analyser av denna aspekt. En annan aspekt som saknas i vår studie är uppföljning över längre tid. Det skulle varit intressant att se hur resultatet skulle förändras med en längre tids uppföljning. En studie av Riebel, Greeson & Rosenzweig, (2001) där man har undersökt effekten av MBSR vad det gäller hälsorelaterad livskvalité, somatiska och psykiska symtom hos en heterogen patientpopulation har påvisat att MBSR gruppbehandling är associerad med signifikanta och kliniskt relevanta förbättringar av hälsorelaterad livskvalité, somatiska och psykiatriska symtom samt förespråkar att effekten kvarstår hos vissa deltagare ett år efter avslutad behandling. Vi kan inte uttala oss om de goda effekterna kvarstår över längre tid än två månader, vilket hade varit spännande att följa upp. En annan begränsning är att deltagarna under gruppbehandlingsperioden även kunde ha annan behandling samtidigt, vilket gör det svårt att utesluta påverkan av resultatet från annan behandling.

Denna pilotstudie visar goda resultat att använda mindfulnessbaserad gruppbehandling inom specialistpsykiatri, där resultatet visar en förbättrad livskvalité och minskade depression och ångestsymtom. Genom att rikta vänlighet mot oss själva och andra (Neff & Germer, 2013), och närma oss andra med förståelse istället för att isolera oss och använda mindfulness istället för att fastna i självupptagna tankar och känslor så kan vi börja påverka våra liv och uppnå en högre livskvalité. Resultatet stämmer väl överens med tidigare studier av Smith et al., (2008), där den

förbättrade livskvalitén kan relateras till MBSR behandlingen avseende utvecklandet av en mer accepterande, observant attityd gentemot sina inre erfarenheter hos deltagarna. Även studien som gjorts av Sundquist et al. (2014) som inriktade sig på att se effekt av mindfulnessbaserad gruppterapi för patienter med ångest, depression och stressrelaterade sjukdomar inom primärvård påvisades en symtomreduktion samt ett förbättrat allmänt hälsotillstånd. Vår studie visar att även deltagare på specialistpsykiatriska mottagningar får en ökad livskvalité och symtomminskning gällande depression och ångest. I Sverige har det inte gjorts någon tidigare studie inom specialistpsykiatri inom detta område. Resultatet av vår studie finner stöd i en systematisk review av 21 randomiserade kontrollerade studier av Fjorback, Arent, Ørnbøl, Fink och Walach, (2011) där man har funnit att MBSR är en användbar behandling som åstadkommer symtomreduktion avseende stress, ångest och depression samt förbättrad livskvalité.

Kostnadseffektiviteten i gruppbehandling har påvisats i flera studier som gjorts, där en systematisk review (Gotink et al., 2015) påvisar tre stora fördelar med mindfulness gruppbehandling. Första fördelen är att det är lätt att implementera och behandlingen ger deltagarna möjlighet att ta ett stort eget ansvar i deras behandling. Den andra fördelen som ses är att behandlingen innebär en liten känslomässig och fysisk risk för deltagarna. Den tredje fördelen som lyfts fram är att kostanden är relativt låga då en instruktör kan leda en stor grupp av deltagare och många övningar kan göras hemma, utan extra kostnader. Att det ger möjlighet att kunna behandla många patienter samtidigt är en viktig aspekt inom specialistpsykiatri. Enligt en ny undersökning gjort av socialstyrelsen från december 2017, har man granskat den psykiska ohälsan i Sverige under en 10 års period. Den psykiska ohälsan bland barn mellan 10–17 år har ökat med 100 % och i gruppen unga vuxna, 18–24 år har det ökat med 70 %. Det innebär att söktrycket inom psykiatri markant ökat och kommer att fortsätta öka inom de närmaste åren. Det är därför nödvändigt att hitta behandlingsmetoder som är effektiva och kan behandla fler patienter på kortare tid, och med färre behandlare. Vår studie påvisar att mindfulnessbehandling i grupp kan vara ett sätt för att uppnå detta.

Trots studiens positiva resultat behövs ytterligare studier inom detta område göras för att kunna säkerställa effektiviteten i behandlingen inom specialistpsykiatri samt att det behövs studeras hur uppnådd ökad livskvalité kvarstår under en längre tid.

Referenser

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2005). *BDI-II. Beck Depression Inventory second edition*. Manual, svensk version (Swedish version). Sandviken, Sweden: Psykologiförlaget AB.
- Bieling, P. J, McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Kognitiv Beteendeterapi i grupp*. Stockholm: Liber.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about mindfulness-based stressreduktion? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brace, N., Kemp, R., & Shelgar, R. (2012). *SPSS for psychologists*. Femte upplagan. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bueno, V. F., Kozasa, E. H., Silva, d M. A., Alves, T. M., Louza, M.R., & Pompéia, S. (2015). Mindfulness Meditation Improves Mood, Quality of Life, and Attention in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International*. Volume 2015, Article ID 962857, 14 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/962857>
- Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce A.S. (2012). Change Mechanisms and Effectiveness of Small-group treatments. I M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2007). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 31:23–33. doi:10.1007/s10865-007-9130-7

- Chen, K. W., Berger, C. C., Manheimer, E., Forde, D., Magidson, J., Dachman, L., & Lejuez, C. W. (2012). Meditative Therapies for Reducing Anxiety: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Depress Anxiety*, 29(7): 545–562. doi: 10.002/da.21964
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy- a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124: 102–119. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical* vol 4(1), 92–101.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, L., & Hunink, M. G. M., (2015). Standardized Mindfulness – Based Intervention in Healthcare: An Overview of Systematic Review and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS ONE*, 10(4): e0124344. doi: 10.1371/journal.pone.0124344
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H.(2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7.
- Hoffman, S. G., Sawyer, A.T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness- Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *J Consult Clin Psychol* 78(2): 169–83.
- Hölzal, B. K., Carmody, J., Vangel, V., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatri Res*, 191(1): 36–43.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *American Psychological Association D12*. doi: 10.1093/clipsy/bpg016

Guided Mindfulness Meditation Practices with Jon Kabat-Zinn. Hämtad 2017-04-03 från <http://www.mindfulnesscds.com/pages/about-the-author>

Kajandi, M. (1981). *Livskvalitet: En litteraturstudie av livskvalitet som Beteendevetenskapligt begrepp och förslag till definition*. Uppsala: Psykologiska enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus.

Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). The Brunnsviken Brief Quality of Life Scale (BBQ): Development and Psychometric Evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), 182–195.
doi:10.1080/16506073.2016.1143526

Mellanrummet. (2003). Gruppsykoterapi barn, tonåringar och föräldrar. *Tidskrift om barn och ungdomspsykoterapi*. 9. s 6–13.

Mindfulnesscenter. Hämtad 2017-03-10. <http://www.mindfulnesscenter.se/webshop/cd-skivor-och-boecker/haer-nu/>

Neff, K. D., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28–44.

Palmkron, R. Å., & Lundblad, K. (2013). *Fri från stress med mindfulness: medveten närvaro och acceptans*. Lund: Palmkron.

Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Marcus Institute of Integrative Health*. Paper 2.

UMASS. Hämtad 2017-03-10 från, <http://www.umassmed.edu/cfm/mindfulness-based-programs/mbsr-courses/mbsr/>

SAOL. (2017). Hämtad 2017-10-01 från:

http://spraakdata.gu.se/saolhist/sid_popup.php?bildfil=SAOL14//SAOL14_00816.png&mode=SAOLprod

Schenström, O. (2007). *Mindfulness i vardagen - Vägar till medveten närvaro*. Falun: Scandbook AB.

Smith, B. W., Shelley, B. M., Dalen, J. M. A., Wiggins, K. B. S., Tooley, E. B. A., Bernard, J. B. A. (2008). A Pilot Study Comparing the Effects of Mindfulness-Based and Cognitive-Behavioral Stress Reduction. *The journal of alternative and complementary medicine*. Volume 14(3), 251–258. doi:10.1089/acm.2007.0641

Socialstyrelsen. Hämtad 2018-03-15.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>

Streiner, D. L., Norman, G. R., Carney, J. (2014). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. (5 ed.) New York: Oxford University Press

Sundquist, J., Lilja, Å., Palmér, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2014). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, published online November 27, 2014. doi: 10.1192/bjp.bp-114.150243

Sverigehälsan. Hämtad 2017-03-05 från, <http://www.sverigehalsan.se/utbildningar/instruktorsmindfulness/>

Vetenskapsrådet. Hämtad 2017-02-25, från www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Vibe, d M., Bjørndal, A., Tripton, E., Hammerstrøm, K., Kowalski, K. (2012). *Campbell Systematic Reviews*, 3. doi:10.4073/csr.2012.3

Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal psychology*, 97, 346-353.

World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life: Introducing the WHOQOL instruments. Hämtat 2018-01-21, från <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books

Bilaga 1

Tabell (program 8 veckor)

| | | | Gruppträning enligt MBSR | Hemuppgifter | | |
|-------|--|-----------------|---|--|---|--|
| Vecka | | | Övningar | Huvud övningar | Andra övningar | Tema |
| 1 | | Introduktion | "Öppen meditation" (tankar, känslor och kroppssensationer) 10 min tranbärsövning, 15 min kroppskanning, 30 min | Andningsövning Kroppskanning | Vardagsövning | *Lämna autopiloten *Känna kroppen *Vara öppen & nyfiken |
| 2 | | Ej värdera/döma | Kroppskanning, 30 min Sittande meditation med fokus på andning/andningsankaret Lyssna med närvaro på den andres namnpresentation Fika med medvetenhet vid rasten | Andningsövning Kroppskanning (medvetandegöra värderingar och dömande) | Vardagsövning som vecka 1 Andningsankaret | **"Vandrande medvetande"; rikta uppmärksamheten, notera vart den går och föra den tillbaka *Observera andningen *Träna andningsankaret |
| 3 | | Tälamod | Liggande yoga, 45 min Sittande meditation med fokus på andning, kroppssensationer och hela kroppen/andrum | Andningsövning Kroppskanning Mindful yoga (notera när man känner sig otålig) | Andrum | *Vara närvarande i andning och kroppsrörelser *Acceptans och icke-dömande attityd |
| 4 | | Nyborjarsinne | Stående yoga, 15 min Sittande meditation, 30 min (andning, smärtsamma fysiska sensationer, hela kroppen) | Andningsövning Mindful yoga Sittande meditation (se med nya ögon) | Andrum | *Stress och stresshantering *Agera vs. reagera på inre & yttre stressorer *Observera och betrakta tankar som "mentala händelser" |
| 5 | | Tillit | Stående yoga, 15 min Sittande meditation (30 min, Andning, kropp, känslor, tankar, ljud) och träning i medvetenhet utan val eller öppen närvaro | Andningsövning Sittande meditation (tillit till sig själv) | Andningsankaret Andrum Doft | *Utvärdering och reflektion *SOAS *Skillnaden mellan att reagera automatiskt och agera medvetet *Rational för vidmakthållande |
| 6 | | Inte sträva | Gående meditation, 15 min Mental träning i att agera på ett medvetet sätt i en stressfull interpersonell kommunikation | Andningsövning Sittande meditation (kartlägga sin egen strävan) | Andningsankaret Beröring | *Att hantera svårigheter *Interpersonell mindfulness *Icke-dömande attityd |
| 7 | | Acceptans | Sittande meditation, 20 min Kärleksfull vänlighet till sig själv, 15 min | Andningsövning Sittande meditation (undersöka och utforska acceptans) | Andrum Måltid under tystnad | *Tankar är inte fakta *Se tankar som mentala processer *Valmöjlighet i livet |
| 8 | | Släppa taget | Kroppskanning, 20 min Kärleksfull vänlighet till sig själv och andra, 18 min Skriva "post-program paperwork" | Andningsövning Kroppskanning el mindful yoga el sittande meditation (undersöka vad håller du fast vid) | Andrum Lyssna Fylla i vidmakthållandeplan | *Befästa den dagliga träningen *Sammanfattning och tillbakablick *Presentation av ytterligare mindfulness-material |

Bilaga 2

Samtyckesblankett

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie som bedömförs på din mottagning.

Vi, Reka-Maria Bosson och Anna Härröd, studerar på psykoterapeutprogrammet med KBT inriktning och vi ska skriva vår uppsats om Mindfulnessbaserad gruppterapi för patienter inom psykiatrin och upplevd livskvalité.

Syftet med studien är att se om Mindfulnessbaserad gruppbehandling har en påverkan på den upplevda livskvalitén.

Allt skriftligt material kommer att behandlas konfidentiellt och på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. All information kommer att avidentifieras. Resultatet av de olika mätinstrumenten kommer att presenteras i vår uppsats. När uppsatsen är färdig kommer den att diskuteras på ett slutseminarium. Uppsatsen kommer även att publiceras på Evidens högskolas publikationer när den är godkänd.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan särskild förklaring.

Studerande:

Reka-Maria Bosson

Specialistsjuksköterska

Vuxenpsykiatriska mottagningen Sölvesborg

Anna Härröd

Arbetsterapeut

Psykiatrimottagning Väster

Bilaga 3
Kompendium

Datainsamlingsblankett

Demografiska data

Namn (initialbokstäver) _____

Födelseår: _____

Kön: _____

Civil status: _____

Utbildning: _____

Nuvarande försörjning: _____

Diagnos: _____

Annan pågående behandling: _____

BAI Skattningstabell

Nedan följer en lista över vanliga symtom på ångest. Läs vart och ett av dessa noggrant och ange i vilken grad du besvärats av varje enskilt symtom under den senaste veckan, inklusive idag. Sätt för respektive symtom ett kryss i den ruta som du tycker passar bäst in på dig.

| | | Inte alls | Lite Har inte besvärats mig mycket. | Delvis Har varit väldigt obehagligt men jag kunde uthärda det. | Mycket Har knappt stått ut. |
|-----------|------------------------------------|------------------|---|--|---------------------------------------|
| 1 | Domningar eller stickningar | | | | |
| 2 | Värmevallningar | | | | |
| 3 | Darrning i benen | | | | |
| 4 | Oförmåga att slappna av | | | | |
| 5 | Rädsla att det värsta ska hända | | | | |
| 6 | Yrsel eller matthetskänsla | | | | |
| 7 | Bultande hjärta eller hastig puls | | | | |
| 8 | Ostadighetskänslor | | | | |
| 9 | Skräckkänslor | | | | |
| 10 | Nervositet/oro | | | | |
| 11 | Kvävningskänsla | | | | |
| 12 | Darrning i händerna | | | | |
| 13 | Skakighet | | | | |
| 14 | Rädsla att förlora kontrollen | | | | |
| 15 | Andningssvårigheter | | | | |
| 16 | Dödsångest | | | | |
| 17 | Rädsla | | | | |
| 18 | Illamående eller obehag i magen | | | | |
| 19 | Svimmingskänsla | | | | |
| 20 | Ansiktsrodnad | | | | |
| 21 | Svettning (inte på grund av värme) | | | | |

BDI-II

Instruktion Detta formulär består av 21 grupper med 4 påståenden. Var snäll och läs genom de olika påståendena noga och ringa sedan in siffran för deet alternativ som bäst beskriver dina känslor under den senaste veckan, inklusive vad du känner idag. Om flera påståenden passar lika bra, ringa då in vart och ett av dessa. Läs igenom alla påståenden inom gruppen innan du bestämmer dig.

1. Nedstämdhet

- 0. jag känner mig varken ledsen eller nedstämd.
- 1. jag känner mig ofta ledsen och nedstämd
- 2. jag känner mig ledsen och nedstämd hela tiden
- 3. jag är så ledsen och olycklig att jag inte står ut

2. Pessimism

- 0. jag är inte pessimistisk inför min framtid
- 1. jag känner mig mer pessimistisk inför min framtid än tidigare
- 2. jag tror inte att det kommer att gå bra för mig
- 3. jag känner att min framtid är hopplös och att det bara kan bli värre.

3. Misslyckanden

- 0. jag känner mig inte misslyckad
- 1. det känns som om jag har misslyckats mer än jag borde
- 2. när jag tänker tillbaka, ser jag många misslyckanden
- 3. jag känner mig totalt misslyckad som människa

4. Förlust av glädje

- 0. jag gläder mig lika mycket åt saker jag tycker om
- 1. jag uppskattar inte saker och ting lika mycket som tidigare
- 2. jag får ut väldigt lite glädje av sådant som jag vanligen tycker om
- 3. jag kan inte alls glädja mig åt sådant som jag vanligen tycker om

5. Skuld känslor

- 0. jag har inte särskilt mycket skuldkänslor
- 1. jag har skuldkänslor inför många saker jag har gjort eller borde ha gjort
- 2. jag har ofta skuldkänslor
- 3. jag har ständigt skuldkänslor

6. Känsla av att bli bestraffad

- 0. jag känner det inte som om jag bestraffas
- 1. jag har en känsla av att jag kan bli bestraffad
- 2. jag räknar med att bli bestraffad
- 3. jag känner att jag bestraffas

7. Självförakt

- 0. mitt självförtroende är som tidigare
- 1. jag har fått sämre självförtroende
- 2. jag är besviken på mig själv
- 3. jag tycker illa om mig själv

8. Självkritik

- 0. jag är inte mer kritisk eller anklagande mot mig själv än vanligt
- 1. jag är mer kritisk mot mig själv än jag brukar
- 2. jag kritiserar mig själv för alla mina fel och brister
- 3. jag anklagar mig själv för allt dåligt som händer

9. Självmordstankar

- 0. jag har inga tankar på att ta livet av mig
- 1. jag har tankar på att ta livet av mig men skulle aldrig göra det
- 2. jag skulle vilja ta mitt liv
- 3. jag skulle ta mitt liv om jag skulle ha en möjlighet

10. Gråt

- 0. jag gråter inte mer än vanligt
- 1. jag gråter mer än tidigare
- 2. jag gråter av minsta lilla anledning
- 3. det känns som om jag vill gråta men kan inte

11. Rastlöshet

- 0. jag är inte mer rastlös eller orolig än vanligt
- 1. jag känner mig mer rastlös eller orolig än vanligt
- 2. jag är så rastlös eller orolig att det är svårt att vara stilla
- 3. jag är så rastlös eller orolig att jag måste röra mig eller göra något hela tiden

12. Förlust av intresse

- 0. jag har inte tappat intresset för andra människor eller aktiviteter
- 1. jag är mindre intresserad av andra människor eller aktiviteter än tidigare
- 2. jag har förlorat det mesta av mitt intresse för andra människor eller aktiviteter
- 3. det är svårt att bli intresserad av något över huvud taget

13. Obeslutsamhet

- 0 jag har lika lätt att fatta beslut som tidigare
- 1 jag tycker att det är svårare att fatta beslut än vanligt
- 2 jag har mycket svårare att fatta beslut än jag brukar
- 3 jag har svårt att fatta några beslut över huvud taget

14. Värdelöshet

- 0 jag känner mig inte värdelös
- 1 jag upplever inte att jag är lika värdefull och till nytta som jag brukar
- 2 jag känner mig mer värdelös än andra människor
- 3 jag känner mig fullständigt värdelös

15. Förlust av energi

- 0 jag har lika mycket energi som tidigare
- 1 jag har mindre energi än jag brukar
- 2 jag har inte tillräckligt med energi att göra särskilt mycket
- 3 jag har inte tillräckligt med energi att göra något över huvud taget

16. Förändringar i sömnmönster

- 0 mitt sömnmönster har inte förändrats
- 1a. jag sover lite mer än vanligt
- 1b. jag sover lite mindre än vanligt
- 2a. jag sover mycket mer än vanligt
- 2b. jag sover mycket mindre än vanligt
- 3a. jag sover större delen av dygnet
- 3b. jag vaknar 1-2 timmar för tidigt och kan inte somna om

17. Irritabilitet

- 0 jag blir inte lättare irriterad än vanligt
- 1 jag blir lättare irriterad än vanligt
- 2 jag blir mycket lättare irriterad än vanligt
- 3 jag blir irriterad hela tiden

18. Förändringar i aptit

- 0. min aptit har inte förändrats
- 1a. min aptit är något mindre än vanligt
- 1b. min aptit är något större än vanligt
- 2a. min aptit är mycket mindre än vanligt
- 2b. min aptit är mycket större än vanligt
- 3a. jag har ingen aptit över huvud taget

19. Koncentrationssvårigheter

- 0 jag kan koncentrera mig lika bra som tidigare
- 1 jag kan inte koncentrera mig lika bra som vanligt
- 2 jag har svårt att koncentrera mig på något särskilt länge
- 3 jag kan inte koncentrera mig på något över huvud taget

20. Trötthet eller utmattning

- 0 jag är inte mer trött eller utmattad nu än tidigare
- 1 jag blir mer trött eller utmattad nu än tidigare
- 2 jag är för trött eller utmattad för att göra en hel del av det som jag brukar
- 3 jag är för trött eller utmattad för att göra det mesta som jag brukar

21. Förlust av sexuellt intresse

- 0 jag har inte märkt någon förändring mitt intresse för sex
- 1 jag är mindre intresserad av sex nu än tidigare
- 2 jag är mycket mindre intresserad av sex nu för tiden
- 3 jag har helt förlorat intresset för sex

Brunnsviken Brief Quality of life scale (BBQ)

Nedan följer 12 frågor om hur du upplever din livskvalitet. Vi undrar dels hur nöjd du är med olika områden av livet, samt hur viktigt respektive livsområde är. Ringa in den siffran som bäst överensstämmer med din upplevelse.

| | Instämmer inte alls | | | Instämmer fullständigt | | |
|---|------------------------|---|---|---------------------------|---|--|
| 1 Jag är nöjd med min fritid : jag har möjlighet att göra det jag vill för att slappna av och roa mig. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2 Min fritid är viktig för min livskvalitet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 Jag är nöjd med hur jag ser på livet : jag vet vad som betyder mycket för mig, vad jag tror på och vad jag vill göra med mitt liv. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 Hur jag ser på livet är viktigt för min livskvalitet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5 Jag är nöjd med mina möjligheter att få vara kreativ : att få använda min fantasi i vardagen, inom en hobby, på jobbet eller i studier. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6 Att få vara kreativ är viktigt för min livskvalitet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7 Jag är nöjd med mitt lärande : jag har möjlighet och lust att lära mig nya spännande saker och färdigheter som intresserar mig. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8 Lärande är viktigt för min livskvalitet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9 Jag är nöjd med vänner och vänskap : jag har vänner som jag umgås med och som stöttar mig (så många vänner som jag vill ha och behöver). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 10 Vänner och vänskap är viktigt för min livskvalitet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 11 Jag är nöjd med mig själv som individ : jag tycker om och respekterar mig själv. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 12 Att jag är nöjd med mig själv som individ är viktigt för min livskvalitet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

BBQ får användas fritt och utan kostnad av forskare och kliniker.
För mer information, besök www.bbqscale.com