



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

**MINDFULNESS-TRÄNING MED KOGNITIV PSYKOTERAPI-
INRIKTNING FÖR PATIENTER MED LÅNGVARIG SMÄRTA.**

Ann-Christin Francke

Psykoteraeutexamensuppsats Vol II (2007):04

Handledare: Jan-Åke Jansson
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

PST PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness training in the treatment of chronic pain, estimate the degree of mindfulness before and after intervention, and to describe the participants experience of mindfulness training. Mindfulness is defined as moment to moment, non-judgmental awareness. After the treatment of chronic pain 16 patients were offered and nine agreed to participate in mindfulness training. The intervention group took part in an 8-week group-program. The comparison group, not randomized, was 16 former patients. Measuring-instruments came from the National Register of Chronic pain (NRS); the Multidimensional Pain Inventory (MPI), Pain & function, the Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ), Life satisfaction (LiSat-11) and the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). The degree of mindfulness was evaluated with the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS). The participants' comments on their experience of mindfulness training were analysed. Results showed no significant improvement on the pain-related measures for the mindfulness-group in relation to the comparison group. The degree of mindfulness, however, showed a significant increase after mindfulness training both for the KIMS full scale and for the subscale Observe. The analysis of the participants' comments showed a high degree of importance attributed to the training program. They reported more calm, an increased meta-cognitive awareness, learning to breathe calmly and to live moment by moment. The study had too low a sample size for generalization. Further research is needed to examine ways of enhancing the effectiveness of the mindfulness meditation treatment and with a longitudinal perspective. The conclusion is that mindfulness training can be integrated in the treatment of chronic pain.

Key words: mindfulness, meditation, chronic pain.

Sammanfattning

Studiens syfte var dels att undersöka mindfulness-träningens effekt vid långvarig smärta, mäta graden av mindfulness i sinnet före och efter intervention samt beskriva deltagarnas upplevelse av mindfulness-träningen. Mindfulness definieras som medveten, icke-värderande närvaro i nuet. Efter ordinarie smärtrehabilitering erbjöds 16 personer och nio accepterade, att delta i mindfulness-träning. Interventionsgruppen deltog i ett 8-veckors grupp-program. Jämförelsegrupp, ej randomiserad, var 16 tidigare smärtpatienter. Mätinstrumenten kom från Nationella Registret för Smärtrehabilitering (NRS); Multidimensional Pain Inventory (MPI), Smärta & funktion, Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ), Livstillfredsställelsen (LiSat-11) och the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). Mindfulness i sinnet mättes med Kentucky inventory of mindfulness skills (KIMS) och kvalitativ analys gjordes utifrån deltagarnas skriftliga kommentarer. Resultaten visade inte någon signifikant förbättring på de smärtrelaterade måtten för interventionsgruppen, som erhöll mindfulness-träning, i förhållande till jämförelse-gruppen. Mätningen av mindfulness däremot visade en signifikant ökning dels för KIMS helskala och dels för subskalan Observera. Den kvalitativa analysen visade att deltagarna värderade mindfulness-träningen högt. De rapporterade ett ökat lugn, att de utvecklat meta-kognitiv medvetenhet, och lärt sig använda ”andrum” samt ”landa här och nu”. Materialet var för litet för att dra några generella slutsatser. Ytterligare forskning behövs för att undersöka effektiviteten i mindfulness-träningen och speciellt longitudinella studier. Sammanfattningsvis kan dock inslag av mindfulness-träning rekommenderas integreras vid rehabilitering av långvarig smärta

Nyckelord: mindfulness, meditation, långvarig smärta.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	6
<i>Långvarig smärta</i>	6
<i>Mindfulness-träning och långvarig smärta</i>	8
<i>Studier där MBSR har använts vid behandling av långvarig smärta</i>	9
<i>Mindfulness-träning vid andra sjukdomstillstånd</i>	12
<i>Definition av Mindfulness-metodiken</i>	12
<i>Instrument för att mäta grad av mindfulness i sinnet</i>	13
<i>Mindfulness-träning och kognitiv beteendeterapi</i>	14
<i>Smärtrehabilitering i Blekinge</i>	14
Syfte och frågeställningar	16
<i>Syfte</i>	16
<i>Frågeställningar</i>	16
Metod	16
Design	16
Undersökningsdeltagare	17
Instrument	18
1. <i>Multidimensional Pain Inventory (MPI)</i>	
2. <i>Smärta & funktion</i>	
3. <i>Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ)</i>	
4. <i>Livstillfredsställelse (LiSat 11)</i>	
5. <i>The Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)</i>	
6. <i>Smärtupplevelse och förmåga att hantera livssituationen</i>	
7. <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)</i>	
8. <i>Viktighetsfråga</i>	
Procedur	21
Instruktörer	23
Databearbetning och analys	23
<i>Kvantitativ bearbetning</i>	23
<i>Kvalitativ analys</i>	24
Etikprövning	24
Resultat	24
Patientkaraktäristika och bortfallsredovisning	24
<i>Patientkaraktäristika</i>	24
<i>Bortfallsredovisning</i>	25
Resultatredovisning	25
<i>Påverkan på smärta och smärtintensitet</i>	25
<i>Inverkan på kroppsliga symtom, hälsoupplevelse och trötthet</i>	27
<i>Påverkan på emotioner inklusive ångest och depression</i>	28
<i>Inverkan på aktivitet och på upplevelsen av egenkontroll</i>	30
<i>Livstillfredsställelsen</i>	32
<i>Smärtupplevelsen och förmågan att hantera livssituationen</i>	34
<i>Upplevelse av mindfulness i sinnet</i>	34
<i>Interventionsgruppens egen bedömning</i>	35

Diskussion	38
Resultatdiskussion	38
<i>Upplevelse av smärta och smärtintensitet</i>	38
<i>Upplevelse av kroppsliga symtom, allmänna hälsotillståndet och trötthet</i>	40
<i>Emotioner inklusive ångest och depression</i>	42
<i>Inverkan på aktivitet och upplevelsen av egenkontroll</i>	45
<i>Livstillfredsställelse</i>	46
<i>Upplevelsen av mindfulness i sinnet</i>	48
<i>Har mindfulness-träningen tillfört något positivt till smärtpatienterna?</i>	49
Metoddiskussion	51
Slutsatser	53
Referenser	54
Bilagor	
Bilaga 1. Multidimensional Pain Inventory (MPI)	
Bilaga 2. Smärta & funktion	
Bilaga 3. Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ)	
Bilaga 4. Livstillfredsställelsen (LiSat-11)	
Bilaga 5. The Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)	
Bilaga 6. Tilläggsfrågor	
Bilaga 7. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	
Bilaga 8. Viktighetsfråga	
Bilaga 9. Samtycke att delta i NRS	
Bilaga 10. Kallelse till Mindfulness-kurs	
Bilaga 11. Information om mindfulness-träningen	
Bilaga 12. Samtycke att medverka i mindfulness-träning och utvärdering	
Bilaga 13. Mindfulness-träningens innehåll (kursmaterialet i sin helhet kan erhållas efter kontakt med författaren via mail: ann-christin.francke@ltblekinge.se)	

Inledning

I Metoder för behandling av långvarig smärta, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2006), konstateras att rehabiliteringsinsatser vid långvarig smärta ibland är otillräckliga, om de pågår några veckor och det saknas uppföljning, stöd samt påfyllnad av rehabiliteringsinsatserna. Människorna söker därför alternativ, som komplement till konventionell behandling, där bl.a. mindfulness-meditation¹ är ett alternativ. Studier som har undersökt effekterna av mindfulness-meditation, är dock "...för få och heterogena för att medge några slutsatser" (SBU, 2006, sid 38) och det konstateras att det är nödvändigt med fortsatt forskning för att vetenskapligt styrka effekten av mindfulness-träningen.

Mindfulness-meditation har sina rötter i buddhistiskt tänkande, men assimileras alltmer inom västerländsk psykologi och grundforskning pågår (Lundh, 2005). Meditationen ses som en psykologisk process, som utvecklas genom övning. Mindfulness betyder att vara uppmärksam på ett särskilt sätt, med avsikt, i ögonblicket och utan att värdera det. Det är ett sätt "att vara" och att leva fullt ut i sina ögonblick (Kabat-Zinn, 1991/2004).

I Blekinge remitteras personer med långvarig smärta till Smärtteamet, Blekingesjukhuset, Karlshamn. Rehabiliteringsprogrammet följer den s.k. multimodala modellen, vilken utförligt beskrivs i SBU (2006). Multimodal rehabilitering utgörs av breda och samordnade rehabiliteringsprogram, med en kombination av biologiska, psykologiska och pedagogiska insatser med fysisk aktivitet/träning och/eller sjukgymnastik. Denna studies syfte är att undersöka om mindfulness-träning kan tillföra något i smärtrehabiliteringsinsatserna.

¹ I följande arbete definieras a) mindfulness-meditation; själva utövandet, b) mindfulness-träning; när man lär sig, c) mindfulness; tillstånd i sinnet d) mindfulness-metodiken; metoden.

Bakgrund

Långvarig smärta

I SBU (2006) anges att den långvariga smärtan ”..är en upplevelse som är förenad med emotionella och psykologiska reaktioner och som inte kan mätas objektivt” (sid 23).

Smärta definieras som långvarig, när den pågått minst tre månader. Långvarig smärta betraktas som ett speciellt tillstånd och kan ofta behandlas på likartat sätt oavsett dess orsak. Den orsakar delvis permanenta förändringar i nervbanor, som förmedlar smärta, och i andra vävnader (SBU, 2006).

Långvarig smärta får sociala och psykologiska konsekvenser samt påverkar upplevelser och beteende. Personer med långvarig smärta utvecklar ofta också psykiska besvär som t.ex. depression. Mycket tyder på att depressionen följer av smärtan, i stället för tvärtom. Långvarig smärta är vare sig enbart biologisk eller medicinsk och inte heller ett resultat av psykologiska svårigheter eller tillstånd. Det gäller att bedöma en mängd faktorer när långvarig smärta betraktas. Den så kallade biopsykosociala modellen¹ är en utgångspunkt för att förstå den komplexa helheten (SBU, 2006).

Smärta är en stark stressor och medverkar till att plastiska förändringar sker i smärtsystemen inklusive hjärnbarken och subkortikala strukturer. De psykologiska följdtilstånd till långvarig smärta, som kan utvecklas t.ex. depression, kan i sin tur påverka hjärnans plasticitet och neurokemi (SBU, 2006).

Långvarig smärta innebär ett stort lidande för de drabbade (Gullacksen, 1998). Förutom trötthet och sömnstörningar upplever många att de förlorat sin mänskliga värdighet. Problem i det dagliga livet, vad gäller t.ex. arbete och fritid, uppstår. Många pendlar mellan starka känslor av hopp och uppgivenhet. Livskvaliteten upplevs som lägre än vid

¹ Biopsykosocial modell förenar biologiska, psykologiska och sociala synsätt och metoder.

de flesta andra medicinska tillstånd och det finns ett starkt samband mellan smärta och upplevd livskvalitet (SBU, 2006).

Sjukskrivningsfrekvensen är hög för personer med långvarig smärta. De samhälleliga kostnaderna är betydande, samt är konsekvenserna påtagliga både vad gäller arbetsliv och vårdkonsumtion. Förekomsten av långvarig smärta i befolkningen är hög, 40-50 procent. En fjärdedel av de drabbade upplever svårigheter att leva med sin smärta (SBU, 2006). Den kunskap vi för närvarande har om långvarig smärta pekar på, att den inte kan botas eller elimineras. Smärtintensiteten kan dock reduceras och negativa konsekvenser påverkas. Den kortikala representationen kan t.o.m. förändras med "...beteendemässigt relevant stimulering och träning" (SBU, 2006, sid 73).

Keefe, Rumble, Scipio, Giordano och Perri (2004) anser att vissa faktorer ökar och andra minskar smärtupplevelsen. De faktorer som ökar smärtan anses vara: smärtekatastroferande, hjälplöshet samt smärtrelaterad rädsla och ångest. Minskar smärta gör: self-efficacy¹, smärthanteringsstrategier (coping), beredskap för förändring samt accepterande. Kåver (2004) poängterar också att accepterande är en viktig komponent för att hantera de svåra, komplicerade och smärtsamma situationer som livets påfrestningar medför.

Breda och samordnade rehabiliteringsprogram, s.k. multimodal rehabilitering, vilka integrerar medicinska, pedagogiska och psykosociala åtgärder, rekommenderas. Kognitiv beteendeterapi (KBT) bör ingå i rehabiliteringsprogrammen och "...ger bättre social och fysisk funktion samt cirka 25 procent bättre förmåga att bemästra smärtan jämfört med andra undersökta beteendeterapier, läkemedel, fysioterapi respektive ingen behandling alls" (SBU, 2006, sid 20). KBT har som målsättning att öka individens förmåga att hantera sin situation (coping), påverka beteenden genom att dysfunktionella och icke ändamålsenliga tankemönster förändras, samt ge en ökad känsla av kontroll i tillvaron. De pedagogiska metoder som används, har till syfte att ge den kunskap som

¹ Self-efficacy; personens tillit till sin förmåga att vidta åtgärder som leder till önskat resultat.

behövs för att underlätta hanterandet av den långvariga smärtan (SBU, 2006).

Mindfulness-träning och långvarig smärta

I SBU (2006) konstateras att rehabiliteringsinsatserna ibland är otillräckliga och att människor söker sig till alternativa metoder, t.ex. mindfulness-meditation. Det vetenskapliga stödet för mindfulness-meditation inom smärtverksamhet är svagt och behöver kompletteras bl.a. med globala skattningar och livskvalitetsmått, samt bör genusperspektivet beaktas eftersom dessa metoder i större utsträckning nyttjas av kvinnor (SBU, 2006).

I SBU (2006) hänvisas till Astin et al. (2003), som den enda studien gällande mindfulness, vilken uppfyller kriteriet för en randomiserad kontrollerad undersökning (RCT) med medelhögt bevisvärde. Studien gällde patienter med fibromyalgi och visade en signifikant förbättring av smärta, funktion och depression, men det var ingen skillnad mellan den grupp som fick mindfulness-träning plus Qigong och den grupp som fick undervisning/stöd. Båda grupperna förbättrades lika mycket. Undersökningen hade ett stort bortfall; 50 %, i båda grupperna (Astin et al., 2003). Tidigare pilotstudie fann en reducering av smärta, trötthet, sömnstörning och depression efter mindfulness-träning, dock hade man ingen kontrollgrupp (a.a., 2003).

Kabat-Zinn (1991/2004), som är molekylärbiolog, blev intresserad av buddhismen på 1970-talet och lärde sig meditera. Han startade 1979 The Stress Reduction Clinic vid University of Massachusetts Medical Center, USA och utarbetade ett träningsprogram för personer med långvarig smärta och/eller stress, där han använde sig av mindfulness-träning. Metoden fick namnet Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Den har utvärderats i vetenskapliga studier och används för närvarande vid mer än 200 medicinska centra i USA (Åsberg, Sköld, Wahlberg & Nygren, 2006). Det pågår för närvarande 21 studier med mindfulness-träning vid olika medicinska tillstånd (National Institutes of Healths webbplats).

Studier där MBSR har använts vid behandling av långvarig smärta

Studier som gjorts gällande långvarig smärta och MBSR redovisas nedan och i tabell 1.

I en studie fann Kabat-Zinn (1982) en reduktion i smärtupplevelse, samt en stor och signifikant reduktion av psykiska symtom hos 51 patienter med långvarig smärta efter mindfulness-träning. Studien var ej randomiserad eller kontrollerad.

Kabat-Zinn, Lipworth och Burney (1985) fann för 90 patienter med långvarig smärta som genomgått mindfulness-träning (MBSR) en statistiskt signifikant reduktion av smärta, negativ kroppsuppfattning, inaktivitet, ångest, depression och medicinanvändning, medan aktivitetsnivå och självkänsla ökade. De positiva effekterna kvarstod i stort sett vid 15-månadersuppföljningen. Kontrollgruppens 21 patienter, som behandlades med sedvanlig smärtbehandling (nervblockader, medicin, fysioterapi m.m.), uppnådde inte motsvarande förbättring. Studien var ej randomiserad.

I en annan studie visades vid en fyra-års-uppföljning en stor och signifikant förbättring av fysisk och psykologisk status efter det meditationsbaserade träningsprogrammet för 225 patienter med långvarig smärta (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1987).

Bruckstein (1999) jämförde 64 patienter med långvarig smärta, varav 22 fick MBSR, 24 Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och 18 smärtutbildning. Den senare gruppen fungerade som kontrollgrupp. Resultatet visade en signifikant förbättring av psykiska symtom och smärta i MBSR-gruppen och signifikant förbättring av smärta i KBT-gruppen.

Weissbecker et al. (2002) undersökte mindfulness-träningens effekt med hjälp av Antonovsky's begrepp, känsla av sammanhang (KASAM), på 51 fibromyalgipatienter jämfört med 40 väntelistkontroller. Resultatet blev en signifikant höjning av KASAM, som vid andra studier visat sig ha en skyddande effekt på hälsan.

Sagula och Rice (2004) har undersökt mindfulness-träningens effekt på sorgprocessen och emotionellt välbefinnande hos patienter med långvarig smärta. De fann en

signifikant reduktion av depression och ångesttillstånd hos de 39 patienter som genomgått MBSR jämfört med 18 väntelistkontroller.

Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe och Schorling (2005) fann signifikant förbättrad hälsa i MBSR-gruppen (10 patienter), vilken kvarstod vid tre-månadersuppföljning, jämfört med signifikant minskad smärtupplevelse för en massagegrupp (10 patienter), vilken dock ej kvarstod vid uppföljning. En tredje grupp, kontrollgruppen (10 patienter), fick sedvanlig behandling. Studien hade ett högt bortfall; 50 % i MBSR-gruppen.

Tabell 1. Kliniska studier av mindfulness-träning, MBSR vid långvarig smärta.

Författare, år	Antal patienter	Kontroller	Resultat
Kabat-Zinn (1982)	51	Inga	Signifikant förbättring av psykiska symtom.
Kabat-Zinn et al. (1985)	90	21, sedvanlig behandling	Signifikant förbättring av smärta och psykiska symtom.
Kabat-Zinn et al. (1987)	225	Inga	Signifikanta förbättringar i fysisk och psykologisk status vid fyraårsuppföljning.
Bruckstein* (1999)	22	24 aktiva kontroller (KBT), 18 aktiva kontroller (smärtutbildning)	Signifikant förbättring av psykiska symtom och smärta i MBSR-gruppen och signifikant förbättring av smärta i KBT-gruppen.
Weissbecker et al. (2002)	51	40, väntelista	Signifikant ökad känsla av sammanhang i MBSR-gruppen.
Astin et al.* (2003)	64	64 aktiva kontroller (utbildningsprogram)	Signifikant förbättring av smärta, funktion och depression i båda grupperna.
Sagula och Rice (2004)	39	18, väntelista	Signifikant minskning av depression och ångesttillstånd i MBSR-gruppen.
Plews-Ogan et al.* (2005)	10	10 aktiva kontroller (massage), 10 kontroller med sedvanlig behandling	Signifikant förbättrad hälsa i MBSR-gruppen, som kvarstod vid 3-månaders uppföljning. Signifikant minskad smärtupplevelse för massagegruppen, vilken inte kvarstod vid uppföljning.

Not: * = RCT, randomiserad och kontrollerad studie.

Mindfulness-träning vid andra sjukdomstillstånd

Mindfulness-metodiken har också prövats vid andra fysiska tillstånd med goda resultat t.ex. vid multipel skleros (Mills & Allen, 2000), psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998) och cancer (Speca, Carlson, Goodey & Angen, 2000).

Flera undersökningar har gjorts som visar påverkan på hjärnan, immunsystemet samt det neuroendokrina systemet vid mindfulness-träning (Tooley, Armstrong, Norman & Sali, 2000; Lazar et al., 2000; Davidson et al., 2003).

Dialectical Behavior Therapy (DBT) är utarbetad för behandling av patienter med borderline personlighetsstörning. Behandlingen går ut på att förena acceptans med förändring. Metoden kombinerar kognitiv och beteendearbetad behandling med träning i mindfulness, vilket anses öka förmågan att tolerera negativa emotionella tillstånd och förbättra förmågan att hantera dem effektivt (Linehan, 1993).

Acceptance and commitment therapy (ACT) använder också tekniker, som är baserade på mindfulness-teorier, för patienter med depression och emotionell smärta bl.a. (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Baer (2003) har gjort en meta-analys, där 21 studier granskades. Fyndet antyder att mindfulness-träning kan vara till hjälp vid ett flertal sjukdomar, inklusive långvarig smärta, ångest och ätstörningar.

Definition av mindfulness-metodiken

Bishop et al. (2004) har försökt skapa konsensus för begreppet mindfulness, på svenska ofta kallat medveten närvaro, och utveckla en operationaliserbar definition. De föreslår en tvådelad modell. Den första delen, själv-reglering av uppmärksamheten, beskrivs som att vara fullt närvarande i nuet och hålla kvar sin uppmärksamhet. Andningen används som ett ankare för att återföra uppmärksamheten, när man har fokuserat på

pågående tankar, känslor eller kroppssensationer. Det viktiga är direkt observation utan att förändra och utan passage genom filtret av övertygelser, antaganden, förväntningar och önskningar. När sinnet ”vandrat”, återför man det till sitt valda fokus, t.ex. andningen. Man betraktar företeelserna som vore de för första gången; ”nybörjarsinne”. En förmåga till meta-kognition utvecklas, dvs. en förmåga att betrakta sina tankar som just tankar och reflektera omkring dem. Den andra delen, orientering mot upplevelse, innehåller utvecklandet av en nyfikenhet på vart sinnet vandrat och på de tankar, känslor och kroppssensationer som uppstår. Accepterande betonas och definieras som en öppenhet inför hur verkligheten är i varje ögonblick, samt en mottaglighet för vad som kommer upp i medvetandet. Nyfikenhet och acceptans förhindrar undvikande och leder till ökad affektolerans. Vidare framhålls en undersökande inställning till sig själv.

Sammanfattningsvis ses mindfulness-metoden som en process för att reglera uppmärksamheten och utveckla en icke-dömande medvetenhet om den pågående upplevelsen, där orientering mot nyfikenhet, öppenhet och acceptans betonas. Mindfulness är ett tillstånd, där personen uppnått olika grader av insikt i hur sinnet fungerar med ett decentrerat perspektiv, dvs. förmågan att betrakta sina tankar, känslor och kroppssensationer med ett ”utifrån-perspektiv”. Tankar och känslor ses som subjektiva snarare än sanna, samt som övergående i stället för permanenta.

Lundh (2005) beskriver tre centrala begrepp vid definition av mindfulness: medveten närvaro, accepterande och observerande. Mindfulness definieras som ”...ett tillstånd och en förmåga som innebär att a) observera sina upplevelser med *full mental närvaro*, dvs med fokus på *det som är*, här och nu, b) med en viss *distans*, dvs att de egna upplevelserna ses som upplevelser och inte som yttre verklighet, och c) med ett *accepterande, icke-värderande förhållningssätt*, som innebär att även negativa upplevelser tillåts ha sin gång” (sid 397).

Instrument för att mäta grad av mindfulness i sinnet

I dagsläget finns få instrument för att mäta mindfulness, men frågeformulär har utarbetats i syfte att mäta i vilken grad olika människor upplever mindfulness, t.ex. av

Brown och Ryan (2003) samt av Baer, Smith och Allen (2004). Det mätinstrument, som utvecklats av Baer et al. (2004) kallas the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) och resultaten av utvecklingen av detta instrument visar på signifikanta relationer mellan förmåga till mindfulness och olika aspekter av mental hälsa. KIMS har använts som utvärderingsinstrument vid rökavvänjning i grupp (Rosenqvist & Sand, 2006).

Mindfulness-träning och kognitiv beteendeterapi

Segal, Williams och Teasdale (2002) redovisar en klinisk, multicenter-, randomiserad undersökning med mindfulness-baserad kognitiv psykoterapi (MBCT), för deprimerade. MBCT har utarbetats för att förhindra återfall i depression. För patienter med tre eller fler depressionsepisoder halverades återfallsrisken vid användning av MBCT (Teasdale et al. 2000; Ma & Teasdale 2004). MBCT-metoden är en kombination av kognitiv beteendeterapi vid depression (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) och mindfulness-baserad stress reduktion (MBSR), utvecklad av Kabat-Zinn (1991/2004).

Mindfulness-metoden liknar kognitiv beteendeterapi eftersom man blir varse en inre själv-dialog, som kan fungera självförsvagande. Man lär sig att tankar inte är fakta och att ”jag är inte mina tankar” (Teasdale et al., 2000). Självobservationen innebär en separation av den sensoriska dimensionen i smärtupplevelsen från den affektiva, värderande larm-reaktionen och reducerar lidandet. Att lära sig lägga märke till sina tankar och känslor är även en ingrediens i KBT (Kabat-Zinn, 1982). Genom båda metoderna, MBCT och KBT, uppmärksammar man destruktiva tankar som ”den här smärtan tar död på mig” och ”det vore bättre om jag dog”. Skillnaden är, att KBT försöker ersätta de maladaptiva tankarna med alternativa, mer adaptiva tankar (Sagula & Rice, 2004) eller förändra innehållet i tankarna (Teasdale et al., 2000).

Smärtrehabilitering i Blekinge

Patienter från hela Blekinge, med långvarig smärta, remitteras till Smärtteamet, Blekingesjukhuset, Karlshamn. För att bli föremål för rehabilitering krävs att smärtan är

långvarig, icke cancerrelaterad, att primärvårdens resurser är uttömda samt att personen är medicinskt färdigutredd och inte har några problem med missbruk. I rehabiliteringen ingår både individuella insatser och gruppverksamhet, där en smärthanteringskurs är mest omfattande och tillika stommen i rehabiliteringen. För att få delta i smärthanteringskursen krävs utöver ovanstående, att personen är yngre än 65 år, har tillräckliga kunskaper i svenska språket, inte har någon allvarlig psykisk sjukdom, t.ex. psykos, och ej heller någon överhängande psykosocial problematik. Patienterna ska ha förutsättningar att delta i gruppverksamhet två dagar i veckan under åtta veckor samt vara motiverade till förändringsarbete.

Smärtteamet i Karlshamn består av en av vardera; överläkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, sekreterare samt kurator med KBT-utbildning.

Smärtmottagningen anslöt sig 2005 till ett nationellt register för smärtrehabilitering (NRS). Syftet med NRS är att utvärdera de olika verksamheterna och studera effekter av smärtrehabiliteringen, samt jämföra rehabiliteringsresultat mellan olika enheter nationellt. Vid resultatredovisning utifrån NRS görs en uppdelning i arbetsförmågehöjande (A-grupp) och livskvalitetshöjande (L-grupp) rehabiliteringsprogram. En del rehabiliteringsteam i landet har olika rehabilitering för de två programmen och en del enheter, framförallt de privata, arbetar enbart med arbetsförmågehöjande rehabilitering. Även några landstingsstyrda rehabiliteringsenheter har satt en nedre gräns, som innebär en förväntad arbetsförmåga på minst 25 % för att kunna delta i rehabiliteringen. I Blekinge finns bara ett team för rehabilitering vid långvarig smärta, dvs. teamet i Karlshamn, där hela Blekinge är upptagningsområde. A-grupp och L-grupp deltar i samma rehabilitering. A-gruppen är störst, med drygt dubbelt så många patienter. Smärtmottagningen i Blekinge har lång väntetid, omkring ett år. Resultatredovisning från NRS (2006) gällande arbetsförmågehöjande rehabilitering visar att den långvariga smärtan pågått drygt sex år för patienter i Blekinge, medan genomsnittet för landet i övrigt är drygt fyra år.

Syfte och frågeställningar

Syfte

Studien syftade till att undersöka om mindfulness-träning kan vidmakthålla och/eller förbättra effekten av den ordinarie smärtrehabiliteringen. Ett annat syfte var att undersöka om graden av mindfulness i sinnet påverkades av träningen. Ett ytterligare syfte var att beskriva deltagarnas upplevelse av mindfulness-träningens effekt.

Frågeställningar

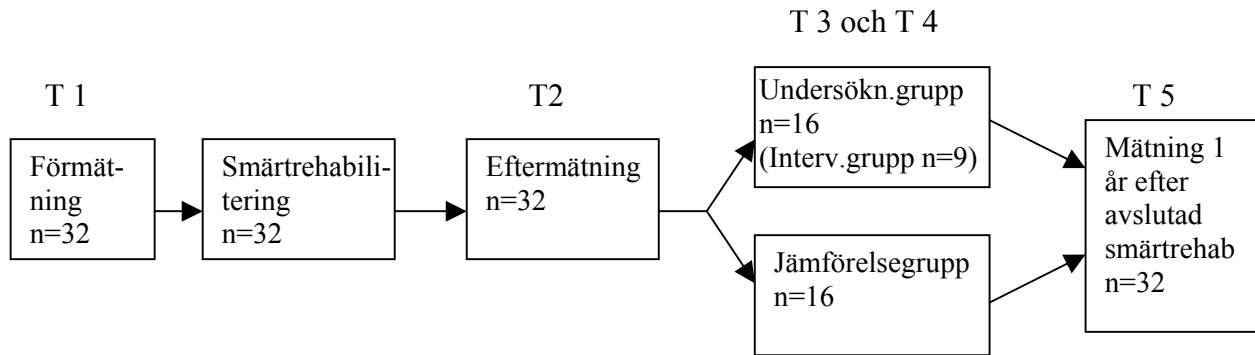
Har mindfulness-träning efter genomgången smärtrehabilitering:

- ◆ Påverkat smärta och smärtintensitet?
- ◆ Förändrat upplevelsen av övriga kroppsliga symtom inklusive allmänt hälsotillstånd och trötthet ?
- ◆ Påverkat emotioner inklusive ångest och depression?
- ◆ Inverkat på aktivitet och upplevelsen av egenkontroll?
- ◆ Förändrat livstillfredsställelsen?
- ◆ Förändrat upplevelsen av mindfulness i sinnet?
- ◆ Upplevts viktig av patienterna?

Metod

Design

Studien hade en kvasiexperimentell design, med en undersökningsgrupp och en jämförelsegrupp, ej randomiserade. De skattningar som jämfördes var de före, direkt efter samt ett år efter smärtrehabiliteringen, se figur 1. Interventionsgruppen skattade också mindfulness i sinnet före och efter mindfulness-träningen. Det gjordes också en kvalitativ analys av interventionsgruppens upplevelse av mindfulness-träningen.



Figur 1. Studiens design och undersökningsdeltagare.

T 1 = Tidpunkt 1. Instrument nr 1, 2, 3, 4 och 5.

T 2 = Tidpunkt 2. Instrument nr 1, 2, 3, 4 och 5.

T 3 = Tidpunkt 3, gäller bara interv.gruppen, före träningen. Instrument 7.

T 4 = Tidpunkt 4, gäller bara interv.gruppen, efter träningen. Instrument 7 o 8.

T 5 = Tidpunkt 5. Instrument nr 1, 2, 3, 4, 5 och 6.

Undersökningsdeltagare

Undersökningsgruppen bestod till en början av 16 patienter, som genomgått och avslutat smärtrehabilitering, inklusive smärthanteringskurs, vid smärtmottagningen i Karlshamn, under perioden december 2005 till början av 2006. Gruppen utgjordes av 14 kvinnor och två män, i åldersintervallet 33 – 57 år. De erbjöds att delta i mindfulness-träning under hösten 2006. Totalt genomförde nio personer, åtta kvinnor och en man, mindfulness-träningen. Denna grupp kallas i fortsättningen interventionsgruppen. För en presentation av bortfallet, se resultatdelen.

Jämförelsegruppen bestod av 16 patienter, 14 kvinnor och två män, i åldersintervallet 27 – 58 år. De hade genomgått och avslutat sedvanlig smärtrehabilitering, inklusive smärthanteringskurs, tidigare under år 2005, men inte erhållit mindfulness-träning, eftersom sådan ej tidigare funnits att tillgå. Det totala antalet deltagare i studien begränsades av att det inte fanns fler patienter, som var aktuella för respektive grupp inom den aktuella tidsrymden för studien.

Instrument

Smärtmottagningen anslöt sig 2005 till ett nationellt register för smärtrehabilitering (NRS) för att utvärdera verksamheten och för att kunna jämföra resultatet av rehabiliteringen med andra enheter i Sverige. Data insamlas via standardiserade, reliabla och validerade självskattningsformulär, som täcker rehabiliteringsrelevanta faktorer. Mätningarna genomförs före, efter, samt ett år efter avslutad smärtrehabilitering.

Föreliggande undersöknings intention var att använda data som insamlats i NRS, instrument 1 t.o.m. 6 nedan, och jämföra skattningarna före respektive efter avslutad smärtrehabilitering, med värdena vid mätningen efter ett år. Interventionsgruppen hade då, i motsats till jämförelsegruppen, genomfört både smärtrehabilitering och efterföljande mindfulness-träning, samt besvarade också instrument 7 och 8 nedan. Se bilaga 1 – 8. Samtycke att delta i NRS, se bilaga 9.

1. Multidimensional Pain Inventory (MPI)

MPI (Kerns, Turk & Rudy, 1985) utgår från att smärttillstånd har en multifaktoriell bakgrund innefattande såväl somatiska, psykiska som sociala förhållanden. Instrumentet omfattar 61 frågor, som besvaras från 0 – 6, se bilaga 1. Det är uppdelat i tre sektioner. Sektion 1; består av fem skalor: a) Smärtintensitet - handlar om lidandet personen upplever, b) Interferens - personens upplevelse av hur smärtan påverkar familj, relationer, arbete, fritid och tillfredsställelse med funktionsnivå på varje område, c) Livskontroll - upplevelsen av livskontroll innefattande den upplevda förmågan att lösa problem och hantera känslor, d) Affektiv stress (känslomässig obalans) - inkluderar skattningar av stress, depressivitet, irritabilitet och spänning och e) Stöd - av närstående. Sektion 2; innehåller rapporter om närståendes reaktioner. Sektion 3; rör aktiviteter och här kan ett allmänt aktivitetsindex erhållas. Bergström et al., (1998) har validitets- och reliabilitetstestat den svenska versionen, MPI-S. De fann god reliabilitet för sektion 1 och 2, men noterar att sektion 3 bör användas för mätning av allmänt aktivitetsindex. Denna studie använder skattningar från sektion 1 a – d samt allmänt aktivitetsindex från sektion 3.

2. Smärta & funktion

Smärta & funktion fokuserar på hälsoupplevelse, smärta just nu, smärta senaste veckan samt trötthet senaste veckan, se bilaga 2. Variablerna mäts med VAS-skala, ingen värk (0) – värsta tänkbara värk (100) samt motsvarande för hälsa och trötthet.

(<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halsosjuk/Kvalitetsregister/muskuloskeletal/051.htm>)

3. Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ)

MSPQ (Main, Wood, Hollis, Spanswick & Waddell, 1992) är ett validerat instrument, som mäter kroppsliga symtom ofta förknippade med stress, t.ex. svettning, svimningskänsla, yrsel, illamående och pirningar i magen, se bilaga 3. Instrumentet består av 13 frågor med fyra svarsalternativ från 0 = inte alls till 3 = mycket/kan inte vara värre. Enligt NRS betraktas 0,92 som ett gränsvärde och värden däröver innebär olika grad av symtomupplevande, som kan vara uttryck för somatisering eller stress.

4. Livstillfredsställelse (LiSat-11)

LiSat-11 (Fugl-Meyer, Bränholm & Fugl-Meyer, 1991) är ett validerat instrument, som mäter självskattad tillfredsställelse inom olika livsområden, se bilaga 4. Det består av ett item, som är mer övergripande (Livet i allmänhet) och tio item, som är mer domänspecifika. Svarsalternativen är från 1 = mycket otillfredsställande till 6 = mycket tillfredsställande. Referensvärden (Fugl-Meyer, Melin & Fugl-Meyer, 2002) finns, gällande en normalpopulation och de kommer att redovisas i diskussionsdelen. De elva delskalorna är: Livet i allmänhet, Yrkes-/syssetsättnings-situationen, Ekonomin, Fritidssituationen, Kontakten med vänner och bekanta, Sexuallivet, Förmågan att klara sig själv (ADL), Familjelivet, Parförhållandet, Kroppsliga hälsan och Psykiska hälsan.

5. *The Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)*

HAD (Zigmond & Snaith, 1983) består av sju frågor vardera gällande ångest respektive depression, där totalsumman varierar mellan 0 till 21 poäng för båda tillstånden, se bilaga 5. Referensvärden i NRS gällande HAD, är att ett värde lägre än 8, indikerar att personen ej har någon klinisk depression eller ångest. En totalsumma mellan 8 till 11 anses vara ett uttryck för möjlig depressivitet/ångest-ängslan. Värden över 11 bedöms tyda på sannolik depressivitet/ångest. Den svenska versionen har utarbetats av Lundqvist, Sjösteen, Blomstrand, Lind och Sullivan (1991).

6. *Smärtupplevelse och förmåga att hantera livssituationen*

Vid sista mätningen, dvs. mätningen c:a ett år efter avslutad smärtrehabilitering tillkommer lokalt vid smärtmottagningen i Karlshamn två frågor med globalt index, se bilaga 6. Första frågan undersöker huruvida rehabiliteringsperioden har förändrat smärtupplevelsen. Svartalternativen är: i hög grad minskat smärtupplevelsen, i viss mån minskat, ej påverkat, i viss mån ökat och i hög grad ökat. Den andra frågan undersöker huruvida rehabiliteringsperioden har förändrat personens förmåga att hantera livssituationen i stort. Svartalternativen är: i hög grad förbättrats, i viss mån förbättrats, ingen förändring, i viss mån försämrats och i hög grad försämrats. För interventionsgruppen kommer svaren på de två frågorna att omfatta både smärtrehabiliteringen och mindfulness-träningen.

7. *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)*

KIMS (Baer et al., 2004) användes till interventionsgruppen både före och efter mindfulness-träningen, dels för att mäta graden av befintlig mindfulness och dels huruvida denna grad hade påverkats, se bilaga 7. Instrumentet utgörs av en helskala samt fyra subskalor: observerande (OBS), beskrivande (DES), agera med medvetenhet (ACT) och acceptera utan att döma (ACC). Instrumentet består av 39 items och skattningen sker på en 5-gradig skala där 1 = stämmer aldrig eller mycket sällan och 5 = stämmer mycket ofta eller alltid. Hög totalsumma betyder hög grad av mindfulness. Validering av den amerikanska ursprungsversionen presenteras i Baer et al. (2004), som

fann ett samband mellan KIMS och psykisk hälsa. Den svenska översättningen är gjord av Rosenqvist och Sand (2006).

8. Viktighetsfråga

Interventionsgruppen fick också, efter genomförd mindfulness-träning, en fråga om hur viktig de ansåg att kursen varit för dem, med svarsalternativ från 1 = inte alls viktig, till 10 = extremt viktig, se bilaga 8. Frågeformuleringen har sitt ursprung i Segal et al. (2002). Deltagarna ombads också att lämna en kortfattad skriftlig motivering till sin bedömning.

Procedur

Efter avslutad smärtrehabilitering tillfrågades de 16 senast avslutade patienterna i mars 2006, om de ville delta i mindfulness-träning hösten 2006 och därmed ingå i studien. Samtliga tillfrågade svarade ja. Den information som gavs till deltagarna följde rekommendationer från Segal et al. (2002), dvs. deltagarna fick information om antal gånger, innehåll, syfte m.m. och hemträningens betydelse betonades. Ett par månader före kursstart skickades en kortfattad skriftlig information ut i samband med kallelse, se bilaga 10 och 11. Veckan före kursstart kallades sedan samtliga deltagare till en individuell information om c:a en timme per deltagare. I samband med den individuella träffen ombads deltagarna lämna sitt skriftliga samtycke till att delta i studien, se bilaga 12.

Deltagarna indelades i två grupper utifrån smärtrehabiliteringens avslut. Gruppstorlek bestämdes av praktiska omständigheter som träningslokal och material. Den först avslutade gruppen (n=8) erbjöds träning augusti till oktober och den andra gruppen (n=8) oktober till december 2006.

Programmet, mindfulness-träning med KBT-inslag, beskrivs av Segal et al. (2002). Det har översatts till svenska av studiens författare; dels innehållet session för session och

dels de stenciler, som innehåller summering av varje session, hemuppgift, fakta och tips m.m., se bilaga 13. Programmet har anpassats från att gälla vid depression till att gälla för patienter med smärta/stress (Kabat-Zinn, 1991/2004; Baer, 2003; Weissbecker et al. 2002). Mindfulness-träningen sker via ett 8-veckors program. Grupperna träffades två timmar per vecka tillsammans med två instruktörer. Deltagarna skulle också utföra dagliga hemövningar mellan sessionerna. Det tillkom också en uppföljningsträff c:a 2 månader efter kurslut.

Mindfulness-metoden bygger på tre tekniker, vilka involverar systematisk varseblivning i ett avspänt, men ändå vaket sinnestillstånd. Den första är ”body-scan-tekniken” med riktad uppmärksamhet dirigerad genom hela kroppen från tå till huvud, då deltagarna ligger ner i ett avspänt tillstånd och uppmanas lägga märke till förnimmelser i kroppen. Den andra tekniken innehåller enkla yoga-rörelser för att uppmuntra avspända och fokuserade rörelser. Den tredje tekniken innebär sittande meditation, för att systematiskt rikta uppmärksamheten först till andningen och därefter till andra inre upplevelser som känslor och tankar. De tre teknikerna kombineras med andra kognitiva uppgifter och hemövningar, med syftet att deltagarna ska lära sig observera sina upplevelser med viss distans på ett accepterande och icke-dömande sätt. Därigenom anses deltagarna utveckla en förmåga att inte reagera lika direkt på utmanande stressfyllda händelser.

De övningar deltagarna fick använda finns utgivna på DVD/CD (2005) och är översatta till svenska från Mark Williams originalskivor. Skivorna består av en DVD med introduktion om mindfulness av bl.a. Marie Åsberg, Åsa Nilsson, Jon Kabat-Zinn och Mark Williams, samt fem CD med body-scan 40 min, sittande meditation 40 min, yogameditation 40 min och töjning/andning 35 min. Den femte CD:n heter ”Andrum” och innehåller fyra olika program med sittande meditation under varierande antal minuter. Alla deltagarna fick låna ett eget exemplar av DVD/CD-samlingen för hemövningar under de åtta veckorna.

De åtta träffarna bestod till stor del av gemensamma övningar med hjälp av dessa CD-skivor, samt byggde i övrigt på det innehåll som finns beskrivet session för session i Segal et al. (2002). Inför hemuppgifterna betonades vikten av att lära sig utöva

mindfulness i vardagen, vilket innebar övningar i att utföra vardagssysslor, t.ex. duscha, borsta tänderna, äta eller promenera, med mindfulness. Deltagarna instruerades att använda ”andrum” regelbundet, för att så småningom kunna använda denna teknik vid stressfyllda eller känslomässigt belastande situationer.

Instruktörer

Instruktörer i denna studie var två av smärteamets personal, den ena arbetsterapeut och den andra kurator, tillika studiens författare. Båda dessa instruktörer hade tränat mindfulness så gott som dagligen i drygt ett år före kursstart. En av dem hade deltagit i en Work-shop för Mark Williams, en av författarna till boken Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression (Segal et al, 2002). Den andra instruktören hade dessutom praktiserat yoga regelbundet i c:a ett år. Båda hade studerat en stor del av den tillgängliga litteraturen inom området.

Databearbetning och analys

Kvantitativ bearbetning

SPSS 13,0 har använts för all bearbetning av data. För att kunna jämföra resultaten med NRS resultat har t-test för parvisa observationer använts som signifikanstest, se tabell 2 till 6 under resultat. För övrigt har vid jämförelser mellan grupperna använts t-test för två oberoende stickprov. Effektstorlek har beräknats med Cohens d, enligt formeln $\frac{\text{medelvärde före mindfulness-träning} - \text{medelvärde efter träningen}}{\sqrt{\frac{(\text{standardavvikelsen före})^2 + (\text{standardavvikelsen efter})^2}{2}}}$. Värdet för Cohens d på 0,20 – 0,50 betecknas som små effekter, 0,50 – 0,80 som medelstora samt 0,80 och däröver som stora. För att undvika redovisning av allt för mycket siffror har de skattningar, vilka inte visar någon speciell tendens valts bort.

Kvalitativ analys

Deltagarna fick uppgiften att ge skriftliga personliga kommentarer efter mindfulness-träningen. Deras kommentarer har analyserats genom att först skrivs ner, därefter klippas ut och sorteras i grupper med likartat innehåll, varefter teman kunde urskiljas och rubriker sattes utifrån dessa teman.

Etikprövning

Etikprövningskommittén i Sydost har lämnat sitt godkännande för studien, dnr EPKS-2006-07.

Resultat

Patientkaraktäristika och bortfallsredovisning

Patientkaraktäristika

Undersökningsgruppen bestod till en början av 16 personer. Efter bortfall blev det totalt nio personer, som genomförde mindfulness-träningen, i fortsättningen kallad interventionsgruppen, bestående av åtta kvinnor och en man. Jämförelsegruppen bestod av 14 kvinnor och två män. Medelåldern i interventionsgruppen var 45,5 år (SD = 7,7) och i jämförelsegruppen 39,3 år (SD = 8,2). Det fanns ingen signifikant skillnad gällande ålder vare sig mellan ovanstående två grupper och ej heller i förhållande till bortfallsgruppen. Av de 16 i jämförelsegruppen bedömdes 13 personer delta i arbetsförmågehöjande (A) och tre i livskvalitetshöjande (L) rehabilitering, efter bortfall 12 respektive tre. I undersökningsgruppen var motsvarande fördelning också 13 respektive tre och efter bortfall deltog i interventionsgruppen åtta från A-grupp och en från L-grupp.

Bortfallsredovisning

Av de 16 i undersökningsgruppen fullföljde nio personer mindfulness-träningen. Resterande sju personer avbröt eller påbörjade ej träningen. Av de senare var det en person, som lämnade återbud ett par veckor före kursstart p.g.a. heltidsarbete och lång resa. Två personer lämnade återbud direkt före start, respektive efter en gång, p.g.a. alltför hög smärtnivå och alltför långa resor. Två personer slutade efter en gång respektive två gånger p.g.a. nära anhörigs sjukdom. Två personer avbröt efter två gånger p.g.a. samtidig arbetsprövning.

Av de 16 personerna i jämförelsegruppen skickade 15 personer in sina enkäter efter ett år. Samtliga nio personer i interventionsgruppen, som fullföljde mindfulness-träningen, besvarade alla enkäter. Av de sju personer, som inte fullföljde mindfulness-träningen, var det fyra personer, som besvarade enkäterna.

Resultatredovisning

Resultaten redovisas på likartat sätt som NRS för att jämförelser ska vara möjliga. Även tabellerna har likartat utseende, som tabellerna har i NRS redovisning.

Påverkan på smärta och smärtintensitet

När det gäller upplevelse av smärta senaste veckan har interventionsgruppen något högre ingångsvärde före smärtrehabiliteringen än jämförelsegruppen, dock ej signifikant. Däremot är det signifikanta skillnader mellan grupperna gällande värdet vid utskrivningen från smärtrehabiliteringen för smärta senaste veckan där interventionsgruppens $M=77,9$, $SD=7,25$ är signifikant högre, $t=3,26$, $DF=21,9$, $p=0,004$ än jämförelsegruppens $M=64,1$, $SD=13,4$, se tabell 2. Vid analys av perioden mellan inskrivningen och efter ett år, då interventionsgruppen även erhållit mindfulness-träning, är det inga signifikanta skillnader för någon av grupperna dvs. upplevelsen av smärta är oförändrad.

När det gäller smärtans intensitet, mätt med MPI, har jämförelsegruppen en skillnad nära signifikans ($p = 0,06$) mellan värdet före, respektive ett år efter smärtrehabiliteringen, men denna skillnad uppkommer under tiden för smärtrehabiliteringen, $M=4,73$, $SD=0,56$ (före) är signifikant högre, $t = 3,052$, $DF=14$, $p = 0,009$ än $M=3,92$, $SD=0,75$ (efter). Även här finns det en tendens till skillnad mellan gruppernas utskrivningsvärde, men t-test ger här ett värde på $p = 0,068$ dvs. ej signifikant. Båda grupperna lyckas behålla tendensen till förbättring när det gäller smärtintensiteten för tiden mellan utskrivningen (Ut) och efter ett år (1 år), dvs. inga signifikanta skillnader uppstår, se tabell 2.

Tabell 2. Smärta och smärtintensitet.

		Medelvärden			Signifikanstest (t – test)		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In–1år	Ut–1år
Smärta senaste veckan (mm)	Interv.grupp n = 9	73,3	77,9 a)	74,6		0,743	0,492
	Jfr.grupp n = 15	69,8	64,1	64,7		0,372	0,869
MPI: Smärtintensitet (poäng)	Interv.grupp n = 9	4,76	4,37 b)	4,57		0,166	0,329
	Jfr.grupp n = 15	4,73	3,92	4,06	0,009**	0,060	0,542

Not: För båda variablerna gäller högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

** $p < 0,01$

- a) Skillnaden mellan gruppernas utskrivningsvärden, $p = 0,004$.
- b) Skillnaden mellan gruppernas utskrivningsvärden, $p = 0,068$.

Inverkan på kroppsliga symtom, hälsoupplevelse och trötthet

Upplevelsen av kroppsliga symtom, som svettning, svimningskänsla, yrsel, illamående m.m., mätt med MSPQ, visar inga signifikanta skillnader för tiden mellan utskrivningen och ett år efter smärtrehabiliteringen för någon av grupperna, se tabell 3. NRS betraktar 0,92 som ett gränsvärde, där högre värden innebär olika grad av kroppsligt symtomupplevande, som kan vara uttryck för bl.a. stress. Båda grupperna ligger över detta värde både före, direkt efter och ett år efter smärtrehabiliteringen.

När det gäller både upplevelsen av det allmänna hälsotillståndet och upplevelsen av hur trött personen känner sig, noteras att interventionsgruppen har signifikant högre värden på båda variablerna vid inskrivningen i smärtrehabiliteringen. För variabeln hälsa har interventionsgruppen $M=68,33$, $SD=11,78$, jämförelsegruppen $M=51,33$, $SD=19,42$, $t = -2,37$, $DF = 22$, $p = 0,027$. För variabeln trötthet har interventionsgruppen $M=85,44$, $SD=16,55$, jämförelsegruppen $M=68,47$, $SD=14,55$, $t = -2,63$, $DF = 22$, $p = 0,015$. Båda grupperna har en tendens till förbättring under smärtrehabiliteringen, dock ej signifikant, och båda grupperna behåller denna tendens till förbättring ett år efter avslut, dvs. inga signifikanta skillnader finns mellan avslutningstillfället (Ut) och efter ett år (1 år).

Tabell 3. Kroppsliga symtom, hälsoupplevelse och trötthet.

		Medelvärden			Signifikanstest (t – test)	
		In	Ut	1 år	In-1 år	Ut-1 år
Kroppsliga symtom, MSPQ (poäng)	Interv.grupp n = 9	1,18	1,10	1,21	0,871	0,276
	Jfr.grupp n = 15	1,13	1,23	1,19	0,468	0,587
Hälsoup- levelse (mm)	Interv.grupp n = 9	68 a)	57	59	0,223	0,711
	Jfr.grupp n = 15	51	48	49	0,595	0,858
Trötthet (mm)	Interv.grupp n = 9	85 b)	79	75	0,174	0,501
	Jfr.grupp n = 15	68	66	62	0,187	0,544

Not: För samtliga variabler gäller högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

a) Skillnaden mellan gruppernas inskrivningsvärden, $p = 0,027$.

b) Skillnaden mellan gruppernas inskrivningsvärden, $p = 0,015$.

Påverkan på emotioner inklusive ångest och depression

Den känslomässiga obalansen mätt med MPI (inkluderar skattningar av stress, depressivitet, irritabilitet och spänning) har en tendens till förbättring för båda grupperna jämfört från tiden för inskrivningen vid smärtrehabiliteringen och till ett år efter, dock ej signifikant, se tabell 4. För tiden mellan utskrivningen och ett år efter har tendensen till förbättring ökat för interventionsgruppen, som då erhållit mindfulness-träning, ej heller här signifikant, medan jämförelsegruppen har en tendens till försämring, ej signifikant.

För ångest och ångslan mätt med HAD gäller detsamma. Båda grupperna har en tendens till förbättring över tid, dock ej signifikant, se tabell 4. NRS har som gränsvärde 8, där högre värden bedöms som möjlig ångest. Resultaten kan utifrån detta perspektiv tolkas som att båda grupperna, på gruppnivå, har gått från möjlig ångest vid tiden för inskrivningen vid smärtrehabiliteringen, för att vid utskrivningen ej bedömas kliniskt uppleva ångest. Denna bedömning synes kvarstå ett år efter smärtrehabiliteringen.

När det gäller depressivitet mätt med HAD har interventionsgruppen ett högre ingångsvärde före smärtrehabiliteringen, dock ej signifikant högre, se tabell 4. Det tyder ändå på att denna grupp kan ha mått sämre redan från början. Värden mellan 8 och 11 räknas enligt NRS som möjlig depression och värden över 11 som sannolik depression. Vid analys av de enskilda individernas ingångsvärde visar det sig, att i interventionsgruppen skattar tre personer under värdet 8 och sex över, medan jämförelsegruppen har omvänt förhållande med nio under värdet 8 och sex över. Jämförelsegruppen minskar i depressivitet nära signifikansnivå, $M=8,05$, $SD=3,86$ (före) och $M=6,60$, $SD=4,42$ (efter), $t = 2,12$, $DF = 14$, $p = 0,052$ under smärtrehabiliteringen och minskningen fortsätter gällande depressivitet, så att resultatet mellan In-1år uppnår signifikans ($p = 0,007$). Motsvarande händer inte för interventionsgruppen, som visar fortsatt möjlig depressivitet. På individnivå skattar två personer i interventionsgruppen samt tre personer i jämförelsegruppen över värdet 11, dvs. tydande på sannolik depression vid samtliga tre mättillfällen. Det finns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vid något av de tre mättillfällena.

Tabell 4. Känsломässig obalans, ångest/ångslan och depressivitet.

		Medelvärden			Signifikanstest (t – test)		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1 år	Ut-1 år
Känsломässig obalans, MPI	Interv.grupp n = 9	3,79	3,38	3,22		0,072	0,776
	Jfr-grupp n = 15	3,49	2,71	2,87		0,124	0,606
Ångest/Ångslan, HAD	Interv.grupp n = 9	8,3	7,7	7,6		0,313	0,880
	Jfr-grupp n = 15	8,1	7,5	7,5		0,499	0,937
Depressivitet, HAD	Interv.grupp n = 9	9,5	9,0	9,6		0,979	0,540
	Jfr-grupp n = 15	8,0	6,6	6	0,052	0,007**	0,276

Not: För samtliga variabler gäller högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

** p < 0,01

Inverkan på aktivitet och på upplevelsen av egenkontroll

Båda gruppernas inverkan på aktivitet, mätt med instrumentet MPI, bibehålls mellan utskrivningen och efter ett år, se tabell 5. Jämförelsegruppen har signifikant förbättrats, men förbättringen sker under smärtrehabiliteringstiden, M=4,63, SD=0,70 (före) och M=4,02, SD=0,62 (efter), t = 2,87, DF = 14, p = 0,012.

När det gäller allmänt aktivitetsindex (MPI) har båda grupperna en svag tendens till förbättring under smärtrehabiliteringen, dock ej signifikant, och båda grupperna bibehåller denna tendens till förbättring efter ett år.

Resultatet gällande upplevd brist på egenkontroll (MPI) visar, att interventionsgruppen, som erhållit mindfulness-träning, har en tendens till ökning av känslan av kontroll, dock ej signifikant. Tendensen till förbättring sker med hänsyn till hela perioden och ej enbart under smärtrehabiliteringen, där skillnaden mellan In och Ut ej är signifikant. Resultatet kan försiktigt tolkas som att mindfulness-träningen ökat deltagarnas känsla av egenkontroll.

Tabell 5. Inverkan på aktivitet och upplevd brist på egenkontroll.

		Medelvärden			Signifikanstest (t-test)		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1 år	Ut-1 år
Inverkan på aktiviteter, MPI	Interv.grupp n = 9	4,83	4,53	4,57		0,113	0,865
	Jfr-grupp n = 15	4,63	4,02	4,01	0,012*	0,050	0,958
Allmänt aktivi- tetsindex, MPI	Interv.grupp n = 9	2,47	2,54	2,52		0,821	0,819
	Jfr-grupp n = 14	2,46	2,69	2,73		0,231	0,720
Upplevd brist på egenkontroll, MPI	Interv.grupp n = 9	2,31	2,78	3,07	0,351	0,090	0,410
	Jfr-grupp n = 15	2,73	3,46	3,28		0,262	0,646

Not: För inverkan på aktivitet (MPI) gäller högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

För allmänt aktivitetsindex och upplevd brist på egenkontroll gäller högre värde = bättre ur kliniskt perspektiv.

* $p < 0,05$

Livstillfredsställelsen

När det gäller variabeln livet i allmänhet, mätt med LiSat-11, tyder värdena på att båda grupperna har en antydning till förbättring, dock ej signifikant, samt att båda också bibehåller denna tendens till förbättring efter ett år, se tabell 6.

Yrkes- och sysselsättningssituationen pekar på en tendens till förbättring för interventionsgruppen vid jämförelse mellan avslutningen av smärtrehabiliteringen och efter ett år dvs. under den tid mindfulness-träningen pågått, dock ej signifikant. Jämförelsegruppen har under motsvarande tid tendens till försämring, dock ej heller där på signifikant nivå.

Fritidssituationen påverkas signifikant positivt för båda grupperna under smärtrehabiliteringen. Interventionsgruppen har $M=2,78$, $SD=1,39$ (före) och $M=3,89$, $SD=0,60$ (efter), $t = -2,63$, $DF = 8$, $p = 0,030$. Jämförelsegruppen med $M=2,93$, $SD=1,39$ (före) och $M=3,93$, $SD=0,96$ (efter), $t = -2,562$, $DF = 14$, $p = 0,023$. Jämförelsegruppen bibehåller signifikant sin förbättring efter ett år, $p = 0,041$. Däremot ses en signifikant försämring för interventionsgruppen mellan utskrivning och efter ett år, $p = 0,035$. Om de båda gruppernas resultat jämförs med t – test vid de tre tillfällena uppnås inga signifikanta skillnader.

Kontakter med vänner och bekanta tycks påverkas signifikant negativt, $p = 0,035$, för interventionsgruppen för tiden mellan utskrivningen och efter ett år, vilket ej är fallet för jämförelsegruppen.

Skattningen av den kroppsliga hälsan har ett lågt ingångsvärde för interventionsgruppen, men det skiljer sig ej signifikant från jämförelsegruppens. Båda gruppernas värden efter ett år, vad gäller bedömningen av den kroppsliga såväl som den psykiska hälsan, har en tendens till förbättring, dock ej signifikant, i förhållande till ingångsvärdet. De behåller denna antydning till förbättring, eftersom någon försämring på signifikant nivå ej visas för tiden mellan utskrivningen och efter ett år. Se tabell 6.

Tabell 6. Livstillfredsställelsen.

Livstillfreds- ställelse		Medelvärden			Signifikanstest (t – test)		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1 år	Ut-1 år
Livet i all- mänhet	Interv.grupp n = 9	3,33	4,00	3,89		0,214	0,594
	Jfr-grupp n = 15	3,93	4,27	4,07		0,653	0,271
Yrke/Syssel- sättningen	Interv.grupp n = 9	2,33	2,33	2,56		0,766	0,708
	Jfr-grupp n = 15	2,87	3,40	2,60		0,678	0,111
Fritiden	Interv.grupp n = 9	2,78	3,89	3,44	0,030* B	0,111	0,035* S
	Jfr-grupp n = 15	2,93	3,93	4,00	0,023* B	0,041* B	0,843
Kontakter med vänner/bekant	Interv.grupp n = 9	3,44	3,78	3,33		0,782	0,035* S
	Jfr-grupp n = 15	4,27	4,53	4,80		0,072	0,334
Kroppsliga hälsan	Interv.grupp n = 9	1,78	2,44	2,11		0,195	0,471
	Jfr-grupp n = 15	2,33	2,87	2,67		0,475	0,189
Psykiska hälsan	Interv.grupp n = 9	3,11	3,56	3,44		0,438	0,782
	Jfr-grupp n = 15	3,60	4,07	3,87		0,389	0,384

Not: Högre värde = bättre ur kliniskt perspektiv.

* $p < 0,05$

B = Bättre – Signifikant förbättring ur kliniskt perspektiv.

S = Sämre – Signifikant försämring ur kliniskt perspektiv.

Smärtupplevelsen och förmågan att hantera livssituationen

Vid den sista mätningen, dvs. ett år efter smärtrehabiliteringen, fick båda grupperna två frågor med ett globalt index. Svartalternativen varierar mellan 1 till 5, där 3 betyder oförändrat, 4 i viss mån förbättrats och 5 i hög grad förbättrats ur klinisk synvinkel.

När det gäller frågan i hur hög grad rehabiliteringsperioden förändrat smärtupplevelsen svarar båda grupperna relativt lika, dvs. ej signifikant skillnad, med medelvärde 3,33 (SD 0,707) för interventionsgruppen och medelvärde 3,60 (SD 0,737) för jämförelsegruppen. Resultatet tolkas så att smärtupplevelsen ej har påverkats, alternativt förbättrats i viss mån.

Den andra frågan, gällande i hur hög grad rehabiliteringsperioden förändrat förmågan att hantera livssituationen i stort, erhöll interventionsgruppen medelvärdet 4,11 (SD 0,333) och jämförelsegruppen medelvärdet 4,07 (SD 0,594). T-test gav inga signifikanta skillnader mellan grupperna. När det gäller förmågan att hantera livssituationen i stort, hamnar resultaten mellan att den ”förbättrats i viss mån” och ”förbättring i hög grad” för båda grupperna.

Upplevelse av mindfulness i sinnet

Interventionsgruppen, som genomförde mindfulness-träningen skattades före och efter träningen med Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), för att undersöka huruvida mindfulness-träningen lett till ökad grad av mindfulness i sinnet. På KIMS helskala framkom, vid jämförelse av värdet före och efter mindfulness-träningen, att interventionsgruppen erhållit en ökad grad av mindfulness i sinnet efter träningen, ($p = 0,022$), se tabell 7. KIMS subskalor observera (OBS), beskriva (DES), agera med medvetenhet (ACT) och acceptera utan att döma (ACC) redovisas också i tabell 7 nedan. Där framgår att för KIMS subskala för observation (OBS) blev det en förbättring ($p = 0,039$). För övriga tre subskalor visas en antydning till förbättring ur kliniskt perspektiv, dock ej signifikant. Effektstorleken enligt Cohens d visar att förbättringen

för KIMS helskala visar en medelstor effekt (0,50 – 0,80), medan värdet för observerande (OBS) visar på en stor effekt (> 0,80).

Tabell 7. Mindfulness i sinnet före och efter mindfulness-träning hos interventionsgruppen (n = 9). KIMS helskala och delskalor.

Skala	Förmätning M (SD)	Eftermätning M (SD)	t (8)	p	Cohens d
Helskala	118,22 (17,02)	131,00 (17,85)	2,83	0,022 *	0,73
Observera	37,89 (5,73)	43,44 (5,24)	2,46	0,039 *	1,01
Beskriva	26,00 (7,00)	27,33 (7,81)	1,84	0,104	
Agera med medvetenhet	27,89 (4,70)	31,56 (5,64)	2,16	0,063	
Acceptera utan att döma	26,44 (3,28)	28,67 (3,32)	1,64	0,139	

Not: Högre värde = bättre ur kliniskt perspektiv.

Medelvärde (standardavvikelse) före och efter, t – värde (frihetsgrader), p – värde och effektstorlek (Cohens d).

* p < 0,05

Interventionsgruppens egen bedömning

Vid sista mindfulnessstränings-tillfället fick interventionsgruppen en skriftlig fråga om hur viktig kursen varit för dem, se tabell 8, och de ombads också ge personliga skriftliga kommentarer.

Tabell 8. Deltagarnas bedömning av hur viktig kursen varit för dem (n = 9).

Bedömning	Ej viktig/oviktig		Viktig				Extremt viktig
	1 - 5	6	7	8	9	10	
Antal	0	0	2	3	0	4	

Deltagarnas egna skriftliga kommentarer kan sammanfattas i följande teman, samt ges exempel på kommentarer:

1. Skapat ett "andrum". Mer lugn.

"Jag har skapat mig ett eget - andrum – dit jag kan återvända när det stormar runt mig."
 "Den har lärt mig att skapa lugn inne i kroppen och i huvudknoppen." "Andra läser, men detta ger mer lugn." "Kan gå undan på jobbet, ta ett andrum, när det blir för högljutt och klarar därmed arbetet bättre." "Mer lugn inför julen, som ej stressar mig så mycket i år." "Jag kan finna ro, har lärt mig koppla av och bara vara." "Det skapar ett inre lugn, bort från stress så att jag klarar att arbeta."

2. Lärt mig leva här och nu.

"Den har gett mig en bättre och mer balanserad närvaro i nuet." "Fått mig att inse att jag måste leva här och nu och inte i dåtid eller framtid." "Landat här och nu."

3. Njuter av livet. Ökad energi.

"Känner mig mer lugn, glad och trygg." "Jag kan nu ha roligt, göra saker som jag vill."
 "Den ger mig energi, när jag känner mig trött." "Jag kan koppla av och har fått arbetslust och arbetsglädje." "Tar inte allt så allvarligt, skrattar mer." "Njuter i år inför julen, t.ex. av pepparkaksbak." "Använder promenader till meditation."

4. Minskad oro. Mindre stress.

”Oroar mig mindre.” ”Hjälper mig att få ro vid rökstopp samt vid annan stress och oro.”
”Inför läkarbesök, då jag kände mig upprörd, kunde jag använda andningen, få ner pulsen och bli lugn.” ”Hanterar min rädsla p.g.a. nyupptäckt cancer med ett inre lugn.”

5. Insikt om tankemönster. Ökad självkänedom.

”De negativa tankarnas påverkan har blivit tydligare och då kan man ändra sina automatiska mönster.” ”Den har ökat min självkänedom.”

6. Prioritera mig själv.

”Jag gör nu mina val mer utifrån mig själv än utifrån andra.” ”Jag har blivit snällare mot mig själv.” ”Måste inte vara alla andra till lags längre.” ”Har hittat tid, som jag inte visste fanns, till hemövningarna.”

7. Minskad smärta. Förbättrat andra symtom.

”I början framhävde body-scanningen min smärta, men nu kan jag andas in i det värkande området och därmed få lindring.” ”Det minskar min smärta och allt som kan göra det är viktigt.” ”Min tinnitus halverades under en övning från full storm till halv storm.” ”Hjälper mig att somna.”

8. Fysisk avspänning.

”Blir verkligen avslappnad av body-scanningen jämfört med vanlig avslappning.”

9. Acceptans.

”Den har givit mig större möjlighet att skapa ett bra liv med min smärta.”

Diskussion

Resultatdiskussion

I det följande kommer resultatet att diskuteras i relation till syftet. Ett av studiens syften var att undersöka om mindfulness-träning efter genomgången smärtrehabilitering kunde vidmakthålla och/eller förbättra effekten från den ordinarie smärtrehabiliteringen. Ett annat syfte var att undersöka om graden av mindfulness i sinnet hade påverkats. Ett ytterligare syfte var att beskriva deltagarnas upplevelse av mindfulness-träningen. I diskussionen görs även en jämförelse med resultaten från NRS (2005, 2006), där inga statistiska beräkningar utförts utan jämförelserna utgår från medelvärdena. Anledningen till jämförelsen är att studiens material är så litet och därför kan jämförelsen i vissa fall antyda en tendens.

Upplevelse av smärta och smärtintensitet

De kvantitativa resultaten visar att upplevelsen av smärta senaste veckan är ganska oförändrad i båda grupperna direkt efter smärtrehabiliteringen och efter ett år. Interventionsgruppen tycks dock ha mått sämre redan vid inskrivningen vid smärtrehabiliteringen och särskilt vid utskrivningen då skillnaden är signifikant i förhållande till jämförelsegruppen vad gäller smärta senaste veckan. När det gäller smärtans intensitet finns också en skillnad, som här är nära signifikansnivå, vid utskrivningen från smärtrehabiliteringen. Det tyder på att gruppen, som genomförde mindfulness-träningen, kan ha varit sämre ur smärtsynpunkt redan före mindfulness-träningen. Jämförelsegruppen förbättrades signifikant vad gäller smärtans intensitet under smärtrehabiliteringen, vilket interventionsgruppen inte gjorde. Analysen leder till en tolkning att interventionsgruppen ej erhållit tillräcklig positiv påverkan under smärtrehabiliteringen, vad gäller smärta och smärtintensitet, utan kan ha behövt/sökt ytterligare rehabilitering. Enligt SBU (2006) är smärtrehabilitering inte alltid tillräcklig i relation till patienternas upplevda lidande. Vad innebär då detta att grupperna skiljer sig åt efter smärtrehabiliteringen? Kan det ha påverkat att resultaten för

interventionsgruppen inte visar så mycket skillnader? Om jämförelse görs av värdena efter ett år så visas inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Betyder det att mindfulness-träningen haft effekt?

Även när det gäller svaren på frågan, som båda grupperna erhöll efter ett år, om smärtupplevelsen påverkats under rehabiliteringstiden svarade grupperna relativt lika och svaren hamnade mellan att det ej hade påverkat eller förbättrat smärtupplevelsen i viss mån.

Vid en kvalitativ analys av interventionsgruppens egna kommentarer efter genomgången mindfulness-träning tyder svaren på att flera ansåg sig kunna minska smärta och övriga symtom med hjälp av de färdigheter de tillägnat sig under mindfulness-träningen.

Plews-Ogan et al. (2005) fann ingen påverkan i smärthanseende för MBSR-gruppen. Astin et al. (2003) visar inte några skillnader i smärthanseende mellan grupper, som erhöll mindfulness-träning respektive undervisning.

I NRS senaste redovisning (2006), där Smärtenheten i Karlshamn för första gången finns med, presenteras en sammanställning med totalt 2482 patienter från 19 enheter i landet. Där redovisas bl.a. inskrivningsvärden för patienter som deltagit i arbetsförmågehöjande rehabprogram (A) och livskvalitetshöjande rehabprogram (L). Avslutnings- och ett-årsvärdena är ännu ej klara. Resultaten från NRS 2006 är jämförbara med resultaten från år 2005, vilka redovisas i tabell 9. Enligt uppgift från statistikern vid NRS, Annelie Larsson (personlig kommunikation via telefon och e-mail under våren 2007), har A-grupp och L-grupp samma profil över tid, dock är L-gruppens skattningar genomgående något sämre ur klinisk aspekt än A-gruppens. Resultaten från Smärtenheten i Karlshamn ligger nära medelvärdet för hela riket.

Vid jämförelser av medelvärden utifrån NRS (2005) redovisning för smärta senaste veckan och smärtintensitet, se tabell 9, är det intressant att notera att denna studies interventionsgrupp har högre ingångsvärden, på båda variabelerna. Någon signifikanstest

har ej utförts. Värt att notera är också att NRS uppnår signifikans även vid relativt små differenser.

Tabell 9. Redovisning från NRS (2005) arbetsförmågehöjande (A) och livskvalitetshöjande (L) rehabprogram angående smärta, i jämförelse med interventionsgruppen i denna studie.

		Medelvärden			Signifikanstest		
Smärtvariabler		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1år	Ut-1år
Smärta senaste veckan (mm)	A-grupp n = 1119	66,1	61,0	61,2	B***	B***	
	L-grupp n = 211	66,3	61,1	62,3	B***		
	Interv.gr n = 9	73,3	77,9	74,6			
MPI: Smärtintensitet (poäng)	A-grupp n = 1231	4,39	4,07	3,93	B***	B***	B***
	L-grupp n = 214	4,42	4,06	4,02	B***	B***	
	Interv.gr n = 9	4,76	4,37	4,57			

Not: Högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

B = Bättre – signifikant förbättring sett ur kliniskt perspektiv.

*** $p < 0,001$.

Upplevelse av kroppsliga symtom, allmänna hälsotillståndet och trötthet

Båda grupperna låg över NRS gränsvärde, 0,92, för kroppsligt symtomupplevande enligt instrumentet MSPQ på samtliga värden dvs. både vid inskrivning, utskrivning och ett år efter smärtrehabiliteringen. Någon påverkan på detta värde synes således inte föreligga över tid. Vid jämförelse med NRS inskrivningsvärden (2006) visas att Smärtenheten i Karlshamn ligger något högre för A-grupp än landet i övrigt, vilka har genomsnittsvärdet 0,9 jämfört med Karlshamn, som har genomsnittsvärdet 1 (L-grupp 0,95 i landet respektive 1,1 i Karlshamn).

Interventionsgruppen har signifikant sämre kliniska ingångsvärden före smärtherehabiliteringen än jämförelsegruppen både när det gäller upplevelsen av hälsotillståndet och trötthet. Båda grupperna har en tendens till förbättring, ej signifikant, under smärtherehabiliteringen och de behåller denna antydning till förbättring i jämförbar grad. Mindfulness-träningen tycks vid denna jämförelse inte ha medfört någon förändring. Däremot kan resultaten tolkas som att den grupp som valde att genomföra mindfulness-träningen mådde sämre ur smärtsynpunkt senaste veckan och relativt sett också hade en antydning att må sämre vad gäller hälsoupplevelsen och trötthet. Frågan är vad detta kan ha haft för inverkan på resultatet av mindfulness-träningen?

NRS redovisning från 2005, se tabell 10, visar vid en jämförelse med denna studie, att upplevelsen av kroppsliga symtom, mätt med instrumentet MSPQ, tycks svår att påverka. Emellertid ses även här att ingångsvärdena är högre i föreliggande undersökning båda grupper och dessutom kvarstår på en hög nivå både direkt efter och ett år efter smärtherehabiliteringen. När det gäller hälsoupplevelsen visar föreliggande undersökning att interventionsgruppen har högre värden genomgående än NRS båda grupper. Detta stöder tidigare antagande att interventionsgruppen mådde dåligt innan de påbörjade mindfulness-träningen. Om jämförelse görs med NRS (2005) värden så har ändå interventionsgruppens upplevelse av hälsotillståndet kliniskt förbättrats förhållandevis mycket under smärtherehabiliteringen (11 mm) och de behåller, kanske med hjälp av mindfulness-träningen, denna förbättring relativt sett, även ett år efter smärtherehabiliteringen. Variabeln trötthet finns inte redovisat i NRS (2005) material.

Tabell 10. Redovisning från NRS (2005) arbetsförmågehöjande (A) och livskvalitets-
höjande (L) rehabprogram angående kroppslig symtomupplevelse och
hälsoupplevelse, i jämförelse med denna studies interventionsgrupp.

Variabler		Medelvärden			Signifikanstest		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1år	Ut-1år
Kroppsliga symtom, MSPQ (poäng)	A-grupp n = 927	0,88	0,90	0,90	S*		
	L-grupp n = 214	0,99	0,96	0,94			
	Interv.grupp n = 9	1,18	1,10	1,21			
Hälsoup- levelse (mm)	A-grupp n = 1056	55,4	48,4	49,0	B***	B***	
	L-grupp n = 201	58,5	49,3	50,5	B***	B***	
	Interv.grupp n = 9	68	57	59			

Not: Högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

B = Bättre – Signifikant förbättring sett ur kliniskt perspektiv.

S = Sämre – Signifikant försämring sett ur kliniskt perspektiv.

* $p < 0,05$.

*** $p < 0,001$.

Emotioner inklusive ångest och depression

Båda grupperna hade en tendens till förbättring när det gäller den känslomässiga obalansen, dock ej signifikant. Interventionsgruppens antydan till förbättring ökade efter mindfulness-träningen, men ej heller här på signifikant nivå. En kvalitativ analys av deltagarnas egna kommentarer vid avslutningen av mindfulness-träningen kan stärka ovanstående tendens, eftersom de upplever sig ha blivit lugnare, utvecklat sin copingförmåga och kan hantera livets påfrestningar på ett bättre sätt. Även mindfulness i sinnet mätt med KIMS helskala tyder på att den känslomässiga sinnesstämningen kan ha påverkats positivt av mindfulness-träningen.

Vid jämförelse med NRS gränsvärde kan en tolkning göras när det gäller ångest, att båda grupperna gått från upplevelse av möjlig ångest före smärtrehabiliteringen till att ej skatta över gränsvärdet för möjlig ångest vid utskrivningen samt att de behållit denna förbättring vid skattningen efter ett år.

När det gäller upplevd depressivitet, skattar interventionsgruppen något högre värde, ej signifikant, än jämförelsegruppen både före smärtrehabiliteringen, efter den och behåller denna högre nivå efter mindfulness-träningen. Om hänsyn tas till resultaten av instrumentet KIMS, kan det spekuleras i om interventionsgruppen är inne i en process, där personen först lär sig att observera sina känslor, därefter försöker acceptera dem och så småningom kommer över till att förändra? Teasdale et al. (2000) ansåg det viktigt att deltagarna i deras undersökning ej längre var deprimerade eftersom de undersökte återfallsrisken. När det gäller smärtpatienter är det svårare att särskilja symtomen eftersom de är likartade vid smärta och depression. Tolkningen i efterhand kan vara, att ett par deltagare ej borde ha deltagit p.g.a. depression, men å andra sidan var deras egna kommentarer efter genomgången mindfulness-träning enbart positiva. Instruktörerna bedömde dessutom att patienterna mådde bra under mindfulness-träningen.

Andra studier visar på signifikant minskning i depression och ångest, men där har kontrollgruppen inte fått någon behandling, utan utgörs av personer på väntelista (Sagula & Rice, 2004). Kabat-Zinn (1985) redovisar signifikant förbättring av psykiska symtom för MBSR-gruppen, där kontrollgruppen tycks ha erhållit mer fysiskt inriktad behandling.

Vid jämförelse med NRS (2005), se tabell 11, kan ses att interventionsgruppen skattar högre vad gäller känslomässig obalans än både A-grupp och L-grupp i NRS (2005) före smärtrehabiliteringens början. Interventionsgruppen har en antydning till förbättring efter mindfulness-träningen och skattar efter ett år nära L-gruppens resultat.

När det gäller ångest/ängslan följer interventionsgruppen i stort sett L-gruppens resultat, vilken uppnår en signifikant förbättring, se tabell 11.

Vad gäller depressiviteten skattar interventionsgruppen, i jämförelse med NRS (2005), på en något högre nivå både före och efter smärtrehabiliteringen och bibehåller denna högre nivå ett år efter smärtrehabiliteringens slut, se tabell 11.

Resultaten från föreliggande studie kan försiktigt tolkas som, att mindfulness-träningen inverkat positivt på deltagarnas emotionella tillstånd, där man kan ha uppnått en högre grad av känslomässig balans.

Tabell 11. Redovisning från NRS (2005) arbetsförmågehöjande (A) och livskvalitets-höjande (L) rehabprogram angående känslomässig obalans, ångest och depressivitet i jämförelse med denna studies interventionsgrupp.

		Medelvärden			Signifikanstest		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1år	Ut-1år
Känslomässig obalans, MPI	A-grupp n = 1231	3,45	3,05	3,09	B***	B***	
	L-grupp n = 212	3,40	2,94	3,15	B***		
	Interv.grupp n = 9	3,79	3,38	3,22		0,072	
Ångest/Ängslan, HAD	A-grupp n = 790	7,8	7,1	7,0	B***	B***	
	L-grupp n = 212	8,4	7,6	7,6	B***	B**	
	Interv.grupp n = 9	8,3	7,7	7,6			
Depressivitet, HAD	A-grupp n = 790	7,6	7,1	7,2	B***	B*	
	L-grupp n = 212	8,4	7,8	7,8	B*	B*	
	Interv.grupp n = 9	9,5	9,0	9,6			

Not: För samtliga variabler gäller högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.

B = bättre ur kliniskt perspektiv.

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

Inverkan på aktivitet och upplevelsen av egenkontroll

Båda gruppernas aktivitet bibehålls mellan utskrivningen och efter ett år.

När det gäller upplevelsen av egenkontroll antyder resultaten att interventionsgruppen har påverkats i positiv riktning och upplever en bättre kontroll. Det kan också, vilket visas genom instrumentet KIMS nedan, samt vid analys av deltagarnas egna kommentarer efter avslutad mindfulness-träning, bero på att gruppen blivit bättre på att observera sin situation, acceptera och ”landa” här och nu t.ex. med hjälp av ett ”andrum”.

Weissbecker et al. (2002) visar en signifikant ökning av känslan av sammanhang (KASAM), dvs. förmågan att betrakta livet, som meningsfullt, begripligt och hanterbart, efter mindfulness-träning (MBSR) för kvinnor med fibromyalgi. I studien dras slutsatsen att en skyddande effekt på hälsan därmed uppnåtts. Vid jämförelse med denna studies resultat kan en försiktig tolkning göras att hanterbarheten (här definierad utifrån upplevelsen av egenkontroll) påverkats, och därmed kanske hälsan indirekt, genom mindfulness-träningen.

Vid jämförelse med NRS (2005) resultat, se tabell 12, kan också en antydning till förbättring vad gäller aktivitet skönjas för interventionsgruppen under smärtrehabiliteringen, dock ej signifikant, och denna antydning till förbättring behålls efter ett år. När det gäller den upplevda bristen på egenkontroll skattar interventionsgruppen på ett sämre ingångsvärde sett ur klinisk synvinkel än både A-grupp och L-grupp i NRS, men skattningen efter ett år, då gruppen genomgått mindfulness-träningen, hamnar på samma nivå som A-gruppens. Detta resultat kan tolkas som att mindfulness-träningen påverkat gruppens känsla av egenkontroll positivt.

Tabell 12. Redovisning från NRS (2005) arbetsförmågehöjande (A) och livskvalitets-
höjande (L) rehabprogram angående inverkan på aktivitet och upplevd brist
på egenkontroll i jämförelse med denna studies interventionsgrupp.

		Medelvärden			Signifikanstest		
		In	Ut	1 år	In-Ut	In-1år	Ut-1år
Inverkan på aktiviteter, MPI	A-grupp n = 1232	4,42	4,19	4,11	B****	B****	B**
	L-grupp n = 214	4,53	4,32	4,25	B****	B****	
	Interv.grupp n = 9	4,83	4,53	4,57			
Allmänt akti- vitetsindex, MPI	A-grupp n = 763	2,56	2,70	2,66	B****	B****	
	L-grupp n = 66	2,19	2,39	2,36	B**		
	Interv.grupp n = 9	2,47	2,54	2,52			
Upplevd brist på egenkontr., MPI	A-grupp n = 1231	2,71	3,07	3,05	B****	B****	
	L-grupp n = 212	2,55	3,04		B****		
	Interv.grupp n = 9	2,31	2,78	3,07		0,090 B	

Not: För inverkan på aktivitet gäller högre värde = sämre ur kliniskt perspektiv.
För allmänt aktivitetsindex och upplevd brist på egenkontroll gäller högre värde =
bättre ur kliniskt perspektiv.
B = bättre ur kliniskt perspektiv.
* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001

Livstillfredsställelse

Om jämförelse görs mellan patienter med långvarig smärta och medelvärden i en
normalpopulation, visar resultatet att smärtpatienter genomgående mår sämre både före
och efter smärtrehabilitering, se tabell 13, vilket också nämndes i inledningen.

När jämförelse görs mellan denna studies interventionsgrupp och NRS A-grupp, vad gäller livet i allmänhet, se tabell 13, kan konstateras att interventionsgruppen skattar på ett lägre värde före smärtrehabiliteringen än A-gruppen. Däremot är värdena både direkt efter smärtrehabiliteringen liksom värdet efter ett år högre än A-gruppens. Resultaten kan därmed tolkas som att både smärtrehabiliteringen, men även mindfulness-träningen, inneburit en förbättring för interventionsgruppen sett ur klinisk synvinkel, även om signifikans ej uppnås.

Fritidssituationen samt kontakter med vänner och bekanta påverkades signifikant negativt för interventionsgruppen mellan avslutningen av smärtrehabiliteringen och efter ett år, dvs. under den tid mindfulness-träningen pågick. Mindfulness-träningen tog mycket tid i anspråk för deltagarna och startade dessutom samtidigt som flera kommit igång med arbete/arbetsprövning. Deltagarna kanske prioriterade hemövningar framför andra aktiviteter. När jämförelse görs med NRS (2005) resultat vad gäller fritidssituationen kan en annan tolkning göras. Interventionsgruppen startar på en sämre nivå sett ur klinisk synvinkel, men skattar på en högre nivå både direkt efter smärtrehabiliteringen samt ett år efter. Kontakter med vänner och bekanta gällande interventionsgruppen följer inte denna tendens, däremot ses här en signifikant försämring för A-gruppen i NRS (2005), se tabell 13.

När det gäller upplevelsen av den kroppsliga såväl som den psykiska hälsan skattar interventionsgruppen genomgående på en lägre nivå än A-gruppen. L-gruppens resultat i NRS (2005) är likartade A-gruppens. Resultatet redovisas inte här eftersom det inte påverkar ovanstående slutsatser och tolkningar.

Tabell 13. Livstillfredsställelse. Redovisning av medelvärde för normalpopulation samt för NRS arbetsförmågehöjande rehabprogram 2005 i jämförelse med denna studies interventionsgrupp.

Livstillfreds- ställelse	Medelvärde normalpopu- lation		Medelvärden			Signifikanstest		
			In	Ut	1år	In-Ut	In-1år	Ut-1år
Livet i allmänhet	4,9	A-grupp n = 1174	3,68	3,81	3,73	B****		S*
		Interv.grupp n = 9	3,33	4,00	3,89			
Fritiden	4,6	A-grupp n = 1181	3,13	3,33	3,35	B****	B****	
		Interv.grupp n = 9	2,78	3,89	3,44	B*		S*
Kontakter med vänner/bekanta	4,8	A-grupp n = 1190	4,01	3,89	3,90	S****	S**	
		Interv.grupp n = 9	3,44	3,78	3,33			S*
Kroppsliga hälsan	5,0	A-grupp n = 1188	2,22	2,73	2,65	B****	B****	S*
		Interv.grupp n = 9	1,78	2,44	2,11	0,081		
Psykiska hälsan	5,2	A-grupp N = 1190	3,49	3,73	3,76	B****	B****	
		Interv.grupp n = 9	3,11	3,56	3,44			

Not: Högre värde = bättre ur kliniskt perspektiv.

B = Bättre ur kliniskt perspektiv. S = Sämre ur kliniskt perspektiv.

* $p < 0,05$.

*** $p < 0,001$.

Upplevelsen av mindfulness i sinnet

Föreliggande studie visar en signifikant förbättring gällande upplevelsen av mindfulness i sinnet totalt, men också för subskalan observera mätt med instrumentet KIMS. Instrumentet är nytt och validitets- samt reliabilitetstestning pågår, men försiktigt kan ändå slutsatsen dras att mindfulness-träningen ökat deltagarnas upplevelse av mindfulness i sinnet samt förbättrat deras förmåga att observera egna reaktioner, känslor

och tankar. I enlighet med Baer et al. (2004) bör den mentala hälsan därmed ha påverkats positivt och visdom samt jämnmod ökat. Att observera sina känslor kan dock väcka en tendens att bli fördömande mot dem hos ovana meditatörer. Det kan till och med upplevas som en försämring, eftersom man är ovan att komma i kontakt med sina känslor. Kan det t.ex. också öka upplevelsen av depressivitet? Resultaten i denna studie antyder dock en viss ökning även på acceptans-delen dock ej signifikant. Acceptans är ett viktigt begrepp både inom smärtverksamheten och i mindfulness-träning. Det är enligt Baer et al. (2004) inte förenat med passivitet och resignation utan tvärtom uppmuntrar det mer adaptiva reaktioner på problematiska situationer och förhindrar maladaptiva, impulsiva och automatiska reaktioner.

När det gäller KIMS har Baer et al. (2004) inte undersökt före och efter mindfulness-träning utan säger sig förvänta en höjning efter sådan träning. Rosenqvist och Sand (2006) använde instrumentet KIMS vid mätning före och efter rökavvänjning i grupp. De menar att självskattning av mindfulness kräver en insikt om psykologiska processer. Denna insikt kan medföra överskattning av mindfulness före träningen och en mer rättvisande skattning efteråt. De erhöll inga signifikanta skillnader och införde, med tanke på ovanstående, en retrospektiv frågeställning kallad KIMS-r där personerna uppskattade vad de skulle ha svarat från början utifrån den insikt de skaffat sig under mindfulness-träningen. Då redovisade studien signifikanta skillnader.

Har mindfulness-träningen tillfört något positivt till smärtpatienterna?

Patienterna i interventionsgruppen var genomgående positiva till mindfulness-träningen. Både deras positiva skriftliga kommentarer och den upplevelse instruktörerna fick i samband med övningarna tydde på ett positivt gensvar. Metoden kräver en hel del tid och engagemang i början, men när väl metodiken lärts in är den oerhört lättillgänglig och finns alltid till hands. Personen, som tränat mindfulness har alltid med sig möjligheten att ta ett "andrum", när han/hon upplever en känslomässigt belastande situation eller känner sig stressad.

Lundh (2005) nämner flera olika sätt, på vilka mindfulness anses ge terapeutisk effekt: fysisk avspänning, ökad förmåga till kognitiv deaktivering, förbättrad förmåga till emotionell bearbetning, motverkan av impulsivitet, ökad meta-kognitiv medvetenhet, förbättrade interpersonella relationer och en ökad levnadsvisdom.

När interventionsgruppens egna omdömen efter mindfulness-träningen relateras till ovanstående aspekter erhålls följande:

- a) Fysisk avspänning. Patienterna angav att de, trots att de tränat avspänning under tiden i smärthanteringskursen, kom ett steg längre med mindfulness-träningen.
- b) Kognitiv deaktivering. Deltagarna i mindfulness-träningen angav att de kunde "stilla sinnet" i upprörande situationer t ex i arbetet eller i samband med annan allvarlig diagnos.
- c) Minskad impulsivitet. Gruppen gav olika exempel på när de kunnat lugna ner sig i olika situationer och kunnat hantera problem på ett lugnare, mer genomtänkt sätt.
- d) Meta-kognitiv medvetenhet – insikter om tankemönster. I träningen uppmanades deltagarna att notera sina tankar på ett icke-värderande sätt. Detta är likartat med kognitiv terapi (KBT), men till skillnad mot KBT ifrågasätts eller testas inte tankarna aktivt. Deltagarna gav åtskilliga exempel på att de lade märke till sina automatiska tankemönster och kunde betrakta tankarna som "bara tankar".
- e) Förbättrade interpersonella relationer. P.g.a. att deltagarna kunde lugna ner sig i vissa situationer uppgav de att de kunde undvika en hel del bråk och upprörande situationer i sin närmiljö, t.ex. gentemot barnen.
- f) Levnadsvisdom. En mer andlig aspekt "att ta vara på livet" visades hos flera av deltagarna.

Något exempel på att mindfulness underlättar emotionell bearbetning kunde inte urskiljas ur deltagarnas egna kommentarer.

Metoddiskussion

Studien hade ett högt bortfall, sju av 16 (44 %) för själva mindfulness-träningen. I motsvarande studier är det vanligt med bortfall mellan tio till 50 %. Bortfall på 50 % redovisas av Astin et al. (2003) och Plews-Ogan et al. (2005). De studier, som visar lägst bortfall, var tydliga med hur de marknadsförde MBSR och att det krävde mycket eget arbete varje dag. Deltagare avråddes från att börja om ej tillräcklig motivation fanns. Följande studier redovisar därmed måttliga bortfall; Kabat-Zinn et al. (1985, 1987), Teasdale et al. (2000) samt Ma och Teasdale (2004). Baer (2003), som granskat 21 studier beskriver att personer med stressrelaterade problem fullföljde mindfulness-träningen i större utsträckning än patienter med långvarig smärta. Åsberg et al. (2006) beskriver att tidspress var en vanlig orsak till att ej fullfölja mindfulnesskurs vid Karolinska institutet samt att stressade personer har svårt att ta sig tid att genomföra program även om sådana aktiviteter skulle minska stressupplevelsen. I föreliggande studie informerades deltagarna visserligen om att egen träning krävdes, men de insåg nog inte hur mycket tid som erfordrades. Under smärtrehabiliteringen var personerna sjukskrivna till viss del för att delta i rehabiliteringen, men därefter hade de kommit i gång med arbete eller arbetsträning samtidigt som mindfulness-träningen pågick. Det blev därför för några en kombination av långvarig smärta och en stressig tillvaro, vilket troligtvis kan vara en anledning till avhopp. Den grupp, som genomgick mindfulness-träningen visade sig vara några år äldre i genomsnittligt medelvärde. De som var yngre kan ha upplevt en högre stress p.g.a. arbete och små barn i hemmet vilket omöjliggjorde deltagande.

En svaghet i denna studie var att det blev få deltagare i respektive grupp, vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser. För fortsatta studier rekommenderas större grupper.

Det är genomgående svårt i denna typ av studie av terapeutiska metoder att hitta relevanta kontrollgrupper. Många studier jämför med väntelista eller annan typ av intervention t.ex. medicinering eller psyko-edukationsgrupp. I föreliggande undersökning hade båda grupperna genomgått likartad smärtrehabilitering. Tidigare resultat-

redovisningar hade visat på försämring sett ur kliniskt perspektiv för perioden mellan utskrivning från smärtrehabilitering och till mätningen efter ett år. Numera visar NRS resultat att patienterna i högre grad vidmakthåller förbättringen. Denna utveckling medverkade säkert också till att denna studie inte fick några mätbara skillnader.

En allmän rekommendation i dessa sammanhang är, som författaren uppfattat det, att det inte rekommenderas att samma person både utför själva behandlingen och handhar insamlingen av material. I denna studie fanns dock ej andra möjligheter. Författarens inställning var från början att det inte skulle ha så stor betydelse. Min erfarenhet nu säger mig att det hade det. Från början var jag som instruktör själv mycket mindfull i mitt sinne. Jag hade övat själv drygt ett år. Ju längre tiden gick i själva träningen desto mindre mindfull i sinnet blev jag p.g.a. ett ökat stresstillstånd vad avser själva studiens administrativa delar med bortfall, instrument, statistik, redovisning, siffror och resultat m.m.

Kan mindfulness integreras i smärtverksamhet? Mindfulness-träningen uppskattades av deltagarna och flera framförde att de hoppades andra patienter skulle få samma möjlighet. Ett dilemma är dock att det krävs en speciell utbildning för att kunna leda grupper. Instruktörerna bör själva ha erfarenhet av mindfulness-träning. Enligt Åsberg (2006) finns inga certifierade MBSR-lärare i hela Skandinavien.

Vad händer på längre sikt? Meningen med mindfulness-träningskursen är att lära sig metoden för framtiden. Patienterna vid Smärtteamet i Karlshamn har haft smärtan länge, i genomsnitt drygt sex år. När man lärt sig mindfulness-meditation bör övningar pågå resten av livet (Kabat-Zinn, 1991/2004). Vad skulle resultatet bli om mätningar kunde göras om ett par år? Mer forskning behövs och speciellt longitudinella studier.

När det gäller smärtverksamheten i Karlshamn har vi redan börjat integrera delar av mindfulness-träningen i den ordinarie smärtrehabiliteringen och där upplevs den som givande både av patienter och personal. När tillfälle ges kommer vi att ha grupper med träning enligt denna studies koncept, men med utvalda deltagare. Kriterierna kommer

att vara aktivt sökande efter alternativ och praktisk möjlighet att delta samt att en extra rehabiliteringseffekt eftersträvas.

Slutsatser

Sammanfattningsvis kan sägas att den kvantitativa analysen inte visat någon signifikant förbättring för interventionsgruppen, som erhöll mindfulness-träning, i förhållande till jämförelsegruppen. En orsak till detta kan vara att det blev så få deltagare som genomförde mindfulness-träningen. En annan aspekt kan vara att interventionsgruppen mådde signifikant sämre i vissa avseenden före mindfulness-träningen t.ex. vad gäller smärta senaste veckan, samt med antydning till sämre värden ur klinisk synpunkt i andra variabler. Resultaten på variablerna känslomässig obalans och upplevd egenkontroll kan, vid en mycket försiktig tolkning, anses antyda en förbättring efter mindfulness-träningen, dock ej signifikant. Andra resultat visade signifikant försämring för interventionsgruppen t.ex. vad gäller fritidssituationen och kontakt med vänner och bekanta. Orsaken kan vara att mindfulness-träning kräver tid i början.

Ytterligare andra resultat, t.ex. tillfredsställelsen med livet i allmänhet, kunde vid jämförelse med NRS (2005) tolkas som att mindfulness-träningen inneburit en förbättring ur klinisk synvinkel, dock ej signifikant. En signifikant ökad förmåga till upplevelse av mindfulness i sinnet och en ökad förmåga till observation kunde ses hos interventionsgruppen. Vid en kvalitativ analys av patienternas egna bedömningar av mindfulness-träningen visades på terapeutiska effekter som t.ex. att deltagarna blivit lugnare, utvecklat en meta-kognitiv medvetenhet, lärt sig använda ”andrum” samt ”landa här och nu”. Sammanfattningsvis kan inslag av mindfulness-träning rekommenderas att kunna integreras i smärtrehabiliteringsprogram.

Referenslista

- Astin, J.A., Berman, B.M., Bausell, B., Lee, W-L., Hochberg, M., & Forys, K.L. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*, 30, 2257-2262.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bergström, G., Jensen, I.B., Bodin, L., Linton, S.J., Nygren, Å.L., & Carlsson, S.G. (1998). Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory – Swedish Language Version (MPI-S). *Pain*, 75, 101-110.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Bruckstein, D.C. (1999). *Effects of acceptance based and cognitive behavioral interventions on chronic pain management*. Hofstra University: Hempstead New York, 1-223.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Fugl-Meyer, A.R., Bränholm, I-B., & Fugl-Meyer, K.S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical Rehabilitation*, 5, 25-33.

- Fugl-Meyer, A.R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K.S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 239 – 246.
- Gullacksen, A-C. (1998). *När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Doktorsavhandling: Socialhögskolan i Lund.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Full catastrophe living, how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation* (15th ed). New York: Dell Publishing. (Första publicering 1991.)
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Croypley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Keefe, F.J., Rumble, M.E., Scipio, C.D., Giordano, L.A., & Perri, L.M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *Journal of pain*, 5, 195 – 211.
- Kerns, R.D., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Kåver, A. (2004). *Att leva ett liv, inte vinna ett krig. Om acceptans*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Lazar, S.W., Bush, G., Gollub, R.L., Fricchione, G.L., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, 11, 1581-1585.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lundh, L.G. (2005). "Mindfulness" i kognitiv terapi. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 393-402.
- Lundqvist, C., Sjösteen, A., Blomstrand, C., Lind, B., & Sullivan, M. (1991). Spinal cord injuries. Clinical, functional and emotional status. *Spine*, 16, 78-83.
- Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Main, C.J., Wood, P.L.R., Hollis, S., Spanswick, C.C., & Waddell, G. (1992). The Distress and Risk Assessment Method. A simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome. *Spine*, 17, 42-52.
- Mills, N., & Allen, J. (2000). Mindfulness of movement as a coping strategy in multiple sclerosis: A pilot study. *General Hospital Psychiatry*, 22, 425-431.
- National Institutes of Health. <http://www.clinicaltrials.gov>.
- Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS).
<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halsosjuk/Kvalitetsregister>.
- Plews-Ogan, M., Owens, J.E., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General internal medicine*, 20, 1136-1138.
- Rosenqvist, D., & Sand, J. (2006). *Mindfulnessbaserad rökavvänjning i grupp – en explorativ studie*. Psykologexamensuppsats Vol. VIII:04, Lunds universitet.
- Sagula, D., & Rice, K.G. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 333-342.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

- Speca, M., Carlson, L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Författare.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tooley, G.A., Armstrong, S.M., Norman, T.R., & Sali, A. (2000). Acute increases in night-time plasma melatonin levels following a period of meditation. *Biological Psychology*, 53, 69-78.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J.L., Floyd, A.R., Dedert, E.A., & Sephton, S.E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 297-307.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Åsberg, M., Sköld, C., Wahlberg, K., & Nygren, Å. (2006). Mindfulnessmeditation – nygammal metod för att lindra stress. *Läkartidningen*, 103, 3174-3177.
- 5 CD/1 DVD, *Mindfulness, övningar i sinnesnärvaro på svenska*: översatt från Mark Williams originalskivor (2005). Amfora training ab.

Pain Evaluation and Treatment Institute
University of Pittsburgh School of Medicine
MULTIDIMENSIONAL PAIN INVENTORY

Med hjälp av frågorna, som ställs i följande tre delar, vill vi försöka kartlägga värkproblemen ur din egen synvinkel. Detta är viktigt, eftersom du naturligtvis är den som vet mest om din egen värk. Frågorna har utformats för att täcka många olika typer av problem, som man av erfarenhet vet kan uppkomma som en följd av långvariga värkproblem. Besvara samtliga frågor !

Del 1

Den första delen innehåller ett antal frågor, som handlar om värk, och om hur man upplever värken och påverkas av den. **Ringa in den siffra, som bäst stämmer för dig.**

Ett exempel :

Hur rädd är du för att gå till tandläkaren ?

0	(1)	2	3	4	5	6
inte alls rädd						oerhört rädd

Om du inte är det minsta rädd för att gå till tandläkaren ska du ringa in siffran 0, och om du är extremt rädd ska du ringa in siffran 6. Siffrorna 1, 2, 3, 4 och 5 är mellanlägen. Om du till exempel är något lite rädd, kan du välja att sätta en ring kring siffran 1, på det sätt som gjorts i exemplet här ovan.

1. Hur ont har du just nu ?

0	1	2	3	4	5	6
inte alls ont						oerhört ont

2. Hur mycket påverkas vanligtvis dina dagliga aktiviteter av din värk ?

0	1	2	3	4	5	6
inte alls						oerhört mycket

3. Hur mycket tycker du att värken har förändrat din arbetsförmåga, om du jämför med tiden innan du fick ont ?

0	1	2	3	4	5	6
ingen förändring						mycket stor förändring

4. Hur stor förändring har värken inneburit för dig, när det gäller att ha glädje och utbyte av fritidssysselsättningar och sällskapsliv ?

0	1	2	3	4	5	6
ingen förändring						mycket stor förändring

5. Hur mycket stöd eller hjälp får du av dina närmaste (familj eller annan närstående), när du har ont ?

0	1	2	3	4	5	6
inget alls						oerhört mycket

6. Hur har du varit till humöret under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| mycket
nedstämd | | | | | | mycket
harmonisk |
7. Hur mycket påverkar värken dina möjligheter att få tillräckligt med sömn ?
- | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| sömnen påverkas
inte alls | | | | | | sömnen påverkas
i hög grad |
8. Hur Hur ont har du haft i genomsnitt under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls ont | | | | | | oerhört ont |
9. Vet du i förväg om värken kommer att öka eller minska ?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| vet inte alls | | | | | | vet precis |
10. Hur mycket har din värk påverkat dina möjligheter att delta i fritidsaktiviteter och sällskapliv ?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls | | | | | | oerhört mycket |
11. Hur mycket begränsar du dina aktiviteter för att värken inte ska bli värre ?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls | | | | | | i hög grad |
12. Hur mycket har din värk försämrat det utbyte och den glädje, du har av sådant du gör tillsammans med familj/vänner ?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls | | | | | | oerhört mycket |
13. Hur bekymrade är dina närmaste för, att du har ont ?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls
oroliga | | | | | | oerhört
oroliga |
14. Tycker du, att du har kunnat styra ditt dagliga liv under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| mycket dåligt | | | | | | mycket bra |
15. Hur mycket brukar din värk variera (öka eller minska) under en genomsnittlig dag ?
- | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| varierar
inte alls | | | | | | stora
variationer |
16. Hur mycket lider du på grund av din värk ?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls | | | | | | oerhört mycket |
17. Hur ofta lyckas du göra något, som minskar värken ?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| aldrig | | | | | | mycket ofta |

18. Hur mycket har värken förändrat dina relationer till dina närmaste ?
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ingen
förändring | | | | | | mycket stor
förändring |
19. Hur mycket har din värk påverkat den tillfredsställelse eller glädje, du får av ditt arbete ?
(Sätt ett kryss här om du inte arbetar.)
- | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte påverkat
alls | | | | | | påverkat
oerhört mycket |
20. Hur mycket hänsyn tar din familj (eller annan närstående) till, att du har ont ?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ingen hänsyn
alls | | | | | | mycket stor
hänsyn |
21. Hur bra har du kunnat ta itu med dina problem under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| mycket dåligt | | | | | | mycket bra |
22. Hur mycket tycker du, att du kan kontrollera din värk ?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls | | | | | | mycket bra |
23. Hur mycket har din värk förändrat dina möjligheter att utföra hushållsarbete ?
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ingen
förändring | | | | | | mycket stor
förändring |
24. Hur väl har du kunnat hantera stressande situationer under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| mycket dåligt | | | | | | mycket bra |
25. Hur mycket har värken försämrat dina möjligheter, att i förväg kunna planera vad du ska göra ?
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ingen
försämring | | | | | | stor
försämring |
26. Hur irriterad har du känt dig under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls
irriterad | | | | | | oerhört
irriterad |
27. Hur mycket har din värk påverkat dina relationer till vänner och bekanta ?
- | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte påverkat
alls | | | | | | mycket stor
påverkan |
28. Hur spänd eller orolig har du känt dig under den senaste veckan ?
- | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| inte alls spänd
och orolig | | | | | | oerhört spänd
och orolig |

Del 2

De frågor som följer här nedan anknyter till personen, som står dig närmast och är viktig för dig. Det har mindre betydelse hur regelbundet man råkas. Det är viktigt, när du besvarar frågorna på följande två sidor, att du avser någon särskild närstående.

Ringa in den siffra som bäst anger, **hur ofta** den närstående personen reagerar på det sätt som anges i frågan, när du har ont. Besvara alla frågor !

Sätt ett kryss här om du bor ensam.

1. Låtsas inte om det.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

2. Frågar vad han/hon kan göra för att hjälpa mig.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

3. Läser högt för mig.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

4. Blir irriterad på mig.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

5. Hjälper mig med sådant som jag egentligen skulle ha gjort själv.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

6. Pratar med mig för att få mig att tänka på något annat.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

7. Verkar sur och grinig.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

8. Försöker få mig att vila.

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

9. Försöker få mig att göra något.
0 1 2 3 4 5 6
Aldrig Mycket ofta
10. Blir arg på mig.
0 1 2 3 4 5 6
Aldrig Mycket ofta
11. Ger mig en värktablett.
0 1 2 3 4 5 6
Aldrig Mycket ofta
12. Uppmuntrar mig att syssla med något som jag tycker är roligt.
0 1 2 3 4 5 6
Aldrig Mycket ofta
13. Ger mig något att äta eller dricka.
0 1 2 3 4 5 6
Aldrig Mycket ofta
14. Sätter på TV:n eller radion för att jag ska få något annat att tänka på.
0 1 2 3 4 5 6
Aldrig Mycket ofta

Här följer en lista på aktiviteter, som kan påverkas av att man har ont. Hur ofta tycker du att du sysslar med var och en av dessa? Markera genom att ringa in någon av siffrorna. Besvara alla frågor!

1. Diskar :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

2. Klipper gräsmattan :

(Sätt ett kryss här om du inte har någon gräsmatta.)

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

3. Går ut och äter :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

4. Spelar kort eller andra sällskapsspel :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

5. Handlar mat :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

6. Arbetar i trädgården :

(Sätt ett kryss här om du inte har någon trädgård.)

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

7. Går på bio :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

8. Hälsar på vänner och bekanta :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

9. Städar :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

10. Arbetar med bilen :

(Sätt ett kryss här om du inte har någon bil.)

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

11. Tar en sväng med bilen :

(Sätt ett kryss här om du inte har någon bil.)

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

12. Besöker släktingar :

(Sätt ett kryss här om du inte har någon släkt inom 15 mil.)

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

13. Lagar mat :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

14. Tvättar bilen :

(Sätt ett kryss här om du inte har någon bil.)

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

15. Gör en utflykt :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

16. Tar en promenad :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

17. Tar hand om tvätten :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

18. Lagar sådant som gått sönder hemma :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

19. Umgås med familj och vänner :

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig						Mycket ofta

Till sist ber vi dig nämna annat, som du gör ganska ofta eller ofta, och som ej finns med bland ovanstående aktiviteter:

Ange med ett kryss på skalan hur Du upplever Ditt allmänna hälsotillstånd.



Markera med ett kryss på skalan hur ont Du har just nu.



Markera med ett kryss på skalan hur ont Du har haft i genomsnitt senaste veckan.



Ange med ett kryss på skalan hur trött Du känt Dig i genomsnitt senaste veckan.



Beskriv hur Du har känt dig under den senaste veckan genom att sätta ett kryss i lämplig ruta.

(MSPQ)

		Inte alls	Lite	Ganska mycket	Mycket/ kan inte vara värre
1	Torr i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Dimsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Svettas över hela kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Muskelryckningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Het/varm över hela kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Svaghets- svimningskänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Pirringar i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Värk i nackmusklerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Yr, svimningskänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Stramhetskänsla - som ett band över pannan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Svaghetskänsla i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Smärtor/ värk i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur tillfredsställd är Du med olika aspekter på Ditt liv ?

För var och en av dessa frågor vill vi att Du ringar in en siffra från 1 till 6.
1 betyder mycket otillfredsställande och 6 mycket tillfredsställande.

- 1 = Mycket otillfredsställande
2 = Otillfredsställande
3 = Ganska otillfredsställande
4 = Ganska tillfredsställande
5 = Tillfredsställande
6 = Mycket tillfredsställande

Livet är i allmänhet	1	2	3	4	5	6
Yrkes-/sysselsättnings- situationen är	1	2	3	4	5	6
Ekonomi är	1	2	3	4	5	6
Fritidssituationen är	1	2	3	4	5	6
Kontakterna med vänner och bekanta är	1	2	3	4	5	6
Sexuallivet är	1	2	3	4	5	6
Förmågan att klara mig själv är (gäller klädsel, tvätt/ bad, gångförmågan o dyl.)	1	2	3	4	5	6
Familjelivet är (har ej någon familj <input type="checkbox"/>)	1	2	3	4	5	6
Parförhållandet är (har ej något parförhållande <input type="checkbox"/>)	1	2	3	4	5	6
Kroppsliga hälsan är	1	2	3	4	5	6
Psykiska hälsan är	1	2	3	4	5	6

FRÅGOR OM HUR DU KÄNNER DIG

INSTRUKTIONER: Läs varje påstående och sätt ett kryss i rutan till vänster om det svar, som kommer närmast hur du känt dig under den senaste veckan. Fundera inte alltför länge. Det första svar som dyker upp är antagligen riktigare än ett svar som du funderat på länge. Svara på alla frågorna. Kryssa bara i en ruta för varje påstående!

1. Jag känner mig spänd eller "uppskruvad"
 - FÖR DET MESTA
 - OFTA
 - DÅ OCH DÅ
 - INTE ALLS
2. Jag uppskattar fortfarande samma saker som förut
 - PRECIS LIKA MYCKET
 - INTE RIKTIGT LIKA MYCKET
 - BARA LITE
 - NÄSTAN INTE ALLS
3. Jag känner mig rädd, som om något förfärligt håller på att hända
 - FÖR DET MESTA
 - OFTA
 - DÅ OCH DÅ
 - INTE ALLS
4. Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan
 - LIKA MYCKET SOM JAG ALLTID KUNNAT
 - INTE RIKTIGT LIKA MYCKET SOM FÖRUT
 - ABSOLUT INTE SÅ MYCKET SOM FÖRUT
 - INTE ALLS
5. Oroande tankar kommer för mig
 - MYCKET OFTA
 - OFTA
 - DÅ OCH DÅ
 - NÅGON ENSTAKA GÅNG
6. Jag känner mig glad
 - INTE ALLS
 - INTE SÅ OFTA
 - IBLAND
 - FÖR DET MESTA
7. Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd
 - ABSOLUT
 - OFTAST
 - INTE OFTA
 - INTE ALLS
8. Jag känner mig som om allting går trögt
 - NÄSTAN JÄMT
 - OFTA
 - IBLAND
 - INTE ALLS
9. Jag känner mig rädd, som om jag har "fjärilar i magen"
 - INTE ALLS
 - NÅGON GÅNG
 - RÄTT OFTA
 - MYCKET OFTA
10. Jag har tappat intresset för mitt utseende
 - HELT OCH HÅLLET
 - GANSKA MYCKET
 - LITET GRAND
 - INTE ALLS
11. Jag känner mig rastlös, som om jag måste vara på språng
 - VÄLDIGT MYCKET
 - EN HEL DEL
 - INTE SÅ MYCKET
 - INTE ALLS
12. Jag ser fram emot saker och ting med glädje
 - LIKA MYCKET SOM JAG ALLTID GJORT
 - NÅGOT MINDRE ÄN JAG BRUKADE
 - KLART MINDRE ÄN JAG BRUKADE
 - NÄSTAN INTE ALLS
13. Jag får plötsliga panikkänslor
 - MYCKET OFTA
 - GANSKA OFTA
 - INTE SÅ OFTA
 - INTE ALLS
14. Jag kan njuta av en bra bok, eller ett bra radio- eller TV-program
 - OFTA
 - IBLAND
 - INTE SÅ OFTA
 - MYCKET SÄLLAN

Tilläggsfrågor:

Har Din rehabiliteringsperiod förändrat Din smärtupplevelse?

- I hög grad minskat smärtupplevelsen
- I viss mån minskat smärtupplevelsen
- Ej påverkat smärtupplevelsen
- I viss mån ökat smärtupplevelsen
- I hög grad ökat smärtupplevelsen

Har Din rehabiliteringsperiod förändrat Din förmåga att hantera livssituationen i stort?

- I hög grad förbättrats
- I viss mån förbättrats
- Ingen förändring
- I viss mån försämrats
- I hög grad försämrats

KIMS

Din uppgift är att bedöma hur ofta de nedanstående påståendena stämmer in på dig. Skriv den siffran på den tomma raden som stämmer bäst med din egen uppfattning om hur det i allmänhet är för dig.

1	2	3	4	5
Stämmer aldrig eller mycket sällan	Stämmer sällan	Stämmer ibland	Stämmer ofta	Stämmer mycket ofta eller alltid

- _____ 1. Jag noterar förändringar i min kropp, som t ex om min andning blir långsammare eller snabbare.
- _____ 2. Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor.
- _____ 3. När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad.
- _____ 4. Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga.
- _____ 5. Jag är uppmärksam på om mina muskler är spända eller avslappnade.
- _____ 6. Jag har lätt för att formulera mina uppfattningar, åsikter och förväntningar i ord.
- _____ 7. När jag gör något är jag bara fokuserad på det jag gör, inget annat.
- _____ 8. Jag har en benägenhet att fundera över om mina uppfattningar är riktiga eller felaktiga.
- _____ 9. När jag går är jag medvetet uppmärksam på hur det känns att röra kroppen.
- _____ 10. Jag är bra på att komma på ord som beskriver mina sinnesförmimmelser, t ex av hur saker smakar, luktar och låter.
- _____ 11. Jag handlar ”automatiskt” utan att vara uppmärksam på det jag gör.
- _____ 12. Jag säger till mig själv att jag inte borde känna på det sätt jag gör.
- _____ 13. När jag tar en dusch eller ett bad så är jag uppmärksam på förmimmelserna av vatten på min kropp.
- _____ 14. Det är svårt för mig att hitta ord för att beskriva vad jag tänker.
- _____ 15. När jag läser fokuserar jag all min uppmärksamhet på det jag läser.
- _____ 16. Jag tycker att en del av de tankar jag har är onormala eller dåliga, och att jag inte borde tänka på det sättet.
- _____ 17. Jag noterar hur mat och dryck påverkar mina tankar, kropps-förmimmelser och känslor.
- _____ 18. Jag har problem med att komma på de rätta orden för att uttrycka vad jag tycker om saker och ting.
- _____ 19. När jag gör saker blir jag helt uppslukad av dem och tänker inte på något annat.
- _____ 20. Jag gör bedömningar av om mina tankar är bra eller dåliga.
- _____ 21. Jag är uppmärksam på sinnesförmimmelser, som t ex av vinden i mitt hår eller solen på mitt ansikte.

1	2	3	4	5
Stämmer aldrig eller mycket sällan	Stämmer sällan	Stämmer ibland	Stämmer ofta	Stämmer mycket ofta eller alltid

- ____ 22. När jag har en förnimmelse i kroppen är det svårt för mig att beskriva den eftersom jag inte kan hitta de rätta orden.
- ____ 23. Jag är ouppmärksam på det jag gör på grund av att jag dagdrömmer, oroar mig eller är distraherad på andra sätt.
- ____ 24. Jag har en benägenhet att göra bedömningar av hur värdefulla eller värdelösa mina upplevelser är.
- ____ 25. Jag är uppmärksam på ljud, som t ex klockors tickande, fågelkvitter och passerande bilar.
- ____ 26. Även när jag är fruktansvärt upprörd kan jag hitta ett sätt att uttrycka det i ord.
- ____ 27. När jag utför hushållssysslor, som städning och tvätt, brukar jag dagdrömma eller tänka på andra saker.
- ____ 28. Jag säger till mig själv att jag inte borde tänka på det sätt jag tänker.
- ____ 29. Jag lägger märke till hur saker luktar och smakar.
- ____ 30. Jag håller mig avsiktligt medveten om mina känslor.
- ____ 31. Jag har en benägenhet att göra flera saker samtidigt snarare än att fokusera på en sak i taget.
- ____ 32. Jag tänker på en del av mina känslor som dåliga eller olämpliga och att jag inte borde känna dem.
- ____ 33. Jag uppmärksammar detaljer i konstverk och i naturen, som färger, former, texturer, ljus och skugga.
- ____ 34. Jag har en naturlig benägenhet att sätta ord på mina upplevelser.
- ____ 35. När jag arbetar med något är en del av mig sysselsatt med att tänka på annat, som t ex vad jag ska göra senare eller andra saker som jag hellre skulle vilja ägna mig åt.
- ____ 36. Jag ogillar mig själv när jag har irrationella idéer.
- ____ 37. Jag är uppmärksam på hur mina känslor påverkar mina tankar och beteenden.
- ____ 38. Jag blir fullkomligt absorberad av det jag gör, så att all min uppmärksamhet fokuseras på det.
- ____ 39. Jag lägger märke till när mitt humör börjar förändras.

Namn:

Datum:

Sätt en siffra på hur viktig denna kurs har varit för Dig från 1-10, där 1 betyder inte alls viktig och 10 betyder extremt viktig.

Sätt en siffra i rutan.

Varför satte Du just den siffran?

Förklaring:



Specialistrehab
Smärtteamet
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn

Pers nr: _____

Namn: _____

INFORMATION OM NATIONELLT REGISTER INOM SMÄRTREHABILITERING, NRS

Specialistrehab, smärtteamet i Karlshamn tar del i ett nationellt register för smärtrehabilitering. Syftet med registret är att kunna utvärdera den rehabilitering/behandling som erbjuds här och kunna jämföra med andra enheter i Sverige. Genom utvärdering kan man förbättra kvaliteten. Vi behöver din hjälp och ditt samtycke för att samla in nödvändiga data. Det innebär att fylla i ett formulär innan, omedelbart efter samt 1 år efter avslutad rehabilitering/bedömning här vid smärtteamet. Uppgifterna sekretessbehandlas liksom övriga journalhandlingar. Statistisk bearbetning kommer att ske för att se om rehabilitering leder till ökad livskvalitet och/eller ökad arbetsförmåga. För det senare sker samkörning med Riksförsäkringsverket. Redovisning av data sker på gruppnivå, alltså kan inga enskilda individer urskiljas efter bearbetning.

**Jag har informerat och förvissat mig om att patienten förstår
innebörden av ovanstående:**

Personal: _____ **Datum:** _____

Jag samtycker till att ingå i smärtregistret:

Patient: _____ **Datum:** _____



Smärtteamet
Karlshamns lasarett

Kallelse till Mindfulness/Medveten Närvaro kursen

Du är välkommen till enskild information om kursen till kurator
Ann-Christin Francke, smärtteamet

Den 2006 klockan

Kursen är sammanlagt 8 gånger, varje onsdag eftermiddag på specialistrehab,
smärtteamet Karlshamn.

Klockan: 14:00—16:00

Datum: 25/10—13/12 2006

Anmäl Dig i receptionen vid Elfsbergsgårdens entré. Du ska inte betala för
besöket eller kurstillfällena eftersom dessa ingår i en studie.

Landstinget Blekinge erbjuder avgiftsfri sjukresa med Kustbussen linje 500, 600
och 635.

Vid resa till sjukvårdsinrättning skall kallelsen uppvisas och vid återresa efter
öppenvårdsbesöket skall vårdkvittot uppvisas för chauffören. Tidtabell kan
erhållas på telefon 0455 – 569 00.

OBS! Ring om Du inte kan komma. Du når oss på 0454 – 73 20 60, säkrast
mellan 08:00-12:00. Du kan lämna meddelande på telefonsvararen dygnet runt,
glöm ej ange namn och personnummer.

Välkommen!

Landstinget Blekinge

Specialistrehab
Smärteamet
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn
Internet: www.ltblekinge.se

Besöksadress:

Länsmansvägen 1

E-post:

Postgiro:

Telefon: 0454-732060

Fax: 0454-732055

Org.nr: 232100-0081



Smärtteamet
Karlshamns lasarett

Information till Dig som fått erbjudande att delta i Mindfulness/Medveten Närvaro-träning hösten 2006

Deltagandet innebär att Du är med i en studie för att mäta effekten av träningen på välbefinnandet i förhållande till Din smärtproblematik.

Mindfulness handlar om att vara närvarande i nuet. Det är i nuet vi lever, det förflutna är förbi och framtiden har ännu inte inträffat. Det låter enkelt, men kräver träning. Den som tränar regelbundet kan bli bättre rustad att möta vardagens stress och utmaningar. Att leva med en långvarig smärtproblematik är i sig självt ett stresstillstånd, men utgör också en känslighet för livets andra påfrestningar.

Mindfulness är en meditationsteknik som är vetenskapligt prövad bl. a. i USA på personer med långvarig smärta och/eller stress och i England för att förhindra återinsjuknande i depression. Metoden används inom många olika problemområden idag i Sverige. Samtidigt vilar den på en erfarenhet inom österländsk historia som sträcker sig tusentals år tillbaka i tiden.

Träning i mindfulness eller övningar i sinnensnärvaro handlar till stor del om att meditera. Det ingår också en variant av yoga. Övningarna kan hjälpa Dig att bli mer närvarande i nuet, öka Ditt välbefinnande och Din balans i tillvaron. Träningen kan vara ett sätt för Dig att hitta tillbaka till Dig själv och det som är viktigt i Ditt liv. För om Du inte lever här och nu – när ska Du då göra det?

Som Du fick information om vid samtalet/tel kommer Du att ingå i en grupp på 8-9 personer som kommer att erbjudas mindfulnesssträning. Vi kommer att träffas åtta gånger, två timmar/gång, onsdagar från klockan 14-16.

Datum: onsdag 25/10 – onsdag 13/12.

Det är viktigt att försöka komma varje gång.

Du åtar Dig också att träna hemma med hjälp av CD-skivor Du får låna av oss mellan gångerna vi träffas.

Landstinget Blekinge

Specialistrehab
Smärtteamet
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn
Internet: www.ltblekinge.se

Besöksadress:
Länsmansvägen 1

E-post:

Postgiro:

Telefon: 0454-732060
Fax: 0454-732055
Org.nr: 232100-0081



Smärtteamet
Karlshamns lasarett

Eftersom den här träningen ingår i ett forskningsprojekt, som ingår i Ann-Christins utbildning i Lund, ingår det också en utvärdering av träningens effekter på välbefinnandet. Vi kommer att använda oss av de frågeformulär Du redan lämnat Ditt godkännande till d v s Nationella Smärtregistret samt något tillägg.

Om Du väljer att medverka i undersökningen/träningen har Du rätt att avbryta när Du vill, vilket inte påverkar Dina kontakter med sjukvården för övrigt.

Du är hjärtligt välkommen!

Ann-Christin Francke
Kurator och projektansvarig
ann-christin.francke@ltblekinge.se

Karin Nilsson
Leg arbetsterapeut
karin-a.nilsson@ltblekinge.se

Handledare:
Jan-Åke Jansson
Lunds Universitet
Institutionen för psykologi
Jan-Ake.Jansson@psychology.lu.se

Landstinget Blekinge

Specialistrehab
Smärtteamet
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn
Internet: www.ltblekinge.se

Besöksadress:
Länsmansvägen 1

E-post:

Postgiro:

Telefon: 0454-732060
Fax: 0454-732055
Org.nr: 232100-0081

SAMTYCKE

Undertecknad har fått information om erbjudande att delta i Mindfulness/Medveten närvaro-träning till hösten 2006.

Till stor del kommer utvärderingen att bygga på de data som redan samlats in via Nationella Smärtregistret.

Utöver det samtycker jag till att svara på något annat formulär.

Uppgifterna behandlas med anonymitet och konfidentialitet. Statistisk bearbetning kommer att ske för att se om träningen leder till bl a ökad livskvalitet.

Redovisning av data sker på gruppnivå, alltså kan inga enskilda individer urskiljas efter bearbetning.

Jag samtycker till att delta i mindfulness-träningen och till den ovan beskrivna utvärderingen.

Namn: _____

Datum: _____

MINDFULNESSTRÄNING I GRUPP

Ett 8-veckors träningsprogram översatt från Mark Williams bok –
Mindfulness-based Cognitive Therapy.

Översatt av Ann-Christin Francke som en del av kognitiv och
beteendeorienterad psykoterapeut-utbildning 2004-2007

Lunds universitet

Tema gång 1: Autopiloten
Tema gång 2: Hinder
Tema gång 3: Andningen
Tema gång 4: Vara närvarande – i nuet
Tema gång 5: Tillåta/Låta vara
Tema gång 6: Tankar är inte fakta
Tema gång 7: Ta hand om Dig själv
Tema gång 8: Avslutning/Träning i framtiden

Kursmaterialet i sin helhet kan erhållas efter kontakt med författaren via mail:
ann-christin.francke@ltblekinge.se