

Hur användbart är mindfulness för vårdstudenter på Karolinska Institutet

En utvärdering av kursen Mindfulnessbaserad
stresshantering 2007-2015

Corina Ubertone Nilsson



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet

Institutionen för klinisk neurovetenskap

Sektionen för psykiatri

Psykoterapeutprogrammet, 2017

Handledare: Bo Vinnars

Abstrakt

Stress och stressrelaterad ohälsa har visat sig öka på senare tid. Studenter och personal inom vården är en yrkesgrupp som är speciellt utsatt för stress. Mindfulnessbaserade stressreduktionsprogrammet (mindfulness-based stress reduction, MBSR) och andra mindfulnessbaserade interventioner (mindfulness-based interventions, MBIs) har visat sig ha effekt att reducera stress, åltande och negativ affekt samt öka självmedkänsla, positiv affekt och psykologiskt välbefinnande. Syftet med denna studie var att undersöka effekter av mindfulness hos studenter från olika vårdutbildningar som gick kursen Mindfulnessbaserad stresshantering på Karolinska Institutet mellan 2007-2015. Kursen innehåller en upplevelsebaserad del, MBSR programmet, samt en teoridel. Denna studie är baserad på studenternas (n=201) egen bedömning efter slutförd kurs, med hjälp av en enkät med flervalsfrågor som utvärderades kvantitativt. Totalt 80,5 % av deltagarna var verksamma i sitt yrke vid tiden för enkätens ifyllande 2016. Resultatet visade att mindfulness haft en positiv effekt hos deltagarnas upplevda förmåga att hantera stress och krav, upplevd ökad självmedkänsla, att deltagarna fick värdefulla insikter om sig själva, samt en positiv effekt i deras relation till sina patienter. Deltagarnas översiktliga bedömning av värdet av kursen var relativt hög: 7,7 av 10,0 (SD 2,1). Studiens resultat är i linje med tidigare forskning inom området om effekter av MBSR och andra MBIs hos studenter och personal inom vården.

Keywords: mindfulness, MBSR, stress, vårdstudenter, vårdpersonal.

Abstract

Stress and stress-related health problems have been increasing over the last years. Students and staff within the health care area are specially exposed to stress. Mindfulness-Based Stress Reduction program (MBSR) and other Mindfulness-Based Interventions (MBIs) have shown to have effect, in reducing stress, rumination and negative affect, as well as in increasing self-compassion, positive affect and subjective wellbeing. The purpose of the present study was to investigate the effect of mindfulness in students from different health programs who attended the course Mindfulness-based stress management at the Karolinska Institute between 2007 and 2015. The course includes an experience-based part (MBSR program), and a theoretical part. Our study is based on the students' own perception after finished course, answering a questionnaire with multiple choice questions that was analyzed quantitatively. Of the total number of participants (n=201), 80.5 % were active in their professions at the time of the survey in 2016. The results showed that mindfulness had a positive effect in participants' perceived ability to manage stress and demands, perceived increased self-compassion, that participants got valuable insight about themselves, as well as positive effect in their relationship with the patients. Participants overall evaluation of the course was relatively high: 7.7 of a maximum of 10.0 (SD 2.1). The results of the study are in line with the findings of current research in the area of the effectiveness of MBSR and other MBIs on students and personnel within health care.

Keywords: mindfulness, MBSR, stress, healthcare students, healthcare staff.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning.....	1
Bakgrund och tidigare forskning.....	2
Mindfulness – traditionella och moderna definitioner.....	2
MBSR och andra MBIs.....	4
Mindfulness-effekter.....	5
Mindfulness i kliniskt arbete med patienter.....	5
Mindfulness hos vårdpersonal.....	7
Mindfulness och den terapeutiska relationen.....	10
Syfte och frågeställningar.....	12
Frågeställningar.....	12
Metod.....	13
Design.....	13
Mindfulnessbaserad stresshanteringskurs.....	13
Deltagare.....	14
Instrument och procedur.....	15
Statistisk analys.....	16
Etiska överväganden.....	17
Resultat.....	17
Deltagarkarakteristiska.....	17
Mindfulness-effekt i upplevd förmåga att hantera stress och krav.....	19
Mindfulness-effekt i relation till sig själv och andra.....	20
Mindfulness-effekt i relation till patienter.....	20
Värde av kursen samt fortsatt mindfulnessutövande efter avslutad kurs.....	22
Diskussion.....	23

Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	27
Förslag till fortsatt forskning.....	30
Referenser.....	31
Bilagor	

Stress och stressrelaterad psykisk ohälsa har visat sig öka bland vårdpersonal på senare tid (Goodman & Schorling, 2012). Stress kan definieras som kroppens respons på påfrestningar, och innebär att kroppens homeostas är eller upplevs vara hotad (Chrousos, 2009). Negativa effekter av akut och kronisk stress som innefattar fysiska och psykiska symtom är vetenskapligt väl dokumenterade. Som exempel har arbetsrelaterat utmattningssyndrom blivit en vanlig diagnos bland läkare, sjuksköterskor och psykologer (Goodman & Schorling, 2012; Rupert & Morgan, 2005). Förutom en ökad frekvens av medicinska misstag, depression, samt lägre arbetstillfredsställelse har forskningen visat att utmattningssyndrom hos läkare har samband med minskad empatiförmåga (Ghetti, Chang, & Gosman, 2009, som citeras i Williams, Tricomi, Gupta, & Janise, 2015). Empati, som beskrivs vara en del av medkänsla, är en avgörande faktor för att kunna etablera en bra relation patient-vårdgivare och har visat sig ha betydande terapeutisk effekt (Derksen, Bensing, & Lagro-Janssen, 2013; Hick & Bien, 2008; Kelm, Womer, Walter, & Feudtner, 2014; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998).

Forskning kring stress och stresshantering är allt mer omfattande idag. Mindfulness (en vanlig svensk översättning är medveten närvaro, men den engelska termen används allmänt) samt Mindfulnessbaserade interventioner (MBIs) syftar bl a. till att hantera upplevelsen av stress (Goyal et al., 2014). Dessa metoder har alltmer börjat användas inom sjukvården. En sådan mindfulnessbaserad intervention är Mindfulnessbaserad stressreduktion (mindfulness-based stress reduction, MBSR), som utvecklades av den amerikanske forskaren Jon Kabat-Zinn i slutet av 70-talet, och som sedan dess, med mindre variationer, använts med positiva resultat vid en rad olika såväl somatiska som psykiatriska diagnoser samt även hos friska individer (Shapiro & Carlson, 2009; Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015).

Många forskningsstudier har genomförts under de senaste åren för att studera den kliniska effekten av mindfulness och MBIs i olika patientpopulationer (Hofmam, Sawyer,

Witt, & Oh, 2010). Forskningen har även fokuserat på effekten hos vårdpersonalen och studenter inom olika vårdutbildningar pga deras höga stressnivå (McConville, McAller, & Hahne, 2017).

På Karolinska Institutet (KI) i Stockholm ges sedan 2007 MBSR-programmet i kursen Mindfulnessbaserad stresshantering för studenter inom olika studieinriktningar inom vården på grundläggande nivå. Kursen avser att ge verktyg för egen stresshantering (Karolinska Institutet, 2017) och förmodas vara ett användbart redskap för att minska upplevelsen av stress hos utsatta vårdyrkesgrupper. En sammanfattande utvärdering av vilken effekt metodiken har haft för studenterna från 2007 till idag har hittills inte genomförts. Detta är syftet med studien.

Bakgrund och tidigare forskning

Mindfulness – traditionella och moderna definitioner

Mindfulness har sitt ursprung i buddistisk tradition, sedan mer än 2500 år tillbaka. Ordet mindfulness är den engelska översättningen för ordet *sati* i palispråket som, enligt Germer, Siegel och Fulton (2013, s. 5) betyder ”*awareness, attention och remembering*”, och som refererar till den centrala attityd som är kärnan i själva den buddistiska läran.

Men det finns en komplexitet i den traditionella definitionen av mindfulness. Den innebär utöver en attityd av att vara medvetet närvarande, också en komponent av etik, av visdom och av jämnmod.

Inom buddismen innebär utvecklandet av mindfulness ett sätt att övervinna lidande genom att ta bort begär, motvilja och okunnighet samt förstå obeständighet. Detta resulterar så småningom i ett stabilt tillstånd av förnöjsamhet och välbefinnande (Gethin, 2001, som citeras i Chiesa, 2013).

Mindfulness är en del av den ädla åttafaldiga vägen, riktlinjer som lärts ut av Buddha med åtta fokusområden att leva sitt liv för att övervinna lidande och uppnå nirvana. Här kallas

mindfulness för ”rätt mindfulness”, och ordet ’rätt’ refererar till ett adekvat, korrekt sätt att utöva den, med avseende på den mer komplexa buddhistiska definitionen av mindfulness som nämns ovan. Förutom rätt mindfulness ingår i den ädla åttafaldiga vägen: rätt förståelse, rätt avsikt, rätt tal, rätt handling, rätt livsföring, rätt ansträngning och rätt koncentration (Germer et al., 2013).

Mindfulnessmeditation innefattar både fokuserad och öppen uppmärksamhet. Den fokuserade uppmärksamheten koncentreras vanligtvis i andning, förnimmelser i kroppen, ljud eller tankar, och den öppna uppmärksamheten inkluderar även känslan av närvaro i sig oberoende av de olika förnimmelserna. För Buddha var lidandet universellt mänskligt och därmed skulle mindfulness vara universellt tillämpbar.

Inom den moderna västerländska psykologivärlden finns ingen konsensus kring definitionen av mindfulness, och det finns kvar mer eller mindre en prägel av det traditionella begreppet (Chiesa, 2013). Jon Kabat-Zinn (2003, s. 145) presenterar en operationell definition av mindfulness som ”... *the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment*”. Germer, Siegel och Fulton (2013, s.7) använder en mer kortfattad definition: ”*awareness of present experience with acceptance*”. Författarna understryker att samtliga tre komponenterna av definitionen måste finnas: *full uppmärksamhet, inre/yttra upplevelse i nuet, samt acceptans av det som sker i ögonblicket*. Denna attityd av acceptans ska präglas av öppenhet, nyfikenhet och icke-värderande (Bishop et al., 2004). För att man skall kunna studera fenomenet mindfulness inom ramverket för modern empirisk forskning, har Chiesa, Anselmi, & Serretti (2014) hävdad behovet av att konceptualisera ordet ”mindfulness” inom fyra olika domäner: 1) mindfulness som traditionell meditationspraktik (t ex. vipassana, zen), 2) mindfulness som modern klinisk intervention (MBSR, Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT, dvs. Mindfulnessbaserad kognitiv terapi), Dialectical behavioral therapy

(DBT, dvs. dialektisk beteendeterapi), Acceptance and commitment therapy (ACT) etc), 3) mindfulness som ett övergående, kortvarigt specifikt mentalt tillstånd, samt 4) mindfulness som "dispositional mental trait" (mer permanent tillstånd). Baserat på olika conceptualisering av mindfulness, har specifika frågeformulär konstruerats bl a. följande: Mindful attention awareness scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), Kentucky inventory of mindfulness skills (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004).

MBSR och andra MBIs

År 1979 utvecklade Jon Kabat-Zinn på University of Massachusetts Medical Center det första mindfulness-baserade programmet: MBSR. Ett progressivt ökande intresse kring mindfulness och dess kliniska användning gav upphov till andra strukturerade, manualiserade MBIs såsom MBCT (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), och medförde också att mindfulness blev inkluderad som inslag i andra terapeutiska traditioner som t ex. DBT (Linehan, 1993) och ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). MBCT är tillsammans med MBSR meditationsbaserade terapier till skillnad från ACT och DBT som inkluderar mindfulness som ett inslag. MBCT är kombinationen av MBSR och kognitiv terapi och utvecklades med syfte att behandla recidiverande depression. Programmet är också 8 veckor, men med mindre grupper med upp till 12 deltagare och det didaktiska fokuset är depression istället för stress. Övningar är i huvudsak samma som i MBSR, med komponenter av kognitiv terapi. Till skillnad från KBT följer MBCT ett metakognitivt förhållningssätt till tankar som härstammar från mindfulness perspektivet.

Mindfulnessutövandet, kan läras in och tränas såväl *formellt* genom systematiska meditativa övningar t ex. kroppskanning, sittande meditation, yoga; som *informellt* dvs. medveten närvaro i det vardagliga t ex. mindfult ätande (Germer et al., 2013; Kabat-Zinn et al., 1992).

Mindfulness-effekter

Mindfulness i kliniskt arbete med patienter. Kortfattat kan nämnas att mindfulness och MBIs har prövats på flera olika psykiatriska och medicinska sjukdomstillstånd bl a. depression, ångest, stress och utmattning, borderline personlighetssyndrom, insomni, missbruk, fibromyalgi och andra kroniska smärtsyndrom, hjärt-kärl sjukdomar, tinnitus, olika cancerformer och psoriasis (Shapiro & Carlson, 2009).

Sedan den första studien av Jon Kabat-Zinn publicerades 1982 hos patienter med kronisk smärta refraktär till behandlingen, har forskningsstudier kring mindfulness ökat exponentiellt, dock med varierande metodologisk kvalitet. Enligt Schuckher och Nilsson (2011) finns det få studier av god kvalitet.

Det är värt att notera att i studier gjorda på patientpopulationer med somatiska diagnoser har undersökta utfall i de flesta fall varit av psykologisk karaktär som t ex. ångest, depression och stress sekundära till den somatiska diagnosen. Bland dessa diagnoser, är cancer och kroniskt smärtsyndrom de mest studerade.

När det gäller cancer, kan nämnas att Socialstyrelsen (2014) i de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer efter genomförd rutinmässig cancerbehandling, rekommenderar MBSR med val 9 i prioriteringskala. Socialstyrelsens slutsatser är att MBSR-programmet ger hos dessa patienter ”en måttligt positiv effekt på stress jämfört med sedvanlig vård (måttlig evidensstyrka)”; samt ”en måttligt positiv effekt på livskvalitet jämfört med sedvanlig vård (låg evidensstyrka)” (Socialstyrelsen, 2014, stycke 5). Underlaget för dessa är 7 studier varav 6 är randomiserade kontrollerade studier (RCTs), med i huvudsak patienter med bröst- och prostatacancer, och totalt 413 patienter och 355 patienter för utvärdering av stresspåverkan respektive påverkan på livskvalitet.

Förutom mindfulness-effekt på psykologiska symtom hos cancerpatienter har även biologiska parametrar studerats, som t ex. inflammatoriska biomarkörer som cytokiner. Även

om forskning i området är i sin linda finns det indikationer på att mindfulness skulle kunna bidra till normalisering av immunrespons efter onkologisk behandling, som visas bl a. i ökad produktion av interleukin (IL)-4 och minskad produktion av interferon gamma (Sanada et al., 2017).

När det gäller kronisk smärta visade Veehof, Trompetter, Bohlmeijer och Schreurs (2016), i en översikt och metaanalys av 25 RCTs av varierande metodologisk kvalitet, och i de flesta fall med inaktiv kontrollgrupp (WL) eller smärteutbildning, en signifikant positiv effekt av ACT, MBSR och MBCT vid utfallsmått: smärtintensitet, acceptans för smärta, depression, ångest samt livskvalitet. Störst effekt visades vid acceptans för smärta.

En annan intressant studie är följande: Goyal et al. (2014), en systematisk översikt samt metaanalys från den amerikanska Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), motsvarigheten till svenska Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Studien utvärderade effekten av olika former av strukturerade meditationsprogram (MBSR, MBCT samt andra mindfulnessmeditationer) i 47 randomiserade kontrollerade studier (RCTs) med aktiv kontrollgrupp, totalt 3515 patienter, i behandling av olika psykiatriska och somatiska diagnoser. Metaanalysen visade måttlig evidens att mindfulnessmeditation program kan ge liten till måttlig effekt vid ångest, depression och smärtsyndrom vid 8-veckors behandling, med respektive effektstorlek (ES): 0,38 [95% KI, 0.12-0.64], ES: 0,30 [0.00-0.59], ES: 0,33 [0.03-0.62]. Författarna konkluderade också att det fanns låg evidens för effekt vid stress, efter ett 8-veckorsprogram, samt inget stöd för att mindfulness var bättre än aktiv kontroll (ex. medicinering, KBT). Ovan nämnda översiktsstudier har som nämnts metodologiska brister, bl a. heterogeniteten av de RCTs inkluderade, men kan ändå anses markera en indikation på att mindfulness har positiv effekt. dock inte bättre än traditionell aktivkontroll: KBT eller medicinering. De flesta studierna jämför mindfulness med inaktiv kontroll eller aktiv kontroll i form av t ex. avslappning, utbildningsstöd, etc. Flera bra

kvalitetsstudier behövs med KBT eller medicinering som sedvanlig behandling som kontrollgrupp.

PREVENT-studien av Kuyken et al. (2015) kan också nämnas. Den är en 2-års studie som jämför MBCT med antidepressiv farmakologisk behandling i patienter med recidiverande depression. Studiens resultat visar att MBCT är lika effektiv som medicinering i denna patientpopulation.

Det är emellertid komplicerat att olika program utvärderas i olika systematiska översikter under samma begrepp ”mindfulness”. Moderna former av mindfulness, som MBSR och MBCT, har mycket gemensamt, men det är stor skillnad mellan dessa och de mer traditionella meditationsprogrammen som vipassana och zenmeditation (Chiesa & Malinowski, 2011).

Mindfulness hos vårdpersonal. Mindfulness forskning har under de senaste åren skett inte bara för patienter men också för att påverka vårdgivarens välbefinnande som en viktig del av ett fungerande vårdssystem (Shapiro & Carlson, 2009). Det är ett väl känt fenomen att vårdpersonalen är en yrkesgrupp som är speciellt utsatt för psykologisk stress och dess konsekvenser, och att denna utsatthet finns redan under studietiden (Cleary, Horsfall, Baines, & Hapell, 2012). Flera stressorer verkar spela roll, bl a. själva den akademiska belastningen som studierna utgör, men även det centrala i alla vårdprofessioner nämligen att man relaterar till mänskligt lidande utifrån viljan att hjälpa till (Cleary, Horsfall, Baines & Hapell, 2012). Dessa faktorer har beskrivits minimera ”self care practice”, en process som blivit kallad emotionell ”cost of caring” (Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp, 2013). Detta sätter fingret på hur avgörande temat är att ta hand om sig själv, sin egen stress och lidande som vårdgivare för att också kunna hjälpa andra. Självmedkänsla har i aktuell forskning ansetts vara ett lovande konstrukt i den mening att det kan bidra till eget välbefinnande samt hantering av egen stress. Självmedkänsla definieras med tre egenskaper: att vara öppen och medveten om

eget lidande, att behandla sig själv med empati, förståelse, acceptans och icke-kritiskt förhållningssätt inför egna tillkortakommanden, samt att se egna misstag och lidande som en del av den gemensamma mänskliga erfarenheten (Neff, 2003). Att lära sig självmedkänsla, hantera egen stress, och öka eget psykologiskt välbefinnande borde därmed bli en självklar del av studieplanen för alla vårdprogrammen men även för den fortsatta professionella utvecklingen (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007).

Mindfulnesssträning är ett relevant verktyg för professionell utveckling inom vårddyrken, med redan visad evidens och allt mer forskning inom området. Några intressanta exempel på studier samt systematiska översikter med MBSR och andra MBIs hos studenter och yrkesverksamma inom vården är följande:

En metaanalys (McConville, McAller & Hahne, 2017) av alla RCTs och kvasiexperimentella studier publicerade fram till juni 2016, är intressant. Studien utvärderar effektiviteten av mindfulnesssträning hos studenter i olika vårdprogram. Potentiella studier för inklusion (67 utav n= 5355 artiklar) analyserades noggrant enligt rigorösa kvalitetskriterier inklusive bedömning av risken för bias vid varje studie enligt Cochrane "risk of bias tool" (Higgins & Green, 2011). Endast ett fåtal studier (n=19) matchade kvalitetskravet och inkluderades slutligen i metaanalysen, fördelade på 12 RCTs och 7 CTs, med totalt 1815 deltagare. Författarna konstaterade att den metodologiska kvaliteten generellt var måttlig. Tio studier använde MBSR under 7-10 veckor och de resterande 9 studierna använde några kortare MBIs (ca. 4-5 veckor). Kontrollgrupper i studierna var: ingen behandling (n=10), WL (n=4), och diverse andra alternativ (n=5). Fördelning bland olika vårdutbildningsprogram var: studier på medicinstudenter (n=10), på sjuksköterskestudenter (n=4), socialarbetarstudenter (n=1), psykologstudenter (n=1), samt studenter på blandade vårdprogram (n=3). Uppföljningsmätningar genomfördes mellan 3 veckor och 9 månader efter interventionen i 7 av de 10 MBSR studierna. Metaanalysen visade på en signifikant effekt av mindfulness för

stressymtom jämfört med kontrollgruppen (standardiserad medelskillnad, SMD=-0.44; $p<0,01$, baserat på 11 studier), för ångest (SMD=-0.44; $p<0,01$, baserat på 11 studier), och för depressivitet (SMD=-0.54; $p<0,01$, baserat på 7 studier) där SMD tröskel var 0.2, 0.5 och 0.8 för resp. liten, måttlig och stor effektstorlek. Vidare visade metaanalysen en signifikant förbättring av stämningsläge (mood) (SMD=-0.36; $p<0,01$, baserat på 4 studier), mindfulness (SMD=-0.24; $p<0,01$, baserat på 6 studier), tilltro till egen förmåga ("self-efficacy") (SMD=-0.82; $p<0,01$, baserat på 2 studier) och empati (SMD=-0.39; $p<0,03$, baserat på 2 studier). Författarna konkluderar att MBIs har en signifikant positiv effekt i studerade utfallsmått, och de reflekterar över att mindfulnessutövande skulle lätt kunna integreras i studieplanen för olika vårdprogram.

Shapiro et al. (2007) genomförde en kohort-kontroll studie med MBSR hos psykoterapeuter under utbildning, totalt 54 deltagare. Studien visade liknande resultat som McConville med kollegers studie angående upplevd stress, ångest, negativ affekt samt mindfulness, också en signifikant minskning i åltande såväl som en signifikant ökning av positiv affekt och självmedkänsla. Dessa resultat visades vara åldersberoende, där äldre studenter visade lägre resultatvärden för stress, åltande, och ångest samt högre för självmedkänsla. Däremot visades inte något samband med vilket studieår på vårdprogrammet som studenterna gick. Studien kunde också visa att en ökning i mindfulnessnivå (mindful uppmärksamhet) mellan före och efter interventionen predicerade minskning av åltande, ångestbenägenhet som ett personlighetsdrag ("trait anxiety") och upplevd stress samt en ökning i självmedkänsla.

Ett annat exempel är Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard, och Hojats (2003) studie av MBSR hos totalt 302 medicinstudenter (140 i interventionsgrupp vs 162 i aktiv kontrollgrupp: seminarier i komplementär medicin). Studiens inklusion av deltagare pågick under 5 år som en valbar kurs inom läkarprogrammet. MBSR kursen planerades att

sammanfalla med den intensiva examinationsperioden. Resultatet visade att studenter i MBSR gruppen hade stabila nivåer av ångest över tid medan de i kontrollgruppen upplevde en signifikant ökande ångestnivå. Detta indikerar att MBSR är en positiv resurs för hantering av stress.

Mindfulness och den terapeutiska relationen. Den terapeutiska alliansen har länge varit känd som en viktig faktor för utfallet av behandlingsprocessen, såväl inom somatisk- som psykisk hälsa. Definition av terapeutisk allians kan variera något mellan olika psykoterapiinriktningar och behandlingsmodeller (O'Brien & Houston, 2007). Den vanligaste och mest accepterade definition är ändå den som Bordin gjort (1979) då han föreslår en panteoretisk ram för begreppet, som innebär att ett emotionellt band etableras mellan patient och terapeut, med en överenskommelse beträffande målsättningen för behandlingen samt vilka terapeutiska uppgifter som skall utföras av respektive part för att uppfylla målsättningen.

Martin, Garske, och Davis (2000) visade i en metaanalys med 79 studier att sambandet mellan den terapeutiska alliansen och terapiutfallet är konsistent, och oberoende av andra variabler. Lambert och Barley (2001) estimerar att terapeut-klient alliansen kan stå för 30% av variansen i det terapeutiskt utfallet.

Förutom de redan beskrivna effekterna av mindfulnesssträning i form av minskning av både stress, åltande och negativ affekt, samt ökning av positiv affekt och välbefinnande, har flera egenskaper visats sig kunna utvecklas genom mindfulness bl a. empati (Shapiro et al., 1998), emotionell självreglering (Brown & Ryan, 2003), självmedkänsla (Shapiro et al., 2007), varmt och accepterande förhållningssätt (Germer et al. 2013) känsla av kontroll samt självinsikt (Birnbaum, 2008). Begreppet självinsikt brukar allmänt uppfattas som kunskap eller vetskap över sina egna beteenden, kognitioner, affekter och relationer. De ovan nämnda egenskaperna kan anses ingå i alla mänskliga relationer, inte minst i relation till sig själv. Dessa egenskaper har dessutom en avgörande roll i en effektiv terapeutisk allians.

Shapiro och Carlson (2009) hävdar hur viktigt det är med en villkorslöst positiv attityd i terapirelationen, samt understryker betydelsen av mindful uppmärksamhet i mötet med patienten, både fokuserad och flexibel över terapeutens egen inre status, en perception av patientens verbala och icke verbala uttryck, samt uppmärksamhet över förändringar som pågår i relation mellan dem. Betydelsen av terapeutens närvaro i kontakt med klienten betonas av McCarney (2004, citerad i Shapiro & Carlson, 2009), i en kvalitativ studie hos mediterande erfarna terapeuter. De beskriver terapeutens närvaro som att vara fullt medveten i stunden, i kontakt med en stilla och fridfull plats i sitt inre och därmed ha kontakt med klienten som medmänniska. McCollum & Gehart (2010) stödjer också vikten av den *terapeutiska närvaron* i en annan kvalitativ studie hos terapeuter under träning.

Det har även visats sig att korta mindfulnessövningar på endast 10 min vid lunchpausen under 2 veckor gav ökad mindfulness samt en vänligare attityd mot sig själv hos psykologer i träning (Moore, 2008). De rapporterade uppleva det som introduktion till en färdighet som behövs utvecklas men samtidigt upplevde de att de kunde redan direkt tillämpa det på såväl ett privat som yrkesmässigt plan (Moore, 2008).

En intressant dubbelblind RCT studie genomfördes av Grepmaier et al. (2007) hos blivande psykoterapeuter. Terapeuterna (n=18) blev randomiserade till 2 grupper, en interventionsgrupp som inom utbildningen lärde sig zenmeditation (n=9) och utövade den dagligen en timme före psykoterapisessioner, och en kontrollgrupp som hade sedvanlig utbildning utan meditation (n=9). Studien gjordes på 124 slutenvårdspatienter, som randomiserades till interventionsgrupp och kontrollgrupp. Patienterna hade olika psykiatriska diagnoser bl a. svår stress, förstämningssyndrom, personlighetssyndrom, somatoforma syndrom samt ångestsyndrom, och behandlades enligt en integrativ psykiatrisk och psykoterapeutisk plan under 9 veckor. Patienterna skattade kvaliteten av varje individuell terapisesion samt deras allmänna välbefinnande före och efter hela behandlingen. Studien

visade att terapeutens utövande av mindfulness signifikant positivt påverkade både terapiprocessen och själva behandlingsresultatet.

Enligt Lambert och Simon, (2008), kan terapeuter lära sig olika interpersonella färdigheter men det är svårare både att lära sig och lära ut en internaliserad attityd, som innehåller bl a. värme, ärlighet, öppenhet och hänsyn. Här hävdar flera författare att formell träning av mindfulness kan ha en viktig roll i att stimulera utveckling av dessa egenskaper hos terapeuten (Brito, 2014; Shapiro et al., 2007). Dessutom föreslår Shapiro och Carlson (2009) att systematiskt och avsiktligt göra den terapeutiska sessionen till ett informellt mindfulnessstillfälle.

Syfte och frågeställningar

Syfte med denna studie var att undersöka upplevda effekter av kursen Mindfulnessbaserad stresshantering (MBSR) på KI hos studenter inom olika vårdutbildningar mellan 2007 och 2015, både i relation till sig själva och indirekt i relation till deras patienter. Studien är baserad på studenternas egen bedömning efter slutförd kurs då flera men inte alla är verksamma i sina blivande professioner.

Frågeställningar

1. Har kursen ökat deltagarnas upplevda förmåga att hantera stress och krav, och i så fall i vilken utsträckning?
2. Har kursen medfört en upplevd effekt hos deltagarna i deras relation till sig själva och deras privata relationer, och i så fall i vilken grad?
3. Har kursen medfört en upplevd effekt hos deltagarna i deras relation till sina patienter, och i så fall i vilken utsträckning?
4. Hur värdefull har kursen upplevts av studenter i olika vårdutbildningar på KI och i vilken mån har man lyckats behålla mindfulness-utövande efter avslutad kurs?

Metod

Design

Denna studie är utförd som en enkätundersökning (Barker, Pistrang & Elliot, 2002).

Mindfulnessbaserad stresshantering kurs

Kursen Mindfulnessbaserad stresshantering, 7.5 hp, som ges på KI varje termin sedan 2007, är en valbar kurs öppen för studenter på alla KI's vårdprogram på grundnivå. Under vilken period av respektive utbildningen som kursen kan tas skiljer sig åt mellan de olika vårdutbildningarna. De flesta programmen har sin valbara period sista terminen av utbildningen, medan psykolog- och logoped-programmen har den termin 5, samt för läkarprogrammet har det varierat under åren.

Tyngdpunkten av kursen är MBSR programmet som följer kursplanen utvecklad av Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1982). Totalt 27 grupper studenter gick MBSR programmet under tidsperioden denna studie avser (9 år). Utöver den upplevelsebaserade delen (MBSR) innehåller kursen på KI en teoridel (Karolinska Institutet, 2017).

Kursen bestod av följande: ett introduktionstillfälle, MBSR programmet med 8 gruppsessioner veckovis (ca. 2,5 timmar/tillfälle) där studenterna lärde sig och tränade olika mindfulnessövningar (kroppskanning, sittande meditation, mindful yoga samt gående meditation. Därtill kom en tyst heldag mellan veckoträff 6 och 7 som fördjupning av mindfulnessutövande, samt dagliga hemövningar (45-60 min per dag). Utöver detta formella mindfulnessutövande tillkom instruktioner att utöva regelbunden informell mindfulness, dvs att stanna upp när som helst under den dagliga rutinen och vara medvetet närvarande i stunden. Teoridelen av kursen gavs efter att 8 veckors MBSR programmet var avslutat, och innehöll 3 gruppseminarier samt föreläsningar om stressteori (definition, stressfysiologi, stress och ohälsa, stressymtom, stresshantering, etc), neurovetenskap kring mindfulness och tillämpning av mindfulnessbaserad metodik och integrering med etablerade terapier

(Karolinska Institutet, 2017). Studenterna fick föra en reflektionsdagbok under det hela MBSR upplevelsebaserade programmet som var underlag till en skriftlig sammanfattning och ett muntligt reflektionsseminarium. Det fanns även obligatorisk litteratur som inkluderade en del vetenskapliga artiklar som studenterna diskuterade vid två diskussionsseminarier.

Lärare och ansvarig för kursen var Camilla Sköld, leg. fysioterapeut, med. dr., och certifierad MBSR-lärare vid Center for Mindfulness, University of Massachusetts, USA. Hon ledde själv alla grupper studenter förutom 3 grupper då 2 andra lärare behöriga att leda MBSR programmet under handledning ledde var sin grupp studenter. Vidare assisterades huvudläraren vid ett par tillfällen under hela studieperioden av två andra lärare vilka var under MBSR certifieringsprocess.

Deltagare

Alla 394 studenter på KIs olika vårdprogram som gick kursen Mindfulnessbaserad stresshantering från kursstarten HT 2007 till HT 2015 tillfrågades om deltagande i studien. Studenterna hade gått eller gick fortfarande ett vårdprogram på grundnivå (läkar-, psykolog-, sjuksköterske-, barnmorske-, audionom-, arbetsterapeut-, logoped-, fysioterapeut- och biomedicinska analytiker- program) på Karolinska Institutet. Av dessa hade 380 studenter avslutat 8 veckors MBSR programmet samt blivit godkända i kursen och därmed var de behöriga att delta i studien. Enkäten gick även ut till 14 studenter som inte var godkända i kursen, och därför egentligen inte skulle ha ingått. Av dessa 14 svarade ändå tre individer på enkäten. Dessa tre svar exkluderades därför från analysen. Av de 380 behöriga studenterna valde 179 att inte svara på enkäten, vilket innebar att 201 individer slutligen ingick i studien. Se tabell 1 för deltagare på respektive vårdprogram.

Tabell 1. Deltagare i kursen i Mindfulnessbaserad stresshantering 2007-2015 efter vårdprogram

Vårdprogram	Tillfrågades om att delta, n	Svarat, n (%)
Läkare	70	43 (61,4)
Psykolog	102	57 (55,9)
Arbetsterapeut	123	51 (41,5)
Fysioterapeut	69	35 (50,7)
Logoped	28	11 (39,3)
Audionom	2	2 (100)
Sjuksköterska	1	1 (100)
Barnmorska	1	0 (0,0)
Biomedicinsk analytiker	1	1 (100)
Totalt	394 ^a	204 ^b (51,8)
Behöriga att delta/ resp. ingick i studien	380	201 (52,9)

^aAv dessa exkluderades 14 pga att de ej var godkända på kursen

^bAv dessa exkluderades 3 pga att de ej var godkända på kursen

Instrument och Procedur

Denna studie använde sig av en enkät på 51 frågor. Enkäten innehöll i huvudsak flervalsfrågor med också några öppna frågor (bilaga 1). Frågorna handlade om karakteristika för deltagarna bl a. ålder, kön, termin/år när de gick kursen, utbildningsprogram, huruvida man är verksam i sitt yrke, tidigare erfarenhet av mindfulnessutövande eller liknande. Vidare fick deltagarna skatta värdet av kursen samt svara om de fortsatt mindfulnessutövande sedan de avslutade kursen fram till idag. Därtill gavs flervalsfrågor bl a. kring upplevd effekt av kursen i förmåga att hantera stress, upplevd effekt i relationen till sig själva och andra, samt upplevd effekt i relation till patienter eller motsvarande. Deltagarna skattade mellan

alternativa svar enligt följande: Stämmer särskilt bra, Stämmer, Stämmer inte särskilt bra, Stämmer inte alls, Inte tillämbart (i vissa fall). Enkäten är inte testad för validitet eller reliabilitet.

Enkäten skickades i pappersversion med vanlig post till alla deltagare med ett följebrev (bilaga 2) samt ett svarskuvert för returpost för ifyllda enkäter. Enkäterna kodades för att behålla anonymiteten för deltagarna. En påminnelse skickades via post och en via telefon med kopia på enkäten till de som sa att de inte hade fått den.

Efter första utskicket var enkätsvaren 100, efter första påminnelsen tillkom 29 svar samt efter andra påminnelsen ytterligare 74 svar.

Mätningen genomfördes vid ett tillfälle för samtliga deltagare. En konsekvens av detta, var en stor variation i tidsperioden mellan mätningen och studiernas avslutning på mellan ca. 6 månader till nio år.

Datainsamlingen pågick mellan maj 2016 och oktober 2016. Ytterligare en ifylld enkät kom in under januari 2017 och den blev också inkluderad i databasen. Kursadministratör på Institutionen för kliniska vetenskaper svarade för datainsamling och kodning av deltagare. Sammanställning av kvantitativa data gjordes i Excel av författaren till examensarbete.

Statistisk analys

Statistiska beräkningar gjordes med hjälp av SPSS Statistics 24 (IBM).

Denna studie inkluderar inte svaren på frågorna med öppna svarsalternativ i enkäten. Dessa blir en del av en planerad kommande studie, med kvalitativ analys. Den nuvarande studien använder en kvantitativ forskningsmetodik. Svaren på frågorna i enkäten var i form av dels kontinuerliga och dels nominala variabler. Kontinuerliga variabler beskrivs i termer av medelvärde och standardavvikelse. Nominala variabler presenteras som antal och andel. För att undersöka signifikanta skillnader mellan två nominala variabler utfördes chi-2 analyser

Etiska överväganden

Deltagande i studien var frivilligt och svaren anonyma. Deltagarna gavs noggrant skriftlig information om studien via följebrev (se bilaga 2). Samtycke att delta i studien antogs ske genom att deltagarna besvarade enkäten. Svaren på enkäten var oidentifierbara för författaren till examensarbetet i och med att enkäterna var kodade. Ingen ekonomisk ersättning eller andra förmåner utgick till deltagarna i studien. Studiens resultat kommer att bli tillgängligt på KI's hemsida under kursens namn, varigenom deltagarna kommer att få en övergripande kunskap om gruppens nytta av att utöva mindfulness. Vidare kommer deltagandet att bidra till ökad kunskap för att vidareutveckla kursen som kommer till nytta för framtida studenter. Att delta i studien bedömdes inte medföra några risker för integritetsintrång för deltagarna i och med att deras integritet skyddades med anonyma och oidentifierbara svar, samt att redovisning av resultat kommer att ske på gruppnivå

Ansökan om etikprövning av forskningsprojektet lämnades in till Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm (EPN) på Karolinska Institutet eftersom intentionen var att publicera studieresultaten. EPN fann att "forskningsprojektet inte innefattade någon behandling av känsliga personuppgifter och inte heller föll inom etikprövningslagens tillämpningsområde". Nämnden tog därför inte upp ansökan till prövning och gav istället ett rådgivande yttrande: "Nämnden har inte några etiska invändningar mot att studien genomförs" (diarienummer: 2015/1873-31/5 Protokoll 2015/5:11 Sammanträde den 26 nov 2015).

Resultat

Deltagarkarakteristika

Deltagarnas medelålder var 35,7 år (SD 7,6), den yngsta individen var 24 år och den äldsta 54 år; 80,6 % var kvinnor och 17,4 % män, resterande angav inte kön. Majoriteten var

verksamma i sitt yrke (80,5 %) då de fyllde i enkäten, och något mindre än hälften (44,8 %) hade tidigare erfarenhet av mindfulness eller liknande (yoga 30,3%, mindfulness 12,4%, qigong 12,4%, tai chi 10,4%, zen 4,5%, vipassana 4,0%, Feldenkrais 4,0%, transcendent meditation 3,0%, annat 7,0%). För deltagarkarakteristika, se tabell 2.

Tabell 2. *Deltagarkarakteristika (n=201)*

	n (%)
Medelålder ^a , år (SD)	35,7 (7,6)
Kön ^b	
Kvinna	162 (80,6)
Man	35 (17,4)
Verksam i sitt yrke ^c	
Ja	161(80,5)
Nej	38 (19,0)
Tidigare erfarenhet i mindfulness eller liknande	90 (44,8)
Utbildningsprogram	
Läkare	43 (21,4)
Psykolog	57 (28,4)
Arbetsterapeut	51 (25,4)
Fysioterapeut	35 (17,4)
Logoped	11 (5,5)
Audionom	2 (1,0)
Sjuksköterska	1 (0,5)
Biomedicinsk analytiker	1 (0,5)

^an=12 (6%) ej angett ålder

^bn=4 (2%) ej angett kön

^cn=1 (0,5%) ej angett om verksam i sitt yrke

Deltagarna tillfrågades om motiv för att söka utbildningen och kunde välja mellan stress, nyfikenhet, eller annat. Av deltagarna var det 28 (14%) som sökte kursen för endast stress, 118 (59%) sökte för enbart nyfikenhet, och 27 (13,5%) valde kursen av enbart andra skäl.

Mindfulness-effekt i upplevd förmåga att hantera stress och krav

Den mindfulnessbaserade kursen har ökat deltagarnas upplevda förmåga att hantera stress och krav. Av 201 deltagare svarade 158 (78,6 %) *Stämmer mycket bra* eller *Stämmer* med avseende på att inlärd färdigheter/förhållningssätt har hjälpt dem att hantera stress *efter kursen* (Tabell 3). Med avseende på frågan om kursen hjälpte dem genom en stressig tid *under kursen* var det positiva svaret något mindre n=120 (59,7%).

Vidare noteras att av de 131 deltagare som fortsatt med mindfulnessutövande sedan avslutad kurs svarade 112 (86,2 %) att de stannar upp under stress eller krävande situationer och är medvetna om andningen. Dessa motsvarar 55,7% av alla studiedeltagare.

Tabell 3. *Mindfulness-effekt i upplevd förmåga att hantera stress och krav*

	Mindfulnesssträning har hjälpt mig att hantera stress och krav	
	Under kursen, n (%)	Efter kursen, n (%)
Stämmer mycket bra	34 (16,9)	43 (21,4)
Stämmer	86 (42,8)	115 (57,2)
Stämmer inte särskilt bra	46 (22,9)	35 (17,4)
Stämmer inte alls	21 (10,4)	7 (3,5)
Inte tillämbart ^a	13 (6,5)	-
Ej svar	1 (0,5)	1 (0,5)
Totalt	201 (100)	201 (100)

^aAlternativet *Inte tillämbart* fanns inte i frågan om stress efter kursen

Mindfulness-effekt i relation till sig själv och andra

Angående kursens effekt på studenternas relation till sig själva, svarade 77,1% att de fick värdefulla insikter om sig själva, 56,2% att de fick värdefulla insikter om sitt förhållande till andra samt 75,6% att de utvecklade en mer accepterande och medkännande relation gentemot sig själva, se tabell 4.

Vidare upplevde 120 av 201 deltagare (59,7%) att inlärd mindfulnessfärdigheter och - förhållningssätt är till hjälp i samband med nära relationer i deras privatliv.

Tabell 4. Mindfulness-effekt i deltagarnas relation till sig själva och andra^a

	Fick värdefulla insikter om mig själv, n (%)	Fick värdefulla insikter om mitt förhållande till andra, n (%)	Fick mer accepterande/medkännande relation till mig själv, n (%)
Stämmer mycket bra	51 (25,4)	38 (18,9)	44 (21,9)
Stämmer	104 (51,7)	75 (37,3)	108 (53,7)
Stämmer inte särskilt bra	37 (18,4)	67 (33,3)	36 (17,9)
Stämmer inte alls	8 (4,0)	20 (10,0)	11 (5,5)
Inte tillämbart	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ej svar	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (1,0)
Totalt	201 (100)	201 (100)	201 (100)

^aUpplevd under kursen

Mindfulness-effekt i relation till patienter

Av de totala svaren (n=198) till fråga om mindfulness effekt i relation till patienter svarade 13 deltagare *Inte tillämbart*. Av de resterande 185 svarar 75,1% *Stämmer mycket bra* och *Stämmer* att mindfulness har en positiv effekt i deras förhållande till patienter (gäller både deltagare som är verksamma och ej verksamma i sitt yrke) (Tabell 5). Specifika siffror

per yrkeskategori är: läkare 79%, psykologer 78%, arbetsterapeuter 67% och fysioterapeuter 88%. Beträffande övriga yrkeskategorier var det för få deltagande för att det skall vara av intresse att redovisa.

I vidare analys svarade de som fortsätter utöva mindfulness efter kursen i större utsträckning (85,3%) att kursen hjälper i deras relation med patienter, jämfört med dem som inte fortsätter utöva (57,1%). Skillnaden är statistiskt signifikant, ($\chi^2=18,13$; $df=2$; $p<0,001$).

Tabell 5. *Upplevd effekt av mindfulness hos deltagare i relation till patienter*

Mindfulnessutövande har hjälpt mig i relation till patienter			
	Verksam i sitt yrke,	Ej verksam,	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Stämmer mycket bra	31 (19,3)	8 (21,1)	39 (19,7)
Stämmer	87 (54,4)	13 (34,2)	100 (50,5)
Stämmer inte särskilt bra	28 (17,5)	3 (7,9)	31 (15,7)
Stämmer inte alls	13 (8,1)	2 (5,3)	15 (7,8)
Inte tillämbart	1 (0,6)	12 (31,6)	13 (6,6)
Totalt	160 (100)	38 (100)	198 (100)

Vidare svarade 62% av deltagarna att de försöker hjälpa patienter att utveckla färdigheter/ förhållningssätt de själva kom i kontakt med eller utvecklade under kursen, 48,3% svarade att de, i mötet med patienter, använder ibland övningar de lärde sig under kursen, samt 63,0% svarade att de ibland, ofta eller alltid hänvisar patienter vidare till mindfulnessbaserade interventioner.

Värde av kursen samt fortsatt mindfulnessutövande efter avslutad kurs

Deltagarna ombads utvärdera värdet av kursen på en skala mellan 1 (*inget värde*) och 10 (*mycket stort värde*). De utvärderade kursen relativt högt med ett medelvärde av 7,7 (SD 2,1; n=198.)

Med avseende på fortsatt mindfulnessutövande (formellt och/eller informellt) efter avslutad kurs fram till datainsamlingen har 65,2 % (n=131) av studenterna lyckats vidmakthålla utövandet, oberoende av tidpunkt för avslutande av studierna. Det innebär emellertid också att de som svarat att de inte fortsatt med mindfulnessutövandet mycket väl kan ha gjort det en period efter avslutad kurs, men slutat innan tidpunkten för enkätens ifyllande.

Vidare analys visade att av de som hade tidigare mindfulnessutövande eller liknande fortsätter 84% att utöva mindfulness efter kursen, jämfört med 50% av de som inte hade tidigare erfarenhet. Denna skillnad är statistiskt signifikant ($\chi^2=26$; $df=1$; $p<0,001$).

Tabell 6 visar studenter som fortsätter att utöva mindfulness i relation till året när de gick kursen. Dessa data visar att en hög andel studenter fortsätter med mindfulnessutövande i upp till 6 år efter avslutad kurs. Detta är den längsta tidsperioden mellan avslutad kurs och ifyllande av formuläret. Detta resultat har relevans sedan 2009 när antalet deltagare ökade avsevärt.

Vidare noteras att av dessa 131 deltagare rapporterade 96,2% (n=125) ett fortsatt utövande av informell mindfulness.

Av deltagarna som inte lyckats behålla utövande uppger 51,2 % att det är mycket troligt eller troligt att de kommer att ta upp det.

Enkäten innehåller även andra frågor, t ex. frekvens av mindfulnessutövande, etc. som ännu inte har analyserats och därför inte redovisas i denna uppsats. Dessa kommer att inkluderas i planerad framtida publicering.

Tabell 6. *Deltagare som fortsätter mindfulnessutövande efter avslutad kurs*

Kursår	Antal deltagare	Fortsatt mindfulnessutövande ^a	
		(formellt och/eller informellt)	
		Ja, n (%)	Nej, n (%)
Totalt (2007-2015)	200	131 (65,5)	69 (34,5)
2007	5	3 (60)	2 (40)
2008	8	2 (25)	6 (75)
2009	23	17 (73,9)	6 (26,1)
2010	31	20 (64,5)	11 (35,5)
2011	34	22 (64,7)	12 (35,3)
2012	15	9 (60,0)	6 (40,0)
2013	31	20 (64,5)	11 (35,5)
2014	28	19 (67,9)	9 (32,1)
2015	25	19 (76,0)	6 (24,0)

^afrån avslutad kurs till datainsamlingen

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka upplevd effekt av kursen Mindfulnessbaserad stresshantering (MBSR) hos studenter från olika vårdprogram på KI både i relation till sig själva, till andra och till sina patienter, under perioden 2007-2015. Resultaten antyder generellt en positiv effekt i deltagarnas upplevda förmåga att hantera stress, att få värdefulla insikter om sig själv och i någon mindre utsträckning om sin relation till andra, samt att utveckla en mer accepterande och medkännande relation till sig själv. Dessutom indikerar resultaten en positiv upplevd effekt i deltagarnas relation till sina patienter. Det är första

gången på KI som en sammanfattande utvärdering av kursens effekter hos deltagarna genomförts sedan kursen startades 2007.

Tolkning av resultaten måste självklart ske med beaktan av alla de begränsningar som finns med enkätstudier. Data samlades in via en enkät som skickas ut till samtliga deltagare som genomgått kursen under denna 9-års period. Ingen av effekterna i studien är mätt med objektiva kriterier utan är självrapporterade ifrån deltagarna utifrån deras egen tolkning av frågorna och den höga andelen deltagare är det som gör att resultaten ändå kan betraktas som starka indikationer på de beskrivna effekterna. Att studien genomförts vid ett enda mättillfälle innebär att deltagarna svarat vid olika tidpunkter efter genomförandet av utbildningen, vilket också begränsar tolkningsmöjligheter av resultaten. Den generella utvärderingen av kursen var dock relativt hög och en relativt hög andel av studenterna har kunnat fortsätta att utöva mindfulness efter kursen.

Stress är ett stort problem hos vårdpersonal (Goodman & Schorling, 2012) och att mindfulness tycks kunna hjälpa vårdpersonal i upplevd förmåga att hantera stress är därför ett viktigt resultat i denna studie. Tidigare forskning har visat på positiv effekt av mindfulnessutövande i att minska stress både hos studenter och vårdpersonal (Shapiro et al., 2007; Irving, Dobkin, & Park, 2009), vilket stödjer resultaten i denna studie.

Kursdeltagarna sökte kursen av olika skäl. En stor andel pga. nyfikenhet och en del pga. stress. Man skulle ha förväntat sig ett större antal studenter söka pga stress för att man vet att denna är en stressutsatt population. Det kan dock vara intressant att observera att en relativt hög andel studenter (59,7%) svarade att de upplevde att kursen hjälpte dem under en stressig tid under utbildningen, och en även högre andel studenter (78,6%) svarade att de upplevde att färdigheter och förhållningssätt inlärd under kursen har hjälpt dem att hantera stress fram till idag.

Att en hög andel deltagare hade upplevt en positiv effekt av mindfulnesskursen i deras förhållande till patienter, är att betraktas som ett speciellt intressant resultat för personer i vården. Grepmaier et al. (2007) har visat att mindfulnessutövande signifikant positivt påverkade både terapiprocessen och själva behandlingsresultaten. I vilken mening mindfulnessutövandet har hjälpt i handhavandet av patienterna har emellertid inte undersökts i denna studie.

Fyra yrkeskategorier, läkar-, psykolog-, arbetsterapeut- och fysioterapeutstudenter står totalt för 92,6% deltagarna. Övriga yrkeskategorier som är representerade bland studenterna har få deltagare per yrke. Men av dessa fyra yrkeskategorier har samtliga höga siffror av upplevd effekt av mindfulnessutövandet i deras förhållande till patienter. Detta antyder att oavsett inriktningen på utbildningen så har mindfulnessutövande en jämförbar effekt. Det borde därför kunna vara applicerbart inom flertalet vårdprofessioner.

När det gäller frågan om vilka komponenter i den terapeutiska relationer som påverkas av mindfulnessutövande så hävdar Shapiro och Carlson (2009) att medkänsla är en av delarna i den terapeutiska relationen och innefattar empati för sitt eget och andras lidande samt önskan att agera för att bidra till att lindra det. Resultatet i denna studie visar på ett samband mellan mindfulnessutövande och en upplevd mer accepterande och medkännande relation till sig själv i en stor andel av deltagarna.

Deltagare som hade tidigare erfarenhet av mindfulness eller liknande har fortsatt utöva efter avslutad kurs i högre grad än de som inte hade erfarenhet. För de med tidigare erfarenhet går det inte att uttala sig om eller på vilket sätt kursen påverkade deras fortsatta utövande. Man skulle kunna tolka det som att de redan var motiverade till mindfulness innan de gick kursen och att kursen ev. kunde fördjupa deras intresse.

Carmody och Baer (2008) visade i en studie att mängden tid använd i mindfulness hemövningar under MBSR programmet är signifikant relaterad till mindfulnessnivå hos

kursdeltagare samt i ökning av välbefinnande och minskning av medicinska och psykologiska symtom, vilket även skulle vara intressant att undersöka vidare i samband med kursen på KI. Denna studie har ändå antytt att fortsatt utövande av mindfulness är signifikant förknippat med positivt handhavande av den terapeutiska relationen jämfört med om man inte fortsätter med utövande av mindfulness.

När det gäller möjligheterna att generalisa de olika positiva upplevelserna som resultat av mindfulnessutövande är detta svårt, bl.a. för att deltagarna är en självvald grupp individer, som först väljer att gå den valbara Mindfulnessbaserade kursen på KI och sedan väljer att svara på enkäten, och därmed redan initialt är mer motiverade och positiva till mindfulness. Hur förhållandet är för de andra studenterna, dels de som inte valt kursen och dels de som valt att inte svara på enkäten vet vi självklart inte. Andersson (2015) reflekterar i sin artikel över att mindfulness inte skulle passa alla klienter och behandlare. Det skulle vara intressant att se skillnad i resultat om kursen skulle vara obligatorisk del av de olika vårdprogrammen som några forskare föreslagit (Kelly, 2017).

Det känns viktigt att också lyfta fram en vis oro som Brito (2014) presenterar och som delas av andra forskare (Kabat Zin, 2003; Khong, 2009). Det handlar om risken av att mindfulness i västvärlden och i synnerhet inom psykologin har blivit reducerad till en enkel teknik för att hantera stress. Dessa författare hävdar att det behövs en förståelse av mindfulness inom en större kontext som innehåller en del attityder och praktiker. Kabat-Zinn (1996, som citerad i Brito, 2014, s. 355) säger att ”mindfulness borde inte undervisas som en teknik, utan som *ett sätt att leva*”. Och därför är det viktigt att den som undervisar eller använder mindfulness med patienter är väl förankrad i utövande själv. Han hävdar att problemet uppstår när man behöver mäta och operationalisera begreppet istället för att uppleva det. Att mindfulness inte ska vara en mental övning utan en hel kroppsupplevelse menar Kabat-Zinn (2003). Han beskriver två sätt att se på meditation. Ett sätt, instrumentellt,

där man genom att utöva över tid når man högre stabilitet i mindfult förhållningssätt ju mer man utövar. Det andra sättet, icke instrumentellt, och som är lika viktigt, är den direkta insikten och förståelsen i nuet av att man redan är, utan tid, plats eller mentala begrepp; ett tillstånd där det inget finns att uppnå, och man redan är allt som man ev. skulle vilja uppnå; man är medvetande bortom tänkande. Kabat-Zinn hävdar att meditationsutövande, normalt i en gradvis form, men ibland också plötsligt, leder till detta tillstånd av insikt och visdom (Kabat-Zinn, 2015). Utifrån Kabat-Zinns beskrivna förståelse av mindfulnessutövande, behöver vi i denna studie tolka med försiktighet det faktum att deltagarna hade olika lång tid på sig att utöva mindfulness efter avslutad kurs (spann 1-9 år) och dess påverkan i upplevda effekter. Båda det tidsbundna och det tidlösa perspektivet är lika viktiga, enligt Kabat-Zinn.

Det pågår nu mycket arbete i forskarvärlden för att försöka hitta en väg att integrera mindfulness i västerlandets psykologi som *ett sätt att leva* men samtidigt med respekt för en distans till religion och filosofi (Shapiro & Carlson, 2009). *Ett sätt att leva* för att utveckla medkänsla, visdom, och etiskt omdöme. Brito (2014) och Kabat-Zinn (2003) understryker den inneboende potentialen i mindfulnessutövande för att medföra förändring och utveckling som människa. Givet den subjektiva naturen av medvetenhetsträning som mindfulness innebär, förespråkas av flera forskare behovet att använda också kvalitativ forskningsmetodologi i större grad än idag (Brito, 2014; Chiesa, 2013).

Metoddiskussion

Enkätstudier medför både nackdelar och fördelar. En fördel är att man som forskare lättare får tillgång till ett stort urval. I detta fall fanns tillgång till samtliga deltagare i studien, vilket ger en hög generaliserbarhet. En annan styrka är att flera blivande vårdprofessioner finns representerade. Detta förhållande kombinerat med det faktum att kursen följer ett standardiserat program, MBSR (endast mindre förändringar under tiden) ger goda möjligheter att generalisera resultaten till olika vårdprofessioner. En ytterligare styrka är att enkäten har

kunnat samla en stor mängd information utifrån både flervalfrågor men också öppna frågor. De sista blir också föremål för en planerad kvalitativ studie.

Att en och samma lärare ackrediterad i MBSR har genomfört nästan alla kurser med undantag av endast 3 kurstillfällen då 2 andra behöriga lärare också var involverade, kan ses som en styrka i den bemärkelse att det varit en stabil och jämförbar kurs som genomförts under hela 9 års-studieperioden. Att det handlar om endast en utbildare kan också ses ha sina begränsningar med tanke på så kallad ”terapeuteffekt” (i detta fall ”utbildareffekt”) som innebär att det är svårt att skilja på hur mycket av utfallet är en effekt av utbildare respektive interventionen, dvs utbildning. Detta avser begreppsvaliditet. Å andra sidan kan själva metoden (MBSR) jämföras med en manual som ger en enhetlighet i utförandet oavsett lärare.

Svarsfrekvens på enkäten var 52,9%, dvs 201 studenter inkluderades i studien. En svaghet i studien är ett stort bortfall (n=179, 47,1%), trots två påminnelser. Problemet är känt i enkätstudier. Eftersom det handlar om en relativt lång enkät på 51 frågor och att det har gått upp till 9 år sedan den första kullen studenter gick kursen, kan det å andra sidan anses att svarsfrekvensen trots allt är relativt god. Som i alla enkätstudier begränsar detta generaliserbarheten. Vi vet inte heller hur det stora bortfallet har påverkat resultatet, jämfört med om alla dessa personer skulle ha svarat på enkäten. Risken är att de som svarat är mer motiverade att delta pga att de upplevt större effekt av den mindfulnessbaserade kursen än de som inte svarade.

En av de viktigaste begränsningarna i att kunna uttala sig om effekten av mindfulnessutövande är att detta inte är en experimentell studie i vilken man kan ha kunnat manipulera den oberoende variabeln, dvs utövande av mindfulness, och jämföra effekt av att slumpvis kunna fördela deltagare på utövande av mindfulness jämfört med att inte utöva mindfulness. Då skulle man ha kunnat göra tolkningar av kausalitet, vilket inte är möjligt i denna form av studie som en enkätundersökning utgör. Man får betrakta dessa resultat som en

stark indikation på nödvändigheten av att följa upp med en experimentell randomiserad studie för att närmare kunna specificera effekterna. Man skulle också kunna tänka sig en kvasiexperimentell studie i vilken man även skickade en enkät till studenter på vårdprogrammen som valt att inte gå kursen, och med samma tidsintervaller kunna följa deras upplevelse av stress och handhavande av relation med patienter.

En annan påtaglig svaghet är att det endast finns ett mättillfälle. Ett idealt tillvägagångssätt, då en enkät fortfarande varit möjligt vore att man kunde ha upprepade enkäter vid givna tidsintervall efter att deltagarna fullföljt kursen. Då skulle det vara lättare att kunna följa vilka som kan och vilka som inte kan upprätthålla utövandet av mindfulness. Ytterligare en brist i studien är att mättillfället skedde mellan ca. 6 månader och 9 år från avslutad kurs. Detta kan eventuellt haft konsekvenser på resultaten pga minnessvaghet i form av minskad precision i svaren eller att man rent av hoppade av att svara på frågor som man inte kom ihåg, eller bias pga deltagarnas ev. andra mindfulnesserfarenheter under denna tidsperiod.

Samtidigt är det bra att notera att resultaten av denna studie är i linje med de positiva resultaten av genomförda RCTs med MBSR (McConville et al., 2017; Shapiro, et al., 2007) vilket styrker den externa validiteten i studien.

Det finns ytterligare en svårhanterlig begränsning och det gäller definitionen av de olika begrepp som ingår, t.ex. stress, terapeutisk relation, självmedkänsla, etc. En del av dessa begrepp har en allmän acceptans och definition, men går ändå att uppfatta på olika sätt, vilket deltagarna har kunnat göra. Rent praktiskt hade en förbättringsmöjlighet kunnat vara att man i inledningen till enkäten gjort en definition av begreppen i enkäten, och att ställda frågor varit mer precisa istället för alltför allmänna.

I fråga 50 i enkäten formulerades svarsalternativen inkorrekt, det borde ha varit ”mycket troligt, troligt, inte så troligt, inte alls troligt”. Vidare formulerades fråga 12 som förutsättande

fråga med referens till att studenten upplever stress under utbildningen, och detta skulle ha undvikits. Formuleringen ”*kursen hjälpte mig genom en stressig tid*” är inte självklar även om forskningslitteraturen beskriver att stress ofta förekommer under studietiden, man kan inte förutsätta detta, vilket frågans formulering antyder. Vi ska därför tolka dessa resultat med försiktighet.

Enkäten är inte testad för validitet och reliabilitet, vilket är en uppenbar brist. Om man studien skulle repliceras t.ex. med fler mättillfällen under fortsatta kursen borde man först göra en studie för att bedöma de psykometriska egenskaperna. Å andra sidan reflekterar Chiesa (2013) kring svårigheter att både definiera mindfulness och försöka mäta den. Tillgängliga frågeformulär verkar ibland spegla ”mindlessness” istället. Han säger att västvärlden alltid har baserat intellektuell kunskap och konkret erfarenhet som basen till kunskap, medan österländsk kultur som mindfulness kommer ifrån, har prioriterat den subjektiva upplevelsen som källa till kunskap och förståelse. Chiesa föreslår därför att större vikt skulle användas i kvalitativ forskning av mindfulness.

Att det var kursledaren som signerade följebrevet kan ha resulterat i bias i resultatet, där deltagarna eventuellt skulle kunna ha känt någon press att svara eller att svara mer positivt. Detta övervägdes mot tanken på den långa tid sedan kursen började, men man har varit mycket noggrann i att tydliggöra i texten att svaren är välkomna oberoende av vad man tyckte om kursen samt ett av målen är att få feedback för att kunna förbättra utbildningen.

Förslag till fortsatt forskning

Forskning hittills kring mindfulness är mycket lovande. Inte bara inom flera kliniska indikationsområden utan också hos friska individer. Inte minst för att stress har blivit ett snabbt växande globalt hälsoproblem i vårt moderna samhälle. Nutida och framtida utmaningar för forskningen kring mindfulness kräver genomförande av mer rigorösa studier i form av RCTs, i större skala, med aktiv kontrollgrupp av evidensbaserade interventioner,

systematisk användning av validerade mätinstrument, långsiktiga uppföljnings mätningar.

Behovet av kvalitativa studier av hög kvalitet har också förespråkats.

Därtill fortsätta utforska psykologiska mekanismer av mindfulness-effekter, samtidigt fortsätta utforska och kartlägga neurobiologiska mekanismer på vilka sätt mindfulnessmeditation verkar i hjärnan.

Referenser

- Andersson, G. (2015). Mindfulness - ett verktyg för psykologen? *Psykologtidningen*, 4(5), 31-34.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- 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.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in clinical psychology. An introduction for students and practitioners* (2. uppl.) Chichester: J. Wiley.
- Birnbaum, L. (2008). The use of mindfulness training to create an 'accompanying place' for social work students. *Social Work Education*, 27(8), 837-852.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., & Carmody, J. (2014). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology*, 11, 230-241.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 16, 252-260.
- Brito, G. (2014). Rethinking mindfulness in the therapeutic relationship. *Mindfulness*, 5, 351-359.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 23-33.
- Chiesa, A. (2013) The difficulty of defining mindfulness: Current thought and critical issues. *Mindfulness, 4*, 255-268.
- Chiesa, A., Anselmi, R., & Serretti, A. (2014) Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions. What do we know? *Holistic Nursing practice*. March/April.
- Chiesa, A. & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same? *Journal of Clinical Psychology 67*(4), 404-424
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Review Endocrinology, 5*(7), 374-381.
- Cleary, M., Horsfall, J., Baines, J., & Hapell, B. (2012) Mental health behaviours among undergraduate nursing students: issues for consideration. *Nurse Education Today, 32*(8) 951-955.
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice, 63*(606),76-84.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013) Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot mindfulness-based programme for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse, 45*, 114-125.
- Germer, C.K., Siegel, R.D., & Fulton, P.R. (Ed.). (2013). *Mindfulness and Psychotherapy* (2. uppl.). New York: Guilford Press.
- Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*(2), 119-128.

- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S, Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z.,...Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Medicine*, *174*(3), 357-368.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*, 332-338.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York : Guilford Press.
- Hick, S. F. & Bien, T. (Red.). (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.
- Higgins, J. P. & Green, S. (2011). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Tillgängligt från: <http://handbook.cochrane.org/>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 169-183.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *15*(2), 61-66.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*, 33-47.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacourt.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Gay Peterson, L., Fletcher, K. E., Pber, D., Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Two ways to think about meditation: the instrumental and the non-instrumental. *Mindfulness*, 6, 396-397.
- Karolinska Institutet. (2017). *Kurs i Mindfulnessbaserad Stresshantering*. Hämtad 2017-05-03, från Karolinska Institutets hemsida: <http://ki.se/selma/syllabus/1XX003>
- Kelly, M. (2017). Does mindfulness practice improve the mental health and wellbeing of healthcare students? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 84-89.
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BioMed Central Medical Education*, 14, 219.
- Khong, B. S. L. (2009). Expanding the understanding of mindfulness: seeing the tree and the forest. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 117-136.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519-528.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ...Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or

- recurrence (PREVENT): a randomized controlled trial. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62222-4.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M.J., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. I S. Hicks & T. Bien (Red.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (s. 19-33). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a metanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McCollum E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: a qualitative study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 36(3), 347-360.
- McConville, J., McAller, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness training for health profession students-The effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore*, 13, 26-45.
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: an experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 331-337.
- O'Brien, M. & Houston, G. (2007). *Integrative therapy. A practitioner's guide* (2. uppl.). London: Sage Publications.

- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and learning in Medicine, 15*, 88-92.
- Rupert, P. A. & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 544-550.
- Sanada, K., Díez, M. A., Salas Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Demarzo, M. M. P, Montero-Marín, J.,...García-Campayo, J. (2017). Effects of mindfulness-based interventions on biomarkers in healthy and cancer populations: a systematic review. *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine, 17*(125), 1-13.
- Schuckher, F., & Nilsson, K. (2011). Måttligt starkt stöd för mindfulnessbaserade terapier. Litteraturstudie av behandlingseffekter vid stress, depression och ångest. *Läkartidningen 108*(41).
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115.
- Shapiro, S. L. & Carlson, L. E. (2009). *The Art and Science of Mindfulness. Integrating Mindfulness into Psychology and the Helping Professions*. Washington DC: American Psychological Association
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*(6), 581-599.
- Socialstyrelsen (2014). Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Hämtad 2017-06-02 från

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforbrostprostata-tjocktarmsochandtarmscancervard/sokiriktlinjerna/brost-prostata--tjocktarms-el4>

Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016).

Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5-31.

Williams, D., Tricoli, G., Gupta, J., & Janise, A. (2015). Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. *Academic Psychiatry*, 39, 47-54.

ENKÄT

Hur användbart är utövandet av mindfulness för studenter i olika vårdutbildningar på Karolinska Institutet mellan 2007 och 2015**I Demografiska data**

1. Vilket år och vilken termin deltog du i kursen?

År _____

HT

VT

2. Kön

Kvinna

Man

Vill inte identifiera mig

3. Födelseår _____

4. Vilket studieprogram gick du när du började kursen? _____

5. Varför sökte du kursen?

Stress

Nyfiken

Annat, vad _____

6. Antal då hemmavarande barn under 18 år _____

7. Är du idag verksam inom den profession du gick utbildningen till under kursen?

Ja

Nej

II Tidigare mindfulness-erfarenhet

8. Hade du någon erfarenhet av mindfulness-utövande eller liknande innan du påbörjade kursen?

Ja

Nej

Om JA, vad?

Mindfulness

Vipassana

Zen

Transcendental Meditation (TM)

Kristen djupmeditation

Yoga

Qi-Gong

Tai Chi

Feldenkrais

Annat, vad _____

9. Om JA, sedan hur länge innan du påbörjade kursen?

< 1 år

1-2 år

3-5 år

5-10 år

> 10 år, ange hur länge _____

10. Hade du innan kursen deltagit i någon form av tysta meditations- och/eller yoga-retreater?

- Ja, vilket/a år? _____
 Nej

III Översiktlig bedömning av kursen

11. Spontant, hur skattar du värdet av kursen - på en skala mellan 1-10, där 1 = inget som helst värde och 10 = mycket stort värde? _____

IV Kurstiden

Tänk tillbaka på den tid då du gick igenom kursen, och besvara frågorna så gott du kan utifrån dina minnen. Hur väl stämmer påståendet att:

12. Kursen hjälpte mig genom en stressig tid.

- Stämmer mycket bra
 Stämmer
 Stämmer inte särskilt bra
 Stämmer inte alls
 Inte tillämbart

13. Under kursen fick jag värdefulla insikter om mig själv.

- Stämmer mycket bra
 Stämmer
 Stämmer inte särskilt bra
 Stämmer inte alls
 Inte tillämbart

14. Under kursen fick jag värdefulla insikter om mitt förhållande till andra.

- Stämmer mycket bra
 Stämmer
 Stämmer inte särskilt bra
 Stämmer inte alls
 Inte tillämbart

15. Under kursen blev det tydligare för mig varför jag valt den utbildning jag gick.

- Stämmer mycket bra
 Stämmer
 Stämmer inte särskilt bra
 Stämmer inte alls
 Inte tillämbart

16. Under kursen blev det tydligare för mig hur jag önskade att mitt framtida yrkesliv skulle utvecklas.

- Stämmer mycket bra
 Stämmer
 Stämmer inte särskilt bra
 Stämmer inte alls
 Inte tillämbart

17. Kursen blev en inledning till (eller en viktig del i) att ta tag i problem jag upplevde mig ha i mitt liv.

- Stämmer mycket bra
 Stämmer
 Stämmer inte särskilt bra
 Stämmer inte alls
 Inte tillämbart

18. Under kursen fick jag en mer accepterande och medkännande relation gentemot mig själv.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- Inte tillämbart

19. Kursen blev en inledning till (eller en viktig del i) fortsatt aktiv personlig utveckling.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- Inte tillämbart

20. Berätta gärna hur du upplevde kurstiden, antingen i förhållande till ovan frågor (12-19) eller utifrån dina egna tankar och känslor:

V Tiden efter kursen fram till idag

Tänk på den nytta du idag kan tänkas ha av det du upplevde och lärde dig under kursen. Hur väl stämmer påståendet att:

21. Färdigheter eller förhållningssätt jag utvecklade under kursen hjälper mig att hantera situationer som är stressiga eller krävande på annat sätt.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

22. Färdigheter eller förhållningssätt jag utvecklade under kursen hjälper mig i nära relationer i mitt privatliv.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

23. Färdigheter eller förhållningssätt jag utvecklade under kursen hjälper mig i mitt förhållande till patienter (eller motsvarande).

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- inte tillämbart

Berätta gärna på vilket sätt _____

24. Färdigheter eller förhållningssätt jag utvecklade under kursen hjälper mig i mitt förhållande till kollegor (eller motsvarande).

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- Inte tillämbart

25. I mitt yrkesutövande försöker jag hjälpa patienter (eller motsvarande) att utveckla färdigheter eller förhållningssätt jag själv kom i kontakt med eller utvecklade under kursen.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- Inte tillämbart

26. I mötet med patienter (eller motsvarande) använder jag ibland övningar jag lärde mig under kursen.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- Inte tillämbart

27. Jag hänvisar patienter (eller motsvarande) vidare till Mindfulnessbaserade interventioner.

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid
- Inte tillämbart

28. Kunskaper eller erfarenheter från kursen är till nytta när jag bedömer påståenden om mindfulness.

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

29. Jag har gått vidare med utbildning inom mindfulness eller besläktad metodik för att tillämpa i mitt yrkesutövande.

- Ja
- Nej

30. Om ja, vilken?

- MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction
- MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy
- MBRP – Mindfulness Based Relaps Prevention
- ACT – Acceptance and Commitment Therapy
- DBT – Dialectical Behavioral Therapy
- CFT – Compassion Focused Therapy
- MSC – Mindful Self Compassion
- Annan, vilken? _____

31. Ge gärna kommentarer kring hur du upplever att du har nytta av kursen (idag), antingen i förhållande till ovan frågor (21-30), eller utifrån dina egna tankar och känslor:

VI Ditt utövande idag

32. Har du fortsatt att utöva mindfulness, formellt och/eller informellt, sedan du avslutade kursen?

- Ja
- Nej

Om du svarar NEJ gå vidare till fråga 50, om du svarar JA fortsatt med fråga 33.

33. Hur ofta utövar du formell mindfulness (kroppsscanning, sittande meditation, mindful yoga)?

- Mindre än en gång per månad
- Några gånger per månad
- Några gånger i veckan
- Dagligen
- Flera gånger dagligen
- Inte tillämbart

34. Hur länge utövar du formell mindfulness i genomsnitt vid varje tillfälle?

- 1-10 min
- 11-20 min
- 21-30 min
- 31-45 min
- 46-60 min
- >60 min
- Inte tillämbart

35. Är du medveten om var du har din uppmärksamhet när du utövar formell mindfulness?

- Aldrig eller mycket sällan
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Mycket ofta eller alltid

36. Är du medveten om din attityd (inställning) till dig själv och det som dyker upp under tiden du utövar formell mindfulness?

- Aldrig eller mycket sällan
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Mycket ofta eller alltid

37. Är du medveten om din avsikt (intention) när utövar formell mindfulness?

- Aldrig eller mycket sällan
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Mycket ofta eller alltid

38. Är du medveten om hur du hanterar sådant du möter i dig själv när du utövar formell mindfulness?

- Aldrig eller mycket sällan
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Mycket ofta eller alltid

39. Händer det att du utövar informell mindfulness, t ex riktar uppmärksamheten till sådant du gör i din vardag?

- Ja
- Nej

40. Om JA, hur ofta?

- Mindre än en gång per månad
- Några gånger per månad
- Några gånger i veckan
- Dagligen
- Flera gånger dagligen

41. Ge tre exempel på vardagssituationer då du utövar informell mindfulness.

42. Använder du dig av minimeditationen på 3 minuter kallad ”Andrum eller ”Timglaset” ?

- Ja
- Nej

43. Om JA, hur ofta?

- Mindre än en gång per månad
- Några gånger per månad
- Några gånger i veckan
- Dagligen
- Flera gånger dagligen

44. Ge tre exempel på situationer då du använder dig av minimeditationen?

45. Stannar du upp och är medveten om andningen under stress eller i andra krävande situationer?

- Ja
- Nej

46. Om JA, är du medveten om attityden gentemot dig själv och det som händer?

- Ja
- Nej

47. Ge gärna exempel på hur du förhåller dig till det du lägger märke till kring din attityd.

48. Hur skattar du värdet av ditt fortsatta mindfulnessutövande - på en skala mellan 1-10, där 1 = inget som helst värde och 10 = mycket stort värde? _____

49. Berätta gärna hur ditt utövande kommer in i ditt liv idag, antingen i förhållande till ovan frågor (32-48), eller utifrån dina egna tankar och känslor:

Om du svarat NEJ på fråga 32, fortsätt här:

50. Hur troligt är det att du kommer att ta upp ett mindfulnessutövande?

- Stämmer mycket bra
- Stämmer
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls
- Inte tillämbart

51. Dela gärna varför du aldrig kom igång med eller slutade utöva mindfulness, och hur du ser på ett eventuellt framtida utövande?

Tack för din medverkan!



Till deltagare i Mindfulness-baserad Stresshantering 7,5 hp på KI hösten 2007- hösten 2015

Hej allesammans!

Nu är det 9 år sedan kursen gavs för första gången. De senaste terminerna har det varit mellan 30-50 studenter, så vi närmar oss 400 som genomgått kursen nu.

Det är internationellt sett unikt att så många studenter från ett medicinskt universitet och ifrån olika program, har genomgått MBSR-programmet med tillhörande teoriblock. Det är därför mycket viktigt för oss att utforska hur användbart utövandet av mindfulness är för dig och indirekt även för t.ex. dina patienter. Vi hoppas därför att du vill bidra med dina erfarenheter och upplevelser kring vad du fick med dig ifrån kursen oavsett vad du tyckte om kursen och oavsett vilken roll den har kommit att få i ditt arbete och liv.

Den enkät som bifogas tar ca 20-30 min att fylla i. Den består till största delen av flervalsfrågor som kommer att utvärderas kvantitativt. Dessutom finns det utrymme för fria kommentarer, som vi hoppas kommer att ge oss fingervisningar om var vi ska söka för att finna svar på frågor vi ännu inte ställt. Om antalet kommentarer blir tillräckligt stort kommer de att utvärderas kvalitativt.

Enkäten är anonym och deltagandet frivilligt. Aidentifierat studieresultat kommer att göras offentligt som del av ett examensarbete och kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. När undersökningen är slutförd (hösten 2016), kommer resultatet att vara tillgängligt på Karolinska Institutets lärplattform Ping Pong under kursens namn.

Du kan kontakta mig om du har någon fråga om ditt deltagande och/eller om studien.

Varmt tack för att du valde att gå kursen och för att du besvarar denna enkät.

Vänliga hälsningar

Camilla

Camilla Sköld

Med Doktor, Leg Sjukgymnast

Internationell Utbildare i MindfulnessBaserad StressReduktion, MBSR

Kursansvarig Mindfulnessbaserad Stresshantering

M | 0708 651 615

E | camilla.skold@ki.se