

Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer

Sammendrag

Bakgrunn. Oppmerksomhetstrening har utviklet seg over 25 år til å bli en metode for behandling av stress og helseplager.

Materiale og metode. 144 personer har prøvd metoden i en randomisert studie i allmennpraksis med en kontrollgruppe. Målgruppen var pasienter plaget av stress og kroniske sykdommer. Effekten på livskvalitet ble målt med Verdens helseorganisasjons spørreskjema (WHOQOL-BREF). Subjektiv helse ble målt med Subjective Health Complaint (SHC) og Hopkins Symptom Checklist (SCL-5).

Resultater. 92 % fullførte det åtte ukers kurset, og deltakerne vurderte viktigheten av kurset til 8,5 på en skala 1–10. Det var bedring i livskvalitet og subjektiv helse hos deltakerne fra kursstart til kursslutt ($p < 0,001$), mens kontrollgruppen ikke endret seg i venteperioden. Bedring i livskvalitet holdt seg tre og seks måneder etter kursslutt, mens subjektiv helse bedret seg ytterligere i oppfølgingsperioden. Endringene var uavhengig av alder, kjønn, utdanning, arbeids-, trygde- og sivilstatus. Forbedringen var positivt korrelert med mengde av oppmerksomhetstrening som ble rapportert. Effekten var størst for psykiske plager og psykisk funksjon.

Fortolkning. Metoden gir pasienter et verktøy for å bedre egen helse og livskvalitet. Virkningen kan skyldes endring i måten pasientene vurderer seg selv og sitt liv gjennom økt forståelse og mestring av egne helseplager. Metoden kan egne seg til undervisning av helsepersonell og pasienter og bør vurderes innført i lærings- og mestringssentre.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Michael de Vibe

mdevibe@frisurf.no
Lierskogen legekontor
3422 Lierskogen

Torbjørn Moum

Avdeling for atferdsfag
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Oppmerksomhetstrening som helsefremmende metode har utviklet seg over de siste 25 år, med utgangspunkt i Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society ved University of Massachusetts Medical School, USA. Det er redegjort for metoden og forskningen på området i en tidligere artikkel i Tidsskriftet (1). Sentralt er øvelser i oppmerksomhet der man erfarer, anerkjenner og aksepterer det som skjer i hvert øyeblikk uten å bli fanget i tankene eller følelsene omkring det som skjer. Pasientene lærer gjennom dette nye måter å mestre stress og helseplager på.

Det er utført mange studier siden 1979 som viser effekt på kroniske smertetilstander, fibromyalgi, bulimi, angst, depresjon og følelsesmessig besvær i forbindelse med kroniske sykdommer (2). En metastudie fra 2003 underbygger at metoden kan være virksom, men det etterlyses flere kliniske studier (3).

Med støtte fra kvalitetsfondet i Legeforeningen ble metoden oversatt og tilpasset norske forhold, og prøvd ut blant pasienter i allmennpraksis.

Materiale og metode

Høsten 2003 ble 144 personer som var plaget av stress og kroniske sykdommer, rekruttert gjennom brev til allmennleger og trygdekontor, avisintervju med kursleder (førsteforfatter) og et informasjonsmøte. Deltakerne ble randomisert ved terningkast til fem grupper som alle mottok samme tilbud. Studiens utforming fremgår av figur 1. Kursleder hadde møtt ni av deltakerne som pasienter tidligere. Kursene gikk over åtte uker og ble holdt av førsteforfatteren alene. De besto av ukentlige samlinger på 2 1/2 time og en heldagssamling etter sju uker. Deltakeravgiften var på 450 kroner. Forsøksprotokollen ble godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetik i Sør-Norge.

Kursene består i å trene oppmerksomheten gjennom meditasjon, kroppsavspenning, yogaøvelser og oppmerksomhet på pusten i hverdagslivets stressende situasjoner. Meto-

den vektlegger full aksept av det man erfarer i kropp og sinn når man øver. Oppmerksomheten rettes så mot det som oppleves stressende for den enkelte, og man utforsker nye måter å mestre dette på. Hver samling har et fastlagt innhold med tilhørende hjemmeløse. Elementer i programmet er:

- Kurshefte med teoretisk kunnskap om oppmerksomhetstrening, stress, samspillet mellom kropp og sinn og kommunikasjon
- Erfaringslæring gjennom øvelser i samlingene og hjemme ved bruk av CD
- Gruppeprosess med refleksjon over hva deltakerne opplever når de øver

I tillegg til demografiske data og trygdestatus ble brukernes livskvalitet målt med kortversjonen av WHO's spørreskjema om livskvalitet (WHOQOL-BREF). Det er validert i Norge parallelt med i andre land (4), og har vist seg egnet til å måle endringer i livskvalitet i kliniske forsøk (5). Skjemaet inneholder 24 spørsmål gruppert i fire domener: fysisk funksjon, psykologisk funksjon, sosiale relasjoner og omgivelsesfaktorer. I tillegg er det et generelt spørsmål om livskvalitet og et om helsetilstand. Jo høyere skår, desto høyere livskvalitet. Subjektiv helse ble målt med Subjective Health Complaint (SHC), utviklet av Holger Ursin i Bergen. Skjemaet er diagnoseuavhengig, og det foreligger norske normtall (6). Skjemaet inneholder 29 spørsmål om allmenne symptomer som grupperes i fem domener: muskel-skjelett-symptomer, pseudonevrologi (tretthet, svimmelhet, hjertebank, søvnvansker, angst og depresjon), gastrointestinale symptomer, allergi og influensa. SHC



Hovedbudskap

- Oppmerksomhetstrening er en metode for selvregulering som bedrer livskvalitet og subjektiv helse
- Bedringen holder seg eller øker i oppfølgingstiden
- Bedring er uavhengig av demografiske variabler, men øker med grad av øvelser
- Virkningen kan være et perspektivskifte i synet på seg selv og livet
- Metoden egner seg til bruk i undervisning av helsepersonell og pasienter

er brukt i en rekke studier i Norge og i utlandet og har vist god reliabilitet og validitet. Jo lavere skår, desto mindre er helseplagene. I tillegg ble en kortversjon av Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (7), kalt SCL-5, brukt for å registrere psykiske plager (8). SCL-5 har skårer fra 0 til 4, og en skår over 2,0 indikerer psykisk lidelse (9). Sammenliknet med HSCL-25 har SCL-5 vist god reliabilitet med Cronbachs alfa $> 0,8$ og god spesifisitet (82 %) og sensitivitet (96 %) for å fange opp psykiske plager (9).

To purringer ble sendt til dem med ubesvarte protokoller. Deltakerne ble spurt om hvorfor de deltok, viktigheten av kurset, hvor mye de øvet og om de hadde endret livsstil som følge av kurset. I tillegg ble deltakerne oppfordret til å skrive historier om sine kurserfaringer.

Følgende hypoteser ble formulert: Deltakelse i kurset fører til bedret livskvalitet og nedgang i helseplager. Endringene holder seg i oppfølgingsperioden og er avhengig av grad av kursdeltakelse og hjemmeøvelser, men uavhengig av demografiske faktorer. Det er ingen endringer i subjektiv helse eller livskvalitet hos kontrollgruppen i ventetiden før kursstart.

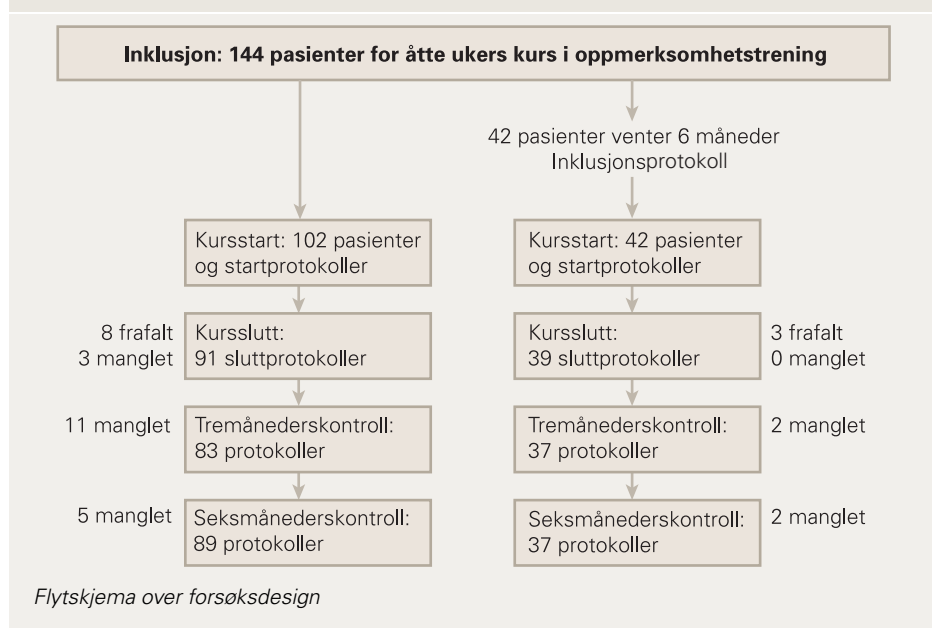
Data fra spørreskjemaene ble analysert med statistikkprogrammet SPSS (versjon 12). Endringer ble analysert ved t-outvalgs t-test, parett-test, khikvadrattest og kovariansanalyser. P-verdier $< 0,05$ ble vurdert som statistisk signifikante, og Bonferronis korreksjon ble foretatt for å justere for multiple sammenlikninger. Effekttørrelsen for endring er beregnet som Cohens d (10). Ifølge Cohen kan en effekttørrelse på 0,2 anses som liten, 0,5 som middels og 0,8 som stor.

Resultater

144 personer startet på kursene. Demografiske data for deltakerne fremgår av tabell 1. Følgende grunner ble oppgitt av de 11 pasientene (8 %) som ikke fullførte: Hendelser i privatlivet, angst, hoftoperasjon, ryggsmertesmerter, innleggelse for depresjon og svangerskap. Deltakerne hadde høyere utdanningsnivå enn gjennomsnittet for den norske befolkning, men en lavere andel var yrkesaktive. Andelen som mottok trygdeytelser, var til gjengjeld høyere (11). 37 % oppga å være syke ved kursstart.

I gjennomsnitt møtte deltakerne opp 7,3 ganger (SD = 1,5). Ved kursslutt ble viktigheten av kurset vurdert til 8,5 (SD = 1,6) på en skala 1–10. Det tilsvarende tallet var 7,5 (SD = 2,0) seks måneder senere. 122 (85 % av alle) oppga at kurset hadde gitt dem noe av varig verdi og nevnte bl.a. bruk av pusten til avspenning i hverdagen, senket tempo, at de var mer avslappet, hadde større selvaksept og mindre dårlig samvittighet, større tillit til seg selv og livet, var mer oppmerksom og til stede samt taklet smerter og stress bedre. 76 personer rapporterte i alt 141 endringer i livsstil, hvorav 66 omfattet endringer i kost, fysisk aktivitet, alkohol, røyking og

Figur 1



fjernsynsseing. Andre oppga at de tok økt hensyn til egne behov, var mer bevisst på å sette grenser, hadde senket tempoet og økt oppmerksomheten på hva de foretok seg.

Livskvalitet og subjektive helseplager

Tabell 2 og 3 viser resultatet av analysene for samtlige domener for alle deltakerne. Først presenteres en sammenlikning innad i kontrollgruppen ved inklusjon og senere kursstart. Deretter er endringer fra kursstart til kursslutt og fra kursstart til seksmånederskontroll beregnet for alle effektvariablene. Resultatene ved tremånederskontrollen var praktisk talt uforandret sammenliknet med kursslutt og viste samme statistiske signifikans.

Variabler, sykdom og deltakelsesgrunn

Alle endringene i livskvalitet og subjektive helseplager fra kursstart til kursslutt ble kontrollert for kjønn, alder, sivilstatus (gift/samboende vs. enslig/enke/enkemann), utdanning, trygdestatus (mottar vs. mottar ikke trygdeytelse), arbeidsstatus (i vs. ikke i arbeid), om deltakerne var syke ved kursstart samt oppgitte grunner til å delta på kurset. Kovariansanalyser med de nevnte variablene som faktorer, kontrollert for nivået på livskvalitet/subjektive helseplager ved kursstart, ga ingen signifikante utslag i endringer i livskvalitet eller subjektive helseplager. Det var ingen systematiske forskjeller mellom demografisk definerte undergrupper eller ut fra rapportert sykdom eller oppgitt grunn til deltakelse ved kursstart.

Trygdestatus

Andelen personer som mottok trygdeytelser ved kursslutt og ved seksmånederskontroll, var signifikant lavere enn ved kursstart ($p < 0,001$). Hele forskjellen skyldtes en

nedgang i antall sykmeldte fra 26 til 14 personer.

Mengde hjemmeøvelser

Ved kursslutt var det ingen statistisk sammenheng mellom oppgitt mengde hjemmeøvelser og endringer i livskvalitet og subjektive helseplager siden kursstart, men de fleste hadde øvet daglig i kursperioden. Ved seksmånederskontrollen var det signifikant (fra $p < 0,001$ til $p = 0,038$) større bedring i livskvalitet i alle domener siden kursstart blant dem som hadde øvet mest. For subjektive helseplager samlet fant vi den samme tendensen, men uten at den nådde nivået for statistisk signifikans.

Det var ingen signifikant sammenheng mellom bedring i livskvalitet og subjektive helseplager og antall kursoppmøter blant deltakerne.

Effekttørrelser

Effekttørrelsen (Cohens d) for endringer i livskvalitetsdomenene var samlet 0,49 ved kursslutt og 0,50 ved seksmånederskontrollen. Effekten var størst innen domenet psykisk funksjon (0,54) og lavest for pasientenes omgivelser (0,36). Subjektive helseplager hadde en samlet effekttørrelse på 0,36 ved kursslutt og 0,55 etter seks måneder. Effekten var størst på domenet pseudonevrologi (0,59) og minst på allergi (0,16). Effekttørrelsen på Hopkins Symptom Checklist (SCL-5) var 0,57 både ved kursslutt og etter seks måneder.

Deltakernes historier

Det kom inn 50 historier fra deltakerne, og det følgende var typiske utsagn:

- «Kurset har først og fremst lært meg å ha en mer aksepterende holdning til tanker og følelser som dukker opp i meg selv.»

Tabell 1 Demografiske data for deltakere. N = 144

Hovedvariabel		Kontrollgruppe (N = 42)	Resten av deltakere (N = 102)	De som ikke fullførte kursene (N = 11)
Kjønn	Mann	6 (14,3 %)	11 (10,8 %)	1 (9,1 %)
	Kvinne	36 (85,7 %)	91 (89,2 %)	10 (90,9 %)
	Totalt	42	102	11
Alder		48 år (17–63)	47 år (20–69)	44 år (20–62)
Utdanning	Grunnskole	3 (7,1 %)	10 (9,8 %)	1 (9,1 %)
	Videregående	10 (23,8 %)	22 (22,5 %)	2 (18,2 %)
	Universitet/høyskole	29 (69 %)	69 (67,6 %)	8 (72,7 %)
	Totalt	42	102	11
Arbeidsstatus	Heltid	18 (42,9 %)	40 (39,2 %)	6 (54,5 %)
	Deltid	12 (28,6 %)	31 (30,4 %)	2 (18,2 %)
	Ikke i arbeid	12 (28,6 %)	31 (30,4 %)	3 (27,3 %)
	Totalt	42	102	11
Trygdestatus	Sykmeldt	8 (19 %)	16 (15,7 %)	1 (9,1 %)
	Attføring	8 (19 %)	9 (8,8 %)	3 (27,3 %)
	Ufør	3 (7,1 %)	14 (13,7 %)	1 (9,1 %)
	Annet	3 (7,1 %)	6 (5,9 %)	0
	Ingen	20 (47,6 %)	57 (55,9 %)	6 (54,5 %)
	Totalt	42	102	11
Årsak til å delta på kurs	Muskel- og skjelettsykdom	16 (38,1 %)	25 (24,5 %)	1 (9,1 %)
	Stress	7 (16,7 %)	19 (18,6 %)	3 (27,3 %)
	Angst/depresjon	2 (4,8 %)	14 (13,7 %)	2 (18,2 %)
	Angst/depresjon + muskel- og skjelettsykdom	3 (7,1 %)	12 (11,8 %)	0
	Utbrenthet og søvn- problemer	5 (11,9 %)	8 (7,9 %)	1 (9,1 %)
	Kronisk sykdom	8 (19 %)	13 (12,7 %)	2 (18,2 %)
	Selvtutvikling	1 (2,4 %)	11 (10,8 %)	2 (18,2 %)
	Totalt	42	102	11

– «Jeg har blitt snillere mot meg selv, og stiller ikke så store krav til meg selv lenger. Jeg trengte dette kurset for å våge å gå litt ned på kravene. Jeg er også mer avslappet. Det er herlig frigjørende. Jeg tar dype pust og er mer til stede, prøver å godta ting slik de er akkurat nå.»

Diskusjon

Deltakerne aksepterte kurset godt, og hele 92 % fullførte etter planen. Det lille antallet

som falt fra (8 %), skilte seg ikke signifikant fra de øvrige i subjektiv helse eller livskvalitet ved kursstart. Deltakerne representerer en selektert gruppe pasienter, og kvinneandelen var svært høy (88 %). Materialet er analysert både med og uten de 17 mannlige deltakerne, men uten at det endrer resultatene. Med så få menn kan det ikke sies noe sikkert om effekten av denne type kurs for menn generelt. Over 25 års erfaring viser at kvinner tiltrekkes oftere til kurs der fokus er på be-

visstgjøring av egne opplevelser. Trolig må kurskonseptet gjøres om og markedsføres annerledes for å appellere mer til menn.

Sammenliknet med referansetall fra en dansk kvinnelig befolkning var livskvaliteten hos deltakerne signifikant lavere ($p < 0,001$) på alle domener (12). Kursdeltakerne oppga også flere subjektive helseplager enn i en normalbefolkning av norske kvinner ($p < 0,001$) på domene muskelskjelett-plager, pseudonevrologi, gastrointestinale symptomer og totalt (6). Det kan tyde på at de som meldte seg på, tilhørte en ønsket målgruppe.

Det finnes en rekke skjemaer for å måle livskvalitet. Mange er utviklet for å måle helserelatert livskvalitet, som f.eks. SF36 og Nottingham Health Profile. Derimot har WHOQOL blitt utviklet gjennom en grundig analyse av hva befolkningen selv anser som viktig for livskvaliteten. Disse faktorene er vektet og brukt som grunnlag for spørreskjemaet. Det faktum at det er relativt kort og enkelt å fylle ut samt at det er validert i Norge, var avgjørende for valget. EuroQoL er et annet generelt livskvalitetsskjema som kunne vært benyttet.

For å måle psykiske helseplager kunne SCL-90 vært brukt, siden dette skjemaet har vist seg egnet i liknende studier (3). Kortversjonen, SCL-5 (som er hentet fra HSCL-25 og SCL-90), ble brukt for å vurdere angst og depresjon, siden dette ble ansett for å være spesielt relevant for målgruppen. Alternativer kunne vært Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Becks depresjonsskala eller MMI-5, som er en kortversjon av SF-36.

Effekten av kursene på livskvalitet og subjektive helseplager ligger på samme nivå som i metastudien fra 2003 (3), der 15 uavhengige studier viste en gjennomsnittlig effektstørrelse (Cohens d) ved kursslutt og ved oppfølgingstidspunkt på 0,59. Om de positive endringene i vår studie skyldes deltakelse i kursene per se, kan ikke fastslås sikkert. En annen mulig forklaring på effekten kan være spontan tilbakegang til eget normalnivå av livskvalitet og subjektive helseplager (regression to the mean) hos personer som muligens meldte seg på kurset i en periode med særlig stor påkjenning. Kontrollgruppen, som også hadde meldt seg på kurset, viste en liten bedring i subjektive helseplager og livskvalitet på en del domener i ventetiden. Med en større kontrollgruppe kunne denne bedringen muligens blitt signifikant. Imidlertid viste kontrollgruppen en reduksjon i livskvalitetsdomenene fysisk funksjon og global helsetilstand i løpet av ventetiden, og det var ingen endring i angst og depresjonsplager (SCL-5). Dessuten endret ventelistegruppen seg like mye fra kursstart til kursslutt som de øvrige deltakerne, og dette styrker tolkingen av at kursene faktisk bidro til den observerte bedringen.

Livskvaliteten økte som forventet mest innenfor domeneene fysisk og psykisk funk-

Tabell 2 Livskvalitet målt med WHOQOL-BREF, gjennomsnitt domenesvar på 0–100-skala med standardavvik i parentes. Endringer testet for signifikans med parett t-test for endring fra inklusjon til kursstart (rad 2), fra kursstart til kursslutt (rad 4), og fra kursstart til seks månederskontroll (rad 5). For rad 4 og 5: $p < 0,001$

Målepunkt og sammenlikningsgrupper	Global livskvalitet	Global helse	Fysisk funksjon	Psykisk funksjon	Sosiale relasjoner	Omgivelsesfaktorer
1 Kontrollgruppe ved inklusjon (n = 42)	71 (16)	54 (20)	56 (15)	56 (14)	52 (20)	67 (11)
2 Kontrollgruppe ved kursstart (n = 42)	72 (17)	50 (20)	54 (16)	57 (14)	56 (16)	69 (12)
3 Kursstart (n = 144)	69 (18)	55 (21)	56 (17)	56 (16)	58 (17)	69 (12)
4 Kursslutt (n = 129–131)	77 (16)	68 (19)	65 (16)	65 (14)	65 (15)	73 (10)
5 6 md. etter kursslutt (n = 124–125)	78 (15)	68 (18)	65 (16)	65 (13)	65 (16)	74 (11)

Tabell 3 Subjektive helseplager (SHC), gjennomsnitt domenesvar med (SD), og gjennomsnitt sumskåre for SCL-5 med standardavvik i parentes. Endringer testet for signifikans med parett t-test for endring fra inklusjon til kursstart (rad 2), fra kursstart til kursslutt (rad 4), og fra kursstart til seksmånederskontroll (rad 5).

Målepunkt	Muskel- og skjelettplager	Pseudo-neurologi	Gastrointestinale lidelser	Allergi	Forkjølelse, Bronkitt	Totale helseplager	SCL-5 for angst og depresjon
1 Kontrollgruppe ved inklusjon (n = 42)	9,3 (5,7)	7,2 (4,1)	3,7 (3,3)	1,3 (1,9)	1,0 (1,6)	22,3 (12,2)	2,2 (0,7)
2 Kontrollgruppe ved kursstart (n = 42)	9,3 (5,5)	6,4 (3,5)	3,4 (3,0)	1,0 (1,7)	0,6 (1,0)	20,4 (10,1)	2,1 (0,7)
3 Kursstart (n = 144)	8,1 (4,9)	6,4 (3,6)	2,9 (2,6)	1,0 (1,7)	0,7 (1,1)	19,1 (9,5)	2,3 (0,7)
4 Kurslutt (n = 127–130)	6,7 ² (5,0)	4,6 ² (3,6)	2,3 ¹ (2,5)	1,3 (1,9)	0,8 (1,4)	16,2 ² (9,7)	1,8 ² (0,6)
5 6 md. etter kurslutt (n = 125)	6,0 ² (4,6)	4,3 ² (3,2)	2,0 ² (2,5)	0,9 (1,3)	0,5 (1,0)	13,9 ² (9,7)	1,8 ² (0,6)

¹ p = 0,02² p < 0,001**Tabell 4** Andel som oppgir en helseplage i løpet av de fire siste uker

Subjektive helseplager	Deltakere ved kursstart n = 144	Norske kvinner n = 568 (6)
Tretthet	84 %	55 %
Nakkesmerter	79 %	46 %
Smerter i skuldre	75 %	48 %
Hodepine	73 %	58 %
Søvnproblemer	73 %	32 %
Nedtrykthet, depresjon	71 %	29 %
Smerter i korsrygg/øverste i ryggen	64/54 %	24/44 %
Angst	44 %	11 %

sjon, men det var også en viss effekt på omgivelsesdomenet. Dette kan forklares ved at vårt forhold til omgivelsene er avhengig av vårt forhold til oss selv, noe som underbygges når de sju spørsmålene innenfor dette domenet undersøkes hver for seg. 36 % av endringen i domenet var et resultat av spørsmålet «hvor trygg føler du deg til daglig?», mens de øvrige som omhandlet økonomi, transport, helsetjenester, informasjon og mulighet for å delta i fritidssysler, viste langt mindre endring. Hvilken endring i livskvalitet som er klinisk relevant, er vanskelig å gi et sikkert svar på, men dersom endringen ledsages av tilsvarende nedgang i subjektive helseplager, slik vår studie viser, vil det kunne virke positivt inn på pasientens funksjons- og arbeidsevne. Dette bør undersøkes videre i studier med en lengre oppfølgings-tid.

Virkingen på psykiske helseplager underbygges av endringen i Hopkins Symptom Checklist (SCL-5), som ga størst effekt (0,57). Innenfor livskvalitetsdomenene var det også psykisk funksjon som hadde størst effekt (0,54). En separat analyse av spørsmålene i dette domenet viste størst endring for spørsmålet «hvor tilfreds er du med deg selv?», deretter «hvor ofte opplever du negative følelser som for eksempel at du er trist, engstelig eller deprimeret?». Resultatene er i tråd med en nylig avsluttet studie av oppmerksomhetstrening, som ved hjelp av funksjonell hjerneskaning viser endringer i aktiviteten i de områder av hjernen som har med emosjonell balanse, angst og depresjon å gjøre (13).

Kjennetegn ved endringer i livskvalitet er at de oppsto i løpet av kurset og forble stabile i oppfølgingsperioden. Det samme gjaldt for psykiske plager bedømt ved SCL-5. Bedringen i subjektive helseplager var derimot mindre i løpet av kurset, men den fortsatte helt frem til seksmånederskontrollen. Dette er i samsvar med den antatte virkningsmekanismen for oppmerksomhetstrening. Den beskrives som et perspektivskifte, der deltakerne først og fremst endrer måten de ser på seg selv og verden på. Grunnleggende holdninger endres gjennom økt aksept og tillit til seg selv – kroppslig og emosjonelt – og omgivelsene.

«Når jeg kan tåle meg selv og verden slik den er, blir den mer forståelig og håndterbar.» Dette er i tråd med Antonovskys begrep «sense of coherence», som er vist å henge sammen med stressmestring (14). Det underbygges både av pasientenes historier og av en studie med oppmerksomhetstrening som viste økning i «sense of coherence» parallelt med effekten av kurset (15). Når endringer i perspektiv hos en person har inntruffet, vil dette fortsette å påvirke hans eller hennes subjektive helseplager. Det samsvarer også med teoriene om at økningen i helseplager i vårt samfunn i et visst monn kan skyldes stressbetinget sensitivisering overfor normale plager (16). Disse kan muligens normaliseres gjennom den endringen oppmerksomhetstrening medfører. En slik fortolkning støttes ved at fordelingen av subjektive helseplager (tab 4) er tilnærmet lik normalbefolkningens og at de totale subjektive helseplager etter seks måneder nærmer seg et normalnivå i befolkningen (6).

Nedgangen i antall sykmeldte etter kurset var tydelig, men resultatet er usikkert på grunn av små tall. Forsøket bør gjentas med grupper der et større antall sykmeldte deltar og gruppene følges opp over lengre tid, f.eks. 12 måneder eller mer. Tryggestatus ser ikke ut til å påvirke effekten av kurset, ei heller begrunnelsen for å delta eller oppgitt sykdom ved kursstart. Dette kan skyldes at de fleste hadde stressrelaterte plager selv om de oppga ulike årsaker til å melde seg på kurset. Innenfor denne målgruppen hadde demografiske variabler liten betydning for om effekten av kurset var stor eller liten.

Siden det er oppnådd liknende resultater med studentpopulasjoner (2, 3), er det sannsynlig at resultatene fra denne studien vil kunne oppnås i mindre selekterte pasientpopulasjoner.

Subjektive helseplager er ansvarlige for mer enn 50 % av sykmeldinger, en tredel av uførepensjoner og over halvparten av konsultasjoner hos norske allmennpraktikere (17). Videre viser studier at 50–70 % av alle legebesøk i primærhelsetjenesten skyldes stressrelaterte problemer (18). En enkel metode som pasientene selv kan bruke til å påvirke sine plager, kan få stor betydning for dem selv og samfunnet og kan egne seg godt ved helseforetakenes lærings- og mestrings-sentre. Metoden er bl.a. tatt inn i undervisningen for medisinstudenter ved universitetet Monash i Australia og er sentral i veilederutdanningen i livsstyrketrening ved diakonhjemmets høyskole i Oslo. Den prøves nå ut som ett element i et lederopplæringsprogram for 400 sykepleierledere i de fem helseregionene i Norge.

Forskningsarbeidet ble tildelt Den norske lægeforsknings kvalitetspris for primærhelsetjenesten 2006.

Manuskriptet ble godkjent 11.5. 2006. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.

>>>

Litteratur

1. de Vibe M. Oppmerksomhetstrening – en metode for selvregulering av helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 21: 3062–4.
2. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med* 2002; 64: 71–84.
3. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice* 2003; 10: 125–43.
4. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The WHO's WHOQOL-BREF quality assessment: psychometric properties and results of the intern field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004; 13: 299–310.
5. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT et al. Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by WHO-BREF: score distribution and psychometric properties. *Arthritis Rheum* 2004; 15: 350–7.
6. Ihlebæk C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30: 19–29.
7. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974; 19: 1–15.
8. Tambs K, Moum T. How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 364–7.
9. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K et al. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 113–8.
10. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2. utg. Hillsdale, NJ: Laurence Earlbaum Associates, 1988.
11. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no (11.5.2006).
12. Noerholm V, Grønvold M, Watt T et al. Quality of life in the Danish general population – normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. *Qual Life Res* 2004; 13: 531–40.
13. Davidson RJ. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003; 65: 564–70.
14. Antonovsky A. *Health, stress and coping: New perspectives on mental and psysical well-being*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1979.
15. Weissbecker I, Salmon P, Studts JL et al. MBSR and sense of coherence among women with fibromyalgia. *J Clin Psychol Med Settings* 2002; 9: 297–307.
16. Eriksen H, Ursin H. Sensitization and subjective health complaints. *Scand J Psychol* 2002; 43: 198–196.
17. Tellnes G, Bjerkedal T. Epidemiology of sickness certification – a methodological approach based on a study from Buskerud County in Norway. *Scand J Soc Med* 1989; 17: 245–51.
18. MacFarland BH, Freeborn DK. Psychiatric disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 583–90.