

Att hantera långvarigt lidande

- effekter av Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)

vid besvär av tinnitus

Lunds Universitet

Socialhögskolan

Masteruppsats i socialt arbete, 30 hp

Våren 2015



Författare: Catherine Höij

Handledare: Helena Hansson

Examinator: Malin Arvidson

Abstract

Author: Catherine Höij

Title: Coping with long-term suffering - Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on tinnitus distress

Year: 2015

Supervisor: Helena Hansson

Assessor: Malin Arvidson

Aim: To investigate whether the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program increases mindfulness skills, reduces tinnitus distress and whether there is any correlation between them for the 71 respondents in the study.

Methods: Out of 71 respondents with tinnitus distress starting the program between 2010 and 2014 at the Hearing unit for adults in Malmö (Sight, Hearing and Deafness Division, Department of the Habilitation and Assistive Technology Services, Region Scania, Sweden), 52 respondents (42 women and 10 men) completed MBSR and filled out the questionnaires before and after MBSR. 43 of the respondents (33 women and 10 men) also completed the questionnaires 6 months after MBSR. Tinnitus Handicap Inventory (THI), Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and a questionnaire specifically designed for this study were compared.

Results: Scores on the FFMQ and THI showed statistically significant and clinically meaningful improvement with a mean Δ FFMQ (mindfulness skills) of +12,7 and mean Δ THI (tinnitus distress) of -9,1 between baseline and 6 months after MBSR ($p < 0,0005$). Results of the correlation analysis showed a tendency for negative correlation between FFMQ and THI, indicating tendency that increased mindfulness skills correlates to decreased tinnitus distress. The specifically designed questionnaire showed that 85 % of the respondents after MBSR and 79 % of the respondents 6 months after MBSR experienced mindfulness as a way of coping with tinnitus. 98 % of the respondents after MBSR and 88 % of the respondents 6 months after MBSR experienced mindfulness as a way of coping with stress. 98 % of the respondents after MBSR and 91 % of the respondents 6 months after MBSR intended to continue mindfulness training.

Conclusion: Participation in an MBSR program is associated with increased mindfulness skills, decreased tinnitus distress and motivation for continuous mindfulness training. This study provides preliminary evidence that MBSR may be a promising intervention for intrusive tinnitus and its comorbid symptoms. However further investigation with randomized controlled trial using FFMQ, THI or Tinnitus Functional Index is required.

Keywords: Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR, mindfulness, stress, tinnitus.

Förkortningslista

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
bl.a.	bland annat eller bland andra
ca	cirka
CfMS	Center for Mindfulness in Sweden
d.v.s.	det vill säga
eng.	på engelska språket
ex.	exempel eller exempelvis
FFMQ	Five Facets of Mindfulness Questionnaire
FoU	Forsknings- och Utvecklingsenheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.
HRF	Hörselskadades Riksförbund
KBT	Kognitiv beteendeterapi
MBSR	Mindfulnessbaserad stressreduktion
MBT	Mindfulnessbaserade terapier
m.fl.	med flera
p.g.a..	på grund av
s.	sida eller sidan
s.k.	så kallad(e) eller så kallat
t.ex.	till exempel
THI	Tinnitus Handicap Inventory
Tinnitus grad I	Personen upplever ljud som inte är ständigt närvarande. Personen kan utan större besvär koppla bort tankarna på tinnitus när det uppträder.
Tinnitus grad II	Personen upplever ett ständigt närvarande ljud. I vissa situationer kan personen koppla bort tankarna på tinnitus, men i andra situationer, exempelvis vid läsning eller insomning, är det svårt eller omöjligt att koppla bort tankarna på det.
Tinnitus grad III	Personen upplever ett ständigt närvarande ljud, kan aldrig koppla bort tankarna på det och besväras ständigt av det.
TRT	Tinnitus Retraining Therapy
VAS	Visual Analogue Scale. I föreliggande studie användes VAS som ett psykometriskt mätinstrument där respondenterna på en streckad linje mellan ändarna 0 och 10, ombads kryssa i sin subjektiva uppfattning av nivån på besvär med mående, besvär av tinnitus, stress, koncentrations- och sömnsvårigheter, se bilaga 5.

Figur- och tabellförteckning

Flödesschema 1, s. 26	MBSR:s effekter på besvär av tinnitus.
Flödesschema 2, s. 43	Modell över bortfallet av respondenter.

Histogram 1, s. 44	Åldersfördelningen bland respondenterna.
Histogram 2, s. 44	Antal år som respondenterna haft besvär av tinnitus.

Lådagram 1, s. 45	Resultat av FFMQ före, efter respektive sex månader efter MBSR.
Lådagram 2, s. 84 (bilaga 6)	Lådagram med 43 respondenters resultat av FFMQ före, efter respektive sex månader efter MBSR.
Lådagram 3, s. 47	FFMQ:s fem fasetter före, efter respektive sex månader efter MBSR.
Lådagram 4, s. 48	THI före, efter respektive sex månader efter MBSR.

Spridningsdiagram 1, s. 51	Sambandet mellan resultaten av THI och FFMQ, före MBSR.
Spridningsdiagram 2, s. 85 (bilaga 7)	Sambandet mellan resultaten av THI och FFMQ, efter MBSR.
Spridningsdiagram 3, s. 85 (bilaga 7)	Sambandet mellan resultaten av THI och FFMQ, 6 mån efter MBSR.

Tabell 1, s. 46	Paired t-test av FFMQ före, efter respektive sex månader efter MBSR.
Tabell 2, s. 47	FFMQ:s fem fasetter före, efter respektive sex månader efter MBSR.
Tabell 3, s. 48	THI före, efter respektive sex månader efter MBSR.
Tabell 4, s. 49	Resultat av THI fråga för fråga.
Tabell 5, s. 52	Bivariat regressionsanalys över FFMQ och THI.
Tabell 6, s. 53	Gradering med VAS i studiespecifika mätinstrumentet.
Tabell 7, s. 53	Resultat av frågorna i studiespecifika mätinstrumentet.

Förord

Resan med denna masteruppsats påbörjades januari 2010. Som kurator på Hörselenheten vuxna i Malmö inom Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne, höll jag då på att, tillsammans med kuratorskollegan Marie-Louise Grahn, skriva en rapport om det rehabiliteringsprogram med inriktning mindfulness som vi 2009 hade erbjudit en grupp på sju personer med tinnitus på enheten (Höij & Grahn, 2010). Tanken med min masteruppsats var från början en mindre undersökning kring effekterna som medveten närvaro kunde innebära för personer med besvär av tinnitus, men projektet har successivt vuxit genom åren. Marie-Louise Grahn och jag uppgraderade programmet till Mindfulnessbaserad stressreduktion, MBSR, som vi erbjöd för första gången för en grupp på åtta personer med tinnitus på enheten under hösten 2010 (Höij & Grahn, 2012). Med tillstånd av respondenterna, Habilitering & Hjälpmedel och Marie-Louise Grahn ingår materialet från den sistnämnda rapporten som en del i denna mer omfattande studie. Förutom det nämnda materialet, bestående av respondenternas besvarade mätinstrument 2010, är föreliggande studie nyskriven.

Detta arbete har varit möjligt att genomföra tack vare min familj, framför allt Fredrik och vår dotter Signe som titt som tätt glatt och uppmuntrande frågat ”Pluggar du nu mamma?”. Jag vill rikta ett stort tack till min handledare Helena Hansson som, trots mina tidvis frånvarande perioder då jag arbetat intensivt med uppsatsen, alltid funnits till hands och snabbt kunnat svara på frågor. Jag vill också tacka Lars Wahlgren för att han kort efter Trettondagsafton hastigt tog emot på sitt kontor och gav givande handledning i SPSS.

Slutligen vill jag rikta ett varmt tack till mina MBSR-lärare Florence Meleo Meyer och Camilla Sköld, till mina kuratorskollegor Marie-Louise Grahn och Marianne Sörensen som tillsammans med mig arrangerat MBSR under de gångna åren, till alla respondenter som deltagit i MBSR och besvarat mätinstrumenten som ligger till grund för denna studie samt till Hörselenheten vuxna och FoU-enheten på Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.

Innehållsförteckning

Abstract.....	2
Förkortningslista.....	3
Figur- och tabellförteckning.....	4
Förord	5
Innehållsförteckning	6
Inledning.....	8
Syfte och frågeställningar	9
Bakgrund	10
Tinnitus.....	10
Besvär av tinnitus	10
<i>Primära konsekvenser av tinnitus</i>	<i>11</i>
<i>Sekundära konsekvenser av tinnitus</i>	<i>12</i>
Tinnitusrehabilitering	13
<i>Medicinsk, audiologisk och pedagogisk tinnitusrehabilitering</i>	<i>14</i>
<i>Psykosocial tinnitusrehabilitering</i>	<i>15</i>
Coping.....	16
Acceptans.....	18
Medveten närvaro.....	21
<i>Mindfulnessbaserad stressreduktion.....</i>	<i>22</i>
<i>Effekter av Mindfulnessbaserad stressreduktion</i>	<i>23</i>
Teoretisk utgångspunkt	25
Metod.....	27
Material och tillvägagångssätt.....	27
<i>Respondenter.....</i>	<i>27</i>
<i>Testmiljö - Hörselenheten vuxna i Malmö</i>	<i>28</i>
<i>Urval och kvalitetsgranskning</i>	<i>28</i>
<i>Bortfall</i>	<i>29</i>
<i>Forskningsetiska överväganden.....</i>	<i>30</i>
Beroende variabler	31
Mätinstrument	31
<i>Five Facets of Mindfulness Questionnaire</i>	<i>31</i>
<i>Tinnitus Handicap Inventory</i>	<i>32</i>
<i>Studiespecifikt mätinstrument</i>	<i>32</i>
Databearbetning	33
Validitet och reliabilitet.....	33
<i>Intern validitet.....</i>	<i>33</i>
<i>Extern validitet.....</i>	<i>35</i>
<i>Reliabilitet.....</i>	<i>36</i>
Generaliserbarhet	37
Metoddiskussion	38
<i>Svagheter med den valda metoden.....</i>	<i>39</i>
<i>Styrkor med den valda metoden.....</i>	<i>41</i>
Resultat och Analys.....	42

Beskrivning av deltagarna	42
<i>Bakgrundsvariabler</i>	43
<i>Bortfallsanalys</i>	45
Effektmätning med Five Facets of Mindfulness Questionnaire	45
<i>Effektmätning uppdelat på fasetterna</i>	46
Effektmätning med Tinnitus Handicap Inventory	48
<i>THI global skala</i>	48
<i>THI fråga för fråga</i>	49
Sambandsanalys FFMQ och THI	51
Bivariat regressionsanalys	52
Effektmätning med studiespecifikt mätinstrument	52
<i>Visual Analogue Scale</i>	52
<i>Studiespecifika tilläggsfrågor</i>	53
Sammanfattande analys	54
Avslutande diskussion	56
Referenser	59
Bilagor	69
Bilaga 1: Översikt över remisser till Hörselenheten vuxna i Region Skåne.....	69
Bilaga 2: Forsknings- och utvecklingsenhetens följebrev	71
Bilaga 3: Hörselenheten vuxnas följebrev	72
Bilaga 4: Påminnelsebrev	73
Bilaga 5: Mätinstrument 1, 2 och 3	74
Bilaga 6: Effektmätning med Five Facets of Mindfulness Questionnaire (n=43).....	84
Bilaga 7: Sambandsanalyser av THI och FFMQ.....	85
Bilaga 8: Hörselenheten vuxna.....	86

Inledning

De flesta erfar kortare eller längre perioder av lidande i livet. Inom det sociala arbetets fält kan man komma i kontakt med olika former av långvarigt lidande. Oavsett om lidandet bottnar i ekonomiska eller familjemässiga bekymmer, beroendeproblematik, medicinska besvär eller något annat, kan det leda till stress, oro, nedstämdhet, sömn- eller koncentrations-svårigheter som personen behöver hitta någon form av *coping* för, d.v.s. strategi att hantera.

”Det fräser, det brusar, det gnisslar, det brummar, det tjuiter, det piper, det susar, det ringer, det vrålar, det viskar, det skramlar, det tutar, det knäpper, det kvittrar...” (Hörselskadades Riksförbund [HRF] INFO, 2013, s. 22). Så kan personer som har tinnitus beskriva de ljud som ständigt hörs i öronen. I mötet med primärvårdsläkare är det inte ovanligt att hen får höra: ”Det finns tyvärr ingen behandling mot tinnitus, du får lära dig leva med ljudet.” Men hur lär jag mig leva med ljudet och de besvär som kan följa av tinnitus? Flera drar sig successivt undan sociala kontakter, får kanske byta yrke från t.ex. musiker eller förskollärare och upplever sorg över att inte längre kunna njuta av avkoppling och stillhet i tystnad. Liksom andra former av långvarigt lidande, kan tinnitus leda till stress, sömn- och koncentrations-svårigheter samt olika grader av ångest och depression.

Hörselkuratorn Gullacksens (1986) forskning visade redan för trettio år sedan att vissa personer med tinnitus förmedlar starka rop på hjälp, förtvivlan och ibland resignation. Sedan 2009 har antalet personer som söker hjälp för sina besvär av tinnitus på Hörselenheten vuxna inom Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne, ökat med 54 % (se bilaga 1). Den successiva ökningen behöver dock inte betyda att fler i samhället lider av tinnitus utan ökningen kan bero ett tydligare uppdrag att erbjuda tinnitusrehabilitering, vilket kan göra att fler söker sig till enheten, samt att den administrativa klassifikationskoden för tinnitus används allt flitigare när det är *det* symtomet personen söker hjälp för, oavsett grad av hörselnedsättning. Då rehabiliteringsinsatserna ofta kräver långvariga kontakter, flera vårdkategorier samt att behovet kanske ökar, är det av vikt att utvärdera och kanske utveckla rehabiliteringsformerna.

I mitt arbete som kurator på Hörselenheten vuxna i Malmö, har det blivit tydligt att några ur målgruppen troligtvis skulle vara behjälpta av något komplement till den traditionellt erbjudna tinnitusrehabiliteringen. Mina funderingar har kretsat kring om den ibland syftat till att minska reaktionerna på tinnitus. Och att det kanske för vissa i målgruppen, som inte upplevt att reaktionsminskning uppnåtts genom rehabiliteringen och som tagit till sig att det sällan finns någon tablett eller ”quick fix” som botar tinnitus, istället hade fungerat att inbjudas till att pröva *acceptera* reaktionerna och besvären som tinnitus kan ge upphov till. I relation till

detta har bland annat Hörselskadades riksförbund, HRF (INFO, 2013) efterfrågat mer acceptansinriktade behandlingar. Inledningsvis kan det dock upplevas svårt att rikta strålkastarljuset i rehabiliteringen direkt till tinnitus, reaktionerna på och besvären av den, med ett förhållningssätt präglad av *acceptans av* (snarare än fokus på *att minska*) reaktionerna på tinnitus och de besvär den ger upphov till.

Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) är ett gruppbaserat rehabiliteringsprogram som inriktar sig just på träning i att uppmärksamma såväl behagliga som obehagliga reaktioner i kroppen (utan att vanemässigt varken döma eller reagera på dem), stressreduktion, acceptans och ett för många annorlunda förhållningssätt till lidande. Mindfulness, eller medveten närvaro på svenska, kan upplevas som något som ligger i tiden då det allt oftare nämns i media och har börjat integreras och tillämpas inom socialt arbete (Hilte, 2014). Ligger det något i denna trend? Har medveten närvaro potential att lätta på människors långvariga lidande (vilket tinnitus kan innebära för vissa)? Att meditationsträning har flyttat in innanför landstingets väggar, är en följd av den ökade efterfrågan på komplementära och mer holistiska behandlingsmetoder hos personerna med tinnitus och brukarföreningarna. Framför allt av de personerna där biomedicinen inte kunnat ge lindring av besvären av tinnitus (Lupton, 2012).

Sedan 2010 erbjuder Hörselenheten vuxna i Malmö MBSR till personer med besvär av tinnitus. När personerna själva och externa vårdinstanser efterfrågar argument för MBSR och undrar om rehabiliteringen hjälper vid tinnitus, finns det begränsat med forskningsunderlag att luta sig på som visar att medveten närvaro kan fungera som redskap att hantera besvär av tinnitus (Gans, O'Sullivan & Bircheffs, 2013; Höij & Grahn, 2010; Höij & Grahn, 2012; Philippot et al., 2012; Roland et al., 2015; Sadlier, Stephens & Kennedy, 2008). Hypotesen för denna studie lyder (H₁):

MBSR ökar graden av medveten närvaro, ökar aspekterna av välmående och lindrar besvären av tinnitus. Samband råder mellan graden av medveten närvaro och besvär av tinnitus.

Syfte och frågeställningar

Utifrån ovanstående hypotes är syftet med studien att undersöka om MBSR minskat besvären av tinnitus hos de 52 respondenter, på Hörselenheten vuxna i Malmö, som ingår i studien.

- Ökar MBSR deras grad av medveten närvaro?
- Minskar MBSR deras besvär av tinnitus?
- Finns det något samband mellan deras ökade grad av medveten närvaro och minskade grad av besvär av tinnitus?

Bakgrund

Detta avsnitt syftar till att ge en bakgrund till några begrepp som anses centrala för denna studie, nämligen tinnitus, besvär av tinnitus, tinnitusrehabilitering och Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) samt ge en översikt över forskningen inom området.

Tinnitus

Tinnitus kommer av latinska ordet *tinnire* som betyder *att ringa* (Baguley et al., 2013). I Jastreboff och Hazells (2004) definition av tinnitus tilläggs, förutom förnimmelsen av ljud, avsaknaden av yttre stimulering. Nationalencyklopedin definierar tinnitus som: ”ett endast av personen själv upplevt ljud som kan vara pipande, tonliknande eller brusande. Ca 15 % av befolkningen har tinnitus” (Tinnitus (Nationalencyklopedins hemsida), 2014). Enligt Zetterqvist et al. (2013) har 15 % av svenska befolkningen tinnitus ofta eller alltid, och 1-3 % har plågsam tinnitus. Juul, Barrenäs och Holgers studie (2012) i Göteborg visade att antalet skolbarn med tinnitus ökade kraftigt mellan 1997 och 2004, oavsett om de hade hörselnedsättning eller inte. Detta kan vara ett tecken på att tinnitus ökar, åtminstone avseende den svenska befolkningen. Både ur mänsklig och samhällsekonomisk synvinkel är det angeläget att rehabiliterings-insatser vid tinnitus utvärderas och utvecklas.

Tinnitus är ingen sjukdom utan ett *symtom* (Andersson, 2000a) som uppkommer någonstans i hörselsystemet. Förutom örat, som otvetydigt är inblandat i processen hur tinnitus uppstår, behöver också centrala auditiva såväl som icke-auditiva (framför allt limbiska, autonoma och retikulära) nervsystemen tas i beaktande (Baguley et al., 2013). Förutom öronmedicinska (t.ex. hörselskador, infektioner i hörselsystemet och öronsjukdomar) och läkemedelsbaserade orsaker, kan tinnitus uppstå eller påverkas av bettfysiologiska orsaker, muskelspänningar (kanske till följd av stress, ångest eller depression), pisksnärtskador och blodcirkulationsförändringar.

Besvär av tinnitus

Tinnitus kan påverka flera funktionsförmågor, vilket ibland även nedsätter arbetsförmågan delvis eller helt (Andersson, 2000a). Upprepade studier har visat att karaktären av tinnitus (volym, frekvens, ljudbild etc.) har mycket liten eller ingen korrelation med besvärsgraden av tinnitus (Andersson, 2000a; Coles, 2000; Henry & Meikle, 2000). Skillnaderna mellan personers lidande till följd av tinnitus verkar istället bero på den varierande graden av medföljande symtom och psykosociala konsekvenser (Kreuzer, Vielsmeier & Langguth, 2013). Tinnitus kan leda till bl.a. sömn- och koncentrationssvårigheter, ökad oro, förhöjd muskulär spänningsnivå, depressions- och ångestsymtom och/eller symtom på stress

(Andersson, 2000a; Grahn & Josefsson, 2009; Halford & Andersson, 1991; Hallam, 1990; Tyler & Baker, 1983). Liksom på många andra platser, nationellt och internationellt, använder Hörselenheten vuxna, Region Skåne, Klockhoff och Lindbloms (1967) tregradiga skala för att bedöma omfattningen av besvär av tinnitus:

- Grad I: Personen upplever ljud som inte är ständigt närvarande. Personen kan utan större besvär koppla bort tankarna på tinnitus när det uppträder.
- Grad II: Personen upplever ett ständigt närvarande ljud. I vissa situationer kan personen koppla bort tankarna på tinnitus, men i andra situationer, exempelvis vid läsning eller insomning, är det svårt eller omöjligt att koppla bort tankarna på det.
- Grad III: Personen upplever ett ständigt närvarande ljud, kan aldrig koppla bort tankarna på det och besväras ständigt av det.

Primära konsekvenser av tinnitus

De första negativa konsekvenserna av tinnitus brukar märkas på sömnen parallellt med påverkan på kognitionsförmågor såsom uppmärksamhet och koncentration. För både sömn och koncentration krävs förmåga att koppla bort omgivande störningsmoment såsom ljud, så det ter sig logiskt att tinnitus skulle ha negativ inverkan på dessa. En studie i Uppsala visade att 70 % av tinnituspatienterna hade koncentrations-svårigheter (Andersson, Lyttkens & Larsen, 1999). Flera studier tyder på att förmågan att fokusera sin uppmärksamhet är en avgörande faktor för upplevelsen och besvärsgraden av tinnitus, så uppmärksamhetsförmågan torde vara en viktig nyckel i tinnitusrehabiliteringen. (Cuny et al., 2004; Hallam, McKenna & Shurlock, 2004; Jacobson et al., 1996; Newman, Wharton & Jacobson, 1997; Rossiter, Stevens & Walker, 2006; Stevens et al., 2007).

Forskning tyder på att tinnitus ofta väcker känslor som frustration, ilska eller förtvivlan. Följande är exempel på vanligt förekommande tankar som ofta orsakar *ångest* av olika grad; Tinnitus beror på en allvarlig sjukdom, tumör eller kommer leda till stroke eller grav hörselnedsättning på det drabbade örat. Tinnitus kommer att fortsätta för evigt, hindra mig från att någonsin kunna njuta av stillhet, förvärras och behandling saknas för den. Min förmåga att hantera tinnitus kommer successivt försvinna, jag kommer inte kunna stå ut. Mitt sociala och familjära liv kommer att påverkas i stor omfattning (Andersson, 2000a; Dobie, 2004; Tyler & Baker, 1983; Tyler et al., 2004).

Besvärsgraden av tinnitus påverkas såväl av inre personlighetsdrag och personliga preferenser som yttre omgivningsfaktorer (Erlandsson, 2000; House, 1981; Sullivan et al., 1994). Besvärsgraden av tinnitus har visat sig korrelera med dels ängslig personlighetstyp, dels

känslighet för kroppsliga ångestsymtom (Andersson & Vretblad, 2000; Halford & Anderson, 1991). Flertalet forskningsresultat visar på att kvinnor överlag är mer benägna att känna av emotionella reaktioner på tinnitus än män (Dineen, Doyle, & Bench, 1997; Hallberg & Erlandsson, 1993; Meikle & Griest, 1989).

Studier har visat att personer med svåra besvär av tinnitus löper hög risk att få ångest, men också depression (Dobie, 2004; Halford & Anderson, 1991; Kirsch, Blanchard, & Parnes, 1989). Även om det är ganska vanligt att personer med svår tinnitus har depressionssymtom, så ökar tinnitus *ensamt* inte risken för suicid (Lewis, Stephens & McKenna, 1994). Personer med tinnitus genomgår, precis som alla andra, perioder i livet av ångest och depression då det bör övervägas psykiaterkontakt. Tinnitus i sig ökar dock inte risken för självmord, utan den ökar endast om det även finns andra bakomliggande sociala eller psykologiska ogynnsamma faktorer (Andersson, 2000a).

Sekundära konsekvenser av tinnitus

En ängslig och spänd person, som rent fysiologiskt har högre perceptionell skärpa med ökad sensibilitet för kroppssignaler, kommer med hög sannolikhet uppmärksamma tinnitus mer och löper högre risk för att skapa negativa föreställningar om dess bakomliggande orsaker och möjliga framtida konsekvenser. Tinnitus i sig, och ångesten den kanske väcker, är nära förknippade med stress och förhöjda muskelspänningar i kroppen (Andersson, 2000a; Halford & Andersson, 1991; Hallam, 1990; Henry et al., 2005; Tyler & Baker, 1983).

Oavsett om personen haft sömnbesvär före tinnitus så kan den med tinnitus, stress och muskelspänningar få svårt eller svårare med avkoppling och sömn, vilket kan leda till sekundära effekter såsom trötthet och koncentrationssvårigheter på dagen samt försämrade resurser att hantera tinnitus (Zetterqvist et al., 2013).

HRF (INFO, 2013) uppger att uppemot 80 % av personerna med tinnitus även har någon grad av hörselnedsättning. Tinnitus i kombination med hörselnedsättning kan påverka förmågan att interagera med familj, vänner och arbetskamrater (Gullacksen, 2002). Ljudrika sociala situationer kan upplevas som obehagliga då ljuden dels försvårar möjligheten att uppfatta tal och därmed delaktighet i pågående samtal, dels kan trigga igång tinnitus ytterligare även om det oftast är temporärt. För många kan det leda till undvikande av sociala ljudliga sammanhang med begränsade sociala aktiviteter som följd. Även socialt utbyte eller avkoppling i tysta lugna miljöer kan te sig obehagliga för personer med tinnitus, då symtomet upplevs förstärkt.

Pennebaker (1982) har visat att tillfredsställande engagemang i sociala aktiviteter förknippas med mindre uppmärksamhet på psykiska eller fysiska inre upplevelser som upplevs obehagliga. Social interaktion med andra, t.ex. i en gruppbehandling som MBSR eller liknande, tros därför minska uppmärksamheten på tinnitus och besvären av den. Att i grupp få träffa andra personer som upplever eller har upplevt liknande livsförändringar verkar enligt Gullacksen (1998) avdramatiserande, betryggande, stärkande samt underlätta livs-omställningsprocesser. Sten-Erik Gardelius berättar för Hörselskadades Riksförbund: ”den som inte själv upplevt det här kan aldrig riktigt förstå. Därför blev HRF-föreningens tinnitusgrupp en räddningsplanka för mig. Där fanns andra [...] som kunde ge råd, stöd och förståelse” (HRF INFO, 2013, s. 17). Det kan krävas mod för att träffa andra och delta i en grupprehabilitering, så det är viktigt att personen redan kommit en bit i sitt livsförändringsarbete. Bästa förutsättningar för deltagande i grupprehabilitering har personer som redan börjat bearbeta sin funktionsnedsättning (Gullacksen, 2014).

En procent av världens befolkning uppger att livskvaliteten försämras avsevärt av deras tinnitus som orsakar känslor av nedstämdhet, upprördhet, att vara splittrad eller okoncentrerad, insomningssvårigheter samt hinder i arbete och hushållsuppgifter (Coles, 2000; Hebert et al., 2012; Zeman et al., 2014). Om man jämför med t.ex. ryggbesvär så leder tinnitus dock sällan till sjukskrivning från arbete (Andersson, 2000b). Men det är oklart om detta beror på att sjukskrivningsbehov inte föreligger eller att tinnitus inte accepteras som sjukskrivningsorsak av läkare eller av Försäkringskassan.

Tinnitusrehabilitering

Den metodologiska kvalitén på hittills gjorda internationella studier av olika tinnitusbehandlingar är varierande och det finns ännu ingen internationellt vedertagen tinnitusrehabilitering (Kreuzer et al., 2013; Hobson, Chisholm & El Refaie, 2012; Hilton & Stuart, 2004; Baldo et al., 2006; Martinez-Devesa et al., 2010; Phillips & McFerran, 2010; Hoekstra et al., 2011; Meng et al., 2011). Evidensen för många av behandlingsalternativen är begränsad och den medicinska forskningen som söker direkt botemedel mot tinnitus har successivt kompletterats med mer holistiska behandlingsmetoder med psykologiska förklarings- och behandlingsmodeller. Den sociala och psykosociala tinnitusforskningen ter sig dock fortfarande relativt skral. I föreliggande avsnitt kommer resonemangen att kretsa kring de vanligast förekommande rehabiliteringsformerna.

Förutom att enstaka former av tinnitus kan avhjälpas kirurgiskt, kan personer med tinnitus av läkare bedömas vara behjälpta av att pröva farmakologisk behandling (Baguley et al., 2013). Ex. har antidepressiv, ångstdämpande, lugnande, antiinflammatorisk, muskelavslappnande eller antipsykotisk medicin i vissa fall visat sig kunna ha lindrande effekt på tinnitus och/eller besvären av tinnitus (Perry & Gantz, 2000; Baguley et al., 2013). Då man beräknar att uppemot fyra av fem personer som har tinnitus, även har hörselnedsättning är det viktigt att vid tinnitus undersöka behovet av hörselteknisk rehabilitering (HRF INFO, 2013). Hörapparats-användande har visat sig vara till god hjälp för personer med tinnitus. Dels för att personerna då hör bättre och lättare kan slappna av, dels förstärker hörapparaterna omgivningsljuden, vilket innebär en form av ljudstimulering (Baguley et al., 2013).

Information och rådgivning av audiolog, audionom och/eller hörselpedagog brukar framhållas som viktiga delar för vissa personer med tinnitus. I egenskap av kurator har jag erfarit att detta möjliggör upplevelser av ökad kontroll, trygghet och lugn trots besvär av ljudet. I första hand handlar det om att få kunskap om tinnitus, dess orsaker, behandlingsalternativ samt rådgivning kring ljud. T.ex. vilka ljud kanske bör undvikas och vilka kan jag med fördel tillföra i min omgivning för att kanske lättare hantera min tinnitus?

De konventionella rehabiliteringsinsatserna syftar ofta till att minska reaktionerna på tinnitus. Sysselsättning eller mental träning kan t.ex. underlätta för individen att uppmärksamma annat än tinnitus och, åtminstone för en liten stund, inte lägga märke till eller reagera för ljudet. Genom ljudstimulering i olika former förväntas distraktion ske och reaktionerna på tinnitus minska (Andersson et al., 2006). Syftet är att minska diskrepansen mellan ljudet av tinnitus och omgivningsljuden för att tinnitus ska få en mindre framträdande roll. I syfte att reducera varseblivningen av tinnitus, tillförs omgivningsljud med hjälp av hörapparater, ljudstimuleringsapparater (som genererar bredbandigt ljud) eller apparater som kombinerar dessa två funktioner. Tillsammans med ett välstrukturerat rådgivningsprogram oftast av audionom men ibland också av hörselpedagog, kurator eller psykolog kallas behandlingen Tinnitus Retraining Therapy, TRT. Målet för terapin är att habituering ska ske - att reaktionerna för ljudet minskar eller försvinner helt. Genom repetitiv exponering för ljud - med hjälp av långvarig ljudstimulering och avsaknaden av varken positiva eller negativa förstärkningar som associeras med ljudet - förväntas personen omedvetet negligera ljudet från stimulatoren, och därmed också tinnitus. Impulsflödet i hörselnerven förväntas förändra sig och tinnitus upplevs inte längre som ett besvär (Henry et al., 2005; Jastreboff & Hazell, 1998). Den vanligaste invändningen mot TRT är avsaknaden av vetenskapligt säkerställd signifikans

avseende dess behandlingseffekter. Studierna har haft metodologiska brister och har saknat en eller flera av bl.a. följande egenskaper; dubbelblinda designer, randomiserad kontrollerad design, placebokontroller, baslinjemätningar lämpliga kontrollgrupper, homogenitet i deltagargrupperna och framför allt trogenheten till TRT manualen (Formby & Scherer, 2013).

Det finns även andra, mindre vanliga, insatser såsom elektrostimulering, bettfysiologisk behandling, fysioterapi och smärtlindring samt en hel del komplementära och alternativa behandlingar med bl.a. kost, dieter och naturläkemedel (HRF INFO, 2013). Dessa relativt snäva behandlingsformer riktar sig inte till målgruppen generellt utan till de personer vars tinnitus exempelvis kan härledas till bettfysiologiska orsaker och därmed kan få lindring genom just bettfysiologisk behandling. Eller om tinnitus är nära kopplat till upplevelser av muskulära spänningar och smärtor, så kan det vara av vikt att få just sjukgymnastisk behandling för att förhoppningsvis också lindra tinnitus.

Psykosocial tinnitusrehabilitering

Sweetow (2000) har tydligt visat hur *svår* tinnitus är förenat med besvär i vardagen (ex. svårigheter att koncentrera sig på läsning), icke ändamålsenliga hanteringsstrategier (ex. undvikande beteenden) och oroande föreställningar om tinnitus (ex. att den successivt kommer att öka och leda till psykisk ohälsa). Om bl.a. teknisk rehabilitering, medicinering, information, rådgivning och ljudberikning inte är tillräckligt, kan psykosocial tinnitusrehabilitering föreslås genom kontakt med kurator eller psykolog. Målen kan t.ex. vara fungerande vardagsstrategier eller på sikt hantering av negativa känslomässiga reaktioner på och föreställningar om tinnitus (Hallam, Rachman, & Hinchcliffe, 1984; Hazell, 1998; Lindberg et al., 1987; Scott et al., 1985; Sweetow, 2000).

I och med framväxten av kognitiv beteendeterapi (KBT) har kognitiva och beteendemässiga aspekter av tinnitus successivt stärkts; konsekvenserna av tinnitus i form av bl.a. svårhanterade emotioner, sömn- och koncentrationssvårigheter har fått större uppmärksamhet (Andersson, 2002). Men KBT vid tinnitus bör enligt australiensarna Henry och Wilson (2001) kombineras med träning i uppmärksamhetskontroll, visualiserings- och avspänningstekniker. Detta troligtvis med tanke på att förmågan till uppmärksamhet är bland det första som brukar försämrats vid tinnitus, likaså förmågan till avkoppling. Den muskulära spänningsgraden brukar också vara högre än genomsnittet hos personer med tinnitus, varför avspänningstekniker bör vara rimligt. 2004 utkom den strukturerade självhjälpsboken Kognitiv beteendeterapi vid tinnitus (Kaldo & Andersson, 2004) som just kombinerade KBT med tillämpad

avslappning, sömn- och koncentrationsråd, dock med större fokus på avslappning än på kognitiva interventioner som Henry och Wilson (2001) förordat.

Genom kontakt med kurator eller psykolog kan personen också få kunskap och rådgivning kring tinnitus som kan påverka reaktionerna på och föreställningarna om den. Rådgivningen kan också kretsa kring levnadsvanor - det kan handla om allt från sömn-, stress- och ångesthantering till att begränsa intag av alkohol, koffein och tobak (Henry et al., 2005). Med tanke på den höga andelen personer med tinnitus som beskriver undvikande beteenden i kombination med att många lider av föga påverkbara tinnitus fokuserar ofta delar av kuratorskontakten på att undersöka hur de eventuella undvikande beteendena yttrar sig och hur de kan förändras eller hanteras. Om det inte går att ta bort varken tinnitus, besvären av eller reaktionerna på tinnitus, får fokus för rehabiliteringen pröva riktas om till förhållningssättet till tinnitus. En person som inte längre har besvär av sin tinnitus till följd av ett förändrat förhållningssätt till den är Annica Byquist som berättar så här för HRF: "Jag har blivit vän med min tinnitus. Men det är inte ljudet som har förändrats - det är jag." (HRF INFO, 2013, s. 9).

Coping

Hörselenheten vuxnas tinnitusrehabilitering riktas till personer med långvarig eller kronisk tinnitus av grad II och III (Askari et al., 2008). Liksom de nämnda rehabiliteringsformerna innefattar enhetens tinnitusrehabilitering bl.a. information, rådgivning, utprovning av hör- och ljudstimuleringsapparater, TRT, KBT, avspännings- och mental träning. I mitt arbete som kurator på enheten har jag erfarit att några personer med tinnitus är i behov av komplement till den ovanstående traditionella tinnitusrehabiliteringen med redskap för acceptans av och att lära sig leva *med* de besvär och reaktioner som tinnitus kan leda till. För detta kan det krävas anpassning och förändring i många av individens livsområden, vilket detta kapitel kommer att kretsa kring. För en överskådlig bild av rehabiliteringsprocessen och insatserna som idag erbjuds på Hörselenheten vuxna i Region Skåne utifrån kartläggning och bedömning, hänvisas till bilaga 8.

Personer med tinnitus anammar successivt olika former av överlevnadsstrategier, bemästring, hantering och adaptation. Ett annat ord för dessa är coping, vilket enligt Währborg (2009) syftar på: "hur den enskilde upprätthåller sin självbild och sin emotionella balans vid yttre påfrestning." (Währborg, 2009, s. 313). Modellen för copingprocessen utvecklades under 60-talet av den amerikanske psykologen Lazarus efter hans undersökningar av olika personers reaktioner på samma stimulus. Lazarus kom fram till att det är personens subjektiva

tolkningar av stimulus snarare än det faktiska stimulus som påverkar reaktionsutfallet hos personen (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping kan definieras som de kognitiva, känslö- eller beteendemässiga försök att hantera de inre eller yttre krav (och konflikter dem emellan) som enligt individens komplicerade tolkningsprocess tynger eller överstiger individens anpassningsresurser (Lazarus & Folkman, 1984; Monat & Lazarus, 1991). Denna definition betonar vikten av just *sammanhanget* och den föregående *tolkningen* och *bedömningen* som individen gör av händelsen och upplevelsen av sammanhanget för att sedan välja hanteringsstrategi.

På 90-talet började forskare intressera sig alltmer för individers skillnader i besvär av tinnitus i relation till vilken form av coping som användes. Enligt Budd och Pugh (1996) beror möjligheterna att anpassa sig till tinnitus på individkaraktistikum, såsom inre eller yttre kontroll-lokus (kontrollen över positiva och negativa händelser förläggs inom eller utanför en själv) och förekomst av affektiva syndrom. I Budd och Pughs (1996) artikel rörande hantering av tinnitus tydliggörs tre former av coping, vilka liknar hur vi generellt anpassar oss till svårigheter i livet;

- *Maladaptiv coping*: Individen undviker situationer som väcker obehag, fantiserar om att inte ha tinnitus, berättar för andra om hur hemskt och otrevligt ljudet är, lyssnar på ljudet och katastrofierar dess konsekvenser. Denna form kan jämföras med *emotionsfokuserad coping* som handlar om individens förhållningssätt eller värdering av ett hot, i detta fall tinnitus, där individen försöker anpassa sin känslomässiga reaktion till situationen, i detta fall skärpt uppmärksamhet på hotet, d.v.s. tinnitus.
- *Effektiv coping*: Individen ägnar sig åt positivt och uppmuntrande självprat, om-tolkning, distraktion, uppmärksamhetskiftning, fokuserar och engagerar sig fullt ut i aktiviteter för minskat pockande på uppmärksamheten av tinnitus. Denna form kan jämföras med *aktiv problemfokuserad coping*, vilken tros leda till ökad acceptans. Denna form av coping strävar efter att försöka undanröja det hotfulla, d.v.s. tinnitus.
- *Passiv coping*: Individen undviker tinnitus genom t.ex. drog- och alkoholanvändande eller kämpar för att dölja det med hjälp av ex. bakgrunds- och omgivningsljud. Avspänningstekniker för att hantera stress och att gå till professionell behandlare för stöd och avlastning kan i vissa fall också räknas in som passiv coping.

Aktiva och problemfokuserade copingstrategier har visat sig associerbara med mindre besvär av tinnitus medan passiva och känslöfokuserade coping strategier har kunnat kopplas till mer besvär av tinnitus (Budd & Pugh, 1996; Kirsch et al., 1989). Hallberg, Erlandsson och

Carlsson (1992) visade att jämfört med män med lätt eller ingen tinnitus, använde sig män med svår tinnitus oftare av undvikande *passiv coping*. Enligt Lazarus (1993) har känslomässig coping visat sig skadlig/ofördelaktig om det innebär distansering, undvikande eller förnekande men fördelaktig och effektiv strategi om det innebär positiv tolkning och upplevelse av tinnitus. Detta resonemang stämmer väl överens med Budd och Pughs (1996) beskrivning av maladaptiv coping, som liksom *passiv coping*, korrelerade starkt med låg anpassnings- och acceptansgrad av tinnitus (Budd & Pugh, 1996).

Enligt Budd och Pugh (1996) karakteriseras *effektiv coping* av en hög grad av acceptans av tinnitus och användning av flertalet hanteringsstrategier, vilket Lazarus och Folkman (1984) hade benämnt som *flexibel coping*. Effektiv coping visade sig dock *inte* korrelera med mindre besvär av tinnitus och korrelationen var svag avseende bättre känsloreglering. Förvånansvärt nog med tanke på att effektiv coping är en viktig komponent och något eftersträvt inom KBT vid tinnitus. Att effektiv coping *inte* visade sig korrelera med mindre besvär av tinnitus, förklarar Budd och Pugh (1996) med att användandet av effektiva copingstrategier, såsom t.ex. ljudstimulering inom TRT eller kognitiv omstrukturering inom KBT, inte nödvändigtvis betyder att strategierna är användbara för alla personer med tinnitus. Flertalet punkter som ansågs mäta effektiv coping i studien, handlade i grund och botten om distrahering från tinnitus, vilket skulle kunna innebära undvikandebeteenden. *Tvångsmässigt* överanvändande av effektiv copingstrategi skulle därmed kunna fördröja eller förhindra anpassningsprocessen till tinnitus.

Det skulle också kunna vara så att det är *undvikandet av maladaptiv coping* i sig, snarare än användandet av effektiv coping, som förespår *framgångsrik anpassning till tinnitus* (Budd & Pugh, 1996). Vissa aspekter som tyder på maladaptiv coping (t.ex. katastrofierande) kan i själva verket beskriva beteenden som är resultat av bristande acceptans av tinnitus, snarare än att beteendena i sig förhindrar anpassning till tinnitus. Undvikande av maladaptiv coping (t.ex. undvika katastrofierande tankar), skulle med tiden kunna leda till anpassning till tinnitus (habituering) utan att aktivt ha använt sig av någon effektiv copingstrategi .

Acceptans

Konventionell tinnitusrehabilitering syftar ofta till att minska reaktionerna på tinnitus. Som kurator på Hörselenheten vuxna i Malmö har jag erfarit att en del inte upplever någon reaktionsminskning och fortsätter lägga mycket kraft och energi för att hålla reaktionerna borta, vilket inte sällan leder till muskulära spänningstillstånd. Om jag sedan länge t.ex. erfar stort obehag med ångest av att vistas i tysta miljöer på grund av att tinnitus blir så

framträdande i de situationerna, så kan jag välja mellan: 1) att lägga ner energi på att undvika sådana miljöer samt kontrollera så att det finns bakgrundsljud till hands, vilket i sig *kan* få till följd att jag successivt undviker stunder av vila och återhämtning i tystnad och får ökade muskulära spänningstillstånd som följd eller 2) att med acceptans välja att pröva möta och vara med ångesten som kanske väcks i den tysta miljön och trots ångesten pröva ägna tiden till vila och återhämta mig så gott det går trots de upplevt ökade obehagen. Med alternativ 2) bestämmer jag mig för att genomföra aktiviteterna jag bestämt mig för och leva det liv jag vill leva, och samtidigt villigt erfar och leva med tinnitus och reaktionen med ångest som ibland blir mer framträdande i tysta miljöer. Utan att för den skull varken döma eller värdera tinnitus som varken behaglig eller obehaglig, utan snarare erfar den som det eller de ljud den består av. Med träning kan dessa direkta erfarenheter av tinnitus och uppmärksamheten på dess konsekvenser, möjliggöra distans till förnimmelserna av ljuden och underlätta för mig att göra aktiva val av att förändra konsekvenserna - i detta fall kanske det skulle handla om att hitta en lösning på de uppkomna muskelspänningarna.

Vid vissa former av tinnitus och reaktioner på tinnitus är förändring inte helt lätt eller ens möjligt. När förändring inte är möjligt kan vi istället behöva lära oss hantera lidandet genom acceptans (Kåver, 2004). Kåver (2004), liksom andra pionjärer inom acceptansbaserade terapier, ifrågasätter det allmänt vedertagna antagandet att om vi bara kan få bort obehag och smärta, så blir vi lyckliga. ”...att tro på och sträva efter lycka och *samtidigt* möta och acceptera det smärtsamma som en del av den mänskliga existensen” är, enligt Kåver (2004, s. 22), en mer effektiv strategi vid lidande. Förespråkare för acceptans menar på att vara *villig att leva med* obehag och psykisk smärta, kan *i sig* vara en lösning - framför allt i situationer då vi förgäves och kanske under lång tid provat undvika eller kontrollera obehag i livet.

Det radikala motsatta till undvikandet av, motståndet mot ljudet samt tankarna och känslorna det väcker, hade varit att med medveten närvaro *närma sig* och *acceptera* tinnitus och de obehagliga konsekvenser den kan innebära. Enligt Andersson och Westin (2008) torde motsatsen till upplevelsemässigt undvikande - t.ex. undvikande av tysta eller ljudrika miljöer, sysselsätta sig för att distrahera sig från tinnitus eller vara distanserad i sociala sammanhang - vara just acceptans. Enligt Hilde (2014) visar nyare forskning på att utvecklandet av just *accepterande* förhållningssätt till tankar och känslor är centrala delar i olika psykoterapiers framgångar.

Kåvers (2004) definition av acceptans är: ”att välja att se, ha och stå ut med både den inre och den yttre verkligheten utan att fly, undvika, förvränga eller döma den och att handla utifrån

denna verklighet effektivt och i riktning mot sina värderingar och mål” (Kåver, 2004, s. 29). En förutsättning för att kunna påbörja en förändringsprocess är ofta att först uppnå acceptans, vilket i sig förutsätter att man, utan att varken döma eller värdera, är medvetet närvarande om den eller det som vi vill acceptera (Kåver, 2004).

Hayes och Smith (2005) definierar acceptans som en engagerad närvaro i nuet och en förmåga att fullt ut uppleva kroppsliga förnimmelser, tankar och känslor utan att vara i behov av förändring. En behandlingsform som inriktar sig just på acceptans av och förhållningssätt till långvariga symtom och sjukdomar är Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT bygger på tekniker som möjliggör för personen att förändra sitt förhållningssätt till lidande, i stora drag handlar dessa om österländsk *medveten närvaro*, *acceptans* och att förändras utifrån sina *grundläggande värderingar* (Hayes & Smith, 2005).

En persons förhållande till och graden av acceptans av det personen själv erfar, såsom tinnitus, tankar och känslor som väcks av tinnitus, kallar Williams och Lynn (2010) för *erfarenhetsmässig acceptans*. Den skulle fungera som en motpol till det erfarenhetsmässiga undvikandet, motståndet till tankar och känslor (genom tankeförträngning och emotionell icke-acceptans) som är vanligt förekommande hos personer med tinnitus. I Anderssons et al. (1999) studie rapporterade 62 % av tinnituspatienterna *undvikande beteenden* i någon form. Att använda sig av undvikande beteende som hanteringsstrategi för tinnitus har visat sig korrelera med ökade besvär av tinnitus (Budd & Pugh, 1996; Hesser & Andersson, 2009).

Frågan är om träning i motsatsen - det vill säga erfarenhetsmässig acceptans av tinnitus genom medveten närvaro - skulle korrelera med motsatsen, det vill säga minskade besvär av tinnitus. Frågan kvarstår om det skulle möjliggöra förändrad hanteringsförmåga av tinnitus, att med medveten närvaro stanna upp när besvären av tinnitus framträder, aktivt och engagerat upptäcka, förnimma och kanske med lite distans observera inre muskulära spänningar eller inre motstånd. Blir jag väl medveten om exempelvis muskelspänningar, öppnar det i sig upp för att aktivt kunna välja att spänna av. Blir jag medveten om och får en distans till de återkommande tankarna och emotionerna, möjliggörs ett val av att förändra hur jag vill förhålla mig till dem (snarare än att följa vanemässiga reaktionsmönster).

Till traditionellt KBT-baserat förändringsarbete tillför medveten närvaro aspekten av acceptans (Baer, 2003). Acceptans och förändrat förhållningssätt till tinnitus spelar en viktig roll i processen att minska den känslomässigt negativa påverkan tinnitus kan ha (Davis & Morgan, 2008; Hesser et al, 2009; Westin, Hayes & Andersson, 2008). Inom ACT betonas att

lidande, vid t.ex. av tinnitus, är en del av livet och att vårt motstånd till detta och vår kamp för förändring ibland leder till förevigande eller ökning av lidandet (Baguley et al., 2013). ACT, som är en form av KBT, har visat positiva forskningsresultat på sömnsvårigheter, trötthet, ångest, depression, livskvalitet, generellt fungerande, smärta och tinnitus. Till skillnad från klassisk KBT - där man, något förenklat, fokuserar på att få bort smärtsamma upplevelse – är målet med ACT att höja livskvaliteten genom ökad psykologisk flexibilitet. Enligt Zetterqvist (2011) kan ACT reducera tinnitus påverkan, åtminstone hos normalhörande tinnituspatienter. Enligt Höij och Thorsteds litteraturoversikt (2014) visade sig internetbaserad ACT och KBT ha likvärdig effekt på såväl ångest som tinnitus. Ovanstående studier bekräftar vikten av acceptans som inslag i tinnitusrehabiliteringen.

Inom ACT ingår träning i medveten närvaro som en av tre delar. Det verkar som att medveten närvaro i sig leder till ökad acceptans och bäddar för agerande utifrån ens grundläggande värderingar. Hur vill personen leva sitt liv *med* sin tinnitus och reaktionerna på den? Att göra aktiva val och prioriteringar i sitt liv efter vad man upplever som viktigt och vad man mår bra av i livet är något som Eva Oskarsson tyckt varit viktigt under hennes tinnitusrehabilitering. Hon berättar så här för HRF (INFO, 2013, s. 13): ”Vad gör mig lycklig? Den frågan har varit nyckeln till den absolut bästa behandlingen för min tinnitus. [...] Det viktiga är inte vad det är, utan att jag känner efter och prioriterar mitt välbefinnande.” Att många personer med tinnitus upplever ACT som givande, kan också förstås av populariteten av självhjälpsboken *Leva med tinnitus* (Zetterqvist et al., 2013) som just baseras på bl.a. ACT.

Medveten närvaro

I takt med att besvär av oro, ångest och sömnbesvär ökar i samhället, framför allt bland unga, har vi enligt Socialstyrelsen (2009) blivit öppnare för alternativa och mer holistiska behandlingsformer mot stress och ohälsa från österländska traditioner. Tredje vågens KBT präglas enligt Kåver (2004) av influenser från österländsk filosofi med mindfulness och acceptans. Den teoretiska och vetenskapliga förankringen av begreppen är än så länge bara i sin linda. Termen mindfulness har på svenska översatts till medveten närvaro (Nilsonne, 2004). Begreppet härrör ursprungligen från buddhistisk tradition där man menar att många människor lever i ett begränsat vakenhetstillstånd. Med träning i medveten närvaro, genom bl.a. meditation i olika former, tränar vi vår vakenhet och uppmärksamhet i nuet, vilket möjliggör en klarsyn eller överblick över våra medvetna och omedvetna val i livet samt acceptering av verkligheten som den är (Kabat-Zinn, 1990). Williams et al. (2008) definierar medveten närvaro på följande sätt: ”Mindfulness är den förmåga eller medvetenhet som

utvecklas genom att avsiktligt, uppmärksamt och utan att värdera eller döma observera saker och ting som de är i stunden, här och nu” (Williams et al., 2008, s. 54).

Genom medveten närvaro sker en kognitiv förändring där sättet att se på sina tankar förändras. Istället för att se sina sinnesupplevelser som objektiva sanningar eller delar av ens person, ses de med medveten närvaro som övergående händelser eller tillstånd. Personen bygger upp ett flexibelt förhållningssätt till sinnesupplevelser som präglas av nyfikenhet, öppenhet och acceptans (Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006). Den styrda uppmärksamheten minskar undvikandebeteenden men också utrymmet för ältande av tidigare händelser (Hayes & Feldman, 2004; Teasdale et al., 2000).

Mindfulnessbaserad stressreduktion

I syfte att hjälpa människor till minskad stress och minskat lidande till följd av långvariga symtom och sjukdomar utformade den amerikanske molekylärbiologen Jon Kabat-Zinn ett program 1979 som han kallade Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) på stressreduktionskliniken vid University of Massachusetts Medical Center i Worcester utanför Boston, USA (Schenström, 2009). Programmet lärde systematiskt ut medveten närvaro till patienter med fysiska sjukdomar. Utan varken religiöst eller filosofiskt innehåll ville Jon Kabat-Zinn förmedla buddhismens kunskap om hur mänskligt lidande kan hanteras och lindras (Åsberg et al., 2006).

MBSR är ett gruppbaserat åttaveckors träningsprogram där deltagarna utvecklar medveten närvaro. Dels formell instruktionsbaserad meditationsträning liggande, sittande eller i rörelse (på i förväg avsatta tider). Dels informell träning i medveten närvaro för att successivt integrera det nya förhållningssättet i vardagen som en strategi för att ex. hantera obehagliga fysiska symtom och känslor. Träningen genomsyras av sju viktiga attityder; inte döma, tålmod, en nybörjares sinne, tillit, inte sträva, acceptans och släppa taget (Kabat-Zinn, 1990).

Programmet delges traditionellt i gruppformat, dels för kostnadseffektivitets skull, dels möjliggör den fördelar för deltagaren såsom lärande av andras insikter, ökad träningsmotivation genom de andra deltagarnas stöd samt med hjälp avseende den isolering som är vanlig vid många kroniska sjukdomar och symtom (Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, 2006). Programmet består av åtta veckovisa sessioner à 2,5 h med minst 45 minuters daglig hemövning däremellan samt en heldag för träning i medveten närvaro mellan sjätte och sjunde veckans sessioner. Trots de höga kraven som ställs på träning med hemuppgifter, har studier visat att en betydande andel deltagare som påbörjar MBSR fullföljer

programmet samt fortsätter träna och använda sig av medveten närvaro en lång tid efter programmet (Baer, 2003). Sessionerna innehåller meditationsträning genom i huvudsak kroppsskanning, sittande meditation och sinneshörande hathayoga samt gruppdiskussioner kring deltagarnas upplevelser, vad de kanske uppnått eller upplevt som utmanande när de ex. varit medvetet närvarande i kontakten med stressfyllda vardagssituationer.

Under kroppsskanningen fokuseras uppmärksamheten på kroppsdel för kroppsdel genom hela kroppen, med början på tårna, utan att värdera de upplevelser som kan komma att dyka upp. Under de sittande meditationerna utgår man inledningsvis med uppmärksamhetsfokus på förnimmelserna av andningen som man återkommer till gång på gång så snart uppmärksamheten har vandrat iväg till tankar, känslor eller förnimmelser i kroppen. Man noterar även andra sinnesupplevelser från kroppen, kognitioner, emotioner och ljud. Hathayoga erbjuder träning i medveten närvaro under varsamma kroppspositioner och sträckningar av olika kroppsdelar.

MBSR är ett tydligt exempel på alternativ behandlingsform som förkastar dualismen av kropp och sinne. Den bygger på den relationella lyhördheten och ödmjukheten mellan behandlare och klient samt lyfter fram det mentala, själsliga och existentiella. Klienten förväntas aktivt delta i programmet och uppmuntras i att ta ansvar för sin egen hälsa. Precis som Lupton (2012) skriver så har koncepten om välmående och hälsa förändrats till att alltmer handla om kroppslig medvetenhet, självreflektion, förverkligande, sinnesslugn och balans snarare än om en specifik kroppsdelens gensvar. MBSR formades av en molekylärbiolog som förstod vikten av att rationellt mäta och testa programmets effekter i randomiserade kontrollerade studier på större populationer för att nå in med medveten närvaro inom medicinen. Programmet utgör exempel på en behandlingsform som skapat broar mellan den vetenskapliga medicinens reduktionism och de alternativa behandlingarnas holism.

Effekter av Mindfulnessbaserad stressreduktion

Det har genomförts meta-analyser och systematiska forskningsöversikter över effekterna av medveten närvaro på långvariga symtom och kroniska sjukdomar, dock inte på tinnitus som också kan vara ett långvarigt symtom. Bohlmeijers et al. (2010) meta-analys visade att medveten närvaro hade små effekter på depression, ångest och psykologiska svårigheter hos personer med kroniska somatiska sjukdomar. För att förstärka effekten av mindfulnessbaserade interventioner föreslås det åttaveckor långa behandlingsprogrammet Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) integreras i sedvanlig beteendeterapi. En annan meta-analys visade att MBSR är lika stressreducerande som traditionell avspänningsträning, men MBSR

visades också minska åltande och ångest samt öka empati och självmedkänsla (Chiesa & Serretti, 2009). Som del i en tinnitusrehabilitering hade MBSR alltså varit att föredra framför traditionell avspänningsträning, då man ”på köpet” skulle få minskad ångest, vilket är ett vanligt förekommande symtom vid tinnitus. Dessutom skulle en ökad självmedkänsla troligtvis kunna sänka individens krav på sig själv och därmed den upplevda stressen.

Den systematiska forskningsöversikt av de Vibe et al. (2012) visade att MBSR ger måttliga jämnt positiva mentala hälsoeffekter för personer med somatiska problem och något större positiva effekter för personer med lätta-måttliga psykologiska problem. Då lätta till måttliga psykologiska besvär är vanligt bland personer med tinnitus, vore det följdriktigt att erbjuda dessa MBSR. Meta-analysen av Grossman et al. (2004) visade att MBSR kan vara framgångsrik vad gäller hanteringen av flertalet kliniska (såsom smärta, cancer, hjärtsjukdomar, depression och ångest) och icke-kliniska (såsom stress) tillstånd. Att MBSR kan förbättra den psykosociala anpassningen hos cancerpatienter har också visats i meta-analysen av Ledesma och Kumano (2009). Dessa forskningsrön gör det rimligt att anta att MBSR skulle kunna erbjudas framgångsrikt för personer med kronisk tinnitus.

Det finns hittills inga studier som *tydligt* visar att MBSR ger ökad sömnkvalitet eller sömnvaraktighet. Men Winbush, Gross och Kreitzers (2007) systematiska forskningsöversikt visade att träning i medveten närvaro, oavsett patientkategori, är förenat med *förbättrad sömn* och *minskade sömnstörande kognitiva processer* såsom oro och åltande. Den senaste övergripande meta-analysen över mindfulnessbaserade terapier (MBT) av Khoury et al., (2013) som innehåller 209 forskningsstudier (n=12145) visade att MBT är effektiva behandlingar för en mängd psykologiska problem och har visat sig särskilt effektiva när det gäller *reducering av ångest, depression och stress*. Då personer med tinnitus ofta behöver hjälp med just reducering av ångest, depression och/eller stress, finns det motiv för att undersöka huruvida MBT, såsom MBSR, torde kunna erbjudas framgångsrikt för målgruppen.

För att minska besvär och underlätta adaptiv coping av obehag såsom tinnitus är det, åtminstone under vissa omständigheter, lämpligare att med medveten närvaro *uppmärksamma* snarare än att trycka undan sinnesförmimmelser (Hesser et al., 2013). Hittills finns det undermåligt med studier gjorda kring uppmärksamhetsstrategiers (som medveten närvaro erbjuder) påverkan på tinnitus trots deras potentiella relevans.

Enligt Hilde (2014) skiljer sig de nya mindfulnessbaserade behandlingsprogrammen, som ex. MBSR, från andra program just med tanke på vikten som läggs på acceptans i behandlingen.

Medveten närvaro i kombination med KBT har visat sig framgångsrikt för personer som lider av långvarig tinnitus (Sadlier et al., 2008). Philippot et al., (2012) har visat att psykoedukation och en begränsad form av Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT) minskar negativa emotioner, åltande och psykologiska besvär till följd av tinnitus. Förbättringarna ökade eller behölls även över tid. Interventionen jämfördes med psykoedukation och avspänningsträning vars effekter försvann vid uppföljningen. Denna studie motsäger Chiesa och Serretti (2009) som bedömde MBSR likvärdig med avspänningsträning. Detta beror dock troligen på att målgrupperna inte var desamma. Då MBKT tillämpas främst vid behandlingsresistent depression, vore det intressant att se effekterna av MBSR på tinnitus som hittills främst använts vid andra somatiska symtom och psykologiska besvär.

Det finns numera ganska mycket forskning som tyder på positiva effekter av medveten närvaro generellt, och MBSR i synnerhet, vid långvariga symtom och kroniska sjukdomar. Det finns dock begränsat med forskning på MBSR och dess effekter på besvär av just tinnitus. Pilotstudierna av Roland et al. (2015) respektive Gans et al. (2013) visade att MBSR respektive Mindfulnessbaserade tinnitus- och stressreduktionsprogrammet MBTSR kunde vara lovande behandlingsalternativ vid kronisk tinnitus och relaterade besvär. Insatserna minskade besvärsgraden av tinnitus, minskade depression och ångest samt förbättrade socialt fungerande och generell psykisk hälsa. Höj och Grahns (2012) pilotstudie visade också positiva effekter av MBSR vid besvär av tinnitus. Då ovanstående är pilotstudier med begränsat deltagarantal (n=8-13 i vardera studie) som saknar aktiv kontrollgrupp och effektmätning månader efter insatsen, är det motiverat med fler liknande undersökningar som kan fylla denna kunskapslucka. Att medveten närvaro är ett användbart förhållningssätt i tinnitusbehandling visades också i den randomiserade kontrollerade pilotstudien av Kreuzer et al. (2012).

Teoretisk utgångspunkt

Syftet med kommande textparti är att ge en bakgrund till den hypotes som åskådliggörs i den kausalmodell som avslutar avsnittet.

Personer kan i olika grader drabbas av psykisk stress som primär eller sekundär konsekvens av tinnitus. Kunskapsområdet kring sambandet mellan psykiska funktioner (psyke) och kropp (soma) brukar benämnas inom den fysiologiska vetenskapstraditionen som stress medan man inom den psykologiska vetenskapstraditionen brukar tala om psykosomatik (Währborg, 2009). Begreppet stress etablerades redan på 1930-talet av den ungerskfödde forskaren Hans Selye. Hans forskning ledde senare fram till upptäckten att stressreaktioner förorsakas av

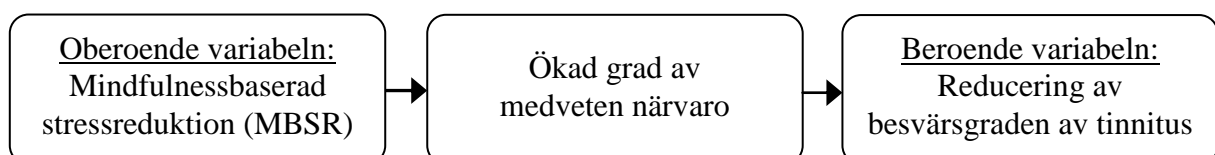
stresshormonet kortisol. Då stress är ett dynamiskt tillstånd som svårligen kan påvisas med objektiva mätmetoder, menar Währborg (2009) att en *vedertagen* definition av begreppet stress saknas.

Lazarus (1991) definierar stress som det stimulus som uppstår när individen, det sociala eller kroppsliga systemet upplever att de tillgängliga adaptiva resurserna blir ansträngda eller överskrids för att hantera stressoren, d.v.s. den utlösande faktorn för stressen som kan vara inre och/eller yttre upplevelse, händelse eller situation. Perski (2006) förklarar stress som: "...ett tillstånd i vilket organismens balans mellan resurser och belastningar rubbas." (Perskis, 2006, s. 41). Währborg (2009) skiljer på dysfunktionell och funktionell stress beroende på om den ger upphov till skador, sjukdomar eller inte. Funktionell stressreaktion kan ju vara av vikt ur anpassningssynpunkt på kort sikt. För att söka orsakerna till dysfunktionell stress behöver man undersöka den totala stressbördan som individen upplever med tanke på sin livssituation (Währborg, 2009).

Lazarus (1991) menar att människans möjligheter att hantera en viss händelse, exempelvis att drabbas av tinnitus, beror framför allt på individens subjektiva *tolkning* av situationen eller händelsen, snarare än själva det inträffade - tinnitus. Detta resonemang kan förklara varför formen eller graden av tinnitus inte avgör graden av besvär personen upplever sig ha av tinnitus. Så för att uppnå en minskad grad av upplevd funktionsnedsättning, utgjord av tinnitus, bör troligtvis tolkningen av och förhållningssättet till tinnitus förändras.

Förutom individuella skillnader på hur vi tolkar situationer och händelser, såsom ex. tinnitus, finns det enligt Perski (2006) tveklöst skillnader mellan män och kvinnor, där kvinnor generellt besväras mer av stress, upplever fler symtom och söker vård för besvär som är stressrelaterade.

Flödesschema 1 visar en förenklad kausalmodell av studiens teoretiska utgångspunkt med effektvariabeln, upplevd minskad besvärsgrad av tinnitus, och orsaksvariabeln, ökad grad av medveten närvaro genom MBSR (Holme & Solvang, 2006; Jacobsen, 2012).



Flödesschema 1: MBSR:s effekter på besvär av tinnitus.

Material och tillvägagångssätt

Föreliggande longitudinella kvantitativa studie med utfallsorienterad utvärderingsansats, väntas ge svar på om den mellanliggande variabeln *graden av medveten närvaro* förändras med hjälp av den *oberoende variabeln MBSR* samt om en sådan påverkar de *beroende variablerna* som dels består av olika funktioner hos respondenterna, dels deras upplevda totala grad av besvär av tinnitus. För denna kausala problemställning kommer en sammanställning och redogörelse göras av det inkomna utvärderingsmaterialet på Hørselenheten vuxna i Malmö från respondenterna som deltagit i MBSR vid besvär av tinnitus,.

Respondenter

Med ett konsekutivt urval har alla 71 respondenter som påbörjat MBSR på Hørselenheten vuxna i Malmö 2010-2014 tillfrågats att delta i studien, inklusive respondenterna från rapporten av Höij och Grahn (2012). Denna studie är en total-undersökning, d.v.s. utan urval har *hela* populationen använts. Validitetsområdet var begränsat geografiskt till främst nord- och sydvästra Skåne (tidigare Malmöhus län). Kriterierna för att inkluderas som respondent i denna studie har varit vuxna personer 18 år och uppåt med tinnitus av grad II-III som *främsta* besvär. Hos en del av respondenterna förekom även ljudkänslighet och/eller lätt-måttlig hörselnedsättning samt andra somatiska besvär. Det fanns krav på att respondenterna, kanske med stöd av hörseltekniska hjälpmedel, kunde ta till sig instruktioner från ljudfil, vilket uteslöt personer med tinnitus som också hade måttlig-grav hörselnedsättning. Respondenterna behövde vara medicinskt färdigutredda av audiolog eller öronläkare externt samt på Hørselenheten vuxna fått minst grundläggande information och rådgivning av audionom och/eller hörselpedagog samt kurator. Respondenterna hade haft minst ett besök hos kurator som kartlagt hens besvär av tinnitus, behov av och lämplighet i deltagande i MBSR med tanke på besvär av tinnitus, mående, stress-, koncentrations- och sömnsvårigheter. Vissa hade även haft psykologkontakt. Respondenterna bedömdes vara motiverade till och beredda att ansvara för den egna förändringsprocessen genom att träna och pröva nya hanteringsstrategier mellan veckosessionerna, kunde fungera i rehabiliteringsgrupp samt hade inga svåra besvär av varken ångest eller depression. Respondentens läs- och skrivsvårigheter checkades av med tanke på mätinstrumentens krav.

Hörselenheten vuxna, Region Skåne, erbjuder utvidgad rehabilitering till personer som har fyllt 18 år och har hörselnedsättning, tinnitus grad II-III och/eller ljudkänslighet. Rehabiliteringen kan innebära stöd och insatser av olika slag som syftar till att ge personen förutsättningar för att kunna leva ett aktivt och delaktigt liv utifrån sina värderingar och förutsättningar. Rehabiliteringen ges av audionom, hörselpedagog, kommunikationspedagog, kurator och/eller psykolog med främsta utgångspunkterna Malmö eller Kristianstad. Antalet inkommande remisser/år till Hörselenheten vuxna (Malmö och Kristianstad) avseende personer med främsta frågeställning tinnitus uppgår till ca 600, se bilaga 1. MBSR genomfördes i Hörselenheten vuxnas konferenslokal i Malmö förutom *Heldag i mindfulness* som arrangerades i ett större konferensrum på Hörselenheten barn och ungdom i Lund. Detta för att även kunna inrymma personer som tidigare genomgått MBSR som också inbjöds till denna dag.

MBSR erbjöds av en till två kuratorer varav minst en var Marie-Louise Grahn eller jag. Vi båda har genomgått steg 3 av 5 i MBSR-lärarcertifieringsprocessen (CfMS, 2015). Då jag som behandlare och undersökningsledare, själv genomgått MBSR och några av de efterföljande avancerade lärarcertifieringsstegen, innehar jag förhållandevis stor förkunskap om ämnet och förförståelse om programmets effekter. Genom årens lopp har jag samlat på mig en subjektiv uppfattning om programmets framgångsrika effekter. Personer med tinnitus har efter programmet muntligt beskrivit sig t.ex. ha fått förbättrad sömn, koncentration, en känsla av ökad harmoni och acceptans av lidande i livet. Jag har troligtvis också blivit allt bättre på att bedöma vilka personer med tinnitus som skulle kunna ha nytta av MBSR. Detta må vara givande erfarenheter som behandlare, men är mig delvis till last som undersökningsledare, då det kan innebära svårigheter att bibehålla objektiv distans till undersökningsmaterialet.

Urval och kvalitetsgranskning

Respondenterna som uppfyllde kriterierna för att delta i MBSR sattes upp på en väntelista efter att de informerats om att väntetiden var upp till 6 månader då insatsen erbjöds vid två-tre tillfällen/år. Varje respondent hade informerats om studien och tillfrågats om hen kunde tänka sig delta i studien, vilket var frivilligt under hela tidsramen 2010 till 2014 som 8-veckorsinsatsen gavs och studien slutfördes. Respondenten kunde när som helst, utan att behöva ange anledning, hoppa av studien. De 71 (2,9 %) respondenter som slutligen bedömdes vara i behov av och genomgick MBSR kan jämföras med de 2428 personer med tinnitus som remitterades till Hörselenheten vuxna i Malmö 2009-2013 (respondenterna hade

oftast haft kontakt med Hörselenheten vuxna i Malmö under minst 6-12 månader före MBSR, varför jag jämfört med statistiken under 2009-2013 snarare än årtalen 2010-2014). Detta skulle kunna tolkas som en urvalsosäkerhet, då endast ett urval av personerna med tinnitus som söker sig till Hörselenheten vuxna i Malmö har bedömts som lämpliga för MBSR, se rubriken *Respondenter*. Metoden som urvalet gjorts på skulle kunna riskera selektionsbias, d.v.s. urvalet skulle kunna bedömas ha påtagligt begränsad representativitet. Samtidigt hade MBSR inte kunnat erbjudas alla personer med tinnitus som söker sig till Hörselenheten vuxna, då kartläggningen och bedömningen av behoven av insatser i deras fall visat på behov av helt andra mer traditionella rehabiliteringsinsatser, se bilaga 8, som sedan vid uppföljande och avslutande återbesök visat sig vara fungerande och av brukarna upplevda som fullt tillräckliga.

Några veckor före insatsen erhöll respondenten via brev inbjudnings- och informationsbrev samt mätinstrument 1 som respondenten inlämnade vid första träffen alternativt returnerade postledes (se flödesschema 2 avseende bortfallet av respondenter). Om mätinstrumenten inte inkom till första träffen tillfrågades respondenten om hen fortfarande ville delta i studien och i så fall erhöles ett frankerat svarskuvert för att kunna skicka in mätinstrumenten senast inom sju dagar alternativt ta med vid träff två (dessa utgjordes av 5-10 %). Längre tid tilläts inte då det annars inte kunnat säkerställas att mätinstrumenten verkligen fyllts i *före* insatsen. Under förutsättning att respondenten signerat och insänt mätinstrument och samtycke, aidentifierades och kopierades utvärderingsmaterialet upp av enhetsadministratör. Därefter överlämnades materialet till undersökningsledaren för vidare dataanalys.

Bortfall

Ett visst bortfall av respondenter kan inte undvikas, så det förväntas bli en bortfallsosäkerhet - d.v.s. skillnader mellan den faktiska population och det slutliga urvalet av respondenter som svarar fullständigt på mätinstrument 1, 2 och 3 samt inlämnar samtyckes-blankett. En del av respondenterna kan falla bort då de inte vill eller kan delta alternativt glömmer bort eller undviker att fylla i och sända in mätinstrumenten trots vilja att medverka. Det slutliga antalet svar på de enskilda frågorna kan också påverkas av att en del kan missa att svara på några av frågorna. Även om respondenternas läs- och skrivsvårigheter undersöktes, kan det förekomma bortfall av respondenter med mindre kognitiva resurser för att klara av att delta i studien. Detta kan innebära att respondenter som är mindre resursstarka, mindre motiverade eller mindre intresserade blir underrepresenterade i studien.

Vid enkäter per post kan man räkna med en svarsprocent på 60-70 % (Jacobsen, 2012). En hög svarsprocent förväntades i denna studie då respondenterna, enligt egna erfarenheter, generellt sett var måna om att det sker forskning inom ämnet för att finna bot eller åtminstone lindring av besvärsgraden av tinnitus såväl som tinnitus i sig. Med tanke på att respondenterna träffade behandlarna vid förväntat inlämningstillfälle vid MBSR-session ett eller senast två, och därmed i någon form var i beroendeställning till behandlarna, förväntades en hög svarsprocent. Samtidigt innebär beroendeställningen dels risker med att respondenterna svarat på mätinstrumenten på sätt som de tror det förväntas av dem, dels svårigheter för respondenterna att välja att avstå från att delta i studien av ex. rädsla för att insatserna skulle påverkas av deras beslut. En något sämre svarsprocent kan det tänkas bli vid inlämning av mätinstrument 2 som delades ut vid session sju och ombads inlämnas vid sista sessionen. Hade respondenten inte inkommit med denna eller uteblev från session sju och/eller åtta erhöles frankerat svarskuvert för insändning av mätinstrument 2. Några påminnelsebrev har därefter inte skickats ut. I de fall respondenter inte skickat in mätinstrument 2 har denna ibland inkommit då hen haft en behandlarkontakt någon månad efter insatsen, vilket godtagits.

Cirka sex månader efter insatsen har, enligt överenskommelse, mätinstrument 3 skickats ut till de respondenter där mätinstrument 1 och 2 inkommit, se flödesschema 2 avseende bortfallet av respondenter. Mätinstrumenten 1, 2 och 3 har successivt länkats samman med rätt respondent. Som Holme och Solvang (2006) beskriver så finns det stor risk för att jag fått en del obesvarade frågor, framför allt på mätinstrument 3 då denna skickats ut per post. Respondenterna kan ha upplevt att de öppna frågorna i slutet av mätinstrumenten upplevts som tidsödande eller svåra att besvara (Holme & Solvang, 2006). Inga påminnelsebrev skickades ut avseende mätinstrument 3. Bryman (2008) framför att påminnelser fungerar, vilket även Jacobsen (2012) menar men svarsprocenten ökar bara med 3-10 %.

Forskningsetiska överväganden

Frågeformulär 1 och 3 har postdistribuerats medan frågeformulär 2 i de flesta fall har överlämnats personligen vid näst sista MBSR sessionen. Med postdistribuerade enkäter undviks intervjuareffekt och respondenternas känsla av anonymitet ökar. Anonymiteten minskar dock om hen väljer att lämna in mätinstrumentet för hand istället för per post. Eftersom respondenterna har fått skriva namn på mätinstrument före, efter och sex månader efter insatsen (för att koppla ihop mätinstrument I med rätt mätinstrument II och III) samt varit medvetna om att behandlarna rent faktiskt kunnat ta del av utvärderingen av var och en, kanske respondenterna kan ha dragit sig för att svara helt sanningsenligt. Det finns risk att respondenterna helt eller delvis, medvetet eller omedvetet svarat på mätinstrumenten såsom

det förväntats. Distansen mellan mig som undersökningsledare och respondenterna kan ha varit begränsad då svaren på mätinstrument 1 och oftast 2 har återlämnats direkt till behandlaren, som ibland utgjordes av mig som undersökningsledare. Detta har inneburit viss brist på anonymitet, vilket också äventyrat ärligheten hos respondenten som kanske inte vågat svara sanningsenligt utan svarat på vad hen *tror* att undersökningsledaren förväntar sig för svar - eller inte förväntar sig (Harboe, 2010). Det hade varit både mer etiskt korrekt och statistiskt säkert om identifikationen av mätinstrumenten hade kodats och ombesörjts externt.

Den ursprungliga planen var att genomföra studien inom verksamheten, men detta ändrades av resursmässiga skäl. Då studien istället skulle genomföras externt och i samarbete med Lunds Universitet gjordes en ny etisk prövning av divisionens tillhörande Forsknings- och utvecklingsenhet (FoU) och en ny samtyckesblankett skickades ut till samtliga respondenter som vid det laget hade insänt minst mätinstrument 1 och 2. Se bilaga 2 respektive 3 för Hørselenheten vuxnas respektive FoU:s följebrev. Ett påminnelsebrev utsändes till de som inte hade inskickat samtyckesblanketten en månad senare.

Beroende variabler

Ur forskningsöversikten kunde följande beroende variabler (d.v.s. funktioner som påverkar den upplevda funktionsnedsättningen av tinnitus) utkristalliseras; besvär med generellt mående, besvär av tinnitus, stress, koncentrations- och sömnsvårigheter. Förutom att mäta dessa specifika aspekter, valdes mätinstrumentet *Tinnitus Handicap Inventory (THI)* som mäter besvärsgraden av tinnitus uppdelat på 25 frågor relaterade till funktionella, emotionella och katastrofierande reaktioner på tinnitus, se bilaga 5.

Mätinstrument

Graden av medveten närvaro och besvär av tinnitus behövde operationaliseras för att kunna mäta effekterna av MBSR, dels med hjälp av strukturerade och redan standardiserade mätinstrument, dels med hjälp av ett studiespecifikt mätinstrument som skulle besvaras av respondenterna före, efter och slutligen ca sex månader efter insatsen, se bilaga 5.

Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Orsaksvariabeln, ökad grad av medveten närvaro genom insatsen MBSR, valdes att mätas med Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Den ursprungliga versionen av FFMQ innehåller 39 frågor, men i Sverige, liksom i denna studie, användes den omarbetade svenska versionen med 29 frågor varav vissa är omkastade (Baer et al., 2006; Lilja et al., 2011), se bilaga 5. Frågorna besvaras med *Aldrig/Nästan aldrig* (1 poäng), *Sällan* (2 poäng),

Ibland (3 poäng), *Ofta* (4 poäng) eller *Alltid* (5 poäng), vilket ger sammanlagt poängintervall på 29-145 poäng i den svenska versionen av FFMQ, se poängfördelningen nedan. Baer et al. (2006) har kunnat urskilja fem skilda aspekter av medveten närvaro som anses relevanta att mäta då man vill mäta graden av medveten närvaro;

- *Inte reagera*: att tillåta inre upplevelser såsom att låta tankar eller känslor komma och gå utan att uppmärksamheten fastnar i någotdera (6-30 p.).
- *Observera*: att uppmärksamma eller notera externa eller interna sinnesupplevelser - emotioner, kognitioner, förnimmelser, syn- lukt-, smak- eller hörselintryck (7-35 p.).
- *Agera medvetet*: att fullt ut närvara och delta i ens förestående handlingar istället för att gå på "autopilot" (5-25 p.).
- *Beskriva*: notera eller mentalt etikettera sinnesupplevelsorna (6-30 p.).
- *Inte döma*: att avstå från att värdera sinnesupplevelser (5-25 p.).

Det föreligger måttliga interkorrelationer mellan ovanstående fasetter sinsemellan och mellan var fasett för sig och FFMQ:s globala skala (Baer et al., 2006). I denna studie har den globala skalan av FFMQ valts att studeras i första hand för en översikt över effekterna. Men fasetterna var för sig har också undersökts dels för närmare inblick i vilka områden som förändrats, dels för att kunna jämföra med tidigare forskning.

Tinnitus Handicap Inventory

THI är ett internationellt vedertaget instrument som mäter tinnitus inverkan på personens dagliga liv. Frågorna besvaras med *Ja* (4 poäng), *Ibland* (2 poäng) eller *Nej* (0 poäng) och kan ge den sammanlagda poängen (0-100). Enligt Newman, Sandridge och Jacobson (1998) fastställs besvärsggraden av tinnitus utifrån följande mätinstrumentskriterier:

- 0-16 poäng: Inga eller lindriga besvär av tinnitus (eng. No handicap).
- 18-36 poäng: Milda besvär av tinnitus (eng. Mild handicap).
- 38-56 poäng: Måttliga besvär av tinnitus (eng. Moderate handicap).
- 58-100 poäng: Svåra besvär av tinnitus (eng. Severe handicap).

Formuläret har en mycket god intern konsistens med ett Cronbach's alpha på $\alpha = .93$ (Newman, Jacobson & Spitzer, 1996) och en hög test-retest reliabilitet på $r = .92$ (Newman, Sandridge & Jacobson, 1998). Jämfört med andra mått på besvär av tinnitus, har THI en hög konvergent validitet (Baguley, Stoddart & Hodgson, 2000).

Studiespecifikt mätinstrument

Med hjälp av beroende variablerna formulerades, i sam-råd med FoU (Region Skåne), ett studiespecifikt mätinstrument, se bilaga 5, med relativt slutna frågor. Efter en inledande fråga om hur länge respondenten haft tinnitus, ombads hen göra en uppskattning av hur det hade

varit i genomsnitt under de senaste två veckorna. På Visual Analogue Scale (VAS) fick respondenten gradera de beroende variablerna mellan 1-10, där 10 utgjordes av störst besvär. Mätinstrument 2 och 3 avslutades med frågor om respondenten upplevde medveten närvaro som ett redskap för att hantera tinnitus respektive stress samt om hen ämnade fortsätta träna medveten närvaro.

Databearbetning

Datamaterialet som FFMQ, THI och studiespecifika mätinstrumentet resulterade i, har standardiserats före införel i statistikprogram. Den statistiska databehandlingen och statistiska säkringen av resultaten underlättades av standardiseringen av frågorna i det studiespecifika mätinstrumentet. Då empirin insamlats genomfördes dataanalysen med hjälp av IBM® SPSS® Statistics Version 22. Om någon respondent hade satt två kryss på VAS, valdes att ta medelvärdet på dessa värden före införel i SPSS. Instruktionerna för om- och sammanräkning av den svenska FFMQ-versionens 29 svarsöäng följdes noggrant och gjordes precis före införel av datan i SPSS. När väl kvantifieringen gjorts och empirin införts från mätinstrumenten i SPSS blev materialet mer överskådligt, lätthanterligt och bearbetningsbart. Genom kvantifieringen av datan kunde kunskap fås om förändringar skett efter MBSR jämfört med före MBSR, om hur stor andel som eventuellt fått effekt av MBSR samt om effekten hållit i sig över tid.

Validitet och reliabilitet

Föreliggande undersöknings totala tillförlitlighet bestäms av såväl interna som externa validiteten samt reliabiliteten, vilket i detta avsnitt kommer att diskuteras närmare.

Intern validitet

Utan intern validitet saknas täckning för de slutsatser som sedan kan dras av resultaten. För att säkerställa att studien, och i grunden frågorna, har mätt det som avsågs att mäta, valdes två redan vedertagna mätinstrument ut; THI och FFMQ. Viktor Kaldo (Karolinska Institutet) och Gerhard Andersson (Linköpings universitet) har tillfrågats om THI:s lämplighet respektive har Camilla Sköld (grundare av Center for Mindfulness Sweden, CfMS) tillfrågats om FFMQ:s lämplighet i denna studie. Dessa sakkunniga personer har upplevt mätinstrumenten som relevanta utifrån syftet med studien.

Eftersom besvär av tinnitus är ett komplext fenomen valdes, som komplement till THI, några operationella definitioner med frågor inom områden som påverkas av besvär av tinnitus och som ofta är kopplade till den självupplevda hanteringsförmågan av tinnitus. Definitionerna

har varken diskuterats eller stämts av med respondenterna (vilket hade ökat interna validiteten), utan de har fått förhålla sig till frågorna om mående, stress, koncentrations- och sömnsvårigheter (Harboe, 2010). Områdena har dock valts att inte konkretiseras närmare då det fanns risk att mätinstrumenten skulle bli för omfattande och då riskera ökat bortfall. Förhoppningsvis kan dessa konkretiseringar tillsammans fånga in det som man egentligen önskar mäta (besvär av tinnitus) och ge en uppfattning om respondentens besvär- och funktionsnivå före, efter respektive ca sex månader efter MBSR.

Det som också kan ha påverkat den interna validiteten är om respondenten har känt sig påtvingad åsikter till följd av de standardiserade frågorna och svarsalternativen. Det skulle mycket väl kunna vara så att respondenten har tyckt att något annat perspektiv på tinnitus hade varit mer intressant att dela med sig av till andra. Undersökningsledaren har ju på förhand definierat teman och frågor som tros vara relevanta.

Skaparna av de använda mätinstrumenten THI och FFMQ har också snävt definierat sina fråge- och svarsalternativ. Även om det är internationellt vedertagna mätinstrument kan man inte vara helt säker på att de mäter det de säger sig mäta. Det skulle kunna vara så att en respondent t.ex. under ifyllandet av THI istället för *Ja*, *Ibland* eller *Nej*, hade velat se ett helt annat kryss- eller svarsalternativ. Då kan det bli svårt för respondenten att kryssa *Ibland* för att det inte handlar om ibland utan beroende på kontexten - i en viss kontext är det alltid *Ja*, i en annan alltid *Nej*. Eller att respondenten hellre hade velat svara *Vet ej*, t.ex. som svar på fråga nr. 24. ”Blir tinnitus värre när Du är stressad?”. Några kanske har sett samband mellan stress och tinnitus, andra har inte ägnat någon uppmärksamhet åt detta eventuella samband, vilket då gör det svårt att svara *Ja*, *Ibland* eller *Nej*. Med dessa relativt rigida mätinstrument riskeras en ytlighet i datamaterialet, som saknar djup och förståelse för eventuella variationer, bakgrundsförhållanden och orsaker (Jacobsen, 2012). Vissa frågor var återkommande svåra för respondenterna att svara på, framför allt THI, beroende på formulering och att de inte var enkla att ge något generellt svar på - ofta berodde svarsalternativen på kontexten som inte fanns beskrivet i frågan. Dessutom består THI till största delen av negativt ställda ledande frågor, vilket också kan påverka utfallet.

Även om mätinstrumenten THI och FFMQ redan är vedertagna mätinstrument så finns det fler faktorer som kan ha påverkat den interna validiteten. Så långt det har varit möjligt, har respondenterna under undersökningstiden inte fått någon annan parallell behandling eller rehabilitering än MBSR, åtminstone inte inom regin för Hörselenheten vuxna. Undantag har dock förekommit med tanke på att ett begränsat antal respondenter, som ingår i föreliggande

studie, under MBSR t.ex. fortsatt använda sig av ljudstimuleringsapparater som provats ut på Hørselenheten vuxna eller psykofarmaka som redan utskrivits av extern läkare.

Det finns flertalet andra yttre relevanta faktorer som kan ha fungerat som variabler och påverkat respondenternas positiva eller negativa förändring under studiens mättningsprocess, vilka inte har varit kontrollerbara (Harboe, 2010). Dessa skulle kunna utgöras av psykosocialt underlättande eller belastande faktorer såsom giftermål, separationer, nyanställningar, arbetsuppsägningar, allehanda konflikter m.fl. För att öka kontrollen på liknande faktorer, hade en randomiserad studie med experiment- och kontrollgrupp varit att föredra.

Det faktum att MBSR erbjöds som gruppbehandling, utgör i sig en påverkningsfaktor. Att i gruppbehandling få gruppleadarens omsorg och uppmärksamhet samt dela sina erfarenheter med andra och få det sociala stöd av andra gruppdeltagare, ger i sig effekt på gruppdeltagarna. Enligt Dibb och Yardley (2006), som undersökt effekter av gruppdeltagande, verkar det centrala vara positivt socialt jämförande, förutom socialt stöd och information. Enligt deras studie visade sig *positivt socialt jämförande* vara förenat med *bättre anpassning till kronisk sjukdom*, vilket i deras studie handlade om Menière's sjukdom som inkluderar tinnitus. Med anpassning menades här förbättrad livskvalitet trots sjukdom. I situationer av rädsla och osäkerhet kring sin tinnitus, kanske det sociala jämförandet skulle kunna stödja deltagaren i att värdera sin egen tinnitus och finnadet av lämplig hanteringsstrategi.

Extern validitet

Den externa validiteten får anses limiterad med tanke på det begränsade antalet respondenter som ingår i studien och bortfallet. Att respondenter låtit bli att tacka ja eller tackat nej till att ingå i studien alternativt inte svarat på vissa av frågorna utgör också risk för systematisk snedfördelning. Urvalsosäkerheten - att populationen inte på något sätt utgjorts av något slumpmässigt urval eller kan anses utgöra ett representativt urval ur befolkningen med besvärande tinnitus, har också haft negativ inverkan på studiens externa validitet. Samtidigt hade studiens respondenter kanske haft tinnitus under lång tid (mediantiden visade sig vara 7 år och 6 månader) och därmed kanske utgjorde en mer svårbehandlad målgrupp än andra, alternativt att de just därför kanske fick särskilt god nytta av MBSR.

Med tanke på att MBSR är ett tydligt, strukturerat och organiserat rehabiliteringsprogram, kan den externa validiteten anses god vad gäller själva insatsen MBSR inom liknande kontexter, d.v.s. andra hörselenheter nationellt eller internationellt med likadana inklusionskriterier.

Åtminstone kan studien ge en kumulativ kunskap, d.v.s. fördjupa dagens förståelse för huruvida MBSR påverkar besvärsggraden av tinnitus. (Jacobsen, 2012).

Reliabilitet

Om rådatan är liten i förhållande till bortfallet, kommer reliabiliteten påverkas negativt (Holme & Solvang, 2006). Ett av bekymren med denna studie är att jag som undersökningsledare dels har undersökningsplatsen som arbetsplats, dels har varit gruppleddare för några av respondenterna. Detta innebär risk att jag som behandlare (och undersökningsledare) kan ha haft inflytande på respondenternas svar, även om direkt intervjuareffekt delvis har begränsats. Problemet med denna studie är också att den saknar kontrollgrupp eller jämförande studie samt inte är någon randomiserad kontrollerad studie, vilket hade varit fördelaktigt i flertalet hänseenden (Bryman, 2008). Då studien bygger på strukturerade, standardiserade mätningar och följer exakt samma respondenter över tid, bör provbarheten anses någorlunda god men begränsad.

Även om själva MBSR-programmet är standardiserat, kan det vara så att respondenterna inte har erhållit *exakt* likadan insats, då MBSR-gruppernas konstellationer skiljer sig från grupp till grupp beroende på deltagarna och insatsen delgivits av olika MBSR-lärare från grupp till grupp. Detta kan ha negativ påverkan på provbarheten. THI:s och FFMQ:s reliabilitet i denna studie kan också diskuteras. Några respondenter har uttryckligen saknat svarsalternativen ”Vet ej” och ”Ja och nej beroende på kontextuella faktorer” på THI. Några respondenter har även velat svara med fler än ett svarsalternativ på FFMQ då flera alternativ passade in beroende på kontexten. En annan brist med FFMQ är att t.ex. fråga nr. 20 ”Jag är uppmärksam på ljud, som t ex klockors tickande, fågelkvitter och passerande bilar” inte alltid är passande att ställa till föreliggande målgrupp då flertalet, parallellt med sin tinnitus, är ljudkänsliga och därmed lägger mycket negativ uppmärksamhet på ljud. Detta till skillnad från att frågan i FFMQ avser att mäta graden av medveten närvaro. Detta är ett exempel på när respondenten svarar på mätinstrumenten utifrån sin egen tolkning av, som i detta fall skiljer sig från egentliga intentionen med, frågan (Holme & Solvang, 2006).

Enligt Jacobsen (2012) kan det råda stora skillnader mellan vad en person svarar för något på en fråga och vad hen faktiskt anser, tycker eller har gjort. Det föreligger också alltid viss risk att respondenter svarar strategiskt på frågeformulär. Respondenter kan inneha eget syfte, d.v.s. ha ett egenintresse av att över- eller underdriva sina besvär av tinnitus eller behov av hjälp och stöd av olika anledningar. Om respondenten känner sig tvingad att ha en uppfattning om något som den inte känner sig varken intresserad av eller kunnig inom, riskerar man

avvikelser i materialet. Detta har i det specialdesignat frågeformuläret lösts genom att till respondenten erbjuda svarsalternativet ”Vet inte”. Jacobsen (2012) menar på att risken med detta är att respondenten svarar ”Ja” eller ”Nej” bara av motvilja mot att kryssa ”Vet inte” för att undvika visa sig ointresserad eller okunnig i frågan. Möjligheten att kunna svara ”Vet inte” kan troligtvis också ha motsatt effekt, d.v.s. att man svarar ”Vet inte” för att slippa ta ställning av tids- eller orkesmässig brist. Några re-tester för att kontrollera huruvida ovanstående risker förelegat, har det varken funnits ekonomiska eller tidsmässiga möjligheter till.

Kontexten som respondenten befinner sig i vid ifyllandet av mätinstrumenten kan också ha betydelse för utfallet. Störningsmoment såsom stress, andra personer i omgivningen, att andra mer eller mindre velat hjälpa till med att fylla i mätinstrumenten, att besvären av tinnitus varit tillfälligt högre eller lägre till följd av oväntade händelser vid ifyllandet kan också ha påverkat utfallet.

Generaliserbarhet

Det är osäkert om respondenternas svar och uppfattningar om MBSR:s effekter är generaliserbara. För att öka möjligheterna till generalisering har jag valt att väva samman empirin något med teorier från vetenskaplig litteratur och forskning utifrån en abduktiv strategi. Jag kommer alltså att kombinera induktiva och deduktiva kunskapsvägar (Larsson, 2007).

Med den valda strukturerade och systematiska kvantitativa metoden och med den goda svarsprocenten (svarsprocent 73 % (n = 52) direkt efter MBSR respektive 61 % (n = 43) sex månader efter MBSR) på respondenterna som deltagit i och delat med sig av sina erfarenheter av MBSR, kan vi få en antydning av verkligheten (Holme & Solvang, 2006). Åtminstone för framtida personer som kommer genomgå MBSR på Hörselenheten vuxna i Malmö. Framtida jämförelser och generaliseringar bör dock göras med försiktighet med tanke på den begränsade externa validiteten (Harboe, 2010). Med tanke på kombinationen av det begränsade antalet respondenter och urvalsosäkerheten, kan någon representativ bild inte ges av populationen *personer med tinnitus* i stort varken nationellt eller internationellt.

Trots det informerade samtycket och tydligheten i frivilligheten i att delta, råder det alltid viss osäkerhet huruvida hen uppfattat förutsättningarna eller riskerna med ett deltagande. Undersökningsledaren kan aldrig vara helt säker på att respondenten förstår alla för- och nackdelar med att delta i en studie. Hur frivilligt det än kan verka med att delta i en studie, kan någon av respondenterna upplevt subtil eller dold press från undersökningsledaren,

gruppleadaren, de andra respondenterna eller andra samhällsmedborgare. Flertalet respondenter har uttryckt till undersökningsledaren, och kanske också till andra i väntrummet eller i gruppen, uppskattning över att undersökningen görs. Faktum att många är positiva till studien, kan skapa press och att vissa kan känna sig tvingade att delta. Kanske för att vara tillmötesgående gentemot undersökningsledare, gruppbehandlare, andra gruppdeltagare eller andra personer med tinnitus.

Som skydd av respondentens integritet, tillfrågades respondenten om ytterst begränsad bakgrundsinformation såsom hans ålder, kön och hur länge hen haft tinnitus. Andra faktorer, såsom socioekonomisk bakgrund, utbildningsnivå och sysselsättning har aktivt valts bort för att försvåra att utomstående skulle kunna identifiera enskilda individer. Detta med tanke på att några av de deltagande respondenterna kanske går kvar eller kommer återkomma i verksamheten i framtiden. Med detta i åtanke är respondenten beroende av att få vara anonym och att allt resultatmaterial behandlas med konfidentialitet. Att för respondenten kunna dölja sig bland andra är för hen en vinst.

Studiens resultat kommer förhoppningsvis att på något sätt innebära nytta för framtida personer med besvär av tinnitus. Det är just av denna anledning som FoU-avdelningen inom Habilitering- och hjälpmedelsdivisionen etiskt godkände att resultatmaterialen, i oidentifierad form, kunde lämnas ut till mig som undersökningsledare på Socialhögskolan, Lunds Universitet.

Metoddiskussion

Vid informationssamtalet inför deltagande i MBSR har respondenten erhållit information om studien och tillfrågats om hen vill delta. Informationen har behållits kort och koncis för att inte dränka eventuell respondent med information och för att inte riskera att respondenten då skulle få så pass mycket information att hen skulle anpassa sina svar eller beteenden efter informationen. Vilket i sig skulle kunna leda till falska utfall. Den eventuella respondenten har erhållit tillräcklig information, d.v.s. huvudsyftet med undersökningen och hur resultaten planeras att användas. (Jacobsen, 2012).

Vid första mättillfället valdes de faktainriktade frågorna som en början, åtföljt av THI och FFMQ. Detta för att ha lättare frågor som uppvärmning och FFMQ, som kan anses något svårare att svara på, sist. Vid sista mättillfället, efter ca sex månader, valdes de öppna frågorna att placeras efter THI och FFMQ, då de öppna frågorna fokuserade på framtidsaspekter. Men

eftersom respondenterna fick alla mätinstrument samtidigt kan det inte garanteras att respondenterna besvarat dem i den ordning som förberetts.

Svagheter med den valda metoden

Problemet med att använda redan konstruerade frågeformulär som THI och FFMQ är att information från respondenterna som frågeformulären inte fokuserat på kan komma att missas. Även om de utvalda mätinstrumenten THI och FFMQ är internationellt vedertagna, har det för vissa av respondenterna varit svårt att fylla i en del av frågorna. Som insamlare av mätinstrumenten har jag erfarit att frågorna på THI verkat vara lätta att förstå för merparten av respondenterna. Men dels är samtliga ledande och negativt ställda frågor, vilket man självklart inte bör använda enligt Elofsson (2007), dels har några respondenter upplevt att svarsalternativen (*Ja*, *Ibland* eller *Nej*) varit otillräckliga och för snäva, vilket Elofsson (2007) också avråder från. Mätinstrumenten förväntades egentligen besvaras på egen hand av respondenterna, men det visade sig under insamlandet av empirin att respondenterna i enstaka fall behövde få vissa enkätfrågor förklarade. Exempelvis har svarsalternativen till fråga nr. 15: ”Har Du svårt att läsa på grund av tinnitus?” upplevts för grova och respondenterna har, vid inlämnandet av mätinstrumenten, velat diskutera vissa delar som t.ex. att valet av svarsalternativ beror på kontexten och är heller inte statistiska. Fyra av frågorna på THI (nr. 9., 13., 17. och 25.) ställer mer än en fråga inom en och samma fråga, vilket också försvårat besvarandet för respondenterna. Exempelvis hade flertal respondenter på fråga 13 ”Försvåras jobb och hushållssysslor av tinnitus?” velat svara *Ja* avseende jobb, men *Nej* avseende hushållssysslor. Mätinstrumentet FFMQ innehåller en del frågor som för vissa respondenter varit svåra att förstå, då de kretsar kring abstrakta aspekter av medveten närvaro såsom att observera, beskriva, agera medvetet, icke döma och icke agera. I enstaka fall har respondenter tillfrågat någon av behandlarna vid session 1 eller 2 för att kort få förklarat någon av frågorna i FFMQ.

Det föreligger risker med att mina tidigare kunskaper och förförståelse om ämnet kan ha påverkat mitt perspektiv under studiens gång och urvalet av empiri. Trots min goda vilja, kan jag omedvetet ha haft svårt att förhålla mig helt neutral med de förkunskaper jag har i ämnet. Det kan innebära att jag omedvetet valt ut aspekter som visar på fördelar för metoden, att jag förskönat material eller dragit förhastade slutsatser. I detta sammanhang har det därför varit extra viktigt för mig att hela tiden försöka ha medvetandegjort min egen position och mina förkunskaper som undersökningsledare (Eliasson, 1995; Svensson, 2004).

Efter att empirin kodats, införts i statistikprogram och analyserats utifrån frekvensfördelning, centraltendenser och variation, har MBSR, samt om och i så fall hur programmet har påverkat deltagarnas besvär av tinnitus, i ord försökt beskrivas. Såsom Alvesson och Kärreman (2004) skriver så är orden verktyg för att beskriva verkligheten, i detta fall MBSR:s effekter på respondenterna med tinnitus. Men orden är bristfälliga och kommer aldrig till fullo kunna avspegla den verklighet som studerats. Interventionen MBSR handlar mycket om att förmedla en känsla och framför allt ett förhållningssätt som inte alltid är så synligt. Det är tveksamt om detta kunnat beskrivas rättfärdigt i ord precis som Alvesson och Kärreman (ibid.) framhåller, men viktigast har varit att respondenternas svar blivit korrekt återgivna och framkommer i rättvis dager (Jacobsen, 2012).

Kvantitativ metod är mindre flexibel på så sätt att frågorna varken på något sätt kunnat ändras, förtydligas eller följdfrågor kunnat ställas. De strukturerade, och i antal begränsade, frågorna styr vilken information som fås. Respondenterna har haft begränsat med utrymme för egna reflektioner och egna formulerade svar (Jacobsen, 2012). I och med att snäva och redan konstruerade frågor har valts, har data som troligtvis hade kunnat vara relevant för undersökningen inte kunnat läggas till som t.ex. socioekonomiska förhållanden. De använda frågeformulären har haft mycket begränsat utrymme för nyanser eller individuella förhållanden. Ingen kunskap har heller kunnat fås om bakgrunden till de olika svaren som angivits (Harboe, 2010).

Om en kvalitativ undersökningsmetod istället hade valts, med ex. intervjuer, hade undersökningen kunnat kompletteras med fler frågor som hade möjliggjort en djupare förståelse av ex. deltagarnas egna upplevelser av huruvida den medvetna närvaron förändrats efter MBSR och hur de eventuellt kunnat lägga märke till det i sin vardag. Studien hade på så vis kunnat ge oss kunskap om hur besvären av tinnitus påverkats efter MBSR avseende psykiskt mående, sysselsättning, socioekonomisk situation etc. Då tinnitus kan orsakas av så många olika faktorer och kan påverka, och påverkas av, så många olika faktorer i vardagen, kan man säga att det är ett mångfacetterat forskningsområde, vilket stärker behovet av kompletterande kvalitativa undersökningsmetoder (Harboe, 2010).

I föreliggande studie som är utfalls- och inte kontextorienterad, har faktorer exkluderats som bl.a. huruvida utbildningsnivå, socioekonomiska förhållanden, familjekonstellation eller sysselsättning inverkar på besvärsgraden av tinnitus och dess eventuella förändring i samband med gradförändring av medveten närvaro. Studien har med andra ord ingen avsikt att ge någon inblick i hur och varför resultaten blev som de blev. Så denna kvantitativt utfallsorienterade

utvärdering kommer varken ge någon direkt analys av kontexten eller svar på aspekter som kan ha betydelse för utfallet, vilket gör att resultaten skulle kunna komma att vara missledande (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002). Istället för den kvantitativa utfallsorienterade utvärderingsansatsen i denna studie, hade man t.ex. kunnat välja en kvalitativ processutvärdering genom att följa och beskriva MBSR för att ge en större inblick i programmets innehåll, förutsättningar och kontext. Genom en mer kontextuellt inriktad utvärdering förväntas kunskaper fås om de kausala *mekanismerna* bakom programmet, vilka tros frambringa resultaten för respondenterna (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002). Sådan vetenskap hade bl.a. underlättat generaliseringar till andra miljöer.

Nackdelar med att studera sin egen verksamhet är att man redan kan ha en bestämd uppfattning om MBSR:s effekter. Denna partiska hållning till hur saker och ting tros vara, beror till stor del på respondenternas generella nöjdhet som jag som behandlare genom åren har upplevt och fått höra. Så någonstans väntar jag mig positiva effekter av MBSR. Med detta sagt tydliggörs risken för avsaknad av kritisk och nödvändig objektivitet. Även om jag som undersökningsledare skulle lyckas hålla mig relativt neutral, föreligger det viss risk att andra skulle kunna uppfatta undersökningsledaren som partisk. Andra faktorer som skulle kunna spela in är att studien delvis genomförts på uppdrag av verksamheten vars rehabiliteringsdel utvärderas och viss tjänstledighet beviljats av verksamheten för detta (Jacobsen, 2012).

Styrkor med den valda metoden

Med en kvantitativ studie möjliggörs en prövning av de uppsatta teorierna och hypoteserna. Studien kan förhoppningsvis också ge oss en överblick över målgruppen då alla respondenter kommer att ha svarat på identiskt ställda frågor. Som Jacobsen (2012) framför så krävs mindre än hälften så mycket resurser för att genomföra enkätundersökning jämfört med kvalitativ intervju, vilket också var positivt ur resursförbrukningssynpunkt under studiens gång. Databehandlingen blir mindre kostsam än t.ex. kvalitativ metod där intervjuer behöver skriva ut, sorteras och bearbetas.

Fördelar med att studera sin egen verksamhet kan vara att andra behandlare har förtroende och känner en öppenhet gentemot undersökningsledaren jämfört med om en utomstående hade genomfört studien. Med egen erfarenhet av målgruppen har man förhoppningsvis större erfarenhet och kunskap om vilka frågor som kan vara intressanta att ställa i ett studiespecifikt mätinstrument, vilka besvärsområden som är viktiga och vad man i en sådan studie kanske bör fokusera på. Med erfarenheterna inom tinnitusområdet är jag som undersökningsledare dessutom redan något insatt i den aktuella forskningen och de senaste rönen.

Denna extensiva design möjliggör urskiljning av tendenser, vanligt förekommande fenomen och avvikelser från huvuddragen. Kvantifieringen ökar distansen till datamaterialet och varje respondent blir en av många andra, utan varken ansikte eller relation till undersökningsledaren. Högst sannolikt är det så att undersökningsledaren rent faktiskt själv tillhandahållit många av MBSR-grupperna för flera av de svarande, men kan inte på något sätt veta vem som har svarat på mätinstrumenten, inte heller på hur personen svarat. Detta gör att undersökningsledaren mer kommer söka efter generella och opersonliga drag i datamaterialet, vilka kommer att abstraheras till själva resultatframställningen (Jacobsen, 2012).

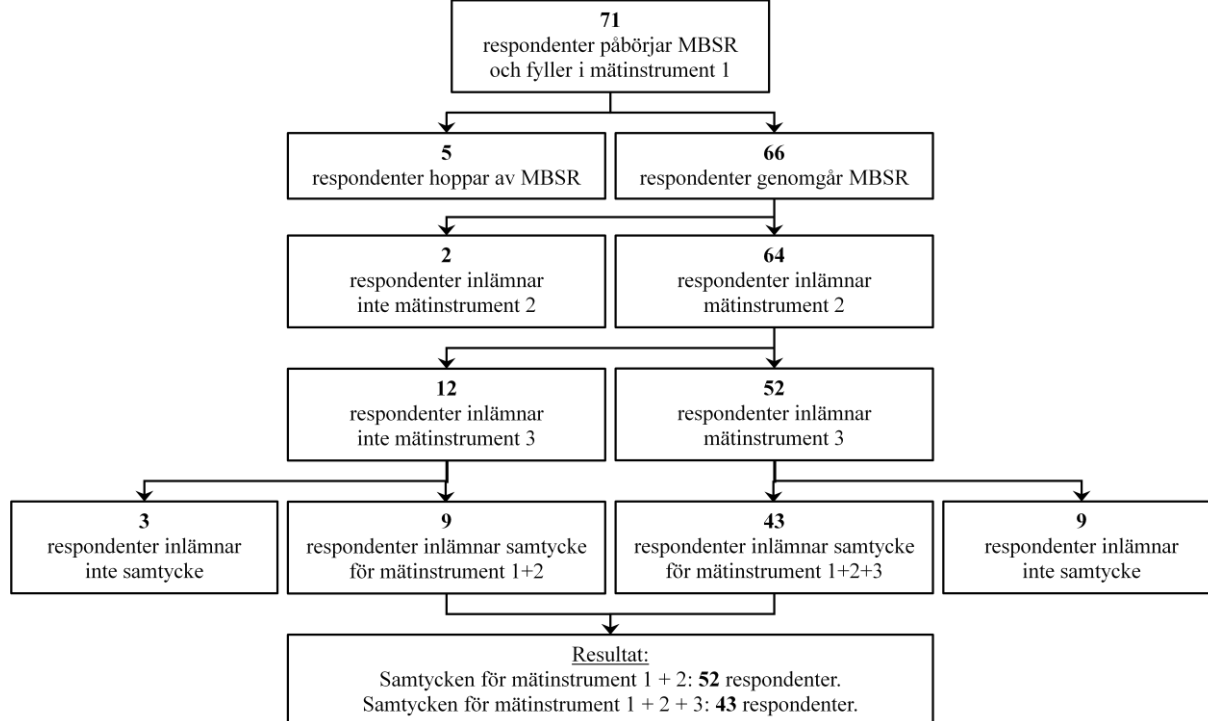
Resultat och Analys

Inflödet av remisser till Hörselenheten vuxna i Malmö på personer med tinnitus som söker rehabilitering har successivt ökat, se bilaga 1. Parallellt med detta har jag som kurator upplevt att den sedvanligt erbjudna rehabiliteringen inte alltid verkat ha varit tillfylles för att avhjälpa vissa personers besvär av tinnitus och den stress den kan ge upphov till. Dels behövs en rehabilitering som syftar till stressreduktion genom bl.a. omtolkning av tinnitus, då en stor andel av personerna har besvär av stress och upplever tinnitus som hotande på olika sätt. Dels behövs en rehabilitering som inriktas på motsatsen till några ur personernas återkommande undvikande beteenden, d.v.s. på att närma sig och så långt det är möjligt acceptera tinnitus genom ett mer flexibelt förhållningssätt till symtomet.

MBSR är ett rehabiliteringsprogram som erbjuder just stressreduktion, förändrat förhållningssätt till och ökad acceptans av olika former av lidande. Programmet har dessutom visat sig framgångsrikt vid flertalet långvariga symtom och liknande konsekvenser som tinnitus ofta leder till d.v.s. stress, sömn- och koncentrationssvårigheter samt olika grader av psykologiska besvär. Mot denna bakgrund utformades hypotesen att MBSR torde öka graden av medveten närvaro hos respondenterna, vilket i sig skulle sänka besvärsgraden av tinnitus. Utvärderingsmaterialet från Hörselenheten vuxna i Malmö skulle ligga till grund för denna kvantitativa och longitudinella studie som förväntades visa på behandlingseffekterna av MBSR vid besvär av tinnitus.

Beskrivning av deltagarna

Av de 71 respondenter som påbörjat MBSR på Hörselenheten vuxna i Malmö någon gång mellan september 2010 och december 2013 (9 rehabiliteringsgrupper med 6-9 respondenter/grupp), har 87 % genomfört hela programmet. Flödesschema 2 på nästa sida visar en modell över respondenterna i studien.

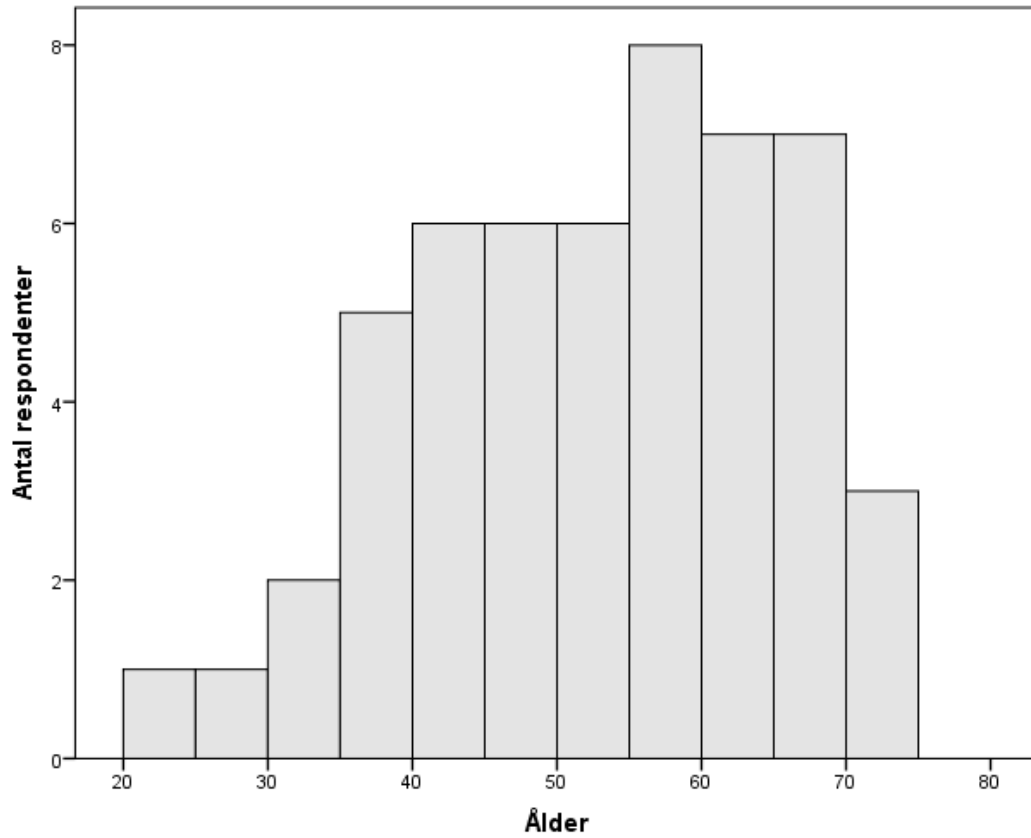


Flödesschema 2: Modell över bortfallet av respondenter.

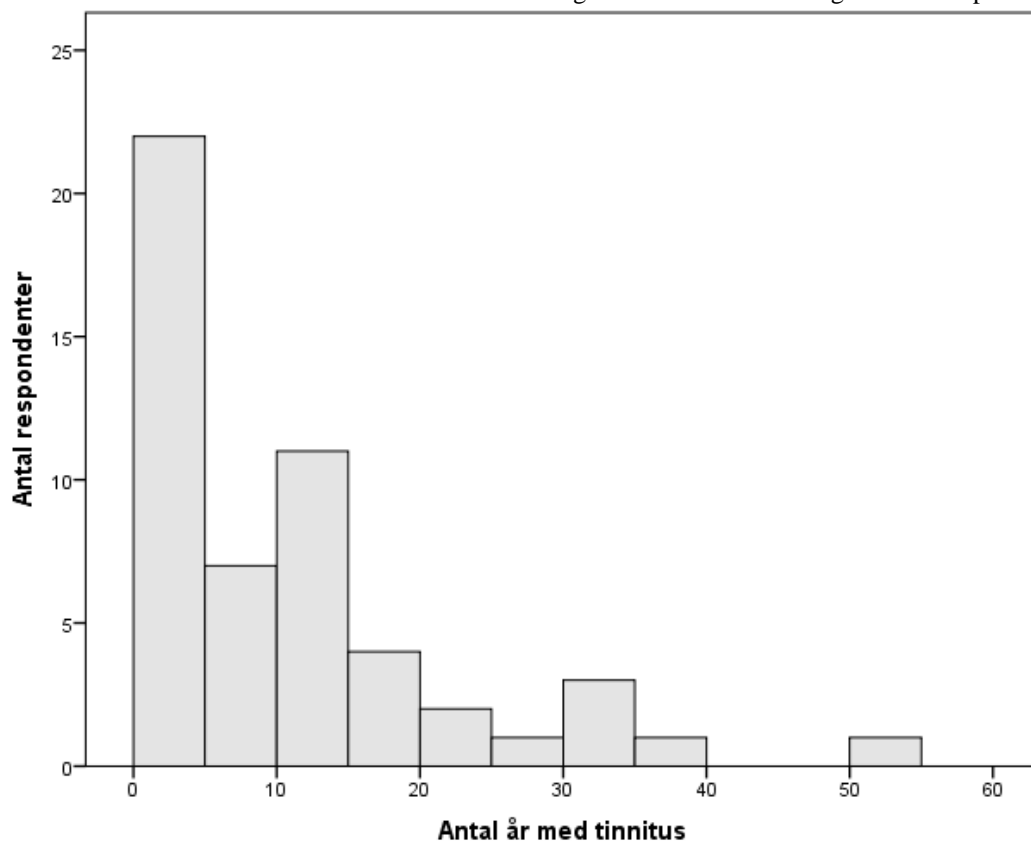
Av de 62 respondenter som genomgick programmet har 61 fyllt i mätinstrument före och efter MBSR. Av dessa har 52 respondenter samtyckt till att deras mätinstrument används i denna studie. Av dessa 52 har 43 respondenter även fyllt i och skickat in mätinstrument efter ca sex månader. Svarsprocenten efter MBSR var 73 %, vilket enligt Jacobsen (2012) får anses vara mycket bra. Sex månader efter MBSR var svarsprocenten 61 %, vilket är en acceptabel nivå enligt Mangione (1995) och bra nivå enligt Jacobsen (2012). Jacobsen (2012) menar samtidigt på att ett urval mindre än 100 respondenter innebär stora felmarginaler och försvårar en bra analys av datamaterialet.

Bakgrundsvariabler

På nästa sida visar histogram 1 åldersfördelningen bland respondenterna medan histogram 2 visar den tid respondenterna uppgett sig ha haft besvär av tinnitus.



Histogram 1: Åldersfördelningen bland respondenterna (n=52).



Histogram 2: Antal år som respondenterna haft besvär av tinnitus (n=52).

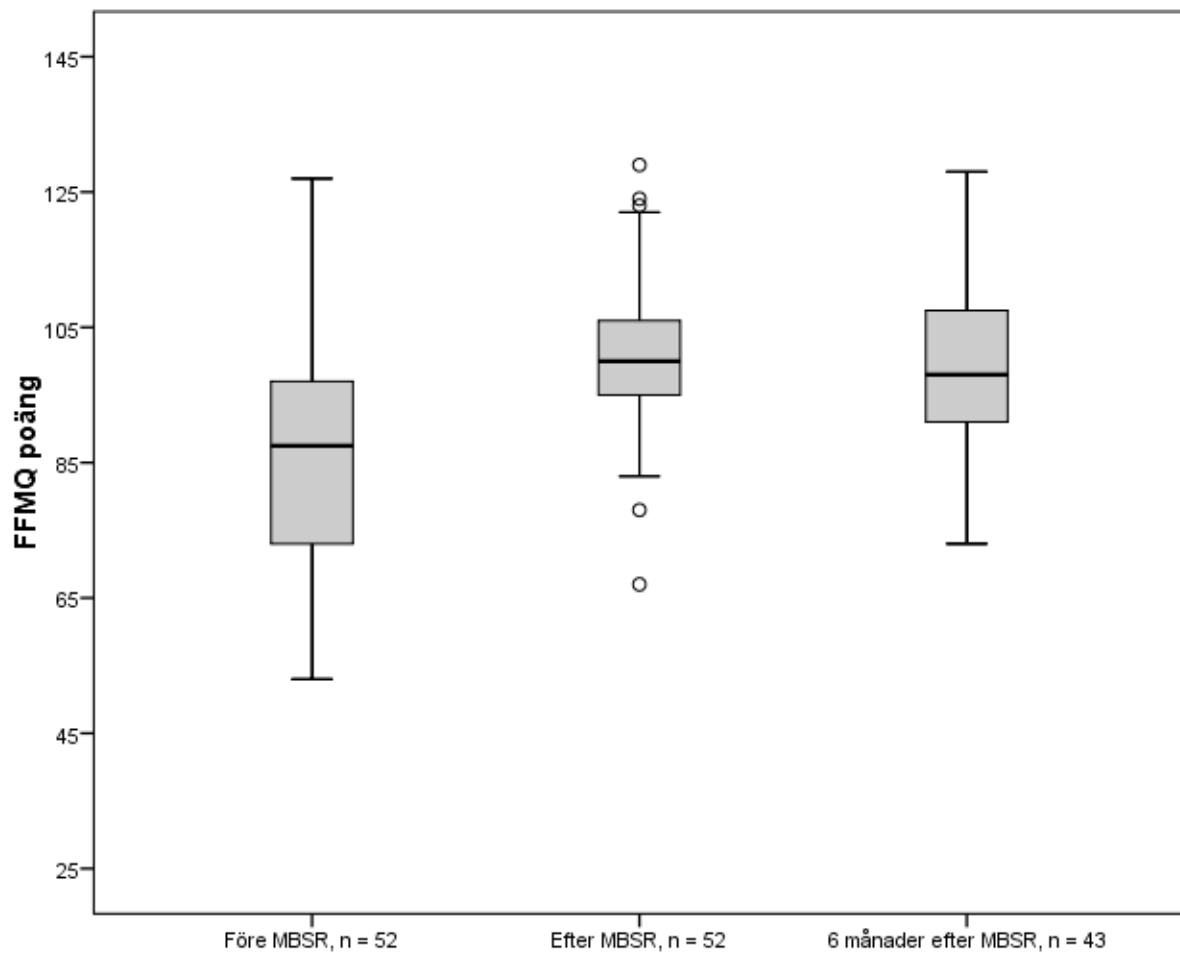
Hos de 52 respondenterna var medelåldern 52 år och drygt 2 månader med en standardavvikelse på 12 år, medianålder var 53 år. Yngst respondent var 23 och äldst var 74 år. Av respondenterna var 81 % kvinnor och 19 % män. Genomsnittstiden med besvär av

tinnitus var 10 år och 4 månader medan mediantiden med besvär av tinnitus var 7 år och 6 månader. Tiden varierade mellan 8 månader och upp till 36 år.

Bortfallsanalys

Förutom de personer som aktivt valt att inte delta i studien av olika anledningar, så kan jag förnuftsmässigt tänka mig att bortfallet åtminstone delvis kan bestå av personer som har en alltför belastad livssituation för att orka, komma ihåg eller prioritera inlämning av mätinstrument 2, 3 eller samtyckesblanketten. Av de 19 respondenter som bortföll ur studien var 32 % män och 68 % kvinnor. Medelåldern bland bortfallsgruppen var 56 år och de hade haft tinnitus i genomsnitt i 10 år och 10 månader. I jämförelse med inklusionsgruppen, hade bortfallsgruppen något större andel män, aningens högre genomsnittsålder, och hade haft tinnitus i genomsnitt 6 månader mer. Av etiska skäl har mer ingående analyser av bortfallet inte gjorts av respekt för att respondenterna inte givit sitt samtycke till att delta i studien. Därmed kommer det kvarstå osäkerhet huruvida bortfallsgruppens grad av medveten närvaro och besvär av tinnitus skiljer sig från det faktiska urvalet som inkluderades i studien.

Effektmätning med Five Facets of Mindfulness Questionnaire



Låddiagram 1: Resultat av FFMQ före, efter respektive sex månader efter MBSR.

Lådagram 1 visar respondenternas ökning av FFMQ-poäng, d.v.s. ökade grad av medveten närvaro, efter MBSR jämfört med före MBSR. Mätningen sex månader efter MBSR, för de 43 respondenter som kvarstod, visade att medianen av FFMQ-poängen låg något lägre än direkt efter MBSR. För lådagram endast över de 43 respondenterna hänvisas till lådagram 2 i bilaga 6. För att ta reda på om poängskillnaderna kan anses signifikanta, d.v.s. om ökningarna av FFMQ-poäng efter jämfört med före, respektive sex månader efter jämfört med före MBSR, kan anses betydelsefulla för merparten av respondenterna eller om skillnaderna är slumpmässiga (Elofsson, 2007), genomfördes paired t-test vars resultat visas i tabell 1.

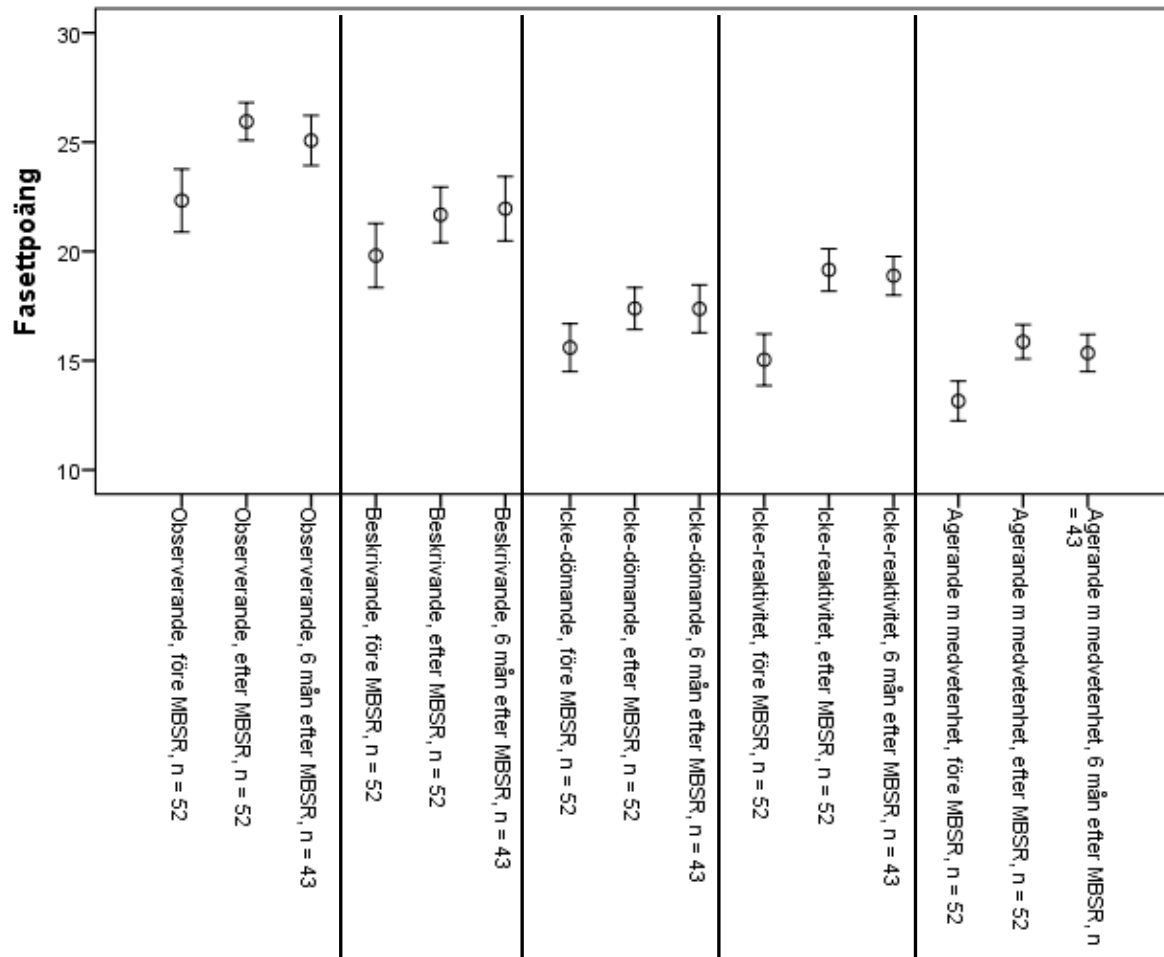
Tidpunkt då FFMQ uppmättes	Medelvärde (n)	Std. avvikelse	p-värde (n)
Före MBSR	85,92 (52)	16,34	-
Efter MBSR (jmf med <i>Före</i> MBSR)	100,02 (52)	11,59	<0,0005 (51)
6 månader efter MBSR (jmf med <i>Före</i> MBSR)	98,63 (43)	11,25	<0,0005 (42)
6 månader efter MBSR (jmf med <i>Efter</i> MBSR)	98,63 (43)	11,25	0,347 (42)

Tabell 1: FFMQ före, efter respektive sex månader efter MBSR.

Testet visade en signifikant ökning av FFMQ-poäng direkt efter jämfört med före MBSR likaså sex månader efter jämfört med före MBSR. Tabellen påvisar ingen signifikant skillnad i FFMQ-poäng sex månader efter jämfört med direkt efter MBSR. Av resultaten kan tolkas att graden av medveten närvaro ökar med deltagande i MBSR och att ökningen håller i sig även sex månader efter insatsen.

Effektmätning uppdelat på fasetterna

Med tanke på att FFMQ består av distinkta fasetter som mäter skilda aspekter av medveten närvaro, har det varit av vikt att inte bara undersöka effekten på den globala skalan utan även effekterna uppdelat på fasettskalorna av FFMQ, se lådagram 3 eller tabell 2 (för mer detaljerade resultat).



Lådagram 3: FFMQ:s fem fasetter före, efter respektive sex månader efter MBSR.

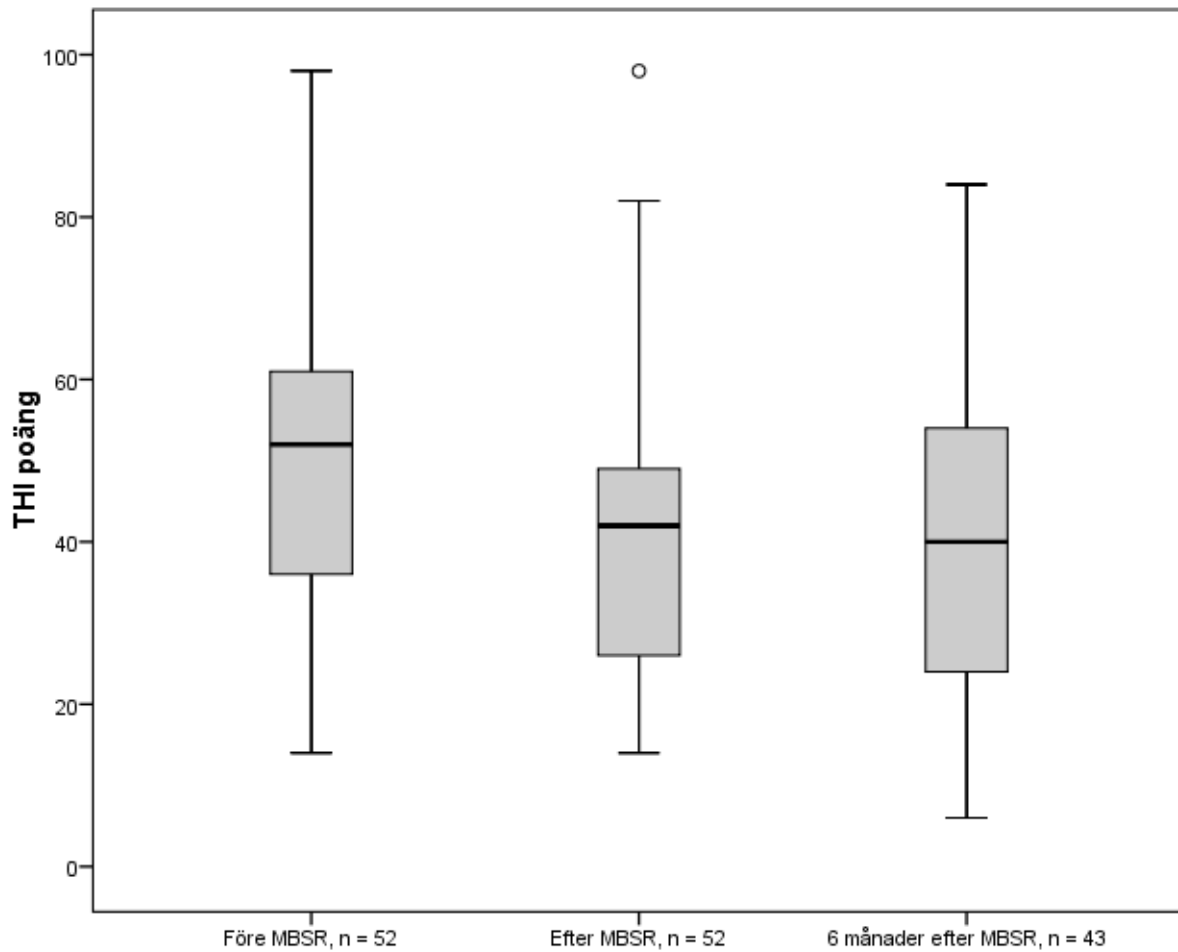
Tidpunkt då FFMQ-fasetterna uppmättes	Antal (n)	Medelvärde	Std. avvikelse	p-värde
Icke-reaktivitet				
Före MBSR	52	15,04	4,23	-
Efter MBSR	52	19,15	3,48	<0,0005
Sex månader efter MBSR	43	18,88	2,87	<0,0005
Observerande				
Före MBSR	52	22,33	5,16	-
Efter MBSR	52	25,94	3,10	<0,0005
Sex månader efter MBSR	43	25,07	3,72	<0,0005
Beskrivande				
Före MBSR	52	19,81	5,27	-
Efter MBSR	52	21,67	4,55	<0,0005
Sex månader efter MBSR	43	21,95	4,79	<0,0005
Agerande med medvetenhet				
Före MBSR	52	13,15	3,27	-
Efter MBSR	52	15,87	2,81	<0,0005
Sex månader efter MBSR	43	15,35	2,77	<0,0005
Icke-dömande				
Före MBSR	52	15,16	3,94	-
Efter MBSR	52	17,38	3,45	<0,0005
Sex månader efter MBSR	43	17,37	3,56	0,020

Tabell 2: FFMQ:s fem fasetter före, efter respektive sex månader efter MBSR.

Resultaten visar att förmågan att *inte reagera* för inre upplevelser har ökat mest följt av en ökad förmåga att *observera* och uppmärksamma sensationer, tankar och känslor. Även aspekterna att *agera med medvetenhet*, d.v.s. att behålla koncentrationen på den stunden man

befinner sig i utan att hamna i autopilot, samt *beskriva*, eller verbalisera, har ökat signifikant. Aspekten *icke-dömande* attityd till inre och yttre händelser uppmätte en signifikant skillnad direkt efter MBSR men mindre sannolik systematisk skillnad sex månader efter MBSR med tanke på p-värde på 0,020.

Effektmätning med Tinnitus Handicap Inventory



Lådagram 4: THI före, efter respektive sex månader efter MBSR.

THI global skala

Lådagram 4, se ovan, visar respondenternas minskning av THI-poäng, d.v.s. minskade besvär av tinnitus, direkt efter jämfört med före MBSR. Vid mätningen sex månader efter MBSR hade medianen av THI-poängen minskat något ytterligare, samtidigt som poängspridningen hade ökat. För att ta reda på om poängskillnaderna kan anses signifikanta, d.v.s. om minskningarna av THI-poäng direkt efter jämfört med före, respektive sex månader efter MBSR jämfört med före MBSR kan anses betydelsefulla, genomfördes paired t-test.

Tidpunkt då THI-poäng uppmättes	Medelvärde (n)	Std. avvikelse	p-värde (n)
Före MBSR	50,92 (52)	17,77	-
Efter MBSR (jmf med <i>Före</i> MBSR)	40,92 (52)	17,82	<0,0005 (51)
6 månader efter MBSR (jmf med <i>Före</i> MBSR)	41,86 (43)	21,60	<0,0005 (42)
6 månader efter MBSR (jmf med <i>Efter</i> MBSR)	41,86 (43)	21,60	0,702 (42)

Tabell 3: THI före, efter respektive sex månader efter MBSR.

Resultaten av paired t-test, som redovisas i tabell 3 på föregående sida, visar på signifikant minskning av THI-poäng direkt efter jämfört med före MBSR likaså sex månader efter jämfört med före MBSR. Tabellen påvisar ingen signifikant skillnad i THI-poäng sex månader efter jämfört med direkt efter MBSR.

THI fråga för fråga

Av tabell 4 nedan, som redovisar resultaten av THI fördelat på fråga för fråga, kan vi se att respondenterna både före och direkt efter MBSR skattade högst medelvärde (M) på frågorna 24, 8 och 19. Det var alltså vanligt förekommande bland respondenterna både före och direkt efter MBSR att uppleva att tinnitus blir värre vid stress samt uppleva sig varken kunna fly undan eller ha någon kontroll över tinnitus. De två sistnämnda aspekterna hade dock förbättrats efter MBSR, särskilt känslan av kontroll över tinnitus.

THI-frågorna med ämne (för exakt frågeformulering, se bilaga 5)	n	M före MBSR	M efter MBSR	p-värde efter jämfört med före MBSR	n	M före MBSR	M 6 mån. efter MBSR	p-värde 6 mån. efter jämfört med före MBSR
1. Koncentrationssvårigheter.	51	2,47	2,00	<0,006	43	2,42	1,95	<0,031
2. Hörselsvårigheter.	51	2,08	1,76	<0,044	43	2,05	2,14	<0,660
3. Ilska.	51	1,84	1,65	<0,255	43	2,05	1,58	<0,058
4. Förvirring.	50	1,32	1,04	<0,109	41	1,32	1,17	<0,498
5. Desperation.	48	1,25	1,04	<0,096	40	1,35	1,00	<0,109
6. Klagan över tinnitus.	51	1,25	0,90	<0,071	42	1,33	0,81	<0,026
7. Sömnsvårigheter.	51	2,08	1,65	<0,010	42	2,19	1,62	<0,012
8. Inte kunna fly undan.	51	3,37	2,67	<0,000	42	3,43	2,67	<0,000
9. Svårigheter att uppskatta sociala aktiviteter.	52	2,38	2,12	<0,051	43	2,28	2,14	<0,445
10. Frustration.	51	2,71	2,04	<0,000	43	2,79	2,19	<0,003
11. Känsla av en fruktansvärd sjukdom.	51	0,94	0,94	<1,000	42	0,95	0,86	<0,623
12. Svårigheter att uppskatta livet.	48	1,38	1,17	<0,133	41	1,46	1,12	<0,090
13. Svårt med jobb och hushållssysslor.	50	1,92	1,80	<0,569	41	1,95	1,46	<0,023
14. Irritation.	50	2,48	1,72	<0,000	42	2,48	2,05	<0,018
15. Läsvårigheter.	50	1,52	0,96	<0,005	41	1,46	1,27	<0,400
16. Upprördhet.	50	1,80	1,20	<0,006	43	1,95	1,35	<0,008
17. Problem i relation till familj och vänner.	50	1,72	1,48	<0,204	41	1,61	1,51	<0,710
18. Fokuseringssvårigheter.	51	2,43	1,80	<0,001	42	2,38	1,81	<0,003
19. Ingen kontroll.	52	3,04	2,38	<0,002	43	3,12	1,95	<0,000
20. Trötthet.	51	2,78	2,35	<0,010	40	2,70	2,65	<0,743
21. Depression.	51	1,69	1,14	<0,001	43	1,67	1,35	<0,051
22. Oro.	50	2,40	1,64	<0,000	42	2,52	1,67	<0,000
23. Hanteringssvårigheter.	50	1,72	0,96	<0,000	40	1,70	0,90	<0,000
24. Vid stress ökar tinnitus.	51	3,57	3,22	<0,019	42	3,57	3,24	<0,070
25. Osäker och otrygg.	51	2,00	1,25	<0,000	42	2,00	1,43	<0,003

Tabell 4: Resultat av THI fråga för fråga.

Vid poängjämförelser direkt efter jämfört med före MBSR uppvisade följande THI-frågor högst signifikansvärde: 11, 13, 3, 17, 12, 4 och 5. Avsaknaden av poängskillnaderna kan tolkas som att MBSR har minst effekt på ilska, anhörigrelationer, jobb och hushållsuppgifter.

Poängskillnaderna var låga avseende känslan av desperation, känna sig förvirrad, att ha en fruktansvärd sjukdom och svårighet att uppskatta livet men dessa frågor hade redan låga värden före MBSR, så förändringsutrymmet direkt efter jämfört med före MBSR var därmed begränsad. Förutom desperation p.g.a. tinnitus och känslan av att ha en fruktansvärd sjukdom, var det också ovanligt bland respondenterna att, både före och direkt efter MBSR, klaga mycket över tinnitus (fråga 6).

Vid poängjämförelser direkt efter jämfört med före MBSR uppvisade följande THI-frågor lägst p-värde: 14, 22, 23, 25, 8, 10, 18, 21, 19 och 15. Av detta kan vi utläsa att respondenterna efter MBSR uppgett sig vara signifikant mindre osäkra, otrygga, oroliga, trötta, frustrerade, lättirriterade och deprimerade p.g.a. tinnitus, hade en lägre grad av fokuserings-, läs- och hanteringssvårigheter samt graderade mindre grad av att inte ha någon kontroll över eller att inte kunna fly undan tinnitus.

Att tinnitus blir värre vid stress kvarstod för (de 43) respondenterna sex månader efter MBSR jämfört med direkt efter MBSR (för de 51 respondenterna). Känslan av att *inte kunna fly undan* tinnitus låg (för de 42 respondenterna) på samma nivå sex månader efter som direkt efter MBSR (för de 51 respondenterna), d.v.s. kvarstod som ganska vanligt förekommande hos respondenterna sex månader efter MBSR. Att ofta känna sig *trött* p.g.a. tinnitus, vilket minskade direkt efter MBSR (för de 51 respondenterna), ökade nästan till ursprungsnivån sex månader efter MBSR (för de 40 respondenterna).

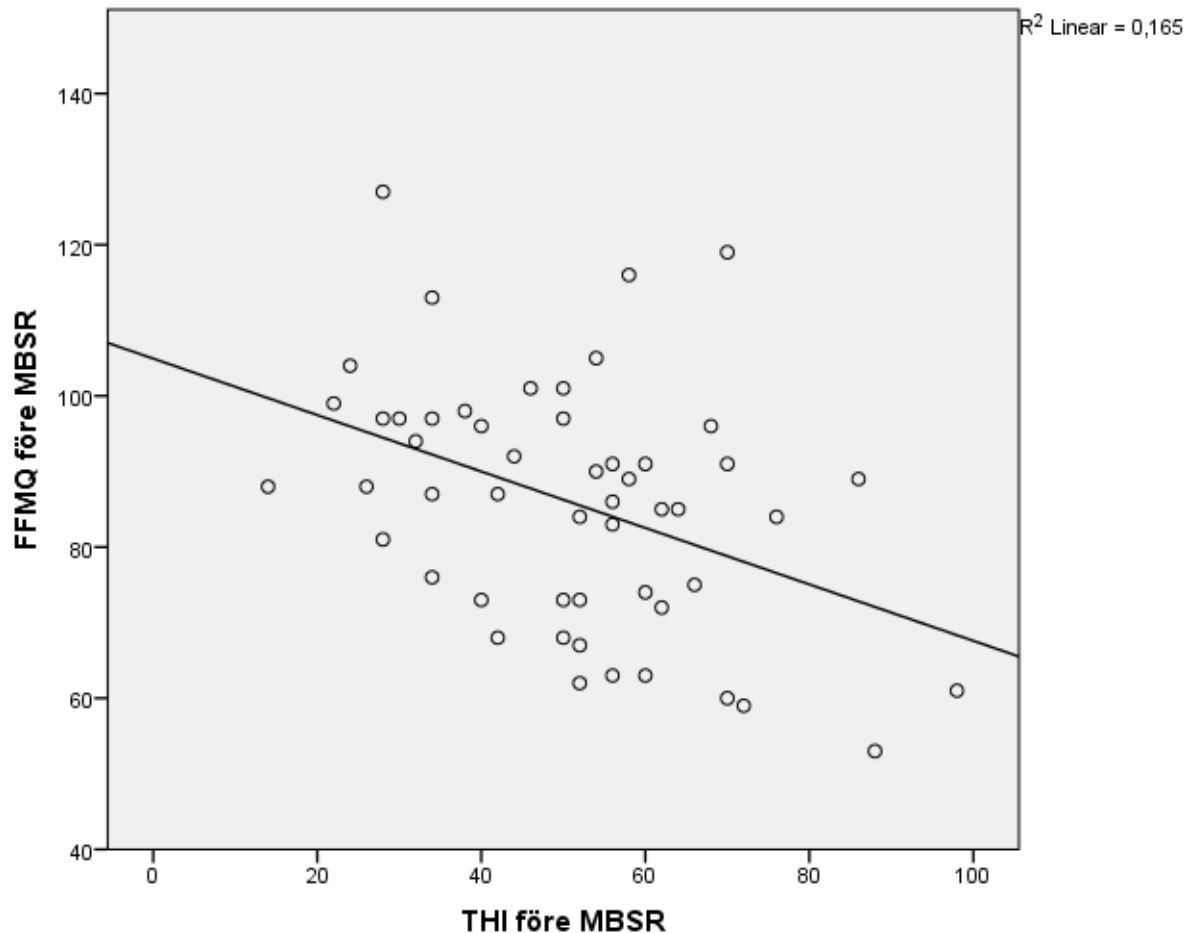
Sex månader efter MBSR visade det sig att THI-frågorna 6 och 11, precis som före och direkt efter MBSR, hade skattats lågt av respondenterna, vilket innebär att de varken klagade mycket över tinnitus eller upplevde tinnitus som att ha en fruktansvärd sjukdom. Förmågan att hantera tinnitus utmärkte sig också sex månader efter MBSR, som något som hade blivit bättre.

Signifikanta förbättringar sex månader efter jämfört med före MBSR visade respondenterna på THI-frågorna 8, 19, 22, 23 och 10. Detta ger oss vetskap om att respondenterna även långt efter MBSR har fått en minskad känsla av att varken kunna hantera, fly undan eller ha någon kontroll över tinnitus samt minskad känsla av oro och frustration p.g.a. tinnitus.

Minst signifikant poängskillnad visade sig respondenterna sex månader efter jämfört med före MBSR på THI-frågorna 20, 17, 2, 11 och 9. Av detta kan vi förstå att trötthet p.g.a. tinnitus, relationsproblem, hörselsvårigheter, känslan av att ha en fruktansvärd sjukdom eller uppskattning av sociala aktiviteter förändras minst av MBSR.

Sambandsanalys FFMQ och THI

Med hjälp av spridningsdiagram fås ett visuellt uttryck av samvariationen mellan THI och FFMQ som framkom vid sambandsanalysen (Jacobsen, 2012).



Spridningsdiagram 1: Sambandet mellan resultaten av THI och FFMQ före MBSR (n=52).

Spridningsdiagram 1, som är ett s.k. scatterplot, visar att resultaten av THI och FFMQ inte ligger alldeles slumpmässigt spridda i en svärm. En tendens till negativ korrelation mellan THI och FFMQ kan anas i och med den diagonala regressionslinjen som sluttar lätt neråt. Om linjen ligger horisontellt rak, föreligger inga samband (inga linjära i alla fall) och korrelationsvärdet blir 0. Ju närmare korrelationsvärdet kommer -1 (=perfekt negativt samband, med en linje pekandes 45° neråt) eller $+1$ (=perfekt positivt samband, med en linje pekandes 45° uppåt), ju starkare samband föreligger. Ju tätare punkterna ligger an linjen, ju högre samband finns. Korrelationens styrka (0-1) och riktning (- eller +) anges med Pearson's R (-1 till +1). I denna observation, före MBSR, har vi korrelationsmättet $R = -0,406$ (roten ur $R^2 = 0,165$, se spridningsdiagram 1). R^2 (0-1) är ett mått på hur mycket variationen i THI (den beroende variabeln) som förklaras av FFMQ (oberoende variabeln). Vid analysen såväl direkt efter som sex månader efter MBSR var sambandet försvagat till $R = -0,247$ ($R^2 = 0,061$) respektive $R = -0,251$ ($R^2 = 0,063$), se bilaga 7.

Bivariat regressionsanalys

För att få fram ett mått på huruvida den oberoende variabeln medveten närvaro, som mätts genom FFMQ, har någon förklaringskraft gentemot besvär av tinnitus, som mätts genom THI, behöver det undersökas hur väl variationen i FFMQ förklarar variationen i den beroende variabeln THI. För detta ändamål genomförs en bivariat regressionsanalys, se tabell 5.

Tidpunkt värdena uppmättes	Icke-standardiserade koefficienter		Standardiserade koefficienter	T	Sig.
	B-koefficient	Std. avvikelse	Beta		
Bivariat regressionsanalys 1					
(Konstant)	88,842	12,284		7,232	,000
FFMQ före MBSR	-,441	,140	-,406	-3,141	,003
Bivariat regressionsanalys 2					
(Konstant)	79,041	21,202		3,728	,000
FFMQ efter MBSR	-,381	,211	-,248	-1,810	,076
Bivariat regressionsanalys 3					
(Konstant)	89,434	28,799		3,105	,003
FFMQ 6 mån efter MBSR	-,482	,290	-,251	-1,662	,104

Tabell 5: Bivariat regressionsanalys över FFMQ och THI.

Analys 1, överst i tabell 5, visar att om FFMQ före MBSR skulle öka med ett steg, skulle THI minska med 44,1 %. Signifikansen för analys 1 är säkrast med signifikans på 0,003 jämfört med analys 2 och 3 som hade signifikans på 0,076 respektive 0,104. Med andra ord verkar mycket besvär av tinnitus försvåra medveten närvaro.

Effektmätning med studiespecifikt mätinstrument

Visual Analogue Scale

Före, direkt efter respektive sex månader efter MBSR fick respondenterna på VAS 0-10, gradera sina besvär inom följande områden; Besvär med mående, besvär av tinnitus, stress, koncentrations- och sömnsvårigheter. 10 representerade *Mycket stora besvär* och 0 representerade *Inga besvär alls*. Resultaten redovisas i tabell 6 på nästa sida.

Tidpunkt på värdena uppmättes	Antal (n)	Medelvärde	Std. avvikelse	p-värde
Besvär med mående				
Före MBSR	51	5,00	2,14	-
Efter MBSR	51	4,01	2,22	0,001
6 månader efter MBSR	43	3,84	1,85	0,001
Besvär av tinnitus				
Före MBSR	52	6,38	1,93	-
Efter MBSR	52	5,22	2,12	<0,0005
6 månader efter MBSR	43	5,06	2,39	<0,0005
Stress				
Före MBSR	51	5,72	2,15	-
Efter MBSR	51	4,80	2,29	0,006
6 månader efter MBSR	42	4,92	2,30	0,009
Koncentrationsvårigheter				
Före MBSR	50	5,56	2,39	-
Efter MBSR	50	4,44	2,27	0,006
6 månader efter MBSR	43	4,54	2,16	0,011
Sömnsvårigheter				
Före MBSR	52	5,01	2,81	-
Efter MBSR	52	4,59	2,70	0,185
6 månader efter MBSR	43	4,11	2,63	0,033

Tabell 6: Gradering med VAS i studiespecifika mätinstrumentet.

Tabell 6 visar att respondenterna på VAS direkt efter jämfört med före MBSR har skattat störst minskning av *besvär av tinnitus* följt av *besvär med mående*. Dessa minskningar av besvär hade fortsatt enligt mätningen sex månader efter MBSR. På VAS skattade respondenterna minst minskning avseende *sömnsvårigheter*. Denna minskning hade dock minskat stadigast av alla besvärsgredningar vid mätningen sex månader efter MBSR.

Studiespecifika tillägsfrågor

Tabell 6 visar att 85 respektive 79 % av respondenterna direkt efter respektive sex månader efter MBSR upplevde medveten närvaro som ett redskap att hantera besvär av tinnitus. 98 respektive 88 % direkt efter respektive sex månader efter MBSR uppgav att medveten närvaro kan vara ett redskap att hantera besvär av stress. 98 respektive 91 % direkt efter respektive sex månader efter MBSR ämnade fortsätta träna medveten närvaro.

Fråga	Tidpunkt	Antal respondenter, n (av totalt vid mätpunkten)	Ja (%)	Nej (%)	Vet ej (%)	Totalt (%)
Kan mindfulness vara ett redskap för dig att hantera besvär av tinnitus?	Efter MBSR	51 (52)	84,6	0	13,5	98,1
	6 mån efter MBSR	43 (43)	79,1	7	14	100
Kan mindfulness vara ett redskap för dig att hantera besvär av stress?	Efter MBSR	52 (52)	98,1	1,9	0	100
	6 mån efter MBSR	43 (43)	88,4	2,3	9,3	100
Kommer du att fortsätta träna mindfulness?	Efter MBSR	52 (52)	98,1	0	1,9	100
	6 mån efter MBSR	43 (43)	90,7	2,3	7	100

Tabell 7: Resultat av frågorna i studiespecifika mätinstrumentet.

Sammanfattande analys

Nästan 90 % av respondenterna genomförde hela MBSR-programmet, en hög deltagarsiffra som stämmer överens med Baers forskning (2003). Av de som deltog i studien var drygt 80 % kvinnor. Tidigare forskning har visat att kvinnor överlag är mer benägna att erfara emotionella reaktioner på tinnitus än män (Dineen, Doyle, & Bench, 1997; Hallberg & Erlandsson, 1993; Meikle & Griest, 1989). Så den övervägande andelen kvinnor bland respondenterna skulle kunna vara en följd av att det en högre andel kvinnor som medger reaktioner på tinnitus och kanske söker hjälp för besvären. Könsförhållandena stämmer också överens med Perskis (2006) forskning som tyder på att kvinnor generellt besväras mer av stress, upplever fler symtom och söker oftare vård för besvär som är stressrelaterade. Utifrån den begränsade bortfallsanalysen verkade det inte finnas några indikationer på någon systematisk snedfördelning, t.ex. att det faktiska urvalet skulle innehålla någon grupp som var över- eller underrepresenterad jämfört med bortfallet, åtminstone inte avseende ålder, kön eller antal år respondenterna hade haft besvär av tinnitus.

Mätinstrumenten visade en signifikant ökad grad av medveten närvaro hos respondenterna direkt efter, likaså sex månader efter, jämfört med före MBSR. MBSR verkade i första hand förbättra förmågan att *inte reagera* för eller fastna i och *observera* sinnesupplevelser såsom exempelvis tinnitus eller besvär av tinnitus. Minskningen av ältande (att fastna i tankemönster) och utvecklingen av acceptans är något som även framgick av Philippots et al. (2012) artikel och Baer (2003). Även de andra aspekterna *agera med medvetenhet*, *beskrivande* och *inte döma* visade på signifikanta förbättringar. Förbättringarna som skett av de fem olika aspekterna av medveten närvaro, stämmer väl överens med tidigare forskning på behandlingseffekterna av träning i medveten närvaro (Baer, 2003). Även om mer forskning behövs inom området kan man, i likhet med Baers et al. (2006) resultat, ana att icke-reaktivitet och icke-dömande av inre upplevelser är användbara aspekter för att mäta och operationalisera acceptans. Avstår jag från att impulsivt reagera mot tinnitus och istället väljer att pröva inbjuda den samt lämnar åt sidan mina dömanden över och tyckanden kring tinnitus eller självkritiken över hur jag förhåller mig till tinnitus, har jag kommit en bit på vägen till acceptans av tinnitus.

Parallellt med att respondenterna upplevde ökad grad av medveten närvaro direkt efter MBSR, upplevde de en signifikant minskad genomsnittlig grad av besvär av tinnitus direkt efter (THI=40,9), likaså sex månader efter (THI=41,86), jämfört med före (THI=50,9) MBSR. Resultaten stämmer överrens med Gans et al. (2013) pilotstudie vars resultat visade 50,6 poäng på THI före respektive 39 poäng på THI efter MBTSR. Respondenterna i pilotstudien

av Kreuzer et al. (2012) hade mindre medan Roland et al. (2015) hade avsevärt mindre besvärsggrad av tinnitus vid utgångsläget (THI=40,9 respektive 28), men fick liksom i denna studie minskade besvär av tinnitus vid mätningen efter MBSR (THI=26,3 respektive 14). Enligt THI verkar respondenterna ha fått störst effekter av MBSR i form av minskad känsla av att vara osäker, otrygg, frustrerad, lättirriterad och deprimerad p.g.a. tinnitus, lägre grad av fokuserings-, läs- och hanteringssvårigheter samt minskad känsla av att varken ha någon kontroll över eller kunna fly undan tinnitus.

Tendensen till negativ samvariation mellan FFMQ och THI *före* MBSR, kan tolkas som att ökad grad av medveten närvaro korrelerar med minskad grad av besvär av tinnitus. Sambandet skulle kunna förklaras med hjälp av Lazarus (1991) teori om att respondenter med hög grad av medveten närvaro har omtolkat tinnitus till att inte upplevas lika hotande, irriterande och därmed inte lika stressande. Korrelationsanalysen direkt efter och 6 månader efter MBSR (se bilaga 7) visade dock på försvagat samband, vilket emotsäger ovanstående presumtiva tolkning. Vad denna minskning beror på är oklart.

Att inte reagera för besvären av tinnitus torde kunna innebära ökad acceptans av tinnitus likaså ökad koncentrationsförmåga. Att koncentrationsförmågan ökade för respondenterna i studien visades genom samtliga tre mätinstrument; THI visade t.ex. att det inte längre var svårt att läsa p.g.a. tinnitus, FFMQ visade en ökad förmåga att agera med medvetenhet (vilket kräver koncentrationsförmåga på nuet) och den egna skattningen av koncentrationsförmågan på VAS ökade. Att träning i medveten närvaro leder till ökad koncentrationsförmåga bl.a. genom minskat ältande och minskad ångest, har också framkommit i tidigare forskning (Chiesa & Serretti, 2009; Hayes & Feldman, 2004; Höij & Grahn, 2012; Teasdale et al., 2000).

Precis som Winbush, Gross och Kreizer (2007) beskrev, så leder minskat ältande och minskad oro genom träning i medveten närvaro ofta till förbättrad sömn. Sömnsvårigheter var något som minskade hos respondenterna men endast långsiktigt enligt deras skattningar på VAS. På VAS skattade respondenterna störst förbättringar avseende generellt mående och minskad stress, vilket stämmer överens med bl.a. Khourys et al. (2013) meta-analys över effekterna av träning i medveten närvaro; minskad stress, ångest och depression.

Precis som forskning har visat föreligger det ett logiskt samband mellan stress, muskelspänningar och tinnitus. Respondenterna i studien håller med om att tinnitus blir värre vid stress direkt efter MBSR likaså sex månader efter MBSR. Detta är ett fysiologiskt

samband som är internationellt vedertaget och kan inte förväntas förändras av ex. MBSR. Resultaten visar snarare på respondenternas insikt och kunskap om att detta samband föreligger. Huruvida och i vilken omfattning respondenterna däremot upplever och lider av stress, hade varit intressantare frågor. Det skulle kunna vara så att MBSR sänker frekvensen, omfattningen och konsekvenserna av stress i respondentens liv men sänker inte själva sambandet mellan stress och tinnitus.

Liknande förhållande skulle kunna förklara den höga skattningen av trötthet av tinnitus. Sambandet mellan tinnitus och trötthet är väl dokumenterat i forskningen. Att det sambandet skulle påverkas av MBSR är tveksamt, en intressantare fråga hade varit hur respondenten efter MBSR bemöter tröttheten - fortsätter individen att pressa sig själv till aktiviteter eller lyssnar hen mer på kroppens signaler och aktivt väljer att istället kanske återhämta sig?

THI-fråga 2 (avseende hörselsvårigheter) och 9 (kring att uppskatta sociala aktiviteter) hör ihop med tanke på att båda tangerar hörselaspekter. MBSR är inte någon hörselrehabiliterande insats, varför någon poängskillnad inte heller har kunnat förväntas kring detta. Varken före, direkt efter eller sex månader efter MBSR har respondenterna uppgett sig klaga mycket på tinnitus, känna sig desperata av tinnitus eller uppleva att tinnitus är någon fruktansvärd sjukdom. Detta verkar vara områden som inte verkar så vanligt förekommande i respondentgruppen, gissningsvis tack vare att de erhållit framgångsrika insatser av audionom, hörsel-pedagog, kurator eller psykolog före MBSR insatsen.

MBSR verkar ha haft minst effekt på ilska, anhörigrelationer, jobb och hushållsuppgifter. De sistnämnda tre yttre faktorerna, har forskning också visat påverkas mindre av tinnitus än andra faktorer. Det är livsområden som också kräver längre tid för en eventuell förändring att ske med eller utan medveten närvaro. Anhörigrelationer är något som bekräftas i forskningen som något som inte verkar påverkas av MBSR, åtminstone inte på insatsens korta tid.

Trots urvalsosäkerheten och bortfallet är det avslutningsvis ändå häpnadsväckande att 91 % av respondenterna sex månader efter MBSR uppger att de avser att fortsätta träna medveten närvaro, vilket skulle kunna tolkas som att de fortsätter uppskatta träningen i medveten närvaro och ser den som givande.

Avslutande diskussion

Föreliggande studie har visat att de som tagit del av MBSR på Hörselenheten vuxna i Malmö, Region Skåne, direkt efter *och* sex månader efter insatsen hade en ökad grad av medveten

närvaro, ökat välmående avseende flertalet hälsoaspekter och deras besvärsggrad av tinnitus hade minskat. Studien visade *före* MBSR tendenser till samband mellan ökad grad av medveten närvaro och minskad besvärsggrad av tinnitus. Av respondenterna upplevde drygt 80 % att medveten närvaro kan vara ett redskap att hantera besvär av tinnitus och kring 90 % att medveten närvaro kan vara ett redskap för att hantera besvär av stress och att de ämnade fortsätta träna medveten närvaro i framtiden. Den höga andelen respondenter som upplever medveten närvaro som ett redskap att hantera besvär av stress och tinnitus, motiverar till att på Hörselenheten vuxna fortsätta erbjuda MBSR för målgruppen i framtiden. Då förhållnings-sättet verkar värdefullt för dem, är det också glädjande att se att en så stor andel av respondenterna har för avsikt att fortsätta träna medveten närvaro i framtiden.

Även om svarsprocenten bland respondenterna var hög (52 direkt efter respektive 43 sex månader efter MBSR av 71 personer med tinnitus som startade MBSR), har studiens resultat sina limitationer med tanke på det begränsade antalet respondenter i urvalet och det begränsade antalet respondenter som bedömdes vara i behov av MBSR (2,9 %) jämfört med alla personer med tinnitus som besökte Hörselenheten vuxna i Malmö 2010-2014. En annan brist med studien är att undersökningsledaren dels har undersökningsplatsen som arbetsplats, dels varit behandlande gruppleddare för vissa respondenter.

FFMQ verkade som ett fungerande instrument för att operationalisera och mäta acceptans som är en betydande aspekt av medveten närvaro. Det som också varit positivt med det vedertagna FFMQ är att resultaten kunnat jämföras med tidigare studier. THI visade sig ha sina brister med tanke på dess grova mätskala och att flertalet frågor mätte aspekter som varken MBSR var ämnat att förändra (ex. att fly undan tinnitus eller förmåga att höra trots tinnitus) eller hade kunnat förändra (ex. tinnitus samband med stress och trötthet). Så den konvergenta validiteten för THI för denna specifika studie var något begränsad.

Retrospektivt kan jag se att ett annat frågeformulär avseende graden av påverkan tinnitus har på respondentens liv hade varit mer optimalt, företrädesvis Tinnitus Functional Index (TFI) som är vida mer utforskat och utvecklat. TFI fokuserar på känslan av kontroll den drabbade upplever, den kognitiva påverkan, sömnsvårigheter, hörselaspekter, avspänningsfaktorer, frågor om livskvalitet och känslomässig påverkan av tinnitus (Henry et al., 2014). Med sin höga validitet, då TFI är lyhörd för behandlingsrelaterade förändringar, fungerande psykometriska egenskaper och goda täckning över livsområden som tinnitus ofta påverkar är det ett mätinstrument som hade varit mer optimalt i föreliggande studie. Men den möjligheten erbjöds inte då formuläret först utkom 2014.

För att säkerställa föreliggande studies hypoteser behövs mer omfattande forskning av MBSR och dess presumtiva effekter på besvär av tinnitus. I sådan forskning föreslås en randomiserad kontrollerad studie med större respondentgrupp och säkrare urval. FFMQ föreslås behållas som mätinstrument men THI bytas ut mot TFI. I föreliggande studie diskuterades olika former och vikten av coping, så det vore intressant att tillägga något mätinstrument som mäter coping hos personer med tinnitus.

För den avgränsade grupp personer med besvär av tinnitus med flertalet återkommande undvikande beteenden som kostar energi och kraft och som jag, i egenskap av kurator, har erfarit behöver komplement till den traditionella rehabiliteringen, i form av träning i erfarenhetsmässig acceptans, torde det vara relevant med mer forskning på även andra acceptans- och mindfulnessbaserade behandlingar såsom ex. ACT och MBCT.

Sammanfattningsvis tyder studiens resultat på att medveten närvaro är ett framgångsrikt förhållningssätt för vissa personer med tinnitus. Medveten närvaro, såväl som acceptans, verkar vara viktiga nycklar till framgångsrik tinnitusrehabilitering. Precis som Baguley et al. (2013) skriver, så finns det ett ökande intresse för acceptans- och mindfulnessbaserade metoder inom tinnitusrehabiliteringsområdet. Studiens resultat fördjupar den befintliga kunskapen och styrker optimismen som verkar råda inom forskningsområdet. Förhoppningsvis kan föreliggande studie bidra till att forskningsområdet expanderar.

Referenser

- Allwood, C. M. (2004) ”Perspektiv på den kvalitativa idétraditionen”. I Carl Martin Allwood, (red.): *Perspektiv på kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2004) ”Den språkliga vändningen inom samhällsvetenskapen”. I Carl Martin Allwood, (red.): *Perspektiv på kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (2000a) *Tinnitus - orsaker, teorier och behandlingsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (2000b) Longitudinal Follow-Up of Occupational Status in Tinnitus Patients. *International Tinnitus Journal*, 6, 2, 127-129.
- Andersson, G. (2002) Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 977-990.
- Andersson, G., Baguley D. M., McKenna L. & McRerran D. (2006) *Tinnitus. A multidisciplinary approach*. London (Philadelphia): Whurr.
- Andersson, G. & Westin, V. (2008) Understanding tinnitus distress: Introducing the concepts of moderators and mediators. *International Journal of Audiology*, 47 (suppl. 2), 106-111.
- Andersson, G., Lyttkens, L. & Larsen, H. C. (1999) Distinguishing levels of tinnitus distress. *Clinical Otolaryngology*, 24, 404-410.
- Andersson, G. & Vretblad, P. (2000) Anxiety Sensitivity in Patients with Chronic Tinnitus. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 2, 57-64.
- Askari, S., Bernevik, P., Nilsson, B., Pettersson, G. & Sörensen, M. (2008) *Rehabiliteringsmodell för vuxna med tinnitus inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten* (Forsknings- och utvecklingsenheten, Bulletin nr 02/2008). Malmö: Region Skåne, Habilitering & Hjälpmedel, Forsknings- och utvecklingsenheten.
- 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., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 1, 27-45.
- Baguley, D. M., Andersson, G., McFerran, D. & McKenna, L. (2013) *Tinnitus - A multidisciplinary approach* (2nd ed). Chichester (Storbritannien): Wiley-Blackwell.

- Baguley, D. M., Stoddart, R. L. & Hodgson, C. A. (2000) Convergent validity of the Tinnitus Handicap Inventory and the Tinnitus Questionnaire. *Journal of Laryngology and Otology*, 114, 840–843.
- Baldo, P., Doree, C., Lazzarini, R., Molin, P. & McFerran, D. (2006) Antidepressants for patients with tinnitus. *The Cochrane Library*.
- Bishop, R.S., 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.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers, P. (2010) The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 6, 539.
- Bryman, A. (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Budd, R.J. & Pugh, R. (1996) Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 4, 327-335.
- Center for mindfulness in Sweden (2015). *Om lärarcertifiering*. Hämtad maj, 16, 2015 från Center for mindfulness i Sverige: <http://cfms.se/lararcertifiering-i-mbsr/stegen-till-lararcertifiering/>.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009) Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 5, 593.
- Coles, R. R. A. (2000) "Medicolegal issues". I Richard S. Tyler, (red.): *Tinnitus handbook*, 399–417. San Diego (California): Singular.
- Cuny, C., Norena, A., El Massioui, F. & Chéry-Croze, S. (2004) Reduced attention shift in response to auditory changes in subjects with tinnitus. *Audiology & Neuro-Otology*, 9, 294-302.
- Davis, C. & Morgan, M. (2008) Finding meaning, perceiving growth, and acceptance of tinnitus. *Rehabilitation Psychology*, 53, 128–138.
- de Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammarstrøm, K.T. & Kowalski, K. (2012) Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews*, 3.
- Dibb, B. & Yardley, L. (2006) How does social comparison within self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 63, 1602-1613.

- Dineen, R., Doyle, J. & Bench, J. (1997) Audiological and psychological characteristics of a group of tinnitus sufferers, prior to tinnitus management training. *British Journal of Audiology*, 31, 27–38.
- Dobie, R.A. (2004) Overview: Suffering from tinnitus. I James Byron Snow (red.): *Tinnitus: Theory and management*, 1–7. Shelton (Connecticut): People's Medical Publishing House.
- Eliasson, R. (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Elofsson, S. (2007) "Kvantitativ metod - struktur och kreativitet". I Sam Larsson, John Lilja & Katarina Mannheimer, (red.): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Erlandsson, S. (2000) Psychological profiles of tinnitus patients. I Richard S. Tyler, (red.): *Tinnitus handbook*, 25-57. San Diego (California): Singular.
- Formby, C. & Scherer, R. (2013) Rationale for the tinnitus retraining therapy trial. *Noise & Health*, 15, 63, 134-142.
- Gans, J., O'Sullivan, P. & Bircheff, V. (2013) Mindfulness Based Tinnitus Stress Reduction Pilot Study - A symptom Perception-Shift Program. *Mindfulness*, 3, 4. New York: Springer.
- Grahn, M.-L. & Josefsson, B. (2009) *Tinnitus Retraining Therapy - en effektiv metod vid tinnitusrehabilitering* (Forsknings- och utvecklingsenheten, Rapport nr 4/2009). Malmö: Region Skåne, Habilitering & Hjälpmedel, Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 1, 35.
- Gullacksen, A.-C. (1986) *Att leva med öronsus* (Hörselvården i Malmö, Rapport). Malmö: Malmöhus län, Malmö Allmänna Sjukhus, Hörselvården i Malmö.
- Gullacksen, A.-C. (1998) *När smärtan blir en del av livet - Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Helsingborg: Gyllene Snittet AB.
- Gullacksen, A.-C. (2002) *När hörseln sviktar: om livsomställning och rehabilitering*. Malmö: Centrum för handikapp- och rehabiliteringsforskning.
- Gullacksen, A.-C. (2014) "Socialt arbete och kroniska sjukdomar". I Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson, (red.): *Socialt arbete inom hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Halford, J. B. S. & Andersson, S. D. (1991) Anxiety and depression in tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 383-390.

- Hallam, R. (1990) *Tinnitus. Att leva med öronsus*. Partille: Warne Förlag.
- Hallam, R. S., McKenna, L. & Shurlock, L. (2004) Tinnitus impairs cognitive efficiency. *International Journal of Audiology*, 43, 218-226.
- Hallam, R., Rachman, S. & Hinchcliffe, R. (1984) "Psychological aspects of tinnitus". I Stanley Rachman, (red.): *Contributions to medical psychology*, 3, 31–53. Oxford (Storbritannien): Pergamon Press.
- Hallberg, L. R. M. & Erlandsson, S. I. (1993) Tinnitus characteristics in tinnitus complainers and noncomplainers. *British Journal of Audiology*, 27, 19–27.
- Hallberg, L. R. M., Erlandsson, S. I., Carlsson, S.G. (1992) Coping strategies used by middle-aged males with noise-induced hearing loss, with and without tinnitus. *Psychology and Health*, 7, 273-288.
- Harboe, T. (2010) *Grundläggande metod - Den samhällsvetenskapliga uppsatsen*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Hazell, J. (1998) "Incidence, classification, and models of tinnitus". I Harold Ludman & Tony Wright, (red.): *Diseases of the ear*, 185–195. London (Storbritannien): Arnold.
- Hayes, S. C. & Feldman, G. (2004) Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2005) *Sluta grubbla börja leva*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hebert, S., Canlon, B., Hasson, D., Magnusson Hanson, L.L., Westerlund, H. & Theorell T. (2012) Tinnitus severity is reduced with reduction of depressive mood - a prospective population study in Sweden. *Public Library of Science ONE*, 7, 5, e37733.
- Henry, J. A., Dennis, K. C. & Schechter, M. A. (2005) General Review of Tinnitus: Prevalence, Mechanisms, Effects and Management. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48, 1204–1235.
- Henry, J. A. & Meikle, M. B. (2000) Psychoacoustic measures of tinnitus. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11, 138–155.
- Henry, J. L. & Wilson, P. H. (2001) *Psychological Management of Chronic Tinnitus. A Cognitive-behavioral Approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Henry, J.A., Stewart, B.J., Abrams, H.B., Newman, C.W., Griest, S., Martin, W.H., Myers, P.J. & Searchfield, G. (2014) TINNITUS FUNCTIONAL INDEX. *Audiology Today*, 26 (6), 40-48.

- Hesser, H. & Andersson, G. (2009) The role of anxiety sensitivity and behavioral avoidance in tinnitus disability. *International Journal of Audiology*, 48, 295–299.
- Hesser, H., Molander, P., Jungermann, M. & Andersson, G. (2013) Costs of Suppressing Emotional Sound and Countereffects of a Mindfulness Induction: An Experimental Analog of Tinnitus Impact. *Public Library of Science ONE*, 8, 5, e64540.
- Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C. & Andersson, G. (2009) Clients' in session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 523–528.
- Hilte, M. (2014) *Mindfulness i socialt arbete - en introduktion*. Stockholm: Liber AB.
- Hilton, M. & Stuart, E. (2004) Ginkgo biloba for tinnitus. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Hobson, J., Chisholm, E. & El Refaie, A. (2012) Sound therapy (masking) in the management of tinnitus in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 11.
- Hoekstra, C. E., Rynja, S. P., van Zanten, G. A. & Rovers, M. M. (2011) Anticonvulsants for tinnitus. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (2006) *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- House, P. (1981) "Personality of the tinnitus patient". I David Evered & GERALYN LAWRENSON (red.): *Tinnitus. CIBA Foundation Symposium*, 85, 193–203. London: Pitman.
- Hörselskadades riksförbund, HRF INFO. (2013) *Att leva med tinnitus*. Stockholm: Trosa tryckeri AB.
- Höij, C. & Grahn, M.-L. (2010) *Mindfulness vid besvär av tinnitus* (Forsknings- och utvecklingsenheten, Rapport nr 5/2010). Malmö: Region Skåne, Habilitering & Hjälpmedel, Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Höij, C. & Grahn, M.-L. (2012) *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus* (Forsknings- och utvecklingsenheten, Rapport nr 13/2012). Malmö: Region Skåne, Habilitering & Hjälpmedel, Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Höij, C. & Thorsted, S. (2014) *Forskningsöversikt över Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten* (Forsknings- och utvecklingsenheten, Rapport nr 5/2014). Malmö: Region Skåne, Habilitering & Hjälpmedel, Forsknings- och utvecklingsenheten.

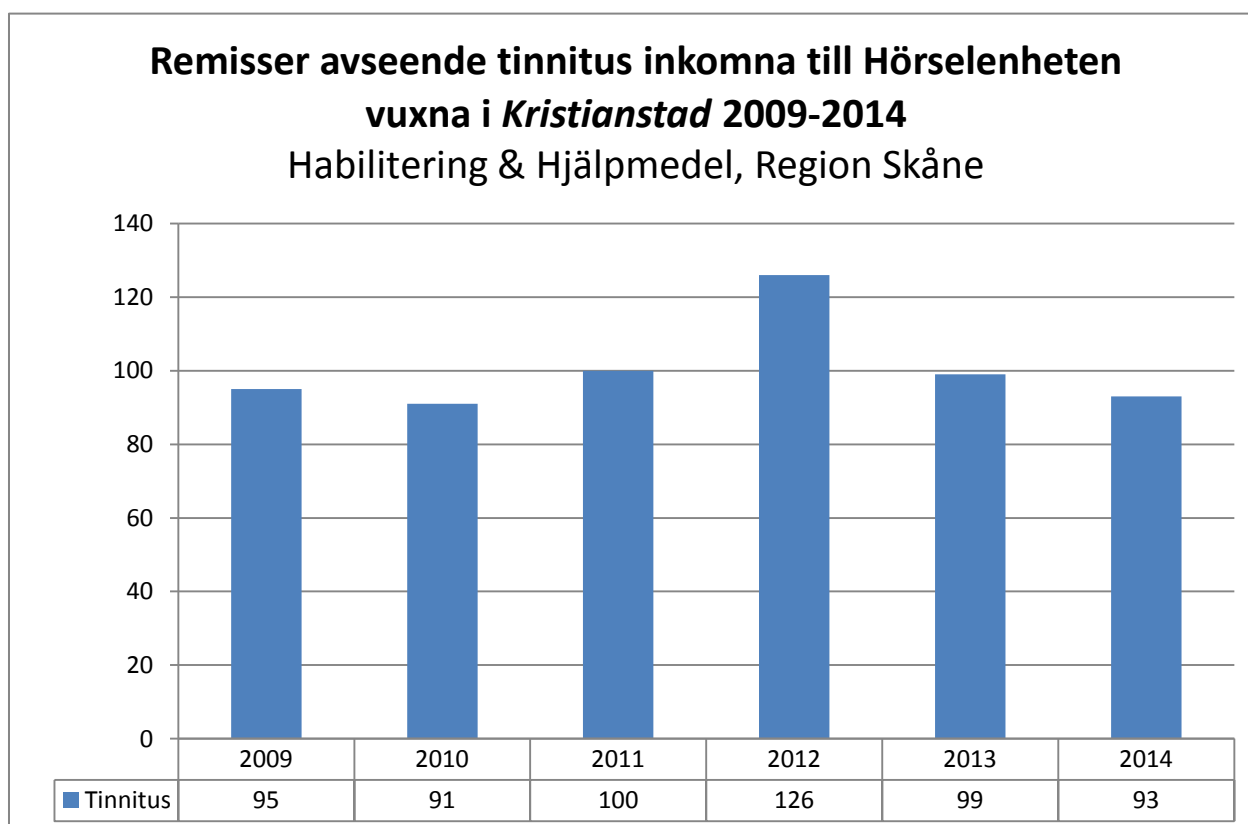
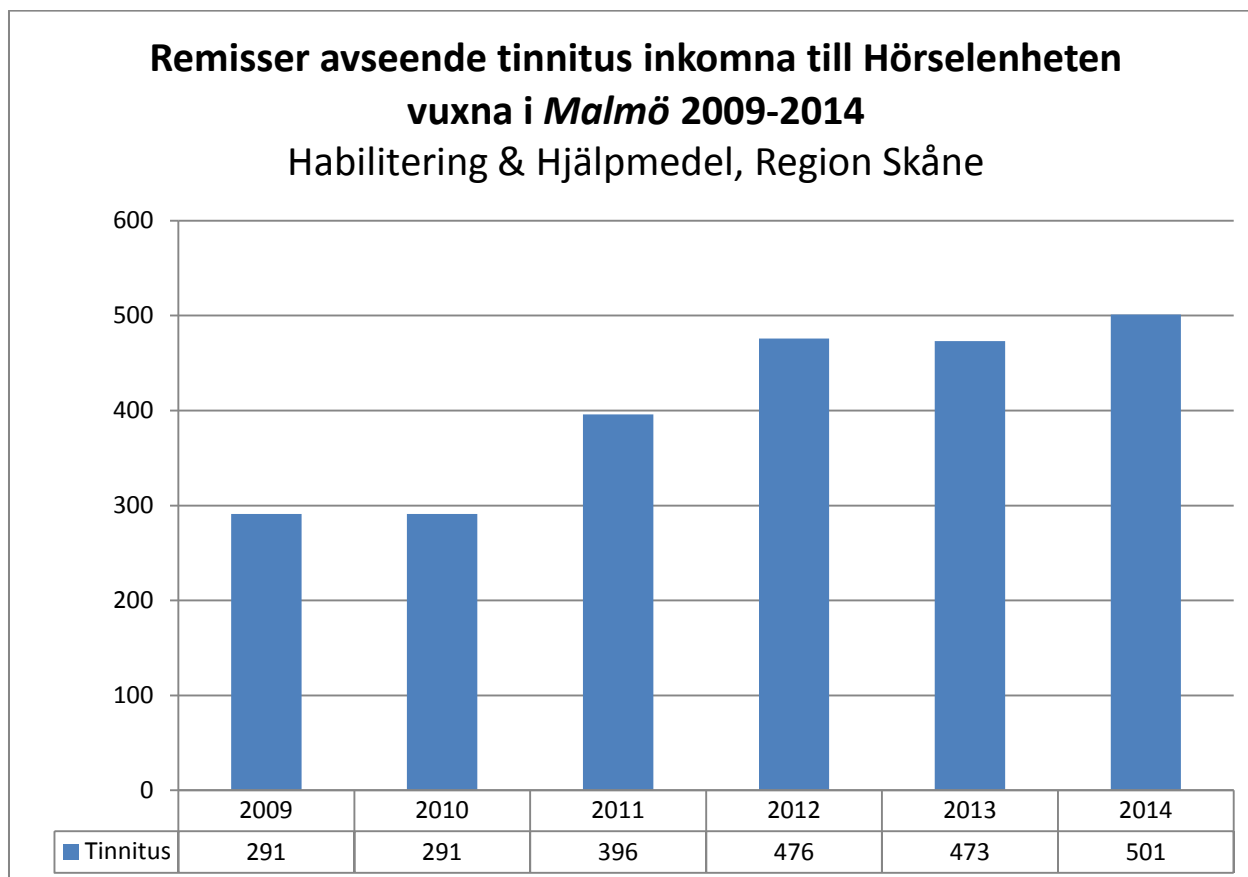
- Jacobsen, D. I. (2012) *Förståelse, beskrivning och förklaring - Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Jacobson, G. P., Calder, J. A., Newman, C. W., Peterson, E. L., Wharton, J. A. & Ahmad, B. K. (1996) Electrophysiological indices of selective auditory attention in subjects with and without tinnitus. *Hearing Research*, 97, 1, 66-74.
- Jastreboff, P. J. & Hazell, J. W. P. (1998) "Treatment of tinnitus based on a neurophysiological model". I Jack A. Vernon, (red.): *Tinnitus treatment and relief*, 201–217. Needham Heights (Massachusetts): Allyn & Bacon.
- Jastreboff, P. J. & Hazell, J. W. P. (2004) *Tinnitus Retraining Therapy - Implementing the Neurophysiological Model*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Juul, J., Barrenäs, M.-L., Holgers, K.-M. (2012) Tinnitus and hearing in 7-year-old children. *Archives of Disease in Childhood*, 97, 1, 28 – 30.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full Catastrophe living*. New York (State of New York): Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2008) *Vart du än går är du där - Medveten närvaro i vardagen*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kaldo, V. & Andersson, G. (2004) *Kognitiv beteendeterapi vid tinnitus*. Lund: Studentlitteratur.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K. & Hofmann, S.G. (2013) Mindfulness-Based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 6, 763-771.
- Kirsch, C. A., Blanchard, E. B. & Parnes, S. M. (1989) Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 51, 2, 209-217.
- Klockhoff, I. & Lindblom, U. (1967) Menière's disease and hydrochlorothiazide (Dichlotride®) - a critical analysis of symptoms and therapeutic effects. *Acta otolaryngologica*, 63, 2-3, 347-365.
- Kreuzer, P. M., Vielsmeier, V. & Langguth, B. (2013) Chronic Tinnitus: an Interdisciplinary Challenge. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110, 16, 278.
- Kreuzer, P. M., Goetz, M., Holl, M., Schecklmann, M., Landgrebe, M., Staudinger, S. & Langguth, B. (2012) Mindfulness- and body-psychotherapy-based group treatment of chronic tinnitus: a randomized controlled pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 1, 235.

- Kåver, A. (2004) *Att leva ett liv, inte vinna ett krig - Om acceptans*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Larsson, S. (2007) "Teori, metod och empiri". I Sam Larsson, John Lilja & Katarina Mannheimer, (red.): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S. (1991) *Emotion and adaptation*. Oxford (Storbritannien): Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993) Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 3, 234–247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York (State of New York): Springer.
- Ledesma, D. & Kumano, H. (2009) Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18, 6, 571-579.
- Lewis, J. E., Stephens, S. D. G. & McKenna, L. (1994) Tinnitus and suicide. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 19, 1, 50-54.
- Lilja J.L., Frodi-Lundgren A., Hanse J. J., Josefsson T., Lundh L., Sköld C., Hansen E. & Broberg A.G. (2011) Five Facets Mindfulness Questionnaire - Reliability and Factor Structure: A Swedish Version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40 (4), 291-303.
- Lindberg, P., Scott, B., Melin, L. & Lyttkens, L. (1987) Long-term effects of psychological treatment of tinnitus. *Scandinavian Audiology*, 16, 3, 167–172.
- Lupton, D. (2012) *Medicine as culture - illness, disease and body* (3rd ed). London (Storbritannien): SAGE Publications Ltd.
- Mangione, T.W. (1995) *Mail surveys: Improving the quality*. Thousand Oaks (California): Sage.
- Martinez-Devesa, P., Perera, R., Theodoulou, M. & Waddell, A. (2010) Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Meikle, M. B. & Griest, S. E. (1989) Gender-based differences in characteristics of tinnitus. *The Hearing Journal*, 42, 11, 68–76.
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group (2006) Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 4, 285-294.
- Meng, Z., Liu, S., Zheng, Y. & Phillips, J. S. (2011) Repetitive transcranial magnetic stimulation for tinnitus. *Cochrane Database Systematic Review*.

- Monat, A., Lazarus, R. S. (1991) "Stress and Coping - Some Current Issues and Controversies". I Alan Monat & Richard S. Lazarus, (red.): *Stress and Coping. An Anthology* (3rd ed). New York (State of New York): Columbia University Press.
- Newman, C. W., Jacobson, G. P. & Spitzer, J.B. (1996) Development of the tinnitus handicap inventory. *Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, 122, 2, 143-148.
- Newman, C. W., Sandridge, S. A. & Jacobson, G. (1998) Psychometric adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. *Journal of the American Academy of Audiology*, 9, 153-160.
- Newman, C. W., Wharton, J. A. & Jacobson, G. P. (1997) Self-focused and somatic attention in patients with tinnitus. *Journal American Academy of Audiology*, 8, 143-149.
- Nilsson, Å. (2004) *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om Medveten närvaro*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Pennebaker, J. W. (1982) *The Psychology of Physical Symptoms*. New York (State of New York): Springer Verlag.
- Perry, B. P. & Gantz, B. (2000) "Medical and surgical evaluation and management of tinnitus". I Richard S. Tyler, (red.) *Tinnitus handbook*, 221-241. San Diego (California): Singular.
- Perski, A. (2006) *Ur balans - om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Philippot, P., Nef, F., Clauw, L., de Romrée, M. & Segal, Z. (2012) A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treating tinnitus. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 5, 411-419.
- Phillips, J. S. & McFerran, D. (2010) Tinnitus retraining therapy (TRT) for tinnitus. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Roland, L.T., Lenze, E.J., Hardin, F.M., Kallogjeri, D., Nicklaus, J., Wineland, A.M., Fendell, G., Peelle, J.E. & Piccirillo, J.F. (2015) Effects of mindfulness based stress reduction therapy on subjective bother and neural connectivity in chronic tinnitus. *Otolaryngology – Head And Neck Surgery: Official Journal Of American Academy Of Otolaryngology – Head And Neck Surgery*, 152, 5, 919-926.
- Rossiter, S., Stevens, C. & Walker, G. (2006) Tinnitus and its effect on working memory and attention. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 49, 1, 150-160.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002) Criteria for evaluating evidence on public health Interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, 119–127.

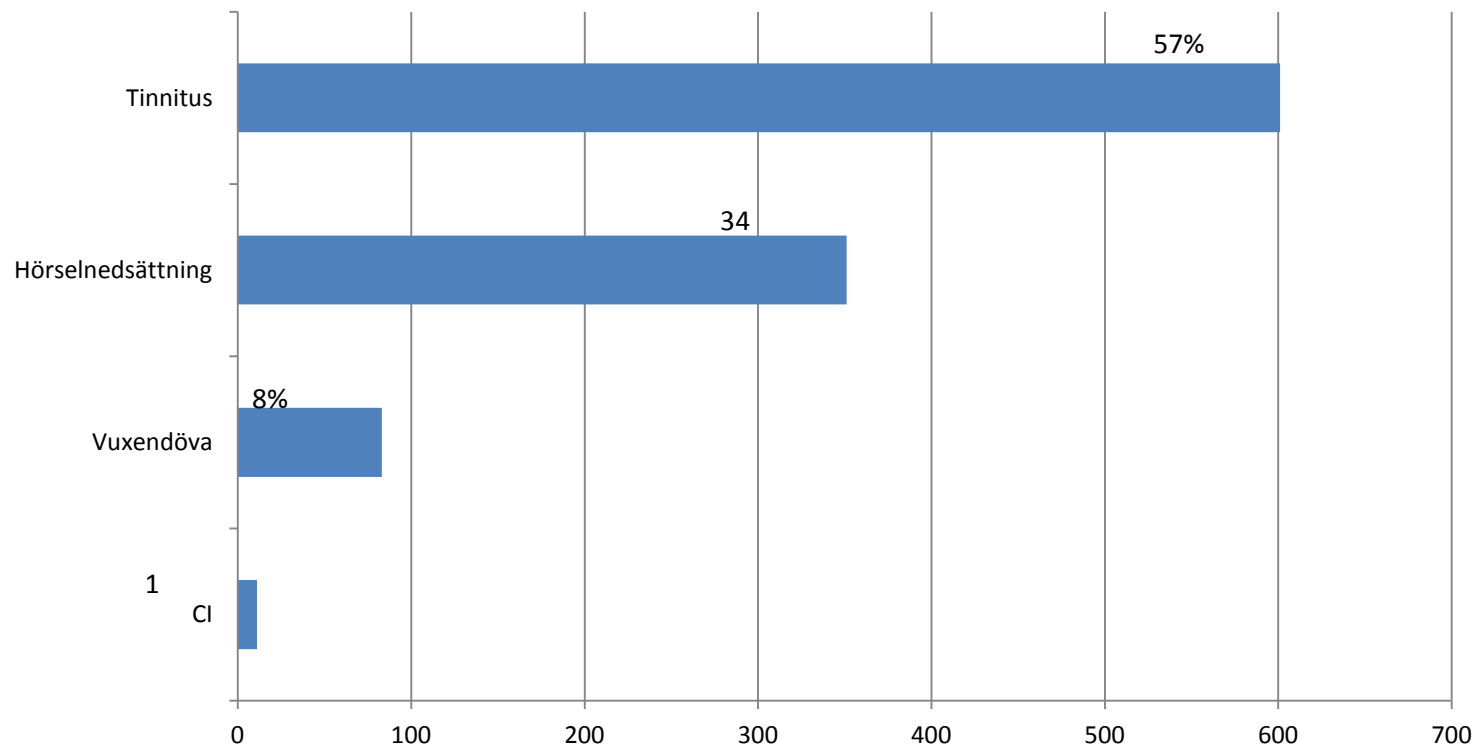
- Sadlier, M., Stephens, S. D. G. & Kennedy, V. (2008). Tinnitus rehabilitation: a mindfulness meditation cognitive behavioural therapy approach. *Journal of Laryngology & Otology*, 122, 1, 31-37.
- Schenström, O. (2009) *Mindfulness i vardagen. Vägar till medveten närvaro*. Stockholm: Viva Förlag.
- Scott, B., Lindberg, P., Lyttkens, L. & Melin, L. (1985) Psychological treatment of tinnitus. An experimental group study. *Scandinavian Audiology*, 14, 4, 223–230.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006) Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 3, 373-386.
- Socialstyrelsen. (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stevens, C., Walker, G., Boyer, M. & Gallagher, M. (2007) Severe tinnitus and its effect on selective and divided attention. *International Journal of Audiology*, 46, 5, 208-216.
- Sullivan, M., Katon, W., Russo, J., Dobie, R. & Sakai, C. (1994) Coping and marital support as correlates of tinnitus disability. *General Hospital Psychiatry* 16, 4, 259-266.
- Svensson, L. (2004) "Forskningsmetoders analytiska och kontextuella kvaliteter". I Carl Martin Allwood, (red.): *Perspektiv på kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Sweetow, R. W. (2000) Cognitive-behavior modification. I Richard S. Tyler, (red.): *Tinnitus handbook*, 297–311. San Diego (California): Singular.
- Tinnitus. (2014). *Nationalencyklopedin*. Hämtad oktober, 6, 2014 från Nationalencyklopedin online: <http://www.ne.se/lang/tinnitus>.
- 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, 4, 615-623.
- Tyler, R. S. & Baker, L. J. (1983) Difficulties experienced by tinnitus sufferers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 2, 150-154.
- Tyler, R. S., Noble, W., Preece, J. P., Dunn, C. C. & Witt, S. A. (2004) Psychological treatments for tinnitus I James Byron Snow (red.): *Tinnitus: Theory and management*, 314–323. Shelton (Connecticut): People's Medical Publishing House.
- Westin, V., Hayes, S. C. & Andersson, G. (2008) Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 12, 1259–1265.

- Williams, M., Kabat-Zinn, J., Segal, Z. & Teasdale, J. (2008) *Mindfulness - en väg ur nedstämdhet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Williams, J. C. & Lynn, S. J. (2010) Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, 30, 1, 5–56.
- Winbush, N. Y., Gross, C. R. & Kreitzer, M. J. (2007) The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: A systematic review. *Explore*, 3, 6, 585.
- Währborg, P. (2009) *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Zeman, F., Koller, M., Langguth, B. & Landgrebe, M. (2014) Which tinnitus-related aspects are relevant for quality of life and depression: results from a large international multicentre sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 1, 7.
- Zetterqvist, V. (2011) *Tinnitus - an acceptance-based approach*. Linköping: LiU-tryck.
- Zetterqvist, V., Andersson, G. & Kaldo, V. (2013) *Leva med tinnitus*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Åsberg, M., Sköld, C., Wahlberg, K. & Nygren, Å. (2006). Mindfulnessmeditation - nygamal metod för att lindra stress. *Läkartidningen*, 103, 42, 3174-3177.

Bilaga 1: Översikt över remisser till Hörselenheten vuxna i Region Skåne

Remisser till Hørselenheten vuxna Region Skåne 2014

Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne



	CI	Vuxendöva	Hörselnedsättning	Tinnitus
Antal första kontakter	11	83	351	601

2014-02-10

**Till Dig som deltagit i MindfulnessBaserad StressReduktion
på Hörselenheten vuxna i Malmö**

Behandlingsformerna vid besvär av tinnitus är idag flera, men det finns ännu ingen enkel, snabb och botande behandling att erbjuda. Sedan 2010 har Hörselenheten vuxna, del av Syn-, hörsel- och dövverksamheten inom Habilitering & Hjälpmedel i Region Skåne, erbjudit personer med besvär av tinnitus att delta i MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR). Du har fått detta brev eftersom Du fyllde i enkäter före, efter och ev. ca sex månader efter MBSR.

Vi är medvetna om att Du genom enkäterna redan har gett Ditt medgivande till att delta i studien på Hörselenheten. Vi skriver till Dig och ber Dig dock om ytterligare ett medgivande då jag nu i rollen som student vid Lunds universitet har möjlighet att analysera och bearbeta det insamlade materialet inför en kommande masteruppsats. Det är etiskt av stor vikt att Du **ger Ditt medgivande** till att de avidentifierade enkätsvaren lämnas ut av Hörselenheten för analys och bearbetning av det insamlade materialet. Personliga uppgifter på enkäterna tas bort av Hörselenheten innan uppgifterna lämnas ut till mig. Endast sidorna med de ifyllda svaren lämnas över för vetenskaplig sammanställning. Resultaten kommer därför *inte på något sätt* kunna kopplas till Dig som person. Samtliga utlämnade enkätsvar kommer att förstöras när studien är avslutad.

Studien syftar till att undersöka huruvida MBSR är en framgångsrik behandling vid besvär av tinnitus. För att ge Ditt medgivande fyller Du i bifogat formulär, lägger det i bifogat kuvert och postar det **senast 2014-02-28**. Det bifogade kuvertet har redan porto och adress.

Om Du har frågor eller synpunkter på studien finns jag och min handledare tillgängliga genom nedanstående kontaktuppgifter.

Stort tack på förhand.

Med vänliga hälsningar,

Catherine Höj

Aukt. socionom, kurator, Masterstuderande

E-post: Catherine.Hojj.477@student.lu.se Tel: 0766-48 60 50

Helena Hansson

Med dr, socionom, universitetslektor.

E-post Helena.Hansson@med.lu.se Tel: 046-222 04 02 eller 070-532 18 43

Socialhögskolan, Lunds universitet

Box 117, 221 00 Lund

Bilaga 3: Hörselenheten vuxnas följebrev

Pernilla Ekberg Lennartsson, enhetschef

2014-02-10

Hörselenheten vuxna

Carl Gustavs väg 46

214 21 Malmö

Härmed ger jag mitt medgivande till att mina avidentifierade enkätsvar före, efter och ca sex månader efter MindfulnessBaserad StressReduktion lämnas ut av Hörselenheten vuxna i Malmö (Region Skåne) till Socialhögskolan (Lunds Universitet) i forskningsmässigt syfte.

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Personnummer: _____

Bilaga 4: Påminnelsebrev**Till Dig som deltagit i MindfulnessBaserad StressReduktion
på Hørselenheten vuxna i Malmö**

Med detta brev vill jag påminna om det utskick som sändes till Dig i februari 2014, se bilaga, där vi önskade Ditt medgivande till att jag som student tog del av Dina aidentifierade enkätsvar före, efter och ca 6 månader efter deltagande i MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) på Hørselenheten vuxna i Malmö.

Studien syftar till att undersöka huruvida MBSR är en framgångsrik behandling vid besvär av tinnitus. För att ge Ditt medgivande fyller Du i bifogat formulär, lägger det i bifogat kuvert och postar det **senast 2014-03-31**. Det bifogade kuvertet har redan porto och adress.

Om Du har frågor eller synpunkter på studien finns jag och min handledare tillgängliga genom nedanstående kontaktuppgifter.

Stort tack på förhand.

Med vänliga hälsningar,

Catherine Höij

Aukt. socionom, kurator, Masterstuderande

E-post: Catherine.Hojj.477@student.lu.se Tel: 0766-48 60 50

Helena Hansson

Med dr, socionom, universitetslektor.

E-post Helena.Hansson@med.lu.se Tel: 046-222 04 02 eller 070-532 18 43

Socialhögskolan, Lunds universitet

Box 117, 221 00 Lund

Frågeformulär att fyllas i före/efter/6 månader efter MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR)

I detta häfte följer frågeformulär som vi är tacksamma om Du fyller i så gott Du kan.

Vi ber Dig skriva Ditt namn här nedan för att underlätta utvärderingen. Svaren på frågeformulären kommer att jämföras före, efter och ett halvår efter rehabiliteringen men sedan kommer allt inkommet material att avidentifieras så att anonymiteten garanteras.

Vi är tacksamma för att Du tar Dig tid att fylla i dessa enkäter.

Med vänliga hälsningar,

Marie-Louise Grahn
Catherine Höij
Marianne Sörensen

Namn: _____

Tinnitus Handicap Inventory (THI)

Syftet med de här frågorna är att få en bild av de problem som tinnitus orsakar just Dig.

Besvara var och en av frågorna genom att ringa in "Ja", "Ibland" eller "Nej".
Svara på *alla* frågor.

1. Har du svårt att koncentrera Dig på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
2. Har Du svårt att höra andra människor på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
3. Gör tinnitus Dig arg?	Ja	Ibland	Nej
4. Gör tinnitus att Du känner Dig förvirrad?	Ja	Ibland	Nej
5. Känner Du Dig desperat på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
6. Klagar Du mycket över tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
7. Har Du svårt att somna på kvällen på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
8. Känns det som att Du inte kan fly undan tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
9. Gör tinnitus det svårt för Dig att uppskatta sociala aktiviteter? (som att gå ut och äta middag eller gå på bio)	Ja	Ibland	Nej
10. Känner Du Dig frustrerad på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
11. Gör tinnitus att det känns som att Du har en fruktansvärd sjukdom?	Ja	Ibland	Nej
12. Gör tinnitus att Du har svårt att uppskatta livet?	Ja	Ibland	Nej
13. Försvåras jobb och hushållssysslor av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
14. Märker Du ofta att Du är lättirriterad på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
15. Har Du svårt att läsa på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
16. Gör tinnitus Dig upprörd?	Ja	Ibland	Nej
17. Känner Du att Din tinnitus har orsakat problem i relation till Din familj och Dina vänner?	Ja	Ibland	Nej
18. Tycker Du det är svårt att fokusera bort från tinnitus och istället uppmärksamma andra saker?	Ja	Ibland	Nej
19. Känns det som att Du inte har någon kontroll över tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
20. Känner Du Dig ofta trött på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
21. Känner Du Dig deprimerad på grund av tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
22. Får tinnitus Dig att känna Dig orolig?	Ja	Ibland	Nej
23. Känner Du att Du inte längre kan hantera tinnitus?	Ja	Ibland	Nej
24. Blir tinnitus värre när Du är stressad?	Ja	Ibland	Nej
25. Får tinnitus Dig att känna Dig osäker och otrygg?	Ja	Ibland	Nej

Datum: _____

ID: _____

Fem aspekter på medveten närvaro (FFMQ)

Skatta följande påståenden genom att ringa in den siffra som stämmer bäst med din egen uppfattning om hur det i allmänhet är för dig.

	Påståendet stämmer				
	Aldrig/ nästan aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
1. När jag går, lägger jag med avsikt märke till hur det känns att röra kroppen	1	2	3	4	5
2. Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor	1	2	3	4	5
3. Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga	1	2	3	4	5
4. Jag lägger märke till mina känslor utan att behöva reagera på dem	1	2	3	4	5
5. När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad	1	2	3	4	5
6. När jag tar en dusch eller ett bad så är jag uppmärksam på upplevelsen av vatten på min kropp	1	2	3	4	5
7. Jag har lätt för att sätta ord på mina uppfattningar, åsikter och förväntningar	1	2	3	4	5
8. Jag är inte uppmärksam på vad jag gör, på grund av att jag dagdrömmer, oroar mig eller är distraherad på andra sätt	1	2	3	4	5
9. Jag kan iakttä mina känslor utan att bli uppslukad av dem	1	2	3	4	5
10. Jag säger till mig själv att jag inte borde känna som jag gör	1	2	3	4	5
11. Jag lägger märke till hur mat och dryck påverkar mina tankar, känslor och hur det känns i kroppen	1	2	3	4	5
12. Jag är uppmärksam på känslintryck, till exempel av vinden i mitt hår eller solen på mitt ansikte	1	2	3	4	5
13. Jag har problem med att hitta de rätta orden för att uttrycka vad jag tycker om saker och ting	1	2	3	4	5
14. Jag gör bedömningar av om mina tankar är bra eller dåliga	1	2	3	4	5
15. Jag tycker att det är svårt att hålla kvar min uppmärksamhet på det som händer i nuet	1	2	3	4	5

Vänd, frågorna fortsätter på nästa sida

Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13:1, 27-45. Svensk översättning och bearbetning 2008 efter samråd med R.A. Baer: Lund, L.G., Hansen, E., Lunds Universitet. Broberg, A., Lilja, J., Josefsson, T., Göteborgs Universitet & Sköld, C., Karolinska Institutet.

	Påståendet stämmer				
	Aldrig/ nästan aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
16. När jag har känslomässigt upprörande tankar eller inre bilder tar jag "ett steg tillbaka", och är medveten om tanken eller bilden utan att överväldigas av den	1	2	3	4	5
17. Jag är uppmärksam på ljud, som t ex klockors tickande, fågelkvitter och passerande bilar	1	2	3	4	5
18. När jag känner något i kroppen är det svårt för mig att beskriva det, eftersom jag inte kan hitta de rätta orden	1	2	3	4	5
19. När jag har tankar eller inre bilder som får mig att må dåligt, blir jag lugn igen snart efteråt	1	2	3	4	5
20. Jag säger till mig själv att jag inte borde tänka som jag gör	1	2	3	4	5
21. Jag lägger märke till hur saker luktar och smakar	1	2	3	4	5
22. Även när jag är fruktansvärt upprörd kan jag hitta ett sätt att uttrycka det i ord	1	2	3	4	5
23. Jag hastar igenom aktiviteter utan att vara riktigt uppmärksam på dem	1	2	3	4	5
24. När jag har tankar eller inre bilder som får mig att känna mig illa till mods, kan jag lägga märke till dem utan att behöva göra något	1	2	3	4	5
25. Jag lägger märke till detaljer i konstverk och i naturen, som färger, former, eller mönster av ljus och skugga	1	2	3	4	5
26. Det känns naturligt för mig att sätta ord på mina upplevelser	1	2	3	4	5
27. När jag har tankar eller inre bilder som jag mår dåligt av, noterar jag dem bara och släpper dem sedan	1	2	3	4	5
28. Jag kommer på mig själv med att göra saker utan att vara uppmärksam	1	2	3	4	5
29. Jag ogillar mig själv när jag har konstiga eller ologiska tankar	1	2	3	4	5

Frågeformulär att fyllas i före MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR)

Hur länge har Du haft tinnitus? _____

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vilka besvär Du upplever. Gör en uppskattning av hur det har varit för dig i genomsnitt under de senaste två veckorna. Svara på frågorna så gott Du kan, utan att tänka för länge på någon av frågorna. Sätt **ett kryss** på den streckade linjen från 0 till 10.

1. Hur mår Du idag?

Mycket bra	_____	Mycket dåligt
	0	10

Kommentar: _____

2. Skatta Dina besvär av tinnitus:

Inga besvär alls	_____	Mycket stora besvär
	0	10

3. Skatta Dina besvär av stress:

Inga besvär alls	_____	Mycket stora besvär
	0	10

4. Skatta Din koncentrationsförmåga:

Inga besvär alls	_____	Mycket stora besvär
	0	10

5. Skatta Din sömn:

Inga besvär alls	_____	Mycket stora besvär
	0	10

6. Vilka förväntningar har du inför MBSR?

7. Övriga synpunkter:

Frågeformulär att fyllas i efter MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR)

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vilka besvär Du upplever. Gör en uppskattning av hur det har varit för Dig i genomsnitt under de senaste två veckorna. Svara på frågorna så gott Du kan, utan att tänka för länge på någon av frågorna. Sätt **ett kryss** på den streckade linjen från 0 till 10.

1. Hur mår Du?

Mycket bra	<hr style="border: 0.5px solid black;"/>	Mycket dåligt
0		10

Kommentar: _____

2. Skatta Dina besvär av tinnitus:

Inga besvär alls	<hr style="border: 0.5px solid black;"/>	Mycket stora besvär
0		10

3. Skatta Dina besvär av stress:

Inga besvär alls	<hr style="border: 0.5px solid black;"/>	Mycket stora besvär
0		10

4. Skatta Din koncentrationsförmåga:

Inga besvär alls	<hr style="border: 0.5px solid black;"/>	Mycket stora besvär
0		10

5. Skatta Din sömn:

Inga besvär alls	<hr style="border: 0.5px solid black;"/>	Mycket stora besvär
0		10

6. Kan mindfulness vara ett redskap för Dig att hantera besvär av tinnitus?

Ja	Vet inte	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, i så fall hur? _____

Om nej, varför inte? _____

7. Kan mindfulness vara ett redskap för Dig att hantera stress?

Ja

Vet inte

Nej

Om ja, i så fall hur? _____

Om nej, varför inte? _____

8. Kommer Du att fortsätta träna mindfulness?

Ja

Vet inte

Nej

Om ja, i så fall hur? _____

Om nej, varför inte? _____

Frågeformulär att ifyllas 6 månader efter MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR)

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vilka besvär Du upplever. Gör en uppskattning av hur det har varit för Dig *i genomsnitt* under de senaste *två* *veckorna*. Svara på frågorna så gott Du kan, utan att tänka för länge på någon av frågorna. Sätt *ett kryss* på den streckade linjen från 0 till 10.

1. Hur mår Du?

Mycket bra _____ Mycket dåligt
0 10

Kommentar: _____

2. Skatta Dina besvär av tinnitus:

Inga besvär _____ Mycket stora besvär
alls 0 10

3. Skatta Dina besvär av stress:

Inga besvär _____ Mycket stora besvär
alls 0 10

4. Skatta Din koncentrationsförmåga:

Inga besvär _____ Mycket stora besvär
alls 0 10

5. Skatta Din sömn:

Inga besvär _____ Mycket stora besvär
alls 0 10

6. Kan mindfulness vara ett redskap för Dig att hantera besvär av tinnitus?

Ja Vet inte Nej

Om ja, i så fall hur? _____

Om nej, varför inte? _____

7. Kan mindfulness vara ett redskap för Dig att hantera stress?

Ja

Vet inte

Nej

Om ja, i så fall hur? _____

Om nej, varför inte? _____

8. Kommer Du att fortsätta träna mindfulness?

Ja

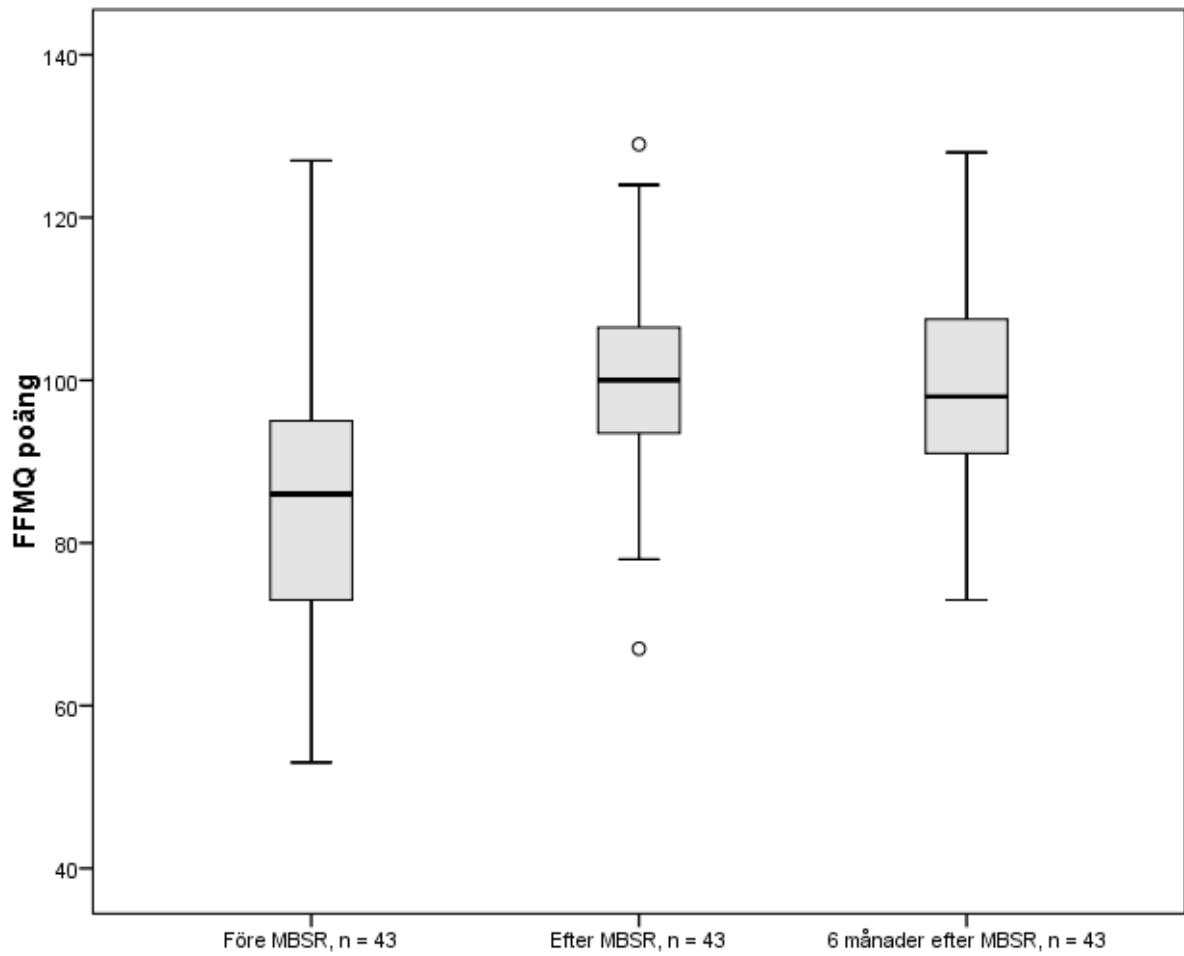
Vet inte

Nej

Om ja, i så fall hur? _____

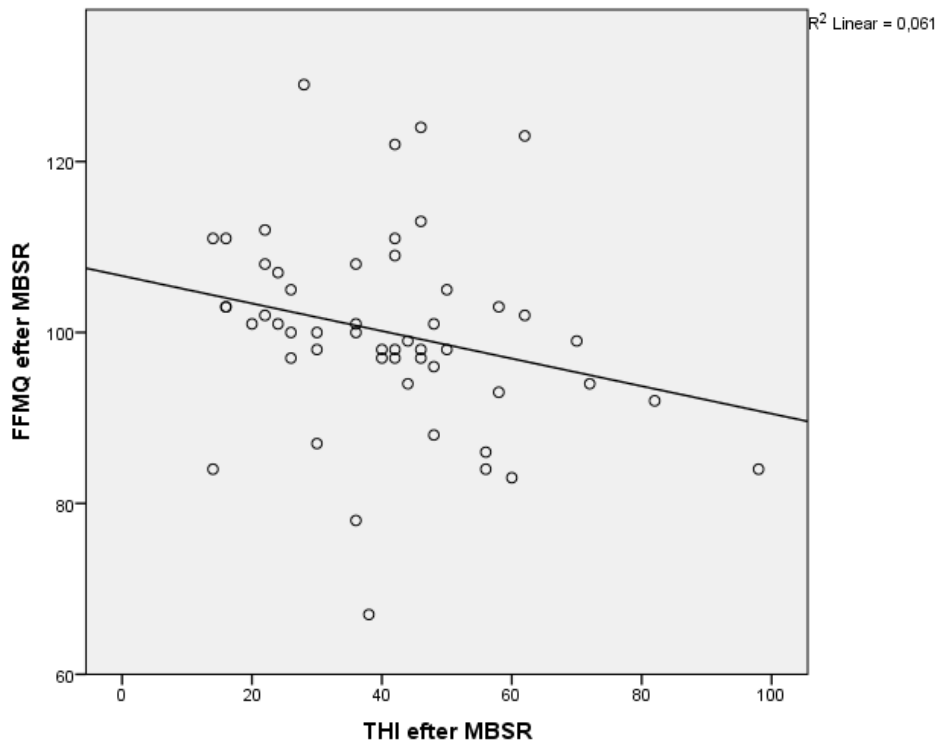
Om nej, varför inte? _____

Bilaga 6: Effektmätning med Five Facets of Mindfulness Questionnaire (n=43)

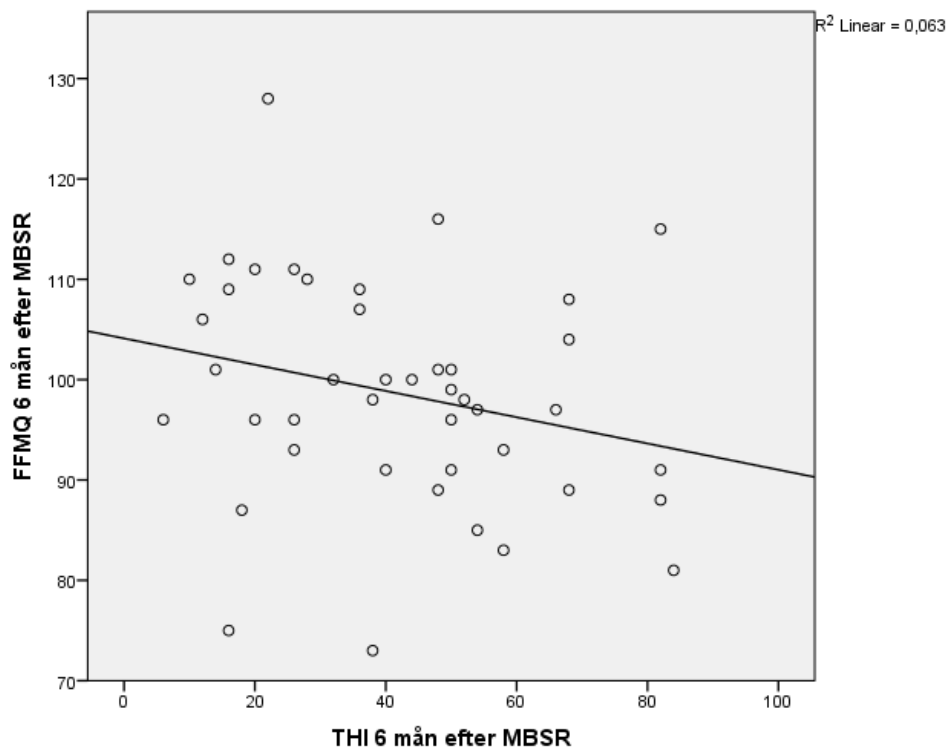


Lådagram 2: Resultat av FFMQ före, efter respektive sex månader efter MBSR (n=43).

Bilaga 7: Sambandsanalyser av THI och FFMQ.



Spridningsdiagram 2: Sambandet mellan resultaten av THI och FFMQ, efter MBSR (n=52).



Spridningsdiagram 3: Sambandet mellan resultaten av THI och FFMQ, 6 mån efter MBSR (n=43).

Bilaga 8: Hörselenheten vuxna

Hörselenheten vuxna

Habilitering & Hjälpmedel

