



**VILKA FAKTORER PÅVERKAR EFFEKTEN AV MINDFULNESS VID
DEPRESSION OCH/ELLER ÅNGEST?**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2018-06-11

Kurs: K49

Författare: Anna Aleksandrina

Författare: Anna Svenmarker

Handledare: Karin Bergkvist

Examinator: Eleni Siouta

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Vid år 2020 så beräknas depression att utgöra den näst största sjukdomsördan i världen. Rådande situation ställer nya krav på vården och sjuksköterskan att lindra psykisk ohälsa. Nuvarande standardbehandling för depression och ångest utgörs av farmakologisk behandling samt olika former av psykoterapi, emedan ett växande antal studier påvisar behandlingseffekt av mindfulness. Väsentliga frågetecken om hur och när mindfulness har behandlingseffekt kvarstår emellertid, vilket föranleder ytterligare forskning inom området.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar effekten av mindfulness hos personer med depression och/eller ångest.

Metod

En allmän litteraturoversikt användes som metod i denna studie för att bearbeta och sammanställa en del av tidigare forskning. Databasinsamling i form av artikelsökning genomfördes i CINAHL, PubMed och PsychINFO. Innehållsanalys utfördes på 15 vetenskapliga artiklar och fyra teman identifierades.

Resultat

Resultatet uppvisade att mindfulness har behandlingseffekt vid depression och/eller ångest, varvid fyra faktorer som påverkade behandlingseffekten identifierades. Faktorerna var följande: individuell motivation, diagnos, samverkan med andra behandlingar samt kompetens bland pedagoger. Individuell motivation påverkade behandlingseffekten mest.

Slutsats

Mindfulness uppvisade behandlingseffekt vid depression och/eller ångest, emedan fyra faktorer påverkade behandlingseffekten: individuell motivation, diagnos, samverkan med andra behandlingar samt kompetens bland pedagoger. Individuell motivation påverkade behandlingseffekten mest, då mindfulness ställer väsentliga krav på mobilisering av egna resurser. Utökad forskning krävs för att bättre kartlägga behandlingseffekten vid specifika tillstånd samt vid specifik behandlingstid.

Nyckelord: *Depression, Mindfulness, MBCT, MBSR, psykisk ohälsa, ångest*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Bakgrund	1
Inledning	1
Psykisk ohälsa	1
Behandling vid depression och ångest	2
Mindfulness	3
Definition av begrepp	4
Sjuksköterskans ansvarsområde	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställning	7
Metod	7
Val av Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Databearbetning	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	11
Individuell motivation	11
Diagnosberoende	12
Samverkan med andra behandlingsformer	13
Kompetens bland pedagoger	13
Diskussion	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Slutsats	20
Referenser	21

BILAGA A-B

BAKGRUND

Inledning

Världshälsoorganisationen förutser att vid år 2020 så kommer depression att utgöra den näst största sjukdomsbördan i världen (Socialstyrelsen, 2017). Redan nu uppges 29 procent av befolkning lida av ångest någon gång under sin livstid, medan 21 procent förväntas drabbas av depression (Kotsou, Leys & Fossion, 2018). Psykisk ohälsa är således att betrakta som en folksjukdom och Sverige är på intet sätt ett undantag, vilket innebär att sjuksköterskans profession i hög grad kommer att hantera frågan om psykisk ohälsa framledes (Socialstyrelsen, 2017). Standardbehandlingsmetoderna för depression och/eller ångest utgörs av farmakologisk behandling samt av olika former av psykoterapi, emedan alternativa behandlingsmetoder fått alltmer utrymme inom klinisk praktik under senare år (Allgulander, 2014; Skärsäter, 2014a). Mindfulness har uppvisat behandlingseffekt vid depression och/eller ångest i flertalet studier (Platt, Whitburn, Platt-Koch & Koch, 2016; Grossman, Niemann, Schmid & Walach, 2004; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Ludwig & Kabat-Zinn, 2008; Shigaki, Glass & Schopp, 2006) och implementeras numera som evidensbaserad vård inom svensk sjukvård (Socialstyrelsen, 2017). Ett flertal frågetecken kvarstår dock för att kartlägga behandlingseffekten av mindfulness vid olika diagnoser (Maxwell & Duff, 2016). Föreliggande studie ämnar undersöka vilka faktorer som påverkar effekten av mindfulness vid depression och/eller ångest.

Psykisk ohälsa

Den växande psykiska ohälsan bland befolkningen utgör en stor utmaning för flertalet av samhällets instanser inte minst från ett ekonomiskt perspektiv. År 2006 stod psykisk ohälsa för 40 procent av den totala sjukfrånvaron bland den svenska befolkningen, samtidigt som psykisk ohälsa räknades som den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro och till sjukdomsersättning (Socialstyrelsen, 2013). Depression och ångest utgör cirka 90 procent av alla sjukskrivningar som beror på psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2014). En amerikansk studie från 2017 visar att en nedsättning av förmåga råder även bland dem som arbetar och lider av ångest, då de uppvisar sämre prestation och utveckling inom sin yrkesroll (Hoge, 2017). Men rådande situation väcker betydligt fler frågeställningar än de som föranleds av en ekonomisk problematik, för frågan om psykisk ohälsa handlar i allra högsta grad om hur denna ohälsa kan omhändertas och lindras inom vården (Ternstedt & Norberg, 2014).

Depression

År 2012 beräknades 350 miljoner människor lida av depression världen över (World Health Organization, 2012). I Sverige är depression en av våra stora folksjukdomar och risken att insjukna är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män (Socialstyrelsen, 2016). Depression räknas som ett svårt sjukdomstillstånd som kräver behandling för att minska risken för att drabbas av långvarig sjukdom, återinsjuknande, suicidförsök och suicid (Socialstyrelsen, 2017) och kan vara både lindrig och svår med hög risk för suicid (Allgulander, 2014). Anhöriga till den insjuknade påverkas väsentligt av den förändrande omständigheten som depression utgör, vilket ytterligare föranleder till en tidig behandling (Socialstyrelsen, 2017). Det finns en rad olika faktorer som kan leda till insjuknande i depression, däribland plötsligt kriser såsom dödsfall av nära anhörig eller skilsmässa - eller andra omfattande sociala påfrestningar. Även genetiska och biologiska faktorer kan utlösa ett depressivt tillstånd (Skärsäter, 2014a; Allgulander, 2014). Personer som lider av depression har dessutom högre risk att drabbas av somatiska sjukdomar, liksom det är vanligare bland

personer med allvarliga diagnoser såsom diabetes, stroke eller hjärt- och kärlsjukdom att drabbas av depression eller ångest (Socialstyrelsen, 2013). Det är även förekommande att det inte går att utträna en orsak till sjukdomsutbrottet (Buus *et al.*, 2012). Skärsäter (2014b) beskriver de vanligaste symptomen på depression i form av nedstämdhet, trötthet, aptitlöshet, koncentrationssvårigheter och sömnlöshet, men även minnet och den subjektiva identiteten liksom förmågan till socialt rollspel kan försvagas. Skuld känslor, försämrad självkänsla och ihållande trötthet är också vanliga symptom, liksom livskvaliteten kan påverkas negativt (World Health Organization, 2015). Vidare är det vanligt förekommande med psykosomatiska symptom i form av värk och smärta (Skärsäter, 2014a).

Ångest

Idag beräknas cirka 25 procent av svenska befolkningen drabbas av ångestsyndrom, med en tydlig skillnad mellan kvinnor och män där ångest är två till tre gånger så vanligt bland kvinnor. Även barn under arton år kan drabbas och då är könsfördelningen lika, med cirka 10 procent insjuknade (Socialstyrelsen, 2017). Den biologiska faktorn påverkar förekomsten av ångestsyndrom med 30-40 procent (Allgulander, 2014). Ångest kan utlösas av en rad olika anledningar såsom trauma, eller inträda utan märkbar anledning. För att diagnostisera ångest noteras en skillnad mellan ångest som uppträder i egenskap av ett eller flera symptom såsom andningssvårigheter eller oro, och ångest som framkommer i relation till en specifik situation eller händelse och därmed klassificeras som ett ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2017). Exempel på vanliga ångestsyndrom är social fobi, paniksyndrom och agorafobi (Allgulander, 2014). Det är även möjligt att lida av generaliserat ångestsyndrom, vilket innebär en generell och persisterande form av ångest utan uppenbar orsak (Socialstyrelsen, 2017; Allgulander, 2014). Ångest aktiverar det autonoma nervsystemet och associeras med en rad fysiska symptom som muntorrhet, högt blodtryck, svettningar, andningsrubbingar, vidgade pupiller samt ökad puls och vakenhet. Den subjektiva upplevelsen av ångest kan vara väldigt obehaglig (Sjöström & Skärsäter, 2014).

Behandling vid depression och ångest

Upp emot 70 procent av de som drabbas av depression eller ångest söker vård inom primärvården och behandlas inom ramen för densamma (Socialstyrelsen, 2013). Ytterligare 20 procent remitteras vidare till specialiserad psykiatri (Socialstyrelsen, 2017).

Farmakologisk behandling

En stor andel av de som drabbas av depression behandlas farmakologiskt med antidepressiva läkemedel. Den vanligaste formen av antidepressiva utgörs av SSRI- och SNRI-preparat (Allgulander, 2014). Läkemedelsverket utfärdar behandlingsrekommendationer (Läkemedelsverket, 2016) som vägledning för läkare främst inom primärvården där 65 procent av antidepressiva läkemedel skrivs ut (Socialstyrelsen, 2017). SSRI- och SNRI-preparat är emellertid associerade med en rad biverkningar såsom viktförändringar, svettningar (Beyer, Cappetta, Johnson & Bloch, 2017), minskad sexlust (Allgulander, 2014) och känslomässig stumhet med bristande förmåga att identifiera olika känslolägen (Kajanoja, Scheinin, Karukivi, Karlsson & Karlsson, 2018; Goodwin, Price, Bodinat & Laredo, 2017).

Ångestsyndrom behandlas vanligen inte farmakologiskt, emedan svårare fall av generaliserat ångestsyndrom (GAD) kräver läkemedelsbehandling – regelmässigt i form av SSRI- och SNRI-preparat (Allgulander, 2014). Bensodiazepiner utgör den näst vanligaste gruppen läkemedel för behandling av ångest och depressiva symptom, och används primärt för att

lindra sömnsvårigheter och tilltagande oro (Allgulander, 2014). Behandling med benzodiapiner har associerats med beroendeproblematik, förvärring av initial ångest genom så kallad *rebound anxiety* (Billioti de Gage et al, 2014) samt ökad risk för Alzheimer's (Billioti de Gage et al, 2014). För äldre människor kan dessa preparat medföra försämrad kognition, fallrisk och sämre bilkörningsförmåga (Olfson, King & Schoenbaum, 2015). Vid avvänjning tillkommer svårigheter och det kan ta flera år innan patienten lyckas balansera sitt tillstånd (Stahl, 2014).

Farmakologisk behandling med de vanligaste antidepressiva preparaten innebär således beaktande av biverkningar.

Icke-farmakologiska behandlingsmetoder

Den vanligaste icke-farmakologiska behandlingsmetoden är olika former av psykoterapi såsom kognitiv beteendeterapi, interpersonell psykoterapi och korttids-psykodynamisk terapi. Fysisk aktivitet är en annan vanlig behandling som ofta introduceras i kombination med andra behandlingsformer (Socialstyrelsen, 2017; Allgulander, 2014).

Vid svår och långvarig depression förekommer behandlingsalternativ i form av transkraniell magnetstimulering (rTMS) som innebär att hjärnbarken behandlas med en elektromagnet samt elektrokonvulsiv behandling (ECT) som innebär att hjärnan stimuleras med korta strömpulser medan patienten är nedsövd (Socialstyrelsen, 2017).

Olika former av förebyggande vård är även centrala inslag. Otillräckligt fysisk aktivitet, liksom rökning och riskbruk av alkohol har signifikant påverkan på den psykiska hälsan (Socialstyrelsen, 2017).

Intresset för studier som undersöker alternativa icke-farmakologiska behandlingar för psykisk ohälsa har ökat under senare år, med synnerligt intresse för mindfulness – och resultaten har varit så övertygande att mindfulness numera används kliniskt som evidensbaserad vård (Platt, Whitburn, Platt-Koch & Koch, 2016; Edenfield, 2012; Waszczuk, Zavos, Antonova, Haworth, Plomin & Thalia, 2015; Maxwell & Duff, 2016; Hoffman & Gómez, 2017). Grundsatsen och den gemensamma nämnaren för metoder inom mindfulness är att de tränar uppmärksamhet och medveten närvaro. Tesen är att bristande uppmärksamhet i nuet leder till psykisk ohälsa, emedan medveten uppmärksamhet associeras med psykisk hälsa och välmående (Hofmann & Gómez, 2017). Att tillbringa merparten av sin vakna tid i ett omedvetet tillstånd är således en riskfaktor för psykisk ohälsa (Kirby, 2017).

Mindfulness

Mindfulness har praktiserats under mer än tretusen år och har sina rötter inom buddhismen där yoga, meditation och andningsövningar utgjort en central funktion för att uppnå ett upplyst perspektiv på verkligheten (Meng, 2017). En dylik intention finns inte inom ramen för mindfulness-terapi som fokuserar på att öka välbefinnandet för jaget. Inom svensk sjukvård så har den religiösa aspekten av mindfulness förändrats så till vida att terapiformen mindfulness inte stödjer religiösa syften (Socialstyrelsen, 2017), men metoden är huvudsakligen densamma och grundsatsen förblir en övning i att rikta och bibehålla uppmärksamhet (Kabat-Zinn, 2003).

Under senare år har mindfulness fått allt mer uppmärksamhet inom ramen för västerländsk sjukvård, med resultatet att fler studier utförs med syfte att undersöka vilken effekt

mindfulness har. I fråga om ångest och depression, liksom negativ stress och ihållande negativa sinnestillstånd så har mindfulness upprepade gånger visat sig ha lindrande effekt (Platt, Whitburn, Platt-Koch & Koch, 2016; Grossman, Niemann, Schmid & Walach, 2004; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Ludwig & Kabat-Zinn, 2008; Shigaki, Glass & Schopp, 2006).

Mindfulness Based Stress Reduction och Mindfulness Based Cognitive Therapy

Den första sekulariserade metoden för mindfulness utvecklades av Kabat-Zinn 1979 och var då ett initiativ för att sammanlänka buddhistisk praktik och filosofi med västerländsk vetenskap. Motivationen var att utveckla en metod som förenar det bästa av två ditintills separata tanketraditioner. Metoden kallas för Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) och består utav mindfulness meditation, body scanning och enkla yogaövningar som tränas under ett åtta veckors program med regelbundna gruppmöten samt en heldagsretreat. Deltagarna förväntas även utöva meditation fyrtiofem minuter om dagen på egen hand samt försöka praktisera mindfulness kontinuerligt under livets alla skeenden för att förbättra förmågan att vara uppmärksam och närvarande med upplevelsen av nuet (Kabat-Zinn, 2003).

Några år senare utvecklades även Mindful Based Cognitive Therapy (MBCT). Metoden utvecklades av Zindel Segal, Mark Williams och John Teasdale och grundar sig på MBSR. MBCT kombinerar buddhistisk mindfulness-teori med kognitiv beteendeterapi. En viktig skillnad mellan MBCT och renodlad kognitiv terapi är förhållningssättet till negativa tankar: mindfulness som metod ämnar förändra förhållningssättet till tankarna emedan kognitiv terapi vill förändra själva tankarna och deras innehåll. I fråga om denna skiljelinje så sluter sig MBCT till den metod som mindfulness-traditionen förespråkar (Hjeltnes, Moltu, Schanche, Jansen & Binder, 2016).

Även om MBSR och MBCT utgör de två främsta sekulariserade metoderna så är skillnaderna mellan de olika metoderna främst i fråga om form och struktur emedan kärnan förblir samma uppmärksamhetsövning (Platt, Whitburn, Platt-Koch & Koch, 2016). Syftet med uppmärksamhetsövningen är att över tid utveckla en direkt och erfarenhetsbaserad relation till jagupplevelsen. En sådan relation karaktäriseras av avsaknad av storyline och analys med fokus på omedelbar upplevelse av det pågående ögonblicket. En dylik erfarenhet medför en disidentifikation med mentala processer, vilket betyder att påträngande och betungande tankemönster förlorar makt (Marchand, 2013). Motsatsen till en direkt och erfarenhetsbaserad relation till jaget innebär att vidhålla ett analytiskt/kritiskt narrativ om det egna jaget vilket mestadels är en negativ anpassning (Teasdale, 1999). En dylik anpassning av jagupplevelsen associeras med negativ självbild (Rimes & Watkins, 2005) och dysfori (Williams & Moulds, 2010; Lo, Ho & Hollon, 2010), emedan ett självcentrerat narrativ associeras med depression (Sakamoto, 1999; Burwell & Shirk, 2007; Spasojevic & Alloy, 2001; Michalak, Holz & Teismann, 2011).

Definition av begrepp

Vård och vårdvetenskap får en speciell mening och ett teoretisk djup genom kärnbegrepp. Gränsen mellan kärnbegrepp och grundbegrepp är i många fall svår att definiera och avgörs ofta av den enskilde forskaren, samtidigt som kärnbegrepp alltid finns representerade inom ramen för grundbegreppen. Kärnbegreppet *lidande* kan exempelvis innefattas inom grundbegreppen *vårdlidande* eller *livslidande* (Eriksson & Bergbom, 2017).

Lidande

Det vårdvetenskapliga kärnbegreppet *lidande* utgör teoretiskt grundbegrepp i denna uppsats. Att lindra lidande är centralt inom all vårdande verksamhet och definieras som ett av huvudmålen för svensk hälso- och sjukvård (Arman, 2017). Arman (2017, s.214) definierar lidande "den subjektiva mänskliga helhetsupplevelsen av att möta något ont". Lidande kan således innefatta en rad tillstånd såsom kroppslig smärta, oro, ångest, sorg, apati eller sjukdom. Enligt samma devis kan orsakerna till lidande vara många med en komplex sammansättning av symptom såsom fysisk och emotionell smärta. Ferrell och Coyle (2008) beskriver lidande som inre oro, hopplöshet, brist på lugn, rastlöshet, ensamhet samt brist på kontroll. Eriksson (2001) liknar lidande vid ett universum och betonar att varje lidande är unikt och en del av en enskild människas egna värld. Lidande finns alltid i allt mänskligt liv och som Eriksson (2001, s.11) uttrycker det: "Lidandet är någonting alltigenom ont och har i sig själv ingen mening, men varje människa kan genom att gå igenom sitt lidande tillskriva det en mening". Redan 1960 i sin klassiska bok *The Nature of Suffering and the Goal of Medicine* beskriver Cassel lidande som ett hot mot personlig integritet som kan endast lindras när - och om- människan kan bli hel igen (Cassel, 2001).

Varje lidande utvecklas och följer ett visst förlopp. Upplevelsen av lidande består av olika faser: förnekande, insikt, kamp och lindring. Den lidande människan är i grunden kapabel att lindra sitt lidande och utvecklas med det, men samtidigt kan flera inre och yttre faktorer och omständigheter påverka mycket sårbara processer av lindring och därmed även förhindra dem (Arman, 2015). Eriksson (2001) vidhåller att människan ska kämpa så länge det finns kraft och dela lidandet med en annan människa för att få det bekräftat, vilket är nödvändigt för lindring. Enligt denna logik ska vårdgivare ämna lindra onödigt lidande samt lindra det lidande som inte kan elimineras, framför allt genom att våga möta och bekräfta det. Eriksson (2001, ss. 95-96) skriver att "det svåraste lidandet kan för en stund lindras genom en vänlig blick, ett ord, en smekning eller något annat som är ett uttryck för en ärlig känsla av medlidande". Arman (2017, s. 222) bekräftar att lidande "som begrepp och fenomen måste få förbli centralt för en vård som gäller hela människan" och "har som grundbegrepp potential att verka som "vård-kompass" för allt yrkesmässigt och personligt vårdande".

Sjuksköterskans ansvarsområde

Svensk sjuksköterskeförening beskriver sjuksköterskans kompetensområde som en kombination av patientnära arbete och kunskap om omvårdnad som evidensbaserad vård. Sjuksköterskan "ansvarar självständigt för kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden" (Svenska Sjuksköterskeföreningen, 2017: s. 4). Det vårdvetenskapliga begreppet *lidande* är således centralt för sjuksköterskans kompetensområde då en legitimerad sjuksköterska ska verka för att lindra det subjektiva lidandet hos patienten, samt motverka framtida lidande genom friskvård och ett salutogent perspektiv på omvårdnad (Willman, 2014).

Arman (2017) påpekar att det subjektiva lidandet är ett komplext tillstånd som kan innefatta en rad olika tillstånd med både fysiska och emotionella symptom emedan Eriksson betonar att varje människas lidande är unikt och liknar det därvid vid ett eget universum (2001). Omvårdnad bör således anta ett personcentrerat perspektiv för att bemöta patienten utifrån dennes unika position, med hänsyn till integritet och människovärdesprincipen (Willman, 2014). Vid depression och ångest så är den subjektiva upplevelsen av lidande absolut, då lidandet inte har någon grund i en somatisk sjukdom. Det innebär att sjuksköterskan ska

inneha kompetens att bemöta patienter som lever i ”unika universum av lidande” samt vara förmögen att erbjuda adekvat omvårdnad i relation till patientens tillstånd.

Standardbehandlingen för depression och ångest utgörs av farmakologisk behandling samt olika former av terapi emedan mindfulness implementeras i betydligt mindre utsträckning (Allgulander, 2014). Samtidigt beskriver Svensk Sjuksköterskeförening (2017, s. 8) att en legitimerad sjuksköterska ska kunna ”aktivt tillämpa och implementera bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet i omvårdnadsprocessens alla steg”. Mindfulness har i upprepade studier uppvisat effekt vid ångest och depression (Platt, Whitburn, Platt-Koch & Koch, 2016; Grossman, Niemann, Schmid & Walach, 2004; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Ludwig & Kabat-Zinn, 2008; Shigaki, Glass & Schopp, 2006) även om mer forskning behövs för att bättre kartlägga effekten av mindfulness vid specifika tillstånd. Det innebär att mindfulness utgör ett evidensbaserat behandlingsalternativ inom ramen för god omvårdnad av depression och ångest (Socialstyrelsen, 2017). Detta är särskilt relevant då majoriteten av de patienter som lider av depression och ångest behandlas inom primärvården, vilket innebär att psykiatri och specialistvården inte engageras (Socialstyrelsen, 2013).

Problemformulering

Det växande antalet personer som rapporteras lida av psykisk ohälsa ställer nya krav på vården att behandla patienter med ångest och depression, i synnerhet då svensk sjukvård har begränsade resurser och ständigt avväger behandlingsalternativ i relation till kostnadseffektivitet. Mindfulness utgör en kostnadseffektiv behandlingsmetod utan några hittills rapporterade biverkningar, emedan det finns flera faktorer som avgör effekten av vilka många ännu inte är fastställda. Det stigande antalet insjuknade och prognosen om ytterligare ökning av psykisk ohälsa föranleder därmed vidare forskning om mindfulness som behandlingsmetod för att säkerställa kravet på evidensbaserad vård, då det är av stor vikt att svensk sjukvård kan hantera och lindra den progression av psykisk ohälsa som råder. Progressionen av psykisk ohälsa påvisar behovet av behandlingsalternativ för depression och ångest inom ramen för omvårdnad, i synnerhet då depression och ångest huvudsakligen behandlas inom primärvården.

Sjuksköterskans ansvarsområde innefattar förmågan att erbjuda evidensbaserad vård i syfte att lindra och förebygga fysiskt och psykiskt lidande. Det innebär att en legitimerad sjuksköterska ska inneha kompetens att lindra och motverka framtida lidande hos patienter som lider av depression och/eller ångest. Rådande standardbehandling vid depression och ångest utgörs av farmakologisk behandling samt olika former av terapi, emedan mindfulness implementeras i mindre utsträckning varvid föreliggande studie ämnar bidra till den forskning som avser belysa vilka faktorer som påverkar effekten av mindfulnessbehandling vid depression och ångest.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar effekten av mindfulness hos personer med depression och/eller ångest.

Frågeställning

Vilka faktorer påverkar effekten av mindfulness hos personer med depression och/eller ångest?

METOD

Val av Metod

En allmän litteraturöversikt valdes som metod bäst lämpad för denna uppsats. Artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter valdes och analyserades för att besvara syftet formulerat i uppsatsen. Vald metod skapar en beskrivande överblick över kunskaps- och forskningsläget inom ett valt område. Litteraturöversikt är essentiell när ny eller fördjupad kunskap behövs samt när det finns specifika kunskapsluckor inom valt område (Friberg, 2017). De valda forskningsartiklarna granskas kritiskt och kvalitetsbedöms för att ställa samman redan publicerade forskningsresultat och skapa helhet samt grund för eventuella vidare studier (Polit & Beck, 2017).

Forsberg och Wengström (2015) betonar skillnaden mellan allmän litteraturstudie och systematisk litteraturstudie. Allmän litteraturstudie, även kallad allmän litteraturöversikt, tillåter användning av kvantitativa och kvalitativa artiklar för att skapa ett bredare perspektiv. Systematisk litteraturstudie uppfyller högre krav på tillförlitlighet genom noggrann analys och sammanställning av resultat i form av metaanalys (Friberg, 2017). Polit & Beck (2017, s.734) beskriver metaanalys som ”en teknik för kvantitativ integrering av resultat av flera liknande studier inom samma forskningsområde”.

Denna studie presenterar resultat av kvantitativ och kvalitativ forskning inom valt område. Kvantitativ forskningsmetod bygger på insamling och analys av numerisk information på ett systematisk och kontrollerad sätt (Polit & Beck, 2017). Sådana studier baseras på strukturerade mätningar och observationer för att besvara forskningsfrågor. Resultat presenteras med hjälp av statistik och siffror (Billhult, 2017). Vid kvalitativ forskningsmetod samlas data genom intervjuer, berättelser eller observationer (Polit & Beck, 2017). Forskaren söker förståelse, mer kunskap och insikt inom ett valt område genom analys av deltagarnas erfarenheter. Deltagarnas subjektiva upplevelser blir ämne för utvärdering och resultat presenteras i icke-numerisk form (Henricson & Billhult, 2017).

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier användes för att söka artiklar som skulle besvara syftet. Inklusions- och exklusionskriterier ska formas utifrån problemformuleringen för att bestämma urvalet samt säkerställa kvaliteten av valda artiklar (Forsberg & Wengström, 2015). Litteraturöversikt ska presentera nuvarande forskningsläge och mest aktuell kunskap (Polit & Beck, 2017), därför var ett inklusionskriterium vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2008 och 2018. För att säkra artiklarnas vetenskapliga kvalitet valdes original peer reviewed artiklar, eller artiklar som granskades och godkändes av andra forskare innan publicering och presenterade forskningsresultat inte tidigare redovisat i litteratur (Karlsson, 2017). Endast artiklar skrivna på engelska eller svenska inkluderades. Artiklar som presenterade resultat av både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderades för att skapa en bredare översikt (Segesten, 2017).

Exklusionskriterier som användes i denna studie var review-artiklar och litteraturstudier samt artiklar utan etiskt övervägande och/eller etiskt godkännande. Ett annat exklusionskriterium var att alla deltagare i studier presenterade i valda artiklar var över 18 år. Artiklar som fokuserade på studier av depressionssymptom, ångestsyndrom och mindfulness hos sjuksköterskor, sjuksköterskestuderande, anhöriga som ger omsorg, patienter med cancerdiagnoser samt gravida kvinnor exkluderades.

Datainsamling

Data för denna studie samlades i april 2018. Alla sökningar redovisades i Tabell 1. Först lästes titlar på artiklar och i fall titeln verkade relevant i relation till syftet, lästes abstrakten för att skapa bättre uppfattning och för att bedöma om artikeln kunde besvara syftet. Syftesrelevanta artiklar skrevs ut eller beställdes i fulltextformat enligt principen ”bättre fria än fälla” som påvisar vikten av att inte missa några relevanta artiklar på grund av alltför tidig bortsortering (Rosen, 2017). Artiklar från sökresultatet som inte besvarade uppsatsens syfte sorterades därmed bort i detta steg.

Tabell 1 Översikt databassökning

Databas Datum	Sökord/Artikel	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PsychINFO 2018-04-03	Fritextsökning ”Mindfulness”	345	18	2	1
PubMed 2018-04-04	MeSH ”Mindfulness”	46	20	4	1
CINAHL 2018-04-05	MM”Mindfulness”AND MM “Anxiety”	32	16	5	1
CINAHL 2018-04-05	MM”Mindfulness”AND MM”Depression”	60	8	3	1
CINAHL 2018-04-05	MM”Mindfulness”AND MH “Anxiety”	61	18	4	1
CINAHL 2018-04-05	MM”Mindfulness”AND MH ”Depression”	94	8	3	1
CINAHL 2018-04-05	MM”Mindfulness”AND MH”Anxiety”/TH	24	4	2	2
CINAHL 2018-04-05	MM”Mindfulness”AND MH”Depression”/TH	43	10	4	2
CINAHL 2018-04-06	MM”Mindfulness”AND MH”Anxiety”/TH AND MH”Depression”/TH	21	4	3	2
PubMed 2018-04-25	MeSH “MBCT”	116	18	2	1
Manuell sökning 2018-04-30	“Effectiveness and cost- effectiveness of mindfulness- based cognitive therapy”	1	1	1	1
Manuel sökning 2018-04-30	“Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression”	1	1	1	1
TOTALT		844	126	38	15

Manuell sökning

Sekundärsökning utfördes genom att studera artiklarnas referenslistor i syfte att upptäcka fler relevanta referenser (Östlundh, 2017). Denna resulterade i att två relevanta artiklar (Kuyken et al, 2015; Meadows et al, 2014) identifierades och inkluderades.

Databassökning

Sökningen gjordes i följande databaser: Cinahl (Cumulative Index To Nursing & Allied Health Literature) med material inom omvårdnad, PubMed med material inom medicin och omvårdnad samt PsychINFO (Psychological Abstracts) med material inom psykologi och beteendevetenskap. Dessa databaser användes eftersom de innehåller relevanta artiklar inom omvårdnadsvetenskap (Karlsson, 2017).

Första sökningen gjordes i CINAHL, PubMed och PsychINFO som fritextsökning utan begränsningar för att skapa grunden och få en överblick av valt område. Fritextsökning är även av stor hjälp att hitta ännu inte indexerade vetenskapliga artiklar. Inledande informationssökning kan vara mer experimentell utan att behöva vara systematiserat (Östlundh, 2017).

Fritextsökning gjordes i CINAHL med fria sökord "mindfulness", "anxiety" och "suffering". Rutan "Suggest Subject Terms" markerades för att få fram korrekta CINAHL Headings. Omfattande sökning gjordes med MM (Exact Major Subject Heading) "Mindfulness", MM "Anxiety", MM "Depression" samt MH (Exact Subject Heading) "Anxiety" och MH "Depression". Med hjälp av CINAHL subheadings preciserades sökning med MH "Anxiety"/TH (Therapy) och MH "Depression"/TH (Therapy).

Boolesk sökteknik med vanligaste operatoren AND användes för att experimentera med utvalda sökord samt öka antalet aktuella artiklar (Östlundh, 2017). Funktionen "Sökhistorik" i CINAHL tillämpades för att kombinera sökorden fritt och förenkla sökningen (Östlundh, 2017). Sökning med Medical Subject Heading (MeSH) "Mindfulness" gjordes även i PubMed.

Sökord valdes utifrån syftet och flera sökord kom fram under sökningar i olika databaser. Följande sökord användes under sökprocessen: *mindfulness*, *MBCT*, *MBSR*, *anxiety*, *depression*.

Databearbetning

Databearbetningen gjordes efter databassökningen för att välja ut relevanta artiklar. Artiklarna kontrollerades och förbereddes för påföljande dataanalys (Polit & Beck, 2017). Artiklarna granskades löpande vid varje sökning. Relevanta artiklar kvalitetsgranskades utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga A). Flera artiklar saknade etiskt godkännande eller övervägande samt uppfyllde inte de andra kvalitetskriterierna och exkluderades i samband med det. Artiklar av vetenskaplig kvalitet III exkluderades också från resultatet. 13 artiklar från databassökning och två artiklar från manuell sökning inkluderades i denna studie och redovisades i en matris (Bilaga B).

Dataanalys

För att analysera informationen insamlad i denna studie användes innehållsanalys (Polit & Beck, 2017). Artiklarnas innehåll studerades med hjälp av denna analysmetod för att få en övergripande uppfattning av resultatet. Valda 15 artiklar i pappersform lästes av båda författarna individuellt för att senare diskuteras och analyseras gemensamt. Artiklarna lästes flera gånger för att kunna få en bättre förståelse och bedöma om artiklarna kunde svara på syftet (Polit & Beck, 2017). Under läsningen markerades syftesrelevanta meningar och nyckelord med överstrykningspennor i olika färger. Färgvalet representerade potentiella teman. En kort summering av varje artikel skrevs för att få en överskådligare sammanfattning av innehållet. Matrisen fylldes även i under detta skede. I nästa steg diskuteras och identifierades likheter och/eller skillnader i utgångspunkter, tillvägagångssätt, syften samt i fråga om studiernas resultat. En översiktstabell gjordes och relevanta data från alla artiklar fylldes i för att få en bättre överblick och struktur. I detta skede framkom åtta teman som därefter bearbetades. Med hjälp av sammanfattningar och översiktstabell kunde fynden sorteras och fyra teman kunde urskiljas. Bearbetningen av data gjordes i enlighet med Polit och Becks (2017) beskrivning av tillvägagångssätt vid litteraturoversikt. En analys av 15 artiklar tillsammans med en matris (Bilaga B) skapade resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik innebär reflektion och analys av etiska problem aktuella vid forskning (Helgesson, 2015). Forskningsetik skyddar deltagarna i studier och försvarar deras grundläggande värde, integritet och självbestämmande samt försäkrar att enskild forskning är moraliskt acceptabel och av god kvalitet (Helgesson, 2015). Etiska överväganden görs inför, under och efter forskningsarbete för att säkerställa att vägledande etiska principer som respekt för personer, göra-gott-principen och rättvisepincipen (Kjellström, 2017). Forskningsetiska principer bygger på följande huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Helgesson, 2015). Kjellström (2017, s. 69) definierar informerat samtycke som ”en process för att värna deltagarnas rätt att bestämma om och hur de vill delta i projekt”. Alla deltagare i en forskningsstudie måste känna till studiens syfte och deltagarval, ta del av informationen, kunna förstå den samt vara medveten om hur studien kommer gå till, få möjlighet att ställa frågor och fundera över sitt deltagande innan de svarar. Deltagande är helt frivilligt. Deltagarna ska inte känna sig tvingade och har rätt att avbryta medverkan när som helst utan några negativa konsekvenser. Hot eller tvång från forskarens sida får absolut inte förekomma. Informationen ska vara både muntlig och skriftlig, med en viss betänketid (Kjellström, 2017). Litteraturoversikt kräver varken etisk prövning eller informerat samtycke från deltagare eftersom direkt kontakt mellan forskare och deltagare saknas. Däremot krävs noggrann granskning och rättvis etisk bedömning av alla artiklar inkluderade i översikten. Forskning och studier presenterade i valda artiklar ska i sin tur genomgått etiska överväganden och erhållit tillstånd från en etisk kommitté (Kjellström, 2017). Detta kontrollerades och endast artiklar med uppfyllda forskningsetiska krav inkluderades i denna studie. För att betraktas som etisk, måste litteraturoversikten vara fri från plagiat, fabricering och förvrängning av resultat samt även presentera artiklar som inte stödjer författarens åsikt (Forsberg & Wengström, 2015). Enligt God Forskningssed (2017, s.69), ”är det forskarens skyldighet att ärligt presentera avsikten och målet med sin forskning, och det är avgörande att de vetenskapliga resultaten rapporteras på ett tillförlitligt och försvarbart sätt”. Tillförlitlighet i denna studie baseras på begrepp som validitet (mått av studiens kvalitet och noggrannhet samt frånvaro av bias), reliabilitet (grad av mätinstrumentets tillförlitlighet och möjlighet att få samma resultat vid upprepade mätningar), generaliserbarhet (nivå av

generalisering av studiens slutsatser från utvald grupp deltagare till en större population (grupp) och trovärdighet (bekräftelse av studiens rimlighet och riktighet) (Polit & Beck, 2017). Forsberg och Wengström (2015) skriver att litteraturoversikten måste vara fri från plagiat, fabricering och förvrängning av resultat samt även presentera artiklar som stödjer författarens åsikt. Föreliggande studie uppfyller dessa krav.

RESULTAT

Resultatet från de 15 artiklar som granskades i enlighet med studiens syfte och frågeställning presenterades i form av teman. Följande teman identifierades: individuell motivation, diagnosberoende, samverkan med andra behandlingar samt kompetens bland pedagoger. Temana presenteras i ordning av relevans för studiens syfte att undersöka vilka faktorer som påverkade effekten av mindfulness som behandlingsmetod vid ångest och depression.

Individuell motivation

Analysen påvisade att de studier där hög individuell motivation förekom uppvisade högst behandlingseffekt av mindfulness (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Falsafi et al., 2016; Foulk et al., 2014; Key et al., 2017; Lenze et al., 2014), emedan studierna varierade i upplägg. Individuell motivation yttrade sig i form av deltagande vid merparten mindfulness-klasser, individuell mindfulness-praktik under och efter pågående mindfulness-program samt uttrycklig motivation att praktisera mindfulness.

Bland de studier där hög motivation förekom fokuserade två studier på deltagare med svår och persisterande depression (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016). Barnhofer et al., (2009) ämnade utreda effekten av MBCT i kombination med Treatment As Usual (TAU) i jämförelse med endast TAU, emedan Eisendrath et al., (2016) ämnade utreda effekten av MBCT i kombination med Health Enhancement Program (HEP) i jämförelse med TAU. Upplägget för respektive studie syftade till att utröna effekten av mindfulness-behandling som del av en kombinationsbehandling vid kronisk depression. Barnhofer et al., (2009) noterade att de depressiva symptomen minskade bland deltagare som behandlats med både MBCT och TAU medan de som endast behandlats med TAU inte uppvisade några förändringar i fråga om symptomlindring. Eisendrath et al., (2016) uppvisade ett resultat där deltagarnas depressiva symptom lindrades signifikant bland deltagare som behandlats med MBCT och HEP emedan återfallsrisken inte minskade. Båda studierna påvisade därmed att MBCT kunde uppnå behandlingseffekt i kombination med andra behandlingsmetoder när god motivation förelåg.

Falsafi et al., (2016) jämförde effekten av yoga och mindfulness bland deltagare med depression och/eller ångest i jämförelse med deltagare som inte delgavs kompletterande behandling. Även här utmärkte sig deltagarna i fråga om synnerligen god motivation. Resultatet uppvisade att mindfulness och yoga hade likvärdig behandlingseffekt vad gäller lindring av symptom emedan resultaten för ökad self-compassion endast var signifikanta för mindfulness och inte för yoga. Effekten av båda behandlingsmetoderna uppmättes som signifikant även fyra veckor efter avslutat program, varvid de som utövat yoga bibehöll samma nivå av signifikans som vid avslutat program medan de som utövat mindfulness uppmätte en förstärkt effekt.

Lalande et al., (2017) undersökte effekten av Guided Respiration Mindfulness Therapy (GRMT) bland deltagare med depression eller ångest samt stressproblematik och noterade en lindring av samtliga symptom samt ökat välmående. Deltagarna till studien uppvisade god

motivation att fullfölja behandlingsprogrammet. Studiens resultat påvisade att GRMT hade behandlingseffekt i form av en kompletterande och tidsbegränsad behandlingsmetod.

Två studier utfördes på äldre deltagare med persisterande ångest och oro (Fouk et al., 2014; Lenze et al., 2014). Deltagarna till båda studierna uppgav stark motivation att tillgodogöra sig en behandlingsmetod som möjliggjorde att de kunde frångå eller reducera behovet av farmakologisk behandling. Fouk et al., (2014) undersökte äldre personer med syfte att utröna effekten av mindfulness som behandlingsmetod för ångest och oro hos äldre. Resultatet påvisade att mindfulness hade behandlingseffekt och lindrade ångest, oro, depressionssymtom samt sömnproblem. Lenze et al., (2014) utförde en likartad studie bland äldre som led av ångest, oro samt kognitiv nedsättning med resultatet att mindfulness hade lindrande effekt och minskade symptom på psykisk ohälsa. Lenze et al., (2014) presenterade slutsatsen att mindfulness utgjorde en lika effektiv behandlingsmetod som antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi. Resultatet från gällande studier påvisade att mindfulness hade behandlingseffekt bland äldre personer med persisterande ångest och oro när stark motivation till mindfulness förelåg.

Key et al., (2017) fokuserade på deltagare med Obsessive Compulsive Disorder (OCD) parallellt med ångest eller depressionssymtom och noterade att mindfulness väsentligen lindrade symptom av depression, ångest och OCD. Deltagarna till studien uppgav stark motivation att tillgodogöra sig alternativa behandlingsmetoder för att lindra symptomen av i synnerhet OCD.

Analysen påvisade även att bristande motivation bland deltagarna korrelerade med en svagare behandlingseffekt av mindfulness. I en studie utförd av Huijbers et al., (2015) där motivationen var synnerligen låg noterades ingen effekt alls av behandlingen. I ytterligare en studie utförd av Yeung et al., (2016) där deltagarna rapporterade bristande motivation noterades att genomförd mindfulness-behandling uppmätte likartad effekt som gruppbaserad psykologisk utbildning.

Diagnosberoende

De två vanligast förekommande diagnoserna var persisterande och svår depression samt en kombination av ångest och depressiva symptom. Analysen påvisade att mindfulness har säkrast behandlingseffekt vid en kombination av ångest och depressiva symptom då behandlingseffekt noterades i samtliga studier som utfördes på deltagare med nämnda diagnos/er (Falsafi et al., 2016; Fouk et al., 2014; Key et al., 2017; Lalande et al., 2017; Lenze et al., 2014; Yeong et al., 2016; Fuchs et al., 2016; Sundquist et al., 2015) emedan behandlingseffekten var lägre i två av gällande studier (Fuchs et al., 2016, Sundquist et al., 2015). Ytterligare en av nämnda studier utförd av Sundquist et al., (2015) påvisade att mindfulness hade störst behandlingseffekt på deltagare med milda depressiva symptom och/eller mild ångest, emedan deltagare med svårare symptom inte uppgav behandlingseffekt.

Av de studier som genomfördes på deltagare med svår och persisterande depression uppvisade mindfulness behandlingseffekt (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Meadows et al., 2014; Williams et al., 2013) med undantag för två studier (Huijbers et al., 2015; Kuyken et al., 2015). Bland gällande studier inkluderades deltagare med minst tre depressiva perioder i merparten av studierna (Barnhofer et al., 2009; Huijbers et al., 2015; Kuyken et al., 2015; Williams et al., 2013) emedan två studier (Eisendrath et al., 2016; Meadows et al., 2014) inte redogjorde för antal depressiva episoder. Ytterligare en studie utförd av Geschwind et al., (2014) undersökte om antalet depressiva episoder påverkade

effekten av mindfulness med slutsatsen att behandlingseffekten av mindfulness var likvärdig oavsett antal depressiva episoder.

Bland de studier som inkluderade deltagare med minst tre depressiva episoder utmärkte sig Kuyken et al (2015) så till vida att mindfulness endast uppvisade behandlingseffekt bland deltagare med trauma samt hög risk för återfall av depressiv episod. Övriga studier noterar ingen dylik korrelation. Ytterligare en studie utförd av Williams et al., (2013) noterade att behandlingseffekten på deltagare med persisterande depression var förstärkt bland de som led av trauma från barndomen. Övriga deltagare i nämnda studie uppmätte lägre behandlingseffekt.

En studie utförd av Key et al., (2017) påvisade behandlingseffekt av mindfulness vid Obsessive Compulsive Disorder (OCD) parallellt med ångest och depressiva symptom, emedan Yeung et al., (2016) påvisade behandlingseffekt av mindfulness vid generaliserat ångestsyndrom (GAD).

Samverkan med andra behandlingsformer

Analysen påvisade att mindfulness-behandling kunde kombineras med farmakologisk behandling med förstärkt sammantagen behandlingseffekt (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Falsafi et al., 2016; Foulk et al., 2014; Key et al., 2017; Lalande et al., 2017; Meadows et al., 2014; Yeung et al., 2016; Williams et al., 2013) emedan två studier (Huijbers et al., 2015; Kuyken et al., 2015) noterade att mindfulness-behandling inte tillförde någon ytterligare behandlingseffekt.

En jämförelse mellan farmakologisk behandling och mindfulness-behandling kunde inte utföras eftersom deltagarna till majoriteten av studierna behandlades farmakologiskt under pågående mindfulness-behandling (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Falsafi et al., 2016; Foulk et al., 2014; Huijbers et al., 2015; Key et al., 2017; Kuyken et al., 2015; Lalande et al., 2017; Meadows et al., 2014; Yeung et al., 2016; Sundquist et al., 2015; Williams et al., 2013).

Bruk av benzodiazepiner förbjöds under mindfulness-behandlingen i två av gällande studier (Huijbers et al., 2015; Meadows et al., 2014) varvid övriga artikelförfattare inte klargjorde dylika behandlingsvillkor. I ytterligare två studier accepterades en variation bland deltagarna i fråga om parallell farmakologisk behandling (Barnhofer et al., 2009; Foulk et al., 2014). Vidare var det inte tillåtet att genomgå kognitiv beteendeterapi (KBT) parallellt med mindfulness-behandlingen inom ramen för flertalet av studierna (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Huijbers et al., 2015; Kuyken et al., 2015; Lalande et al., 2017; Meadows et al., 2014; Yeung et al., 2016; Sundquist et al., 2015), emedan en studie (Falsafi et al., 2016) tillät parallell KBT-behandling. Ytterligare tre studier redogjorde inte för parallella behandlingsmoder under pågående mindfulness-behandling (Fuchs et al., 2016; Geschwind et al., 2012; Lenze et al., 2014).

I en studie utförd av Falsafi et al, (2016) fortgick KBT-behandling under pågående mindfulness-behandling med resultatet att symptomlindring noterades och därmed behandlingseffekt (Falsafi et al, 2016).

Kompetens bland pedagoger

Analysen påvisade att hög kompetensen bland pedagogerna påverkade behandlingseffekten av mindfulness positivt (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Foulk et al., 2014;

Geschwind et al., 2012; Key et al., 2017; Kuyken et al., 2015; Meadows et al., 2014; Yeung et al., 2016; Williams et al., 2013; Lenze et al., 2014; Sundquist et al., 2015; Falsafi et al., 2016; Fuchs et al., 2016; Lalande et al., 2017).

Kompetensen bland de pedagoger som medverkade var generellt hög och inkluderade mångårig erfarenhet inom olika former av mindfulness samt formell utbildning. Pedagogerna varierade i fråga om bakgrund, varvid flertalet var sjukvårdspersonal med vidareutbildning inom mindfulness (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2016; Foulk et al., 2014; Geschwind et al., 2012; Key et al., 2017; Kuyken et al., 2015; Meadows et al., 2014; Yeung et al., 2016; Williams et al., 2013; Lenze et al., 2014; Sundquist et al., 2015; Falsafi et al., 2016; Fuchs et al., 2016; Lalande et al., 2017). I en studie utförd av Huijbers et al., (2015) deltog mindfulness-pedagoger utan adekvat erfarenhet, varvid resultatet inte uppvisade att behandlingen hade någon signifikant effekt.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka vilka faktorer som påverkar behandlingseffekten av mindfulness bland personer med depression och/eller ångest. Vid analysen framgick att följande fyra faktorer påverkade behandlingseffekten: individuell motivation, diagnosberoende, samverkan med andra behandlingar samt kompetens bland pedagoger. Samtliga faktorer diskuteras gemensamt med avstamp i den mest framträdande faktorn: individuell motivation.

Analysen påvisade att individuell motivation påverkade effekten av mindfulness-behandling mest. Mindfulness förutsätter disciplin och ställer krav på mobilisering av patientens egna resurser då ett åtagande från individen är nödvändigt för att behandling överhuvudtaget ska vara genomförbar. Det innebär att mindfulness som behandlingsmetod aktualiserar frågan om i vilken grad patienten är förmögen att tillgodogöra sig en behandlingsform som innebär disciplinering – vilket är sjuksköterskans uppgift att bedöma vid en omvårdnadsdiagnos (Florin, 2014). Individuell motivation kan även påverka behandlingseffekten i form av attityd till genomförd mindfulness-praktik. Huijbers et al., (2015) uppvisade ingen behandlingseffekt av mindfulness, varvid deltagarna till nämnda studie föredrog att vidhålla enbart farmakologisk behandling och inte ville inleda MBCT-behandling. En annan studie med synnerligen låg behandlingseffekt noterade att deltagarna ansåg att mindfulness utgjorde en förlegad, traditionell metod emedan terapi ansågs modernt och vetenskapligt. Deltagarna till nämnda studie var kineser bosatta i Hong Kong, varvid kulturella faktorer påverkade motivationen (Yeung et al., 2016). Bland de studier där hög motivation förekom utmärkte sig Lalande et al., (2017) och Lenze et al., (2014) så till vida att deltagarna var äldre människor med önskan att minska behovet av ytterligare medicinering. Mindfulness poserades därmed som en alternativ behandlingsmetod för deltagare med preferenser som möjliggjordes genom mindfulness, och framträdde som ett viktigt behandlingsalternativ utifrån ett holistiskt synsätt där individens upplevelse av livskvalitet togs i beaktande (Lalande et al., 2017; Lenze et al., 2014).

Sjuksköterskans förmåga att identifiera adekvat motivation och övriga resurser som krävs för mindfulness-praktik utgör därmed en central funktion och förutsätter kompetens om mindfulness som behandlingsmetod samt förmåga att bedöma patientens tillstånd för att avväga när mindfulness är en lämplig omvårdnadsbehandling. Flertalet studier krävde exempelvis att det inte förelåg någon suicidrisk bland deltagarna vid behandlingsstart, vilket

påvisar vikten av att korrekt bedöma patientens situation och resurser vid inledning av mindfulness-behandling.

I relation till fördomar om mindfulness som evidensbaserad behandlingsmetod är kompetens om mindfulness nödvändig för att informera om mindfulness på ett adekvat sätt, då vi menar att sjuksköterskor bör vara förmögna att kommunicera skiljelinjen mellan den tradition av meditation som mindfulness härstammar från och den terapiform som mindfulness-behandling utgör. Dylig förståelse motverkar risken att pådriva missförstånd när en österländsk, filosofisk tanketradition översätts till en västerländsk, vetenskaplig tanketradition. Denna särskiljning är synnerligen viktig i kommunikation med patienter som upplever att mindfulness har religiösa konnotationer, då en sjukvårdare med kunskap om nämnda distinktion kan förmedla skillnaden mellan mindfulness och meditation - och därmed tydliggöra den terapeutiska aspekten.

Den primära övningen inom mindfulness är att rikta uppmärksamheten inåt med syfte att över tid stärka förmågan att vara närvarande med upplevelsen av nuet (Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness utgår därmed från ett subjektivt perspektiv med den individuella upplevelsen av nuet i fokus, och med individens förmåga och motivation att fortlöpande rikta sin uppmärksamhet inåt som grundförutsättning. Skärsäter (2014a) beskriver att vid psykisk ohälsa är den subjektiva upplevelsen hos patienten förstärkt, då psykisk sjukdom sällan kan härledas till ett somatiskt tillstånd utan utgörs av patientens subjektiva upplevelse av lidande. Det innebär att omvårdnad vid psykisk ohälsa fokuserar på att stödja individen i att hantera sitt lidande och upprätta strategier för välbefinnande. Omvårdnadsbehoven identifieras utifrån ett personcentrerat perspektiv och ämnar inkludera patientens resurser, liksom kortsiktiga och långsiktiga målsättningar samverkar för att vidhålla hälsa och minska risken för återinsjuknande. En viktig del i omvårdnadsarbetet utgörs av strukturstödjande insatser för upprätthållande av egenvård, vilka i hög grad fokuserar på vilointeraktioner som medför förmåga till återhämtning. Vidare vidhåller Eriksson (2001) att lindring av lidande uppstår när lidandet bemöts och bekräftas, varvid vi menar att mindfulness har potential att utgöra en metod för individer att bemöta och bekräfta det egna lidandet i nuet. Att praktisera mindfulness kan således vara del av de stödjande åtgärder som hjälper individen att hantera sitt lidande samt upprätta de strategier för välbefinnande och egenvård som Skärsäter (2014a) beskriver som centrala för vård vid psykisk ohälsa. Mindfulness kan implementeras både som tidsbegränsad behandling samt som löpande, hälsofrämjande behandling med syfte att motverka återinsjuknande och vidhålla hälsa. Majoriteten av de studier som inkluderades i föreliggande studie undersökte behandlingseffekten av mindfulness efter åtta veckors praktik med uppvisad behandlingseffekt. Mindfulness kan således utgöra en behandlingsform jämförbar med tidsbegränsad psykoterapi, och därmed utgöra ett komplement till standardbehandlingsformer. Falsafi et al., (2016) jämförde effekten av yoga och mindfulness bland deltagare med depression och/eller ångest och noterade vid fyra veckors uppföljning att de som utövat yoga bibehöll samma nivå av symptomlindring emedan de som utövat mindfulness uppmätte en förstärkt effekt. Deltagarna i båda grupper vidhöll individuell praktik under programmets åtta veckor, varvid det är sannolikt att individuell praktik förekom även efter studiens slut. Resultatet från Falsafi et al., (2016) påvisar möjligheten för mindfulness att utgöra en del av hälsofrämjande strategier med syfte att bibehålla psykisk hälsa och motverka återinsjuknande. Patienter med motivation att praktisera mindfulness har därmed goda förutsättningar att erhålla behandlingseffekt både kortsiktigt och långsiktigt, varvid vi menar att mindfulness utgör ett viktigt komplement till befintliga behandlingsoptioner vid psykisk ohälsa.

För patienter som inte lider av psykisk ohälsa utgör mindfulness en metod att bibehålla

psykisk hälsa, då medveten uppmärksamhet associeras med psykisk hälsa och välmående (Hofmann & Gómez, 2017). Mindfulness syftar ytterst sett till att utveckla en direkt och erfarenhetsbaserad relation till jagupplevelsen, vilket står i kontrast till att vidhålla ett analytiskt/kritiskt narrativ om det egna jaget. Ett analytiskt/kritiskt narrativ om det egna jaget associeras med psykisk ohälsa (Teasdale, 1999; Rimes & Watkins, 2005; Williams & Moulds, 2010; Lo, Ho & Hollon, 2010; Sakamoto, 1999; Burwell & Shirk, 2007; Spasojevic & Alloy, 2001; Michalak, Holz & Teismann, 2011). Vi menar således att mindfulness kan jämföras med hälsofrämjande insatser såsom god kosthållning och fysisk aktivitet och har potential att utgöra en friskvårdsmetod i enlighet med Armans (2017) syn på lindring av lidande som centralt för allt vårdande - med fokus på ”en vård som gäller hela människan” (Arman, 2017., s. 222).

Frågan om individuell motivation kompliceras ytterligare av bristen på kartläggning i fråga om behandlingseffekt vid varierade diagnoser. Tydligare kartläggning av diagnosberoende behandlingseffekt skulle underlätta för sjuksköterskan vid samtal med patient om upprättande av lämplig omvårdnadsplan. Ångestsyndrom innefattar en rad olika tillstånd med varierande symptombild och anamnes, liksom depression varierar inom ett spann från mild till svår och persisterande (Allgulander, 2014). Denna skillnad bedömer vi anmärkningsvärd emedan den inte diskuteras vidare i de artiklar som inkluderades i föreliggande studie. Visserligen finns likheter i symptombilden med karaktäristiska symptom i form av oro, stress, negativa tankemönster, trötthet/fatigue och förlorad livslust (Allgulander, 2014), men vi bedömer det likväl väsentligt att i högre grad särskilja mellan de olika ångesttillstånden i relation till symtombild och anamnes för att möjliggöra studier som på ett adekvat sätt uppmäter vilken behandlingsmetod som har effekt i relation till respektive diagnos. Två studier uppvisade exempelvis behandlingseffekt bland deltagare med trauma emedan deltagare utan motsvarande anamnes inte upplevde behandlingseffekt (Williams et al., 2013; Kuyken et al., 2015). Dylika resultat belyser behovet av att testa mindfulness på så homogena deltagare som möjligt för att över tid samla tillräcklig data för att kartlägga diagnosberoende behandlingseffekt av mindfulness. Ett sådant förhållningssätt är grundläggande för att säkerställa vetenskaplig evidens (Mårtensson & Fridlund, 2017).

En annan faktor som påverkade effekten av mindfulness som behandlingsmetod vid depression och/eller ångest är att majoriteten av deltagarna behandlades farmakologiskt under pågående mindfulness-behandling emedan några deltagare behandlades med psykoterapi och ytterligare deltagare inte behövde redogöra för parallella behandlingar. Det saknas studier som undersöker effekten av mindfulness som enskild behandlingsmetod vid depression och/eller ångest. Existerande forskning påvisade att mindfulness kunde introduceras som komplement till farmakologisk behandling med förstärkt sammantagen behandlingseffekt, men vi menar att mindfulness även borde undersökas i egenskap av enskild behandlingsmetod för att uppmäta isolerad behandlingseffekt. Endast en artikelförfattare (Meadows et al., 2014) diskuterade det faktum att parallell farmakologisk behandling förekom under mindfulness-behandlingen, och menade att för gällande patientgrupp kunde det anses riskfyllt att avsluta farmakologisk behandling. Farmakologisk behandling associeras med en rad bieffekter (Beyer, Cappetta, Johnson & Bloch, 2017; Allgulander, 2014; Kajanoja, Scheinin, Karukivi, Karlsson & Karlsson, 2018; Goodwin, Price, Bodinat & Laredo, 2017), vilket riskerar att påverka resultatet av mindfulness-behandling utan att denna effekt kan redogöras för i forskningsresultatet. Vi anser även att de noterade biverkningarna vid farmakologisk behandling av depression och/eller ångest föranleder vidare forskning om mindfulness som ett behandlingsalternativ för patienter med långvarig farmakologisk behandling, då mindfulness inte har några hittills rapporterade bieffekter.

Sjuksköterskans kompetensområde utgörs av patientnära arbete samt kunskap om omvårdnad som evidensbaserad vård. Omvårdnad beskrivs utifrån ett humanvetenskapligt perspektiv där patientens subjektiva upplevelse står i centrum (Jakobsson Ung & Lutzén, 2014). Inom ramen för kliniska beslut ska sjuksköterskan ange omvårdnadsdiagnoser utifrån ett holistiskt synsätt, vilket inkluderar hänsyn till patientens egna resurser med avsikt att kultivera dem (Florin, 2014). Det humanvetenskapliga perspektivet på omvårdnad är således förenligt med Skärsäters (2014a) beskrivning av psykisk ohälsa som alltigenom subjektiv och sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att upprätta stödjande åtgärder utifrån patientens unika position och erfarenhet. Sjuksköterskans profession präglas således av ett kritiskt förhållningssätt där flertalet variabler avvägs och sätts i relation till varandra i utformandet av en omvårdnadsplan (Florin, 2014), vilket innebär att sjuksköterskan ska kunna identifiera när mindfulness är en lämplig behandlingsmetod samt om patienten besitter tillräckliga resurser för att genomgå mindfulness-behandling.

Svensk Sjuksköterskeförening (2017, s. 8) förtydligar vidare att en legitimerad sjuksköterska ska kunna ”aktivt tillämpa och implementera bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet i omvårdnadsprocessens alla steg”. Sjuksköterskans uppdrag innefattar därmed att vara uppdaterad om vetenskaplig evidens för vanligt förekommande diagnoser. Mindfulness utgör en evidensbaserad behandlingsmetod för depression och ångest, vilket innebär att kunskap om mindfulness ingår inom sjuksköterskans kompetensområde. Den höga prevalensen av depression och ångest bland befolkningen (Socialstyrelsen, 2017) medför att allmänsjuksköterskan i hög grad kommer att bemöta psykisk ohälsa oavsett arbetsplats, vilket gör kompetens inom behandlingsmetoder för psykisk ohälsa grundläggande. Vi anser inte att sjuksköterskan bör ha kompetens som mindfulness-instruktör då det krävs separat utbildning för kvalifikation, men vi anser att sjuksköterskan ska ha kunskap om mindfulness som behandlingsmetod. Det innebär att hon ska kunna avgöra när mindfulness utgör en lämplig omvårdnadsåtgärd, samt kunna informera om mindfulness på ett adekvat sätt för att därefter kunna hänvisa patienten vidare.

Sammanfattningsvis anser vi att mindfulness utgör ett adekvat behandlingssupplement för motiverade patienter med depression och/eller ångest. Mindfulness kan dessutom med fördel betraktas som en hälsofrämjande insats i arbetet mot psykisk ohälsa för ett brett spektrum av patienter, och därmed utgöra en tillgång för allmänsjuksköterskan. Vi bedömer vidare att forskningsområdet mindfulness vid depression och/eller ångest är i behov av stärkta krav på reliabilitet, validitet och generaliserbarhet i syfte att utvärdera diagnosberoende behandlingseffekt, samt isolerad behandlingseffekt (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Metoddiskussion

En allmän litteraturoversikt valdes som metod för att besvara studiens syfte. Metoden gav en bra möjlighet att samla ihop aktuell kunskap inom ett valt område och erbjuda en överblick av forskningsläget (Polit & Beck, 2017). Litteraturoversikt skapade tillräcklig förståelse för vilka faktorer som hade stor betydelse och återkom i alla studier. Metoden valdes med hänsyn till tidsram, tillgängliga resurser och administrativa begränsningar. En systematisk litteraturstudie hade varit optimal och mer trovärdig (Rosen, 2017). Tyvärr var det uteslutet pga. kursens längd; tio veckor skulle inte räcka för en sådan tidskrävande och omfattande studie. Ett annat alternativ hade varit att genomföra en kvalitativ eller kvantitativ intervjustudie som kräver mycket mer tid, erfarenhet och kunskap samt etiska godkännanden. Det hade varit svårt att åstadkomma på kandidatnivå och därför var det alternativet uteslutet (Friberg, 2017). Den potentiella svagheten med litteraturstudie kunde vara ett selektivt urval, då författaren kan

välja artiklar efter egen uppfattning och förståelse (Friberg, 2017). I vår studie kunde detta undvikas genom metodisk bearbetning av databasträffar, utan selektivt urval och oberoende författarnas åsikter och förväntningar. Vi exkluderade således inte artiklar med avvikande resultat utan tillämpade samma inklusionskriterier för samtliga artiklar. Dessa åtgärder togs i syfte att undvika ett vinklat resultat samt stärka studiens trovärdighet, reliabilitet och pålitlighet (Henricsson, 2017).

Avgränsning av språk var nödvändigt för att undvika feltolkning av resultatet och öka studiens tillförlitlighet (Friberg, 2017). Svagheten kunde ha varit att alla inkluderade artiklarna var skrivna på engelska. Det försvårade vårt arbete och kunde ha orsakat ett visst missförstånd. Översättningen var tidskrävande och utmanande för oss med engelska som främmande språk. Digitalt lexikon användes vid vissa tillfällen för att undvika feltolkningar och öka validiteten/trovärdigheten (Henricsson, 2017).

En viktig fördel med vår litteraturoversikt var att den inkluderade upplevelser av ett stort antal deltagare från olika länder (t.ex., Sverige, USA, Nederländerna, Storbritannien och Kina) som resulterade i generaliserbara slutsatser (Forsberg & Wengström, 2015). Däremot var grupperna av deltagare inte homogena och urvalskriterierna skiljde sig mellan olika studier, vilket bekräftas av matrisen (Bilaga B). Detta kan ses som en svaghet i denna studie då bristen på homogena deltagargrupper möjligtvis påverkade generaliserbarheten samt överförbarhet i en viss grad (Polit & Beck, 2017).

Urvalskriterier kunde både stärka och minska trovärdigheten (Henricsson, 2017). För att utesluta äldre och möjligt inaktuell forskning, begränsades urvalet till ett tidsspänn mellan år 2008 och 2018. En negativ konsekvens av detta urval blev ett begränsat antal relevanta artiklar inom valt område. Det hade varit bättre utan någon tidspansbegränsning för att även kunna inkludera resultat från bra forskning som utfördes innan 2008.

Den största utmaningen i vårt arbete blev vissa begränsningar inom existerande forskning inom valt område. Många artiklar från sökningarna besvarade inte studiens syfte och bidrog inte till validiteten av uppsatsen (Henricsson, 2017). Syftet som skulle besvaras i denna studie visade sig inte vara tillräckligt studerat. Möjligheterna att insamla data och finna ett rimligt underlägg för studien var därför något begränsande. Även stora databaser som CINAHL och PubMed med stor tillgång till vetenskapliga studier inkluderade endast ett mindre antal artiklar som stämde överens med valda urvalskriterier. Alla artiklar lästes oberoende av båda författare för att senare bearbetas och kvalitetsgranskas genom ett objektiv förhållningssätt för att påverka trovärdighet (Henricsson, 2017). Många artiklar som först bedömdes att vara relevanta exkluderades pga. sin låga kvalitet. Bedömningen gjordes med hjälp av s.k. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga A). Artiklar av kvalitet II samt flera pilotstudier som besvarade syftet inkluderades i denna studie. Artiklar av vetenskaplig kvalitet III exkluderades från resultatet. Trots allt, bedömdes denna litteraturstudie vara tillförlitlig eftersom alla inkluderade artiklar kvalitetsgranskades och ansågs uppfylla bestämda krav. Resultat av flera Randomised Controlled Trial (RCT) studier (kvalitet I) inkluderades för att öka trovärdighet (Henricsson, 2017). En viss svaghet kunde ha varit att nästan alla valda RCT studier använde självskattningsskalor och enkäter (Bilaga B) istället för mer kliniska skattningmetoder och det kunde leda till sänkt reliabilitet (Henricsson, 2017). Endast vetenskapliga original (primärkällor) peer-reviewed artiklar inkluderades för att stärka studiens tillförlitlighet (Henricsson, 2017).

Sökning i flera databaser ledde till ökat validitet och trovärdighet (Henricsson, 2017). Databaserna CINAHL, PubMed och PsychINFO användes av oss för datainsamling. Sökorden relaterade till bakgrunden och syftet kombinerades på flera olika sätt. En del svårigheter uppkom under datainsamling. Kombinationer av sökord gav många träffar som inte var relevanta för studiens syfte. Det fanns inte tillräckligt många begränsningskriterier för att göra sökningen mer specifik. En signifikant del av sökresultaten handlade om mindfulness som behandlingsmetod av somatiska sjukdomar, t.ex. diabetes, KOL, cancer samt kronisk smärta. Flera artiklar som kom upp i sökningar handlade om behandling av utbrändhet och stress hos sjukvårdspersonal med hjälp av mindfulness samt kombination av yoga, mindfulness och andra alternativa metoder. Sådana artiklar svarade inte till syftet av denna studie eftersom vi valde att fokusera på mindfulness som behandlingsmetod vid depression och/eller ångest. Antalet relevanta artiklar var något begränsat, vilket gjorde att vi ofta fick samma träffar vid användning av olika kombinationer av sökord och vid datainsamling i olika databaser. Under sökningsprocessen upptäcktes även att vissa forskare hade publicerat flera artiklar baserade på en och samma studie och även dominerade vissa områden med sina publikationer. Inkludering av dylika artiklar skulle leda till ett vinklat resultat och påverka vår studie på ett negativt sätt, eftersom ett sådant urval riskerar att belysa artikelförfattarnas egna värderingar och åsikter i alltför hög grad (Polit & Beck, 2017). Vi valde att inte inkludera sådana artiklar för att kunna bibehålla tillförlitligheten i vår studie.

Litteraturoversikt kräver varken etisk prövning eller informerat samtycke från deltagare eftersom direkt kontakt mellan forskare och deltagare saknas. Däremot krävs noggrann granskning och rättvis etisk bedömning av alla artiklar inkluderade i översikten (Kjellström, 2017). För att bevara trovärdighet, eftersöktes etisk godkännande i alla artiklar. Detta presenterades på många olika sätt och i vissa studier var etiska överväganden väldigt otydliga och utan egen rubrik. En rad artiklar utan etiskt godkännande exkluderades från denna studie. Författare till några artiklar vi läste igenom bedömdes inte vara helt opartiska och hade egna intressen i utförda studier. Även dessa artiklar exkluderades för att inte riskera trovärdigheten av denna studie (Polit & Beck, 2017). Styrkan av vår studie var att alla valda artiklar var etiskt godkända, hade tillstånd från en etisk kommitté och följde forskningsetiska principer; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Kjellström, 2017). En nackdel var att vi var väldigt intresserade av mindfulness sedan tidigare vilket ibland försvårade skrivandet. Valda artiklar skulle besvara syftet och inte styrka våra åsikter. Vi säkerställde att personligt tycke och förförståelse var uteslutna och inte påverkade resultatet, som i sin tur led till förhöjd trovärdighet och pålitlighet av denna studie (Polit & Beck, 2017). För att betraktas som etisk, måste litteraturoversikten vara fri från plagiat, fabricering och förvrängning av resultat samt även presentera artiklar som inte stöder författarens åsikt (Forsberg & Wengström, 2015). Denna studie ansågs uppfylla ovan nämnda krav och vara tillförlitlig. Tillförlitligheten i denna studie baseras på begrepp som validitet (mått av studiens kvalitet och noggrannhet samt frånvaro av bias), reliabilitet (grad av mätinstrumentets tillförlitlighet och möjlighet att få samma resultat vid upprepade mätningar), generaliserbarhet (nivå av generalisering av studiens slutsatser från utvald grupp deltagare till en större population grupp) och trovärdighet (bekräftelse av studiens rimlighet och riktighet) (Polit & Beck, 2017).

Vi hade aldrig utfört ett liknande arbete och det blev väldigt tydligt under datainsamlingen, databearbetning och dataanalysen som var tidskrävande. Syftet ändrades under arbetets gång och begärde ytterligare sökningar. Vi upplevde att sökningen efter informationen skulle ha varit lättare och effektivare om vi hade syftet klart från början. Positiva effekten blev att vi fick utökad kunskap och erhöll färdigheter som definitivt kan bli användbara i framtiden.

Slutsats

Slutsatsen av föreliggande studie var att mindfulness uppvisade behandlingseffekt vid depression och/eller ångest. Fyra faktorer som påverkade behandlingseffekten identifierades: individuell motivation, diagnos, samverkan med andra behandlingar samt kompetens bland pedagoger. Individuell motivation bedömdes ha starkast påverkan på behandlingseffekten, då mindfulness-behandling kräver väsentlig mobilisering av patientens egna resurser. Diagnos bedömdes ha näst störst påverkan på behandlingseffekten, följt av samverkan med andra behandlingar och kompetens bland pedagoger. Mindfulness uppvisade potential som kompletterande behandlingsmetod vid ångest och/eller depression, emedan utökad forskning krävs för att kartlägga behandlingseffekten vid specifika tillstånd samt vid specifik behandlingstid.

Klinisk tillämpbarhet

Studien kan förhoppningsvis användas för att skapa intresse för valt ämne samt bidra med evidensbaserad kunskap. Resultatet av studien kan med stor fördel tillämpas inom vården. Sjuksköterskor träffar dagligen patienter som lider av depression och/eller ångest och kunskap och utbildning inom mindfulness kan vara av stor hjälp. Introduktion till mindfulness, eller medveten närvaro, kan inkluderas i hälso- och motiverande samtal även med patienter utan ovannämnda diagnoser men med ökad risk för psykisk ohälsa. Kännedom om mindfulness och förmågan att identifiera när mindfulness utgör en lämplig behandlingsmetod för att hänvisa patienten vidare kan således utgöra en viktig kompetens för sjuksköterskan i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Sådant arbete kan i sin tur ha omfattande betydelse för t.ex. minskning av sjukskrivningar pga. utmattningssyndrom och utmattningsdepression samt förbättring av patienternas livskvalitet.

Vidare forskning

Det framkom att fortsatta och mer omfattande studier definitivt behövs inom valt område. Studier på mer homogena grupper av deltagare, studier i större grupper samt fler RCT studier är nödvändiga för att komplettera resultaten. Fler studier behövs även för att utröna behandlingseffekten av mindfulness inom slutna psykiatrisk vård. Användning av kliniska mätmetoder och intervjuer utförda av forskare istället för endast självskattningsskalor och enkäter skulle öka trovärdigheten av resultat (Henricsson, 2017). En systematisk litteraturstudie kan genomföras för att skapa en ytterligare tillförlitlig översikt.

REFERENSER

De artiklar som är inkluderade i resultatet är markerade med en asterix ().*

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Arman, M. (2015). Lidande och lindrat lidande. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (1. uppl., ss.38-58). Stockholm: Liber.

Arman, M. (2017). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. uppl., ss.213-223). Lund: Studentlitteratur

*Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, JM.(2009) Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-73. doi:10.1016/j.brat.2009.01.019.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Beyer, C., Cappetta, K., Johnson, J. A., & Bloch, M. H. (2017). Meta-analysis: Risk of hyperhidrosis with second-generation antidepressants. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 34(12), 1134-1146. doi:10.1002/da.22680

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl, ss. 99-109). Lund: Studentlitteratur.

Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M., & ... Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 349g5205. doi:10.1136/bmj.g5205

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. doi:10.1080/10478400701598298

Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of Rumination in Adolescence: Associations Between Brooding, Reflection, Depressive Symptoms, and Coping. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65. doi:10.1207/s15374424jccp3601_6

Buus N., Johannesen H., & Bjerregaard Stage K. (2012). Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1220-1229.

Cassell, E.J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford

Edenfield, T. M., & Saeed, S. A. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 131-141. doi:10.2147/PRBM.S34937

*Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L.A., Mathalon, D.H., & Feldman, M. D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 99-110. doi: 10.1159/000442260

Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Eriksson, K. & Bergbom, I. (2017). Begrepp och begreppsbildning inom vårdvetenskap som disciplin. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. uppl., ss. 31-45). Lund: Studentlitteratur.

*Falsafi, N. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(6), 483-497. doi:10.1177/1078390316663307

Ferrell, B. & Coyle, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing*. Oxford: Oxford University Press.

Florin, J. Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik. (2014). I Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. (2. uppl., ss. 79-109). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

*Fouk, M.A., Ingersoll-Dayton, B., Kavanagh, J., Robinson, E., & Kales, H. C. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Older Adults: An Exploratory Study. *Journal of Gerontological Social Work*, 57, 498-520. doi: 10.1080/01634372.2013.869787

*Fuchs, C.H., Haradhvala, N., Evans, D.R., Nash, J.M., Weisberg, R.B., & Uebelacker, L. A. (2016). Implementation of an acceptance- and mindfulness-based group for depression and anxiety in primary care: Initial outcomes. *Families, Systems & Health*, 34 (4), 386-395. doi: 10.1037/fsh000237

Försäkringskassan. (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år* (Socialförsäkringsrapport 2014:4). Hämtad från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/03dcfe19-c989-4f46-a7f5-760d573b8d1f/socialforsakringsrapport_2014_04.pdf?MOD=AJPERES&CVID=&CACHE=NONE&CONTENTCACHE=NONE

*Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 320–325. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104851

Goodwin, G. M., Price, J., De Bodinat, C., & Laredo, J. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *Journal Of Affective Disorders*, 22131-35. doi:10.1016/j.jad.2017.05.048

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2017). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. I B. A. Gaudiano (Red.), *Mindfulness: Clinical applications of mindfulness and acceptance: Specific interventions for psychiatric, behavioural, and physical health conditions* (ss. 221-237). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl, ss. 111-117). Lund: Studentlitteratur.

- Henricsson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl., ss.411-419). Lund: Studentlitteratur.
- Hjeltnes, A., Moltu, C., Schanche, E., Jansen, Y., & Binder, P.E. (2016). Both sides of the story: Exploring how improved and less-improved participants experience mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 28(1):106-122. doi: 10.1080/10503307.2016.1169330.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *The Psychiatric Clinics Of North America*, 40(4), 739-749. doi:10.1016/j.psc.2017.08.008
- Hoge, E. A., Guidos, B. M., Mete, M., Bui, E., Pollack, M. H., Simon, N. M., & Dutton, M. A. (2017). Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. *Journal Of Psychosomatic Research*, 957-11. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.01.011
- *Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H. G., van Schaik, D. J., van Oppen, P., ... Speckens, A. E. (2015). Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 187, 54-61. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.
- Jakobsson Ung, E., & Luetzen, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. (2. uppl., ss.27-44). Lund: Studentlitteratur.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10(2), 144-156. Doi: 10.1093/Clipsy/Bpg016
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karukivi, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2018). Is antidepressant use associated with difficulty identifying feelings? A brief report. *Experimental And Clinical Psychopharmacology*, 26(1), 2-5. doi:10.1037/pha0000165
- Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl., ss.81-96). Lund: Studentlitteratur.
- *Key, B.L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Paeluk, E.J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120. doi:10.1002/cpp.2076
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. doi:10.1016/j.beth.2017.06.003
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl., ss.57-77). Lund: Studentlitteratur.
- Kotsou, I., Leys, C., & Fossion, P. (2018). Acceptance alone is a better predictor of psychopathology and well-being than emotional competence, emotion regulation and mindfulness. *Journal Of Affective Disorders*, 226142-145. doi:10.1016/j.jad.2017.09.047
- *Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Sutton, H. (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 randomised controlled trial. *Lancet*, 386 North American Edition,(9988), 63-73. doi:10.1016/S0140-6736(14)62222-4

*Lalande, L., King, R., Bambling, M., & Schweitzer, R.D. (2017). An Uncontrolled Clinical Trial of Guided Respiration Mindfulness Therapy (GRMT) in the Treatment of Depression and Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 251-258. doi:10.1007/s10879-017-9360-0

*Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., ... Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 991-1000. doi:10.1002/gps.4086

Lo, C. L., Ho, S. Y., & Hollon, S. D. (2010). The Effects of Rumination and Depressive Symptoms on the Prediction of Negative Attributional Style Among College Students. *Cognitive Therapy And Research*, 34(2), 116-123.

Ludwig, D.S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300 (11), 1350-1352. doi:10.1001./jama.300.11.1350

Läkemedelsverket. (2016). Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Hämtad från: https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Info_fran_LV_nr_6_2016_behandlingsrekommendation_webbpublicering.pdf

Marchand, W. R. (2013). Mindfulness meditation practices as adjunctive treatments for psychiatric disorders. *The Psychiatric Clinics Of North America*, 36(1), 141-152. doi:10.1016/j.psc.2013.01.002

Maxwell, L., & Duff, E. (2016). Mindfulness: An Effective Prescription for Depression and Anxiety. *Journal For Nurse Practitioners*, 12(6), 403-409. doi:10.1016/j.nurpra.2016.02.009

*Meadows, G. N., Shawyer, F., Enticott, J. C., Graham, A. L., Judd, F., Martin, P. R., ... Segal, Z. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 48(8), 743-755. doi:10.1177/0004867414525841

Meng, L., & Boyd-Wilson, B. (2017). Enlightenment as a Psychological Construct and as a Buddhist Religious Pursuit: A Cross-cultural Understanding. *Contemporary Buddhism*, 18(2), 402-418. doi:10.1080/14639947.2017.1396049

Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology And Psychotherapy*, 84(2), 230-236. doi:10.1348/147608310X520166

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examenarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl., ss.421-436). Lund: Studentlitteratur.

Olfson, M., King, M., & Schoenbaum, M. (2015). Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 136-142. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1763

Paul, G., Ulrike, T., Annette, R., & Ulrike, K. (2007). Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76(4), 226-233.

Platt, L. M., Whitburn, A. I., Platt-Koch, A. G., & Koch, R. L. (2016). Nonpharmacological Alternatives to Benzodiazepine Drugs for the Treatment of Anxiety in Outpatient Populations. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 54(8), 35-42. doi:10.3928/02793695-20160725-07

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research And Therapy*, 43(12), 1673-1681. doi:10.1016/j.brat.2004.12.002

Rosen, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:2 uppl., ss.375-387). Lund: Studentlitteratur.

Sakamoto, S. (1999). A longitudinal study of the relationship of self-preoccupation with depression. *Journal Of Clinical Psychology*, 55(1), 109-116.

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.uppl., ss.49-58). Lund: Studentlitteratur.

Shigaki, C. L., Glass, B., & Schopp, L. H. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction in Medical Settings. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 13(3), 209-216. doi:10.1007/s10880-006-9033-8

Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (2., [revid. och utök.] uppl., ss.77-97). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014a). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (2., [revid. och utök.] uppl., ss.98-127). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014b). Psykisk ohälsa. I Edberg, A. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (2. uppl., ss. 611-638). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* (Rapport 2013-6-27). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-27>

Socialstyrelsen. (2016). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016* (Rapport 2016-3-16). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20105/2016-3-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37. doi:10.1037/1528-3542.1.1.25

Stahl, S. (2014). *Prescriber's Guide* (5th edition). New York, NY: Cambridge University Press.

*Sundquist, J., Lilja, Å., Palmér, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression,

anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *British Journal Of Psychiatry*, 206(2), 128-135. doi:10.1192/bjp.bp.114.150243

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research & Therapy*, 37(7), S53

Ternstedth, B.-M., & Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur livscykelperspektiv - identitetens betydelse. I Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (ss. 34-76) (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Waszczuk, M. A., Zavos, H. S., Antonova, E., Haworth, C. M., Plomin, R., & Eley, T. C. (2015). A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depression And Anxiety*, 32(4), 254-261. doi:10.1002/da.22326

Williams, A. D., & Moulds, M. L. (2010). The impact of ruminative processing on the experience of self-referent intrusive memories in dysphoria. *Behavior Therapy*, 41(1), 38-45. doi:10.1016/j.beth.2008.12.003

*Williams J.M, Crane C., Barnhofer T., Brennan K., Duggan D.S., Fennell, M.J., ... Russell I.T. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Relapse in Recurrent Depression: A Randomized Dismantling Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (2), 275-286. doi:10.1037/a0035036

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I Edberg, A.-K. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss.38-50) (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2012). Depression. Hämtad från <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization (2015). Depression. Hämtad från http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

*Yeung Shan Wong, S., Hon Kei Yip, B., Wing Sze Mak, W., Mercer, S., Yee Lai Cheung, E., Yuet Man Ling, C., & ... Ling, C. M. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 68-75. doi: 10.1192/bjp.bp.115.166124

Östlundh, L. (2017). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.uppl., ss.59-82). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar)

Bilaga A

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFISERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. 2009 Storbritannien	Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study	Att utreda effekten av MBCT i kombination med TAU på patienter med kronisk depression (minst 3 episoder) och suicidtänkar i jämförelse med endast TAU	<u>Design:</u> Kvantitativ pilotstudie <u>Urval:</u> Vuxna patienter med kronisk depression och närvarande symptom, med eller utan farmakologisk behandling <u>Datainsamling:</u> självskattningsskalor samt strukturerad klinisk intervju <u>Analys:</u> Deskriptiv statistik baserat på flera variabler	31 (3)	Antal patienter som uppfyllde kriterier för depression minskade i MBCT+TAU grupp; ingen förändring i TAU grupp. MBCT hade bra effekt vid kronisk depression.	P II K II
Eisendrath, Stuart J.; Gillung, Erin; Delucchi, Kevin L.; Segal, Zindel V.; Nelson, J. Craig; McInnes, L. Alison; Mathalon, Daniel H.; Feldman, Mitchell D. 2016 USA	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression	Att utvärdera effekten av MBCT samt HEP (Health Enhancement Program) i jämförelse med TAU	<u>Design:</u> Kvantitativ; RCT <u>Urval:</u> Patienter över 18 med kronisk depression med farmakologisk behandling <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor och enkäter <u>Analys:</u> Standard deviation; Intention-to-treat analys	173 (25)	MBCT minskade signifikant depressionens svårighetsgrad och förbättrade graden av respons för behandlingen vid åtta veckor, men inte återfallsrisk. MBCT visar sig vara ett praktiskt genomförbart komplement vid hantering av TRD (Treatment Resistant Depression)	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Falsafi, Nasrin 2016 USA	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga.	Att jämföra effekten av mindfulness eller yoga på personer med depression och/eller ångest i jämförelse med kontrollgrupp	<u>Design:</u> Kvantitativ; RCT <u>Urval:</u> Högskolestuderande över 18 år med depression och/eller ångest <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor <u>Analys:</u> Deskriptiv statistik; multivariat analys av variabler	84 (17)	Depression, ångest och stress symtom minskade betydligt i både mindfulness- och yogagruppen. Inga betydande förändringar i kontrollgruppen visade sig	RCT I
Foulk, Mariko A.; Ingersoll-Dayton, Berit; Kavanagh, Janet; Robinson, Elizabeth; Kales, Helen C. 2014 USA	Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Older Adults: An Exploratory Study.	Att utforska möjligheter av mindfulness behandling av oro och ångest hos äldre patienter	<u>Design:</u> Kvantitativ pilotstudie med kompletterande intervjuer (kvalitativ) <u>Urval:</u> Patienter i åldersgrupp 61-89 med depression och/eller ångest med farmakologisk behandling. <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor samt kompletterande intervjuer. <u>Analys:</u> Deskriptiv statistik	50 (-)	8-veckors MBCT visar positiv effekt på ångestnivå, symptom av depression samt sömnproblem hos äldre patienter som lider av olika nivåer av ångest eller oro och kan leda till minskad farmakologisk behandling	P II K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Fuchs, Cara H; Haradhvala, Natasha; Evans, Daniel R; Nash, Justin M; Weisberg, Risa B; Uebelacker, Lisa A 2016 USA	Implementation of an acceptance- and mindfulness-based group for depression and anxiety in primary care: Initial outcomes.	Att utvärdera effekten av mindfulness grupper för patienter med depression och ångest inom primärvård	<u>Design:</u> Kvantitativ pilot trial med kompletterande intervjuer (kvalitativ) <u>Urval:</u> Patienter över 18 med depression och/eller ångest diagnoser <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor samt kompletterande intervjuer <u>Analys:</u> Multilevel modellering och kvalitativ dataanalys	29 (-)	Svårt att bedöma effekten efter 1-2 sessioner (drop-in) och låg compliance. Deltagare visar en viss förbättring	P II K II
Geschwind, Nicole; Peeters, Frenk; Huibers, Markus; van Os, Jim; Wichers, Marieke. 2012 Nederländerna	Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial	Att utforska om effekten av MBCT beror på antal depressiva episoder tidigare i livet	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna med minst 1 depressiv episod <u>Datainsamling:</u> Enkät intervju samt självskattningsskala <u>Analys:</u> Intention-to-treat analys; linear regression analys	130 (7)	MBCT grupp visar minskade resterande symptom jämfört med kontrollgrupp oberoende antal tidigare depressiva episoder	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Huijbers, Marloes J.; Spinhoven, Philip; Spijker, Jan; Ruhé, Henricus G.; van Schaik, Digna J.F.; van Oppen, Patricia; Nolen, Willem A.; Ormel, Johan; Kuyken, Willem; van der Wilt, Gert Jan; Blom, Marc B.J.; Schene, Aart H.; Donders, A. Rogier T.; Speckens, Anne E.M. 2015 Nederländerna	Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial.	Att undersöka om MBCT kan i kombination med farmakologisk behandling minska risken för återfall inom 15 månader samt lindra depressiva symptom jämfört med endast farmakologisk behandling	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna patienter med svår och persisterande depression och som behandlas kontinuerligt med antidepressiva läkemedel. <u>Datainsamling:</u> Enkät intervju samt självskattningsskala <u>Analys:</u> Intention-to-treat analys	68 (18)	MBCT har ingen ytterligare effekt för patienter med depression och resterande symptom behandlat med antidepressiva läkemedel under minst 6 månader. MBCT i kombination med farmakologisk behandling minskar inte risken för återfall jämfört med endast farmakologisk behandling	RCT I
Key, Brenda L.; Rowa, Karen; Bieling, Peter; McCabe, Randi; Pawluk, Elizabeth J. 2017 Canada	Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder	Att utvärdera effekten av MBCT på patienter med OCD diagnos och med ångest/depression symptom	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna patienter med OCD samt ångest/depression symptom <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor <u>Analys:</u> Intent-to-treat analys	36 (8)	Deltagare i MBCT grupp visar stor minskning i depression, ångest och OCD symptom	RCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kuyken, Willem; Hayes, Rachel; Barrett, Barbara; Byng, Richard; Dalglish, Tim; Kessler, David; Lewis, Glyn; Watkins, Edward; Brejcha, Claire; Cardy, Jessica; Causley, Aaron; Cowderoy, Suzanne; Evans, Alison; Gradinger, Felix; Kaur, Surinder; Lanham, Paul; Morant, N.; Richards, J.; Shah, P; Sutton, H.; 2015 Storbritannien	Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial	Att under 24 månader utvärdera effekten av MBCT i kombination med farmakologisk behandling jämfört med endast farmakologisk behandling på patienter med svår depression och minst 3 episoder	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna patienter med svår depression och minst tre depressiva episoder. <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor <u>Analys:</u> Deskriptiv statistik	424 (58)	Kombinerad behandling med MBCT och läkemedel ger inte bättre resultat än endast läkemedel för att förebygga återfall av depression; både varianter lindrar resterande symptom samt förbättrar livskvalitet	RCT I
Lalande, Lloyd; King, Robert; Bambling, Matthew; Schweitzer, Robert 2017 Australien	An Uncontrolled Clinical Trial of Guided Respiration Mindfulness Therapy (GRMT) in the Treatment of Depression and Anxiety.	Att utvärdera effekten av GRMT (Guided Respiration Mindfulness Therapy) för patienter med ångest och depression symptom	<u>Design:</u> Kvantitativ pilot trial; <u>Urval:</u> Vuxna patienter med ångest eller depression symptom. <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor. <u>Analys:</u> Multilevel modellering	42 (-)	GRMT minskar symptom av ångest, depression och stress och ökar välmående. GRMT fungerar som en kort behandling oberoende av kognitiva och beteende metoder	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lenze, Eric J; Hickman, Steven; Hershey, Tamara; Wendleton, Leah; Ly, Khanh; Dixon, David; Doré, Peter; Wetherell, Julie Loebach 2014 USA	Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction.	Att studera effekten av MBSR (mindfulness-based stress reduction) på patienter över 65 med ångest och/eller depression	<u>Design:</u> Kvantitativ pilot trial; <u>Urval:</u> Patienter över 65 som lider av kognitiv störning samt olika former av ångestsyndrom eller depression <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor och enkäter <u>Analys:</u> SAS PROC MIXED	34 (-)	MBSR har en positiv effekt på oro och generell ångest nivå som anses likvärdig med den effekt som uppnås med antidepressiva och kognitiv beteendeterapi. Studien visar även god effekt i fråga om ökad mindfulness, minnesförmåga och handlingsförmåga	P II
Meadows, Graham N; Shawyer, Frances; Enticott, Joanne C; Graham, Annette L; Judd, Fiona; Martin, Paul R; Piterman, Leon; Segal, Zindel 2014 Australien	Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up	Att studera om behandling med MBCT tillsammans med farmakologisk behandling kan förebygga depressions återfall inom två år.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna patienter med minst tre depressiva episoder <u>Datainsamling:</u> Intervjuer, enkäter, självskattningsskalor <u>Analys:</u> ITT (intention to treat) analys; ANOVA; ANCOVA;	204 (26)	MBCT kan kombineras med antidepressiva läkemedel för att uppnå en bra effekt och minska risken för återfall av depression inom två år efter påbörjad MBCT	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sundquist, Jan; Lilja, Åsa; Palmér, Karolina; Memon, Ashfaque A; Wang, Xiao; Johansson, Leena Maria; Sundquist, Kristina 2015 Sverige	Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial.	Att jämföra effekten av grupp MBCT med effekten av individuell KBT på patienter med depression och ångest	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna i ålder 20-64 med depression och ångest diagnoser <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor och enkäter <u>Analys:</u> Wilcoxon signed-rank test; Ordinal mixed model	215 (46)	Det fanns inga signifikanta skillnader mellan mindfulness och kontrollgrupper. MBCT gruppterapi var inte mindre effektiv behandling än KBT för patienter med depression, ångest eller stress och anpassningsstörningar	RCT I
Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, Hackmann A, Krusche A, Muse K, Von Rohr IR, Shah D, Crane RS, Eames C, Jones M, Radford S, Silverton S, Sun Y, Weatherley-Jones E, Whitaker CJ, Russell D, Russell IT 2013 Storbritannien	Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Relapse in Recurrent Depression: A Randomized Dismantling Trial	Att jämföra MBCT med Cognitive psychological education(CPE) och "Treatment as usual "(TAU) som förebyggande metod mot återfall av depression hos patienter med MDD (Major Depressive Disorder) och minst 3 tidigare episoder	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Vuxna patienter mellan 18 och 70 med minst tre depressiva episoder <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor och enkäter <u>Analys:</u> Cox proportional hazards regression models	274 (19)	MBCT försåg med signifikant skydd mot återfall, men endast hos deltagare med barndomstrauma; I andra grupper hade MBCT ingen större signifikant effekt jämfört med CPE och TAU	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Yeung Shan Wong, S., Hon Kei Yip, B., Wing Sze Mak, W., Mercer, S., Yee Lai Cheung, E., Yuet Man Ling, C., & ... Ling, C. M. 2016 Hong Kong, Kina	Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial	Att jämföra effekter av MBCT, CPE och TAU vid behandling av patienter med GAD (Generalised Anxiety Disorder)	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Patienter i ålder mellan 21 och 65 med GAD diagnos <u>Datainsamling:</u> Självskattningsskalor och enkäter <u>Analys:</u> Linear mixed models (LMM)	182 (4)	Studien visade att MBCT och CPE har lika bra effekt vid behandling av ångest	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke-kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet