



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

PSYKOLOGISK BEHANDLING ETT ALTERNATIV TILL FIBROMYALGI

-En litteraturstudie om vilka symtom som lindras med kognitiv beteendeterapi och mindfulness och hur sjuksköterskan kan använda denna kunskap.

HENRIK ÅKERBLOM
SEBASTIAN LINDÈN

PSYKOLOGISK BEHANDLING ETT ALTERNATIV TILL FIBROMYALGI

-En litteraturstudie om vilka symtom som lindras med kognitiv beteendeterapi och mindfulness och hur sjuksköterskan kan använda denna kunskap.

HENRIK ÅKERBLOM
SEBASTIAN LINDÉN

Åkerblom H & Lindén S. Psykologisk behandling ett alternativ till fibromyalgi. En litteraturstudie om vilka symtom som lindras med kognitiv beteendeterapi och mindfulness och sjuksköterskan kan använda denna kunskap. Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng. Sjuksköterskeprogrammet, Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2010.

En deskriptiv litteraturstudie genomfördes för att undersöka vilka symtom vid sjukdomen fibromyalgi som lindrades av kognitiv beteendeterapi och mindfulness. Resultatet visade att kognitiv beteendeterapi minskade symtomen smärta, trötthet, ångest, depression, stelhet samt ger en förbättrad sömn. Mindfulness minskade symtomen smärta, depression samt ger en förbättrad sömn. Denna kunskap kan användas av sjuksköterskor i omvårdnaden av patienter med sjukdomen fibromyalgi. Resultatet tyder på att kognitiv beteendeterapi och mindfulness kan vara ett alternativ till den farmakologiska behandlingen.

Nyckelord: fibromyalgi, kognitiv beteendeterapi, mindfulness, smärta, trötthet, sömnstörningar, depression, ångest, specifik omvårdnad, sjuksköterska.

PSYCHOLOGICAL TREATMENT AN OPTIONS TO FIBROMYALGIA

-A literature review to determine the impact of cognitive behavior therapy and mindfulness on symptoms of fibromyalgia and how this research can be utilised in nursing.

HENRIK ÅKERBLOM
SEBASTIAN LINDÉN

Åkerblom H & Lindén S. Psychological treatment an options to fibromyalgia. A literature review to determine the impact of cognitive behavior therapy and mindfulness on symptoms of fibromyalgia. How this research can be utilised in nursing. Degree Project, 15 Credit Points. Nursing program, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2010

A descriptive literature review has been conducted to investigate the impact of cognitive behaviour therapy and mindfulness on the symptoms of patients' suffering from fibromyalgia. The results showed that cognitive behavioral therapy reduced pain, fatigue, anxiety, depression; stiffness and improved patients' sleep patterns. Nurses' awareness of the impact of cognitive behavior therapy and mindfulness as alternative/ complementary treatments to pharmacological drugs will be beneficial toward the treatment of fibromyalgia in the future.

Keywords: Fibromyalgia, Cognitive-behavioral therapy, mindfulness, pain, fatigue, sleep disturbances, depression, anxiety, specific nursing, nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Fibromyalgi	6
Patofysiologi	7
Symtom	7
Fysiska symtom	7
Smärta	7
Sömn	8
Irritable Bowel Syndrom	8
Huvudvärk/Migrän	8
Trötthet	8
Psykiska symtom	8
Oro/Ångest och Depression	9
Stress	9
Kognitiva symtom	9
Diagnos	9
Behandling	9
Farmakologisk behandling	10
Icke farmakologisk behandling	10
Kombinerad behandling	10
Kognitiv beteendeterapi	10
Mindfulness	11
Sjuksköterskans ansvarsområden	12
HSL	13
LYHS	13
ICN	13
SYFTE	13
Definitioner	14
METOD	14
Urval	14
Databassökning	14
Kvalitetsgranskning	17
Analys	17
RESULTAT	17
Kognitiv beteendeterapi	17
Fysiska förändringar	17
Smärta	18
Sömn	18
Trötthet	18
Psykiska förändringar	18
Bifynd	18
Mindfulness	19
Fysiska förändringar	19
Smärta	19
Sömn	19
Psykiska förändringar	19

Bifynd	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	20
Sjuksköterskans specifika omvårdnad av patienter med fibromyalgi	20
Hur kan sjuksköterskan öka sin kunskap om utövandet av god specifik omvårdnad till dessa patienter	22
KONKLUSION	23
REFERENSER	24
BILAGOR	27
Bilaga 1	28
Bilaga 2	29
Bilaga 3	37

INLEDNING

Användandet av kognitiv beteendeterapi har ökat de senaste åren som komplement till farmakologisk behandling [14]. Studien ska ge läsarna en ökad förståelse om mindfulness och kognitiv beteendeterapi, samt vilka symtom som kan lindras med dessa behandlingsmetoder. Fibromyalgi drabbar mellan 3-5 procent av svenska befolkningen och är därmed en folksjukdom [1]. I framtiden kommer allt fler sjuksköterskor att möta patienter som har denna sjukdom. Enligt Sylvain visar det sig att sjuksköterskan har för lite kunskap om fibromyalgi och tar inte denna patientgrupp på allvar [31]. Det är därför viktigt att som sjuksköterska öka sin kunskap om denna sjukdom. Då fibromyalgi räknas som en folksjukdom kommer sjuksköterskan troligtvis stöta på denna patientgrupp och bör då ha en kunskap och förståelse för att kunna ge en god omvårdnad [11].

BAKGRUND

I sjuksköterskans grundutbildning får sjuksköterskestudenten mer undervisning om sjukdomen diabetes än om sjukdomen fibromyalgi. Diabetes har en prevalens på ca 7 procent medan fibromyalgi har mellan 3-5 procent. Förhållandet i undervisningstimmar under utbildningen mellan dessa sjukdomar är stort då båda räknas som en folksjukdom [1,35]. Vid sjukdomen fibromyalgi förekommer mycket egenvård i form av fysisk aktivitet. I sjuksköterskans profession ingår det att motivera och stärka patientens egenvård som är en viktig del för att patienten ska kunna minska sina symtom [2,33]. Individer som har sjukdomen fibromyalgi lever under ständig stress. För att kunna minska stressen kan sjuksköterskan se över individens levnadsvanor. Otillfredsställande levnadsvanor påverkar sjukdomens symtom negativt [1,33]. I studien av P.G. Tan där forskning pågått under fyra år tyder kognitiv beteendeterapi vara en effektiv behandlingsmetod för patienter med fibromyalgi. Både kognitiv beteendeterapi och mindfulness ger en stressreducerande effekt och skulle kunna vara ett alternativ till den traditionella behandlingen [8]. Behandlingsmetoden kognitiv beteendeterapi är en aktuell metod till den traditionella behandlingen. Detta kan ses då landstingen ökar sin rekrytering av terapeuter på grund av det ökade behovet [5].

Fibromyalgi

Personer med fibromyalgi har under nittonhundratalet benämnts vid en rad olika namn, t.ex. muskelreumatism, myofibrositis, myofasciellt syndrom, myalgi och fibrosytis. Tidigare mer känd benämning som använts är sveda - värk och brännkärring (SVBK). Enligt den tyske forskaren dr Tempelhof är fibromyalgi en genetisk sjukdom och risken att ärva den är mellan tio till femtio procent [1,2].

I Sverige är prevalensen av sjukdomen fibromyalgi mellan 3-5 procent. Frekvensen ökar kraftigt med stigande ålder [1,3]. Troligen beror den kvinnliga dominansen av biologiska och psykosociala faktorer. Enligt Tapper har kvinnan en komplicerad hormonsammansättning och är därmed känsligare än män när det gäller smärta. Detta beror på att männen har en högre smärtröskel genom hormonet testosteron [1,2]. Sjukdomen går inte att diagnostisera via blodprov eller röntgenundersökningar. Patientens anamnes är således viktig för att kunna diagnostisera sjukdomen [1]. Fibromyalgi är en kronisk sjukdom med diffusa

smärttillstånd i rörelseorganen där flera olika symtom kan förekomma. Det vanligaste symptomet är smärta i nacke, skuldror, armar, ben och rygg. Andra symtom är huvudvärk, oro, ångest, depression, irritable bowel syndrom, trötthet, sömnproblem samt kognitiva besvär [3].

Patofysiologi

Anledningen till sjukdomen fibromyalgi beror på en komplicerad sjukdomsbild av muskulära, hormonella och endokrina rubbningar. Muskulära orsaken beror på störningar i centrala nervsystemet där hjärnan skickar ut fel signaler till musklerna [2]. Det autonoma nervsystemet påverkas av sympatikusaktivering och ger vegetativa symtom. Vegetativa symtom kan inte styras av viljan och ger symtom som störningar i hjärtrytmen, ökad andning, miktions- och tarmproblem. Vid en sympatikusaktivering frisätts hormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol. Dessa hormoner aktiverar de vegetativa symtomen [1,11]. Vid störningar i blodförsörjningen till muskelvävnaderna samt brist på syre blir musklernas energiförsörjning sänkt. Detta leder till ett för tidigt åldrande av muskulaturen. Muskelsvagheten och smärtan beror på minskning av adenosinfosfat och kretatinfosat. Minskningen av energiutvinningen orsakas av brist på magnesium i musklerna. Sänkningen av magnesiumhalten leder till restless legs som innebär myrkrypningar, stickningar och domningar. Smärtcellerna i hjärnan dämpas av den minskade energiutvinningen som leder till en ökad smärta [2]. Vid fibromyalgi kan individen ha ett nedsatt immunförsvar som medför en obalans i kroppen. Denna obalans upplever individen som ett inre "kaos" och kan inte känna igen sig själv [11].

Symtom

Patienter med fibromyalgi kan både ha fysiska och psykiska symtom. Nedan beskrivs de vanligaste symtomen [1].

Fysiska symtom

Under denna rubrik kommer de vanligaste fysiska symtomen beskrivas och delas in i underrubriker för varje symtom som beskrivs.

Smärta

Fibromyalgi har många komplexa symtom och en av dem är kronisk smärta. Forskning har funnit att smärtan beror på en störning i det smärtmodulerande systemet, som fungerar genom sensitisering av nociceptorer (tar emot smärta) i perifera vävnader t.ex. muskulatur. Muskulaturen sensitieras av nociceptiva nervceller i ryggmärgens bakhorn, som sen går vidare till sensitisering av nociceptiva neuron i hjärnan. Smärtan hämmas genom att hjärnstammen skickar signaler via nervbanor ner till nociceptiva nervceller i ryggmärgens bakhorn. Både det perifera och centrala nervsystemet ingår i detta flerdelade smärtsystem. Smärtan uppkommer när perifer sensitisering inflammerar och stör blodcirkulationen, och leder till att nociceptorer blir extra känsliga för retning, och därmed uppkommer smärta. Central sensitisering är nervceller i ryggmärg och hjärna. Dessa nervceller är extra känsliga för nervimpulser från periferin. Fenomenet leder till att individens normala hämning av smärtimpulser blir sämre och konsekvensen blir ökad smärta och smärtekänslighet. Denna centrala sensitisering är ett vanligt fenomen vid sjukdomen fibromyalgi. Kosec fann att hyperalgesi (ökad smärtekänslighet) inte bara uppkom i musklerna utan även i djupare vävnad. Hyperalgesin beror främst på att områdena i ryggmärgen och hjärnan har förändrats samt perifera orsaker. Smärta är inte bara fysiologiskt utan

tolkas och upplevs individuellt [13]. Smärtan är oftast vandrande och flyttar sig mellan muskelgrupperna nacke, armar, ben, skuldror eller rygg. Värken beskrivs som molande, stickande eller brännande. Besvären ökar oftast vid statiskt arbete samt vid upprepade rörelser [3].

Sömn

Vid sjukdomen fibromyalgi besväras ca åttio procent av försämrad sömn. Individerna är oftast tröttare på morgonen än när de gick och la sig. Detta innebär att de sällan känner sig helt utvilade när de vaknar. Den försämrade sömnen beror främst på smärtan i kroppen som gör att de vaknar flera gånger på natten. Ytterligare en orsak är störningar i sömncykeln som gör att sömnen blir ytlig, orolig och att individen blir lättväckt. Personer med fibromyalgi har oftast en störning i sömnfas fyra där djupsömnen finns. Djupsömnen behövs för att individen ska kunna fungera optimalt såväl fysiskt som psykiskt. En förklaring till sömnproblemen är för liten mängd av transmittorsubstansen serotonin. Vid för lite serotonin kan sömnstörningar, värk och psykiska symtom uppträda. Ungefär hälften av alla individer med fibromyalgi har för liten serotoninproduktion. Ytterligare en förklaring av dålig nattsömn är för liten mängd av tillväxthormoner [11].

Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Vid sjukdomen fibromyalgi lider femtio till åttio procent av IBS. Främsta orsaken är obalans i det sympatiska och parasympatiska nervsystemet. Balansstörningen bidrar till en förhöjd aktivitet i tarmen som medför att tarmen har svårt att ta upp näring och spårämnen till kroppen. Orsaken till de plötsliga diarréerna, tarmsmärtna, sura uppstötningarna och uppsvälld buk beror på obalans mellan de två nervsystemen. Vid fibromyalgi produceras även för lite serotonin i tarmen som medför ett försämrat tarmarbete [2].

Huvudvärk/Migrän

De flesta patienter med fibromyalgi besväras av huvudvärk. Den vanligaste formen av huvudvärk är den som utgår från nacken och som strålar fram mot tinningarna eller frontalloben. Ytterligare en form av huvudvärk är tryckande och pulserande känsla på hjässan. En tredjedel av patienterna med fibromyalgi lider även av migrän som har symtomen; intensiv huvudvärk, ljus/ljudkänslig, illamående och kräkningar. Oftast har patienter med fibromyalgi haft migrän innan de fick sin diagnos [11].

Trötthet

Tröttheten beror främst på att sömnen är rubbad samt hormonrubbing av kortisol och adrenalin. Hormonrubbingarna gör det svårt för hormonerna att komma ut i blodbanan i tillräcklig mängd. Individerna kan känna sig pigga men vid minsta ansträngning känna sig helt kraftlösa. Trötthetskänslan uppkommer främst på morgonen då individerna oftast är stela och har svårt att komma igång. Morgontröttheten gör det svårt för individerna att bli färdiga i tid till arbete, skola, möten etc. Vid överansträngningen kan tröttheten/kraftlösheten vara ihållande i flera dagar [11].

Psykiska symtom

Under denna rubrik kommer de vanligaste psykiska symtomen beskrivas och delas in i underrubriker för varje symtom som beskrivs.

Oro/Ångest och Depression

Ungefär hälften av alla diagnostiserade patienter lider av depressiva besvär. Främsta anledningen är långvarig stress, sömnstörningar och påfrestning som nonchalerats under en längre tid. Vid fibromyalgi förekommer störningar i serotonin- och dopaminproduktionen som i längden leder till depression. Oro och ångest uppkommer efter långvarig fysisk trötthet [1,2].

Stress

Vid långvarig stress påverkas hjärnan negativt vilket i längden förvärrar eventuella pågående symtom. Stressen minskar frisättningen av dopamin och serotonin som behövs för att vi ska må bra och känna glädje. Samtidigt minskas mängden endorfiner och oxytociner som är kroppens eget ”morfin” som reducerar smärtan. Långvarig stress ger spända muskler som leder till smärta samt påskyndar risken för att hamna i en depression [1].

Kognitiva symtom

Vid fibromyalgi är kognitiva besvär vanliga, främst koncentrationssvårigheter och nedsatt närminne som varierar beroende på dagsformen hos individen. Koncentrationssvårigheter och nedsatt närminne beror på en ständig värk i kroppen som gör att hjärnan prioriterar att koncentrera sig på smärtan istället för närminnet och koncentrationen. Det går åt mycket kraft för att motverka smärtan och därmed försämras koncentrationen och närminnet. Ytterligare en förklaring är att hjärnan är sammankopplad med långa nervtrådar som är inbäddad i en vätskelik vävnad. I denna vävnad finns transmittosubstansen glutamat som ökar vid ständig smärta. Ökad glutamatfrisättning gör att nervsignalerna blir långsammare och minnessignalerna får det svårare att komma fram till hjärnan. Andra vanliga kognitiva symtom är humörsvängningar samt irritation [11].

Diagnos

Sjukdomen fibromyalgi diagnostiseras med hjälp av American College of Rheumatology (ACR) som fastställdes år 1990 och är ett diagnoskriterium som används över hela världen. Kriterierna delas upp i två grupper där båda grupperna måste uppfyllas för att fastställa diagnosen. Metoden är omdiskuterad bland läkarna som hellre föredrar andra metoder. Dessa metoder bygger på hur länge individerna har haft sin smärta [12,13].

Första kriteriet enligt ACR är minst 3 månaders generaliserad symmetrisk smärta i ryggen, över- underkropp samt smärta i halsrygg, brösttrygg, ländrygg eller bröstben [12].

Andra kriteriet är smärta i minst 11 av 18 tender points (triggerpunkter). Palpationspunkterna är muskler och senfästen över hela kroppen. Trycket på punkterna ska vara så hårt att nageln bleknar, cirka 4kg/cm² [12,13].

Behandling

Nedan presenteras behandlingsalternativen för sjukdomen fibromyalgi utifrån huvudrubrikerna farmakologisk- och icke farmakologisk behandling, kombinerad behandling, kognitiv beteendeterapi och mindfulness.

Farmakologisk behandling

Den farmakologiska behandlingen består av centralt verkande analgetika (Citodon, Dexofen och Tramadol) som lindrar smärtan. Dessa läkemedel kombineras ofta med perifert verkande analgetika (Alvedon). En annan läkemedelskombination är perifert verkande analgetika och perifert verkande analgetika med antiinflammatorisk effekt (Diklofenak). För att lindra oro/ångest och depression används antidepressiva läkemedel i form av SSRI preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare som Citalopram och Sertralin). Det har visat sig att SNRI (serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare) preparat (Cymbalta och Remeron) har god effekt mot smärta och sömn. I vissa fall kombineras antidepressiva och antiepileptiska läkemedel (Lyrica) eftersom dessa har visat sig lindra symtomen smärta, trötthet och sömn. För att förbättra sömnen kan även sömnmedel som Propavan sättas in [1].

Icke farmakologisk behandling

Den icke farmakologiska behandlingen består till störst del av sjukgymnastik. Den vanligaste metoden som sjukgymnasten använder sig av är TENS (Transkutan elektrisk nervstimulering) som orsakar en muskelkontraktion. Då stimuleras musklernas nervbanor och detta ger en analgetisk effekt. Andra metoder som sjukgymnasten använder sig av är akupunktur, massage, basal kroppskännedom och bassängträning. En stor del i behandlingen är fysisk aktivitet som ökar frisättningen av oxytocin och endorfiner som minskar smärtan. Fysisk aktivitet ger minskad stress och förbättrar sömnen. Aktiviteten ska anpassas individuellt och trappas upp successivt efter individens fysiska förmåga [1].

Kombinerad behandling

Kombinerad behandling av icke-farmakologisk behandling och farmakologisk behandling har visat sig ha bäst effekt. Fysisk träning och kognitiv beteendeterapi har visat sig ge positiv effekt. För att behandlingen ska vara effektiv krävs långa behandlingsperioder utan att behandling avbryts. Individer som är positivt inställda till behandlingarna uppvisar bättre resultat på tillfrisknande [1].

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Professorn Aaron Beck, psykiatriker och psykoanalytiker utvecklade under 60-talet den kognitiva teorin. Ordet kognitiv härstammar från latinets *cognoscere* och betyder att känna till med sinnen eller förstånd. Frostin [4 s.61] definierar den kognitiva teorin enligt följande ”utgår ifrån att det är innehållet i våra tankar som bestämmer våra känslor och styr våra handlingar” [4]. Under 80-talet har beteendeterapi och kognitiv terapi slagits samman till kognitiv beteendeterapi. Under de senaste åren har kognitiv beteendeterapi fått ett starkare fäste i Sverige [14].

En modell att arbeta efter enligt boken *Våga förändra ditt liv* är konceptualisering. Detta är ett arbetssätt för att förstå varför individen mår dåligt och vad som kan göras åt det. Ordet konceptualisering står för en beskrivning av bärande idéer. Metoden går ut på att öka individens förståelse för sina tankar, känslor och beteenden. Genom att individen skapar en balans mellan dessa benämningar ökar personens självkänsla och självförtroende som ger en ökad livskvalité. Individer med bekymmer hamnar ofta i en ond cirkel med pessimistiska tankar som kan leda till ökade besvär. Kognitiv beteendeterapi går ut på att ändra personens sätt att tänka för att höja personens livskvalité. Istället för att se bekymret som något

farligt och något som inte går att kontrollera måste personen acceptera sin sjukdom [4].

Kognitiv beteendeterapi kan ske på olika sätt och anpassas efter individens behov av problem. Ett vanligt symptom vid fibromyalgi är smärta. En kognitiv modell för att bearbeta sin smärta kan vara enligt följande[4]:

Sambandet mellan tanke, kropp och beteende påverkar individens känslor. Smärta kan bero både av psykiska och fysiska åkommor. En individs tankar, känslor och beteenden kan förvärra smärtan. Tanken styr vilken karaktär smärtan hos individen kommer få. För att reducera smärtan används kognitiva förhållningssätt som innebär att bli av med de negativa tankarna. Kognitiv beteendeterapi går ut på att bryta den slutna cirkeln som uppkommer vid negativa tankar enligt följande arbetsmodell. Eftersom negativa tankar skapar känsla av hopplöshet och trötthet måste individen ändra sitt tankesätt. Smärta ger negativa tankar som leder till känslor som oro, ångest och depression. Dessa känslor leder till att individen blir passiv och inaktiv. Den onda cirkeln som uppstått medför en ökad smärtupplevelse. Behandling av kognitiv beteendeterapi går ut på att bryta den onda cirkeln som individen skapat. Genom att lära individen att acceptera sin smärta och hantera den samt våga förändra sitt tankesätt kan den onda cirkeln brytas. När individen använder sig av arbetsmodellen ändras tankar, känslor och beteenden. Avslappningsövningar används också som komplement i behandlingen för att lindra smärtan [4].

Mindfulness

Mindfulness inspirerades från den buddhistiska meditationen och livsfilosofin. Modellen har fått stort genomslag i USA och övriga västvärlden och kallas mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR). Alla former av religioner i världen omfattar själva idén om medveten närvaro eller meditation. Dock är buddhismen den religion som fäster störst avseende vid att utveckla förmågan att leva i nuet via meditation [6].

Att använda sig av mindfulness innebär att vakna upp i nuet, och en träning i att förhålla sig till tillvaron med en öppenhet, nyfikenhet och tillåtande inställning. Mindfulness kan förklaras på ett enkelt sätt genom att hela tiden leva i nuet, här och nu. För att kunna leva i nuet måste individen träna sig på att rikta uppmärksamheten mot sig själv genom att använda sig av meditation. Meditationen kan utföras liggande, sittande, stående eller gående. Med meditation menas att tänka över, reflektera och att hela sig själv. Hela sig själv innebär att individen blir av med sina negativa känslor samt minskad stress [6].

Mindfulness handlar om att observera sin tankar, känslor, minne, fantasier och kroppsliga sensationer utan att fästa något avseende vid deras värde. När tankarna uppkommer läggs inga värderingar vid detta utan läggs åt sidan. För att kunna lägga sina värderingar åt sidan måste individen träna sig genom meditation, koncentration och avslappning. På detta sätt kan värderingarna kopplas bort och minska risken för en stressituation [6]. En metod för att minska stressen är att använda sig av en tre minuters modell. Den delas in i tre steg och utförs på följande vis. Steg 1 går ut på att vara här och nu där man riktar uppmärksamheten mot vad som pågår inom dig. Fråga dig själv, Vad upplever jag just nu i detta ögonblick? Steg 2 handlar om inre samling, vilket innebär att individen koncentrerar sig på sin andning. Detta görs genom att följa sin inandning från tårna genom hela kroppen upp till huvudet. Utandningen följs från huvudet

långsamt ner till tårna. Steg 3 går ut på att vara medveten om kroppen i helhet där individen fokuserar på sig själv och bortser från omgivningen runt omkring [32]. Mindfulness baserad stressreduktion är ett behandlingsprogram som varar i åtta veckor. När programmet har utförts är det meningen att individen ska ha kunskapen om hur stress kan hanteras med hjälp av MBSR . Nedan presenteras mer i detalj hur programmet går till väga [37].

Under de två första veckorna används tekniken kroppsskaning. Detta utförs varje dag i ca 45 minuter oavsett hur man känner inför det. Det ska utföras under dagen när individen är som mest utvilad och mottaglig. Förutom kroppsskaning ska medveten träning i andning utföras under tio minuter. Kroppsskaning är en teknik där individen ligger på rygg och enbart lägger fokus på sin egen kropp. Individen börjar från tårna och successivt arbetar sig sakta genom hela kroppen upp till huvudet. Under hela processen ska individen vara medveten om sin andning [37].

Under vecka tre och fyra fortsätter individen att använda sig av både liggande och sittande kroppsskaning. Efter avslutad kroppsskaning dokumenterar individen sina tankar och känslor som uppkom under meditationen [37].

Under vecka fem och sex läggs mer fokus på sittande yoga i forma av meditation, där fokus ligger på aktuella tankar och känslor. Viktigt är att inte lägga några värderingar på detta utan bara vara här och nu. Beroende på vilken form som känns bekväm kan individen själv välja om det ska utföras med yoga eller kroppsskaning [37].

Vid vecka sju och åtta rekommenderas individen att experimentera med de olika övningarna. Genom att experimentera mellan övningarna kan individen hitta sitt eget meditationsalternativ som passar henne/honom bäst för att minska stressen. Vid avslutad behandling ligger mycket ansvar på individen att fortsätta sin meditation på egen hand [37].

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete

Sjuksköterskan har en viktig roll i att se patienten som en helhet och inte bara som en diagnos. Helhetssynen är att se till patientens fysiska, psykiska, sociala, andliga och kulturella behov. För att kunna utföra en god omvårdnad måste sjuksköterskan även ta hänsyn till patientens närstående och göra dem delaktiga i omvårdnadsprocessen. Individer som är i behov av omvårdnad är i behov av stöd och undervisning. Respekt och empati är grunden till att kunna bevara patientens värdighet, integritet och autonomi. Kvalitén i omvårdnaden avgörs utifrån sjuksköterskans egna kompetenser för att kunna sätta sig in och förstå patientens behov [29]. Eftersom fibromyalgi är en kronisk sjukdom är det viktigt att sjuksköterskan observerar symtomen och dokumenterar dessa för att kunna se förändringar i sjukdomen. Detta är viktigt för att sjuksköterskan ska kunna ge optimal omvårdnad och eventuellt ändra behandlingen. Eftersom patienter med fibromyalgi har symtom som är både fysiska och psykiska, är det viktigt att ha teamarbete mellan de olika professionerna. Ångest och depression är två vanliga symtom vid sjukdomen fibromyalgi. Dessa symtom påverkar patienten negativt och gör det svårare att motivera sig till behandlingen. Sjuksköterskan har ansvar att motivera och stödja patienten till den aktuella behandlingen [1,2,33].

Sylvains studie konstaterar att sjuksköterskan har för lite kunskap inom området fibromyalgi för att kunna ingripa i ett tidigt skede och samverka med andra

yrkesgrupper. Studien betonar vikten av att närstående är delaktiga i omvårdnaden för att patienterna ska få en bättre livskvalité. Närstående behöver mer kunskap och vägledning för att kunna ge den psykologiska hjälp som behövs. Studien visar även att behandling måste sättas in fortare när individen har fått sin diagnos. Vårdpersonalen har svårt att ta patienter med fibromyalgi på allvar och ger för lite tid till stöd och undervisning. Sylvain redovisade en omvårdnadsmodell för att förbättra omvårdnaden för patienter med sjukdomen fibromyalgi. Modellen går ut på att se patienten ur ett helhetsperspektiv och arbeta efter orden stöd, undervisning, utbildning och anhöriga. Genom att använda sig av dessa ord och ha en helhetssyn visar studien att patienten får en symtomlindring och bättre livskvalité [36]. En viktig behandlingsmodell som kan användas mot stress är copingstrategier som innebär att varje individ bemöter kognitiv stimulans som irrelevant, neutralt eller hotfullt. Coping är en bedömningsprocess där copingstrategierna är åtgärder för att bemästra tankar som är irrelevanta, neutrala eller hotfulla [34].

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Lagen bygger på att alla ska ha en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar. Vård ska ges med respekt och de med störst behov har företräde till vård. Vård ska ges med god kvalitet, trygghet och god kontakt mellan patienter och sjukvårdspersonal. Individuellt anpassad vård utformad i samråd med patienten där sjukvården hela tiden arbetar för att förebygga ohälsa [9].

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)

Sjuksköterskan arbetar under LYHS. De som tillhör lagen skall arbeta efter vetenskaplig och beprövad erfarenhet. Vården ska ges i samråd med patienten i den mån det går. Den person som är ansvarig för patienten ska ge undervisning, vård, undersökningar och behandling som finns att tillgå. När det finns alternativa behandlingsmetoder som är vetenskapligt beprövade skall den ansvariga personen medverka till patientens önskemål [10].

Sjuksköterskan etiska koder (ICN)

Sjuksköterskan vårdarbete är att alltid respektera mänskliga rättigheter, trosuppfattningar, familj och samhälle. Sjuksköterskans ansvar ligger i att individen fått information samt förstått den vård och behandling som ska utföras. Sjuksköterskan ansvarar för att stödja svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Sjuksköterskan har eget ansvar att hela tiden utvecklas och ha ett livslångt lärande i yrkesverksamheten. Sjuksköterskan ska utföra omvårdnad på ett värdigt och säkert sätt och med god kommunikation med patienten [7].

SYFTE

Studiens syfte är att undersöka vilka symtom vid sjukdomen fibromyalgi som lindras med kognitiv beteendeterapi och mindfulness.

Resultatet ska förhoppningsvis leda fram till vilken specifik omvårdnad som bör utföras på dessa patienter.

Definitioner

Mindfulness är svårdefinierat men kommer att definieras enligt Schenström som medveten närvaro i denna studie [6]. Kognitiv beteendeterapi definieras enligt Frostin [4 s.61] ”utgår ifrån att det är innehållet i våra tankar som bestämmer våra känslor och styr våra handlingar”.

METOD

En deskriptiv litteraturstudie genomfördes. Alla artiklar var primärkällor och uppfyllde de kvalitetskrav som ställs på en vetenskaplig artikel. En vetenskaplig artikel ska vara publicerad i en tidskrift och innehålla abstrakt, introduktion, metod beskrivning, resultat och diskussion. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Eimnas kvalitetsgranskningsformulär [24,30].

Urval

Inklusionskriterierna för artiklarna: fibromyalgi, kognitiv beteendeterapi och mindfulness, diagnostiserade med American Collage of Rhematology, kvinnor som var minst 18 år, behandlades med kognitiv beteendeterapi eller mindfulness och artiklar som inte var äldre än 10 år.

Exklusionskriterier: Artiklar som kostar, annat språk än engelska och svenska i artiklarna och ej primärkällor. De artiklar som inte nådde upp till 60% enligt Eimans et al. 2003 granskningsmall [23].

Databassökning

Artiklarna som användes söktes med hjälp av MeSH-termer och frisökning i databaserna PubMed. Karolinska Institutets hemsida användes för att översätta MeSH-termerna från svenska till engelska och vise versa [26]. För att tydliggöra artikelsökningen presenteras sökningarna i tabellerna 1, 2 och 3. Sökningar gjordes även i databasen CINAHL med samma sökord som användes vid PubMed. Vid sökningarna framkom inga nya artiklar som var relevanta för syftet. I databasen SweMed+ söktes artiklar om fibromyalgi, kognitiv beteendeterapi och mindfulness men inga artiklar hittades som uppfyllde inklusionskriterierna. I databasen PsycInfo hittades en artikel som var relevant till syftet som presenteras i resultatet. Författarna valde efter att ha diskuterat ihop MESH-termerna att gemensamt göra databassökningarna.

Tabell 1. Artikelsökningarna som gjordes i PubMed.

Datum	MESH-Termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
30/3	Cognitive Therapy AND Fibromyalgia AND Depression	1	1	1	0	0	0
30/3	Cognitive Therapy AND Fibromyalgia AND Pain	1	4	4	4	4	1
30/3	Cognitive Therapy AND Fibromyalgia AND Sign Symptoms	1	3	3	0	0	0
1/4	Therapeutics AND Depression AND Fibromyalgia	1	7	7	2	2	1
1/4	Behavior Therapy AND Fibromyalgia	1	12	12	4	4	1
4/4	Cognitive Therapy AND Fibromyalgia	1	8	8	3	2	1
5/4	Cognitive-behavioral intervention AND Fibromyalgia	2	22	22	6	4	1
8/4	Mindfulness AND Fibromyalgia AND Symptom	2	26	26	10	6	2
14/4	Cognitive Therapy AND Fibromyalgia AND Affective Symptoms	3	0	0	0	0	0
27/4	Cognitive Therapy AND Stress AND Fibromyalgia	3	41	41	5	2	1
30/4	Cognitive Therapy AND Fibromyalgia	2	225	20	2	1	1

1. Humans, Link for full free text, abstracts, female
2. Frisökning utan Limits
3. Utan Limits

Tabell 2. Artikelsökningarna som gjordes i CINAHL.

Datum	MESH-Termer	Begränsningar	Träffar	Lästa Titlar	Granskade Abstrakt	Granskade Artiklar	Använda Artiklar
30/3	Fibromyalgia AND Cognitive therapy AND Depression	1	38	38	6	2	0
30/3	Fibromyalgia AND Cognitive therapy AND Pain	1	41	41	5	3	0
30/3	Fibromyalgia AND Cognitive therapy AND Signs Symptom	1	0	0	0	0	0
1/4	Fibromyalgia AND Therapeutics	1	29	29	2	0	0

	AND Depression						
1/4	Fibromyalgia AND Behavior therapy	1	31	31	2	1	0
4/4	Fibromyalgia AND cognitive therapy	1	45	45	6	3	0
4/4	Fibromyalgia AND Mindfulness AND Symptoms	1	21	21	4	1	0
8/4	Fibromyalgia AND Mindfulness AND Depression	1	20	20	2	1	0
8/4	Fibromyalgia AND Mindfulness AND Pain	1	23	23	1	1	0

1 Limits: full text, female

Tabell 3. Artikelsökningarna som gjordes i PsycInfo

	MESH-Termer	Begränsningar	Lästa Titlar	Lästa Abstrakt	Granskade Titlar	Granskade Abstrakt	Använda Artiklar
30/3	Depression AND Fibromyalgia AND Mindfulness	1	4	4	2	1	1
30/3	Fibromyalgia AND Mindfulness AND Pain	1	9	9	2	1	0
30/3	Fibromyalgia AND Cognitive Therapy AND Depression	1	4	4	0	0	0
1/4	Fibromyalgia And Cognitive Therapy AND Pain	1	6	6	2	2	0
1/4	Fibromyalgia And Therapeutics AND Depression	1	0	0	0	0	0
4/4	Fibromyalgia And Therapeutics AND Pain	1	0	0	0	0	0
4/4	Fibromyalgia AND Cognitive Therapy	1	7	7	0	0	0
20/4	Fibromyalgia And Mindfulness	1	11	11	1	1	0
20/4	Fibromyalgia And Mindfulness AND Syntoms	1	4	4	1	1	0

1. Längst ut till höger där det står anywhere ändrades detta i alla tre fälten till Abstract, AB=

Kvalitetsgranskning

Artiklarna granskade efter Eiman et al. 2003 kvalitetsbedömnings formulär, bilaga 1 [23]. Kvaliteten på artiklarna poängsattes utifrån abstract, introduktion syfte samt hur bra metod, resultat, diskussion och slutsatser är framförda.

Poängsättningen på artiklarna kunde bli antingen Grad 1 80 %, Grad 2 70 % och Grad 3 60 %. Granskningsmallen ändrades genom att ta bort lungcancer till fibromyalgi. För att uppnå bästa granskning gjordes en triangulering, vilket innebär att alla artiklar granskades först individuellt av författarna och sedan diskuterades ihop. Alla artiklarna granskades kritiskt eftersom detta är viktigt enligt Hanson [26]. Bedömningen av artiklarna och en kort sammanfattning redovisas i matrisen bilaga 2. I bilaga 3 finns en kort sammanfattning av mätinstrumenten som används i matrisen.

Analys

Tio artiklar inkluderades i litteraturstudien som uppfyllde inklusionskriterierna som sedan presenterades i resultatet. Författarna diskuterade tillsammans fram fynden efter att ha läst artiklarna individuellt. Resultatfynden kategoriserades i relevanta rubriker för att kunna presenteras i resultatdelen, i enlighet med Axelssons (2008) metodbeskrivning för litteraturstudier [24]. Syftet innan studien var att finna signifikanta symtom mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp i alla artiklar. En artikel motsvarade inte författarnas krav men inkluderades ändå eftersom artikeln hade ett intressant fynd.

RESULTAT

Enligt Eimans kvalitetsgranskningsformulär [23] hittades tio godkända artiklar som redovisas i resultatet nedan. Av artiklarna behandlade fyra mindfulness och sex kognitiv beteendeterapi. Resultatet av artiklarna indelades i huvudrubrikerna: mindfulness och kognitiv beteendeterapi, med underrubrikerna sömn, smärta, trötthet, fysiska förändringar, psykiska förändringar och bifynd. Artiklarna som inte redovisas under respektive underrubrik hade inga signifikanta skillnader i studien på symtomen huvudvärk/migrän och irritable bowel syndrom.

Kognitiv beteendeterapi

Nedan visas vilka symtom som lindras med kognitiv beteendeterapi. Kognitiv beteendeterapi kommer förkortas med KBT i resultatet.

Fysiska förändringar

Thieme et al. (2006) fann minskning av funktionella begränsningar jämfört mot kontrollgruppen i stelhet och fysisk aktivitet, efter tolv månaders uppföljning. Redan efter sex månader sågs en förbättring av funktionella begränsningar i KBT-gruppen. Kontrollgruppen visade en ökning av de funktionella begränsningarna [15].

Redondo et al. (2004) redovisade att KBT-gruppen hade positiva förbättringar efter avslutad behandling i avslappningsförmåga och stelhet i förhållande till kontrollgruppen. Avslappningsförmågan höll i sig upp till ett år. Studien visade även att fysiska begränsningar förbättrades efter sex månader genom att rörligheten i ryggraden blev bättre [16].

Smärta

Thieme et al. (2006) fann att smärtan minskade efter behandling och detta höll i sig efter ett år, jämfört mot kontrollgruppen. Resultatet i studien visade att den största reduceringen av smärtan uppkom efter ett år [15].

Garcia et al. fann att antal tenderpoints reducerades vid behandling med KBT. Vid reduceringen av tenderpoints minskades även smärtan. Att kombinera KBT och farmakologisk behandling gav ingen ökad effekt av smärtlindring [18].

Sömn

Edinger et al. (2005) redovisade med hjälp av deltagarnas sömndagbok. KBT minskade insomningstiden och den totala vakna tiden under natten. Den totala sömntiden blev längre samt bättre sömnkvalité jämfört med kontrollgruppen. Studien visar även att KBT gruppen hade mindre variationer i sömnen från natt till natt. Studiens slutsats blev att KBT hade en positiv effekt på sömnen [17].

Trötthet

Lera et al. (2009) fann att KBT-gruppen minskade tröttheten i jämförelse med kontrollgruppen. Minskningen visade sig direkt efter behandling och upp till sex månader [31].

Psykiska förändringar

Thieme et al. (2006) studie redovisar minskning av känslomässiga bekymmer direkt efter avslutad behandling och tolv månader i förhållande till kontrollgruppen. Kontrollgruppen hade en ökning av känslomässiga bekymmer efter tolv månader. Under hela behandlingen visade KBT-gruppen en minskning av känslomässig stress. Slutsatsen i studien blev att KBT hade störst effekt på känslomässiga bekymmer [15].

Garcia et al. (2006) redovisade att kognitiv beteendeterapi minskade de psykologiska symtomen som depression och ångest i förhållande till kontrollgruppen. När de psykologiska symtomen minskades reducerades även smärtan. Smärtreduceringen kvarstod tre månader efter avslutad behandling [18].

Vázquez-Rivera et al. (2009) fann att ångest och depression förbättrades under behandlingsperioden. Depressionen gick från måttlig grad till mild. Direkt efter behandling förbättrades känslomässig stress. Studien visar att en minskning av depression ångest och stress även minskar smärtan [27].

Bifynd

Thieme et al. (2006) redovisade att KBT hade en effektiv minskning på negativa tankar. Denna effekt visade sig direkt efter behandling fram till tolv månader efter avslutad behandling. Kontrollgruppen visar däremot en ökning av negativa tankar vid samma utvärderingstillfälle. Studien fann att deltagarna hade en bättre förmåga att hantera psykologiska besvär över tid. Deltagarna lärde sig använda copingstrategier för att kunna minska sina symtom [15].

Vázquez-Rivera et al. (2009) konstaterade att ökad användning av copingstrategier minskade symtomen på depression och ångest. Förmågan att koncentrera sig på sina copingstrategier förbättrades under behandlingsperioden [28].

Mindfulness

Nedan visas vilka symtom som lindras med mindfulness. Mindfulnessbaserad stressreduktion förkortas som MBSR.

Fysiska förändringar

Lush et al. (2009) redovisade inga signifikanta resultat men intressanta hypoteser för framtida forskning. Lush et al. kunde inte dra några signifikanta slutsatser eftersom det var ett för litet urval och stort bortfall. Med MBSR behandling visade studien förbättring av att SNS aktiveringen sjönk när deltagarna mediterade. Efter 8 veckors behandling med MBSR var resultatet av SNS aktiveringen lägre än före start av behandling [20].

Smärta

Sephton et al. (2007) visade att MBSR reducerade smärtan direkt efter behandling och vid utvärdering två månader senare jämfört med kontrollgruppen. Studien visar att fortsatt behandling med MBSR reducerar smärtan hos individer med fibromyalgi [19].

Sömn

Sephton et al. (2007) visade att MBSR förbättrade sömnen direkt efter behandling och vid utvärdering två månader senare jämfört med kontrollgruppen. Studien visar att fortsatt behandling med MBSR förbättrar sömnen hos individer med fibromyalgi [19].

Psykiska förändringar

Sephton et al (2007) redovisade att MBSR minskade depression direkt efter behandling samt vid utvärdering två månader senare jämfört med kontrollgruppen. De deltagare som utförde meditation under hela behandlingsprogrammet hade också störst minskning av depressiva symtom. Studien visade att fortsatt behandling med MBSR minskade depressiva symtom [19].

Bifynd

Rosenzweig et al. (2010) Resultatet i studien visade positiva förbättringar i den allmänna hälsan, livskvalitén och den mentala hälsan. Studien konstaterade att ett aktivt deltagande i hemuppgifterna medförde en ökad känsla av sammanhang och social funktion [21].

Weissbecker et al. (2002) redovisade i sin studie att MBSR ökade känsla av sammanhang före samt två månader efter avslutad behandling, i förhållande till kontrollgruppen. Den ökade känslan av sammanhang minskade symtomen depression och stress. Känsla av sammanhang visade sig ha ett positiv samband till att anpassa sig till sin sjukdom [22].

DISKUSSION

Litteraturstudien delas in i en metod och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

I metoddiskussion har författarna valt att diskutera enligt Axelssons [25] principer, vilket innebär att diskussion görs om begränsningar, styrkor, svagheter och problem. Författarna valde att använda artiklar som var tillgängliga på Malmö högskolas bibliotek. Det innebär att författarna inte fick ut största möjliga urval av artiklar vilket därmed har kunnat påverka resultatet. Ett flertal intressanta abstrakt lästes men fick exkluderas eftersom de inte var tillgängliga. Svagheter i metoden var att författarna sökte artiklarna gemensamt vilket kan ha påverkat urvalet av artiklar. Vid sökning individuellt kanske andra MESH-termer använts. Databasen PubMed användes som primär databas. Detta kunde medföra att intressanta artiklar inte hittades. Sökningar gjordes även i databaserna CINAHL och PsycInfo. MESH-termerna som användes i PubMed användes även i databaserna CINAHL och PsycInfo. Under artikelsökningen hittades enbart artiklar från USA och Spanien, vilket författarna anser vara en svaghet. Författarna försökte via SweMed + att finna nordiska artiklar som motsvarade syftet. Detta gav dock inga ytterligare artiklar. Författarna hade svårt att kategorisera fynden i resultatet eftersom vissa symtom både kunde delas in i psykiska och fysiska symtom. Diskussion kring kategoriseringen gjordes mellan författarna för att kunna placera symtomen i lämpligast kategori. Sömn, trötthet och negativa tankar är symtom som även skulle kunna kategoriseras under psykiska symtom. När artiklarna granskades inkluderade författarna kategorin bifynd. Kategorin har primärt inte med syftet att göra, men valdes att inkluderas eftersom resultatet bifynd sekundärt påverkar symtomen. En styrka med studien är att litteratursökningen har skett med många olika MESH-termer för att inte missa någon artikel som motsvarar syftet. Studien har även nio artiklar som visade på signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp, vilket är en styrka. Med stöd av granskning med Eimans [24] kvalitetsgranskningsformulär håller våra artiklar en hög standard. En triangulering gjordes vid kvalitetsgranskningen vilket författarna anser är en styrka.

Resultatdiskussion

Enligt Axelsson [24] skall de viktigaste resultaten diskuteras. Resultatet diskuteras under rubrikerna sjuksköterskans specifika omvårdnad av patienter med fibromyalgi och hur sjuksköterskan kan öka sin kunskap om utövandet av god omvårdnad till dessa patienter.

Sjuksköterskans specifika omvårdnad av patienter med fibromyalgi

Två studier fann att smärta reducerades med hjälp av kognitiv beteendeterapi [15,18]. Ett intressant fynd i studien Garcia et al var att kombinerad behandling med kognitiv beteendeterapi och farmaka inte gav någon ökad effekt [18]. Detta motsägs av Anderberg då hon menar på att kombinerad behandling är den effektivaste metoden [1]. Resultatet i Garcias studie förvånade oss eftersom det borde bli en potentierad effekt.

Ett spännande fynd i studien Thieme et al var att trots att alla deltagarna i studien var fysiskt aktiva och att detta reducerade smärtan [15], så gav kognitiv

beteendeterapi ytterligare smärtreducering. Detta styrker att kognitiv beteendeterapi är en behandlingsmetod som lindrar symtomet smärta [15].

Edinger et al. 2005 var den enda studien som enbart koncentrerade sig på symtomet sömn. Artikeln hade intressanta fynd som att kognitiv beteendeterapi visade sig ha god effekt på sömnen. Resultatet i studien konstaterade att kognitivbeteendeterapi minskade insomningstiden, den vakna tiden under natten och gav en effektivare total sömn. Trots att det endast var denna studie som fann detta instämmer författarna till denna studie eftersom smärtan är en stor orsak till att individer med fibromyalgi har sömnstörningar [11]. Thieme och Garcia styrker Edingers studie då deras studier konstaterar att kognitiv beteendeterapi minskar smärtan [15,17,18]. Omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan utföra är att observera patienten, undervisa och stödja patienten samt dokumentera hur smärtan påverkar nattsömnen hos patienten.

Resultatet i studien Septhon et al. visar att behandling med mindfulness minskar symtomen depression, sömn och smärta. Enligt Anderberg försämrar långvarig stress symtomen smärta, sömn och depression [1]. Mindfulness är en form av stressreducerad behandling [6,37]. Septhon et al. styrker att mindfulness reducerar stress och därmed minskar symtomen. Studien fann även att avbrytande av MBSR behandling försämrade symtomen. Vid kontinuerlig behandling bibehålls symtomförbättringen [19]. I sjuksköterskans profession är det viktigt att ha ett lugnt förhållningssätt till patienten för att kunna ge en god specifik omvårdnad [33]. Eftersom patienter med fibromyalgi har en hög sympatikusaktivering lindras deras vegetativa symtom vid stressreducering [1,11].

Septhon et al. [19] undersökte symtomen smärta, sömn och depression. Studien Wiessbecker [22] och Rosenzweig [21] valde istället att undersöka om ökad livskvalité gav någon symtomlindring vilket sedan konstaterades i deras resultat. Detta innebär att de tre studierna styrker varandra genom att ökad livskvalité reducerar symtomen och symtomlindring kanske då ökar livskvalitén.

Trots att studierna inte undersökt samma variabler kanske även mindfulness har en god effekt på symtomlindring eftersom symtomlindring och livskvalité påverkar varandra. Ytterligare en studie som styrker vårt resonemang ovan är Lush et al [20]. Studien hade inga signifikanta skillnader i resultatet avseende försöksgrupp och kontrollgrupp då urval och bortfall var för stort. Intressanta fynd hittades dock i denna studie då MBSR minskade den sympatiska aktiveringen hos patienter med sjukdomen fibromyalgi. Trots att studien inte redovisade ett signifikant resultat tycker författarna till denna studie att studien styrker vår slutsats om att mindfulness har en symtomlindrande effekt.

I de studier författarna redovisat i resultatet tas enbart ett fåtal symtom upp. Eftersom fibromyalgi har många komplexa symtom kanske även dessa kunnat reduceras med hjälp av mindfulness.

Studien Thieme et al konstaterade att användandet av copingstrategier minskade symtomen [15]. Sjuksköterskans roll blir då att ge stöd i och undervisa om alternativa copingstrategier. För att kunna göra detta måste sjuksköterskan först försöka identifiera patientens copingstrategi, diskutera denna med patienten och påvisa alternativa mer effektiva copingstrategier. Exempel på en copingstrategi som sjuksköterskan kan undervisa om är att få patienten att tänka på något annat

än smärtan [34]. Individer upplever och visar smärta på olika sätt. Detta innebär att det kan vara svårt för sjuksköterskan att identifiera [13]. Det är viktigt att som sjuksköterska observera patienten ur ett helhetsperspektiv och vara lyhörd för patientens upplevelse av smärta för att kunna ge en god specifik omvårdnad.

Studien Vázquez-Rivera et al. redovisade att ökad användning av copingstrategier minskade ångesten och depressionen [28]. Sjuksköterskans uppgift blir att stötta och motivera patienten att använda sig av de copingstrategier som fungerar för honom/henne att minska sin ångest.

Sjuksköterskans förhållningssätt ska vara lugnt samt att bekräfta patientens ångest, stanna hos patienten, undervisa och stödja vid in- och utandningen.

Alla artiklar som inkluderades i studien hade ett bortfall på minst tjugo procent. Bortfallet beror troligtvis på att kognitiv beteendeterapi och mindfulness är behandlingsmetoder som pågår under en lång period. I alla studier var det största bortfallet generellt i kontrollgrupperna. Detta beror troligtvis på att kontrollgruppen inte förbättrades under behandlingsperioden vilket gjorde att intresset för att fortsätta studien minskade. Kognitiv beteendeterapi och mindfulness är behandlingsmetoder som kräver stort engagemang av deltagarna eftersom de är tidskrävande. Detta gör att alla artiklar i litteraturstudien hade ett relativt lågt antal deltagare. I alla mindfulness studier hade alla deltagare hemuppgifter att utföra i form av meditation. Hur vida deltagarna gjorde sina hemuppgifter framkom inte i studierna vilket naturligtvis påverkar resultatet. Faktorerna ovan kan möjligtvis ha påverkat resultatet i litteraturstudien. Författarna är medvetna om att ett litet urval, stort bortfall samt individens intresse av behandlingarna påverkar resultatet. Trots detta anser författarna att denna litteraturstudie är generaliserbar eftersom flera artiklar har kommit fram till samma resultat och styrker varandra.

Hur kan sjuksköterskan öka sin kunskap om utövandet av god specifik omvårdnad till dessa patienter

För att sjuksköterskan ska kunna ge en god specifik omvårdnad till patienter med fibromyalgi krävs en god kunskap om sjukdomen. Prevalensen mellan sjukdomarna diabetes och fibromyalgi är ungefär lika stor [1,35]. I sjuksköterskans grundutbildning behandlas inte sjukdomen fibromyalgi nämnvärt i jämförelse med diabetes. Författarna kan förstå att det är omöjligt att ha undervisning om alla sjukdomar i utbildningen. Hur ska vi som sjuksköterskor kunna ge denna patientgrupp en professionell omvårdnad med den bristande kunskapen?

Sylvains studie konstaterade att närståendes delaktighet i omvårdnadsprocessen behövs för att förbättra livskvalitén för patienten [36]. Sjuksköterskans uppgift blir att se till att närstående blir delaktiga i omvårdnadsprocessen samt undervisa dem om sjukdomen, eftersom Sylvain fann att det fanns bristande kunskap om sjukdomen hos närstående [36]. Det är viktigt att sjuksköterskan har ett helhetsperspektiv på patienten eftersom sjukdomen både har fysiska och psykiska symtom som påverkar varandra [1,2]. Detta resonemang styrker Weissbeckers [22] studie då ökad känsla av sammanhang leder till att individen lättare accepterar och anpassar sig till sjukdomen. Närstående har därför en viktig roll i rehabiliteringen. Klarar sjuksköterskan av att få närstående delaktiga i omvårdnadsprocessen kommer både patient och närstående att öka sin känsla av sammanhang. Patienten får lättare att anpassa sig till sjukdomen och reducera sina

symtom. Sylvain redovisade en omvårdnadsmodell som grundar sig på orden stöd, information, utbildning och närstående [36]. Dessa ord ingår också i kompetensbeskrivning som sjuksköterskan måste följa [33]. Sylvain konstaterade att detta inte uppfylls av sjuksköterskan [36]. Den största anledningen är troligtvis bristande kunskap om sjukdomen fibromyalgi. Dagens sjuksköterskor är dessutom ofta under tidspress och har ett stort ansvarsområde. Sylvain betonar att närstående har en viktig roll för rehabiliteringen för denna patientgrupp [36]. Sjuksköterskan bör dels få en ökad kunskap om sjukdomen samt utbildning i hur hanteringen av närstående ska göras. Har inte närstående kunskapen om sjukdomen kommer rehabiliteringen av patienten att begränsas och antal vårdtillfällen att öka. Detta kommer ge en extra kostnad för samhället.

KONKLUSION

I denna studie visades det sig att kognitiv beteendeterapi reducerade symtomen smärta, trötthet, stelhet, stress, ångest, depression och ökade rörligheten, avslappningen samt sömnen. Mindfulness reducerade symtomen stress, smärta, depression samt förbättrade sömnen hos patienter med sjukdomen fibromyalgi.

Vetenskapliga underlag finns för att kognitiv beteendeterapi och mindfulness ger symtomlindring för patienter med fibromyalgi. Dessutom finns vetenskapligt underlag för bristande kunskap hos sjuksköterskor om denna patientgrupp. Sjuksköterskan bör öka sin kunskap om sjukdomen fibromyalgi för att kunna ge optimal omvårdnad. Eftersom sjuksköterskan inte får rekommendera dessa behandlingsmetoder till patienten ligger fokus i stället på att undervisa och ge stöd till såväl patient som närstående för att de ska kunna vara delaktiga i omvårdnadsprocessen. Förhoppningsvis kan denna studie bidra till en förändring i sjuksköterskans grundutbildning, så att studenterna får en djupare och bredare kunskap om sjukdomen fibromyalgi. En intressant aspekt för vidare undersökning är om internetbaserad kognitiv beteendeterapi hade lett till samma resultat.

REFERENSER

1. Anderberg, U.M et al. (2007) *Fibromyalgi – på grund av stress?* Finland: WS Bookwell.
2. Tapper, M. (2007) *Fibromyalgi kronisk värk och trötthet*. Falun: ScandBook AB.
3. Ericson, E et al. (2009) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
4. Frostin, A. (2009) *Våga förändra ditt liv med KBT*. Falun: ScandBook.
5. Kåver, A. (2008) *KBT i utveckling*. Vällingby: Elanders.
6. Schenström, O (2007) *Mindfulness i vardagen*. Falun: ScandBook AB
7. Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod for sjuksköterskor*. Stockholm: Brommatryck&Brolins AB
8. Esther PG Tan et al. (2009) Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy for Patients with Chronic Pain in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38:952-9
9. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763
10. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) 1998:531
11. Olin, R et al. (2003) *Fibromyalgi. Symtom, diagnos, behandling*. Malmö: Offset & Media.
12. Leslie J. Crofford, MD et. Al (2006) *Relieving the burden of pain in fibromyalgia*. University of Kentucky, Lexington
13. Gunvaldsen, U et al. (1997) *Fibromyalgi en bok om muskelsmärter*. Falköping: Gummesons tryckeri AB.
14. Beteendeterapeutiska föreningen
>http://www.beteendeterapi.nu/btfinfo/btf.asp?sida=om_btf< (2010-04-09)
15. Thieme et al. (2006) Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research & Therapy* 2006, 8:R121 USA
16. Redondo et al. (2004) Long-Term Efficacy of Therapy in Patients With Fibromyalgia: A Physical Exercise-Based Program and a Cognitive-Behavioral Approach. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 51, No. 2, April 15, 2004, pp 184–192.
17. Edinger et al. (2005) Behavioral Insomnia Therapy for Fibromyalgia Patients *Arch Intern Med*. 2005;165:2527-2535

18. Garcia et al. (2006) Differential efficacy of a cognitive – behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, November 2006; 11(4): 498 – 506.
19. Septhon et al. (2007) Mindfulness Meditation Alleviates Depressive Symptoms in Women With Fibromyalgia: Results of a Randomized Clinical Trial. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 57, No. 1, February 15, 2007, pp 77–85
20. Lush et al. (2009) Mindfulness Meditation for Symptom Reduction in Fibromyalgia: Psychophysiological Correlates. *J Clin Psychol Med Settings* (2009) 16:200–207
21. Rosenzweig et al. (2010) Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research* 68 (2010) 29–36.
22. Weissbecker et al. (2002) Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women With Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol. 9, No 4.
23. Eiman M et al. (2003) Evidensbaserad omvårdnad Studiematerial för undervisning inom projektet ”Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola”
24. Axelsson et al. (2008) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Polen: Pozkal.
25. Ejlertsson G (2003) Statistik för hälsovetenskaperna Danmark: Studentlitteratur.
26. Karolinska Institutet
>http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm< (2010-04-28)
27. VAS ><http://www.vardverkyget.se>< (2010-04-28)
28. Vázquez-Rivera et al. (2009) Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Comprehensive Psychiatry* 50 (2009) 517–525.
29. Svensk sjuksköterskeförening (2009). Omvårdnad och god vård.
>www.swenurse.se<
30. Forsberg & Wenström M et al. (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Polen: Pozkal.
31. Lera et al. (2009) Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: Does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of Psychosomatic Research* 67 (2009) 433–441

32. Williams et al. (2008) *Mindfulness –En väg ur nedstämdhet*. Falun, Scanbook AB
33. Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (Artikelnr 2005-1051).
34. Langius-Eklöf, A. (2008) *Patientundervisning*. 2 upplagan. Polen, Pozkal.
35. Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapporten. (Artikelnr 2009-126-71).
36. Sylvain et al. (2002) Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing* 38(3),264–273.
37. Zinn-Kabat, Jon (2001) *Full Catastrophe Living - How To Cope With Stress, Pain And Illness Using Mindfulness Meditation*. New York. Piatkus Book

BILAGOR

Bilaga 1 Kvalitetsbedömningsformulär av Eiman et al.

Bilaga 2 Matriser

Bilaga 3 Mätinstrument

Bilaga 1

Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med fibromyalgi	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47 p)		p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

Bilaga 2

I bilaga 3 nedan finns en mer detaljerad beskrivning av mätinstrumenten.

Titel	Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care.
Författare Publiceringsår Land	Vázquez-Rivera et al. 2009 Spanien
Referensnummer	28
Syfte	Undersöka förändringar i symtomen med kognitiv beteendeterapi hos patienter med fibromyalgi.
Metod	En randomiserad prospektiv långsiktig parallell studie som utfördes på ett universitetssjukhus i Madrid. Alla deltagare gjorde 4 utvärderingar; före och efter behandling, vid 6 månader och ett år efter avslutad behandling. Frågeformulären som användes mätte fysiska och psykiska förändringar. Behandlingsgruppen bestod av (n= 21) och kontrollgruppen (n=19). Gruppterapi för alla grupper pågick i 2 timmar mellan 5-6 gånger i veckan. Grupperna bestod mellan 4-8 personer som blev totalt 6 grupper som alla var homogena. Grupperna gjorde inte behandlingarna samtidigt där de icke aktiva grupperna blev uppsatta på en väntelista. Behandlingsgruppen jämförde resultatet mot gruppen som stod på väntelistan. Behandlingen genomfördes av en erfaren KBT-Psykolog. KBT-programmet bestod av smärthantering och psykologiska förändringar. Deltagarna fick hemläxa att utöva i form av avslappningsövningar. Studien gjorde ingen användning av eventuell användning av läkemedel
Mätinstrument	BDI, Stai-s, CAD
Urval	40 kvinnor som rekryterades från kliniska sjukhus i Spanien under 6 månader.
Bortfall	Sammanlagda bortfallet var 22 % (9 st).
Inklusionskriterier	18 år äldre, kvinna, diagnosen fibromyalgi enligt ACR, förstå spanska och informerat samtycke.
Exklusionskriterier	Psykisk störning och känselbortfall.
Resultat	Visade positiva signifikanta skillnader direkt efter behandlingen i variablerna depression och ångest i förhållande till gruppen på väntelistan, BDI totalt (P<0.001) och Stai-S totalt (P=0.002). Studien kom även fram till att ångest och depression förbättrades under behandlingsperioden. Vázquez-Rivera et al. konstaterade att signifikanta skillnader i att koncentrera sig på sina copingstrategier jämfört mot gruppen i väntelistan, direkt efter behandling. Variabeln distraction i mätinstrumentet CAD visade följande resultat (P=0.006), som också förbättrades under behandlingsperioden.
Kvalité	Grad 1

Titel	Mindfulness Meditation for Symptom Reduction in Fibromyalgia: Psychophysiological Correlates.
Författare Publiceringsår Land	Elizabeth Lush et al. 2009 USA
Referensnummer	20
Syfte	Studien undersöker om MBSR har effekt att minska SNS aktiveringen med kvinnor som har sjukdomen fibromyalgi.
Metod	Innan påbörjad behandling fick samtliga deltagare (n=42) fylla i ett frågeformulär som innehöll frågor om deras psykiska tillstånd. Ytterligare 21 personer fick även fylla i psykofysiologiska formulär i form av SCL, HR (puls) och PT (hudtemperatur på

	fingertopparna). Alla som medverkade fick genomgå MBSR programmet i grupper om max 15 deltagare i ett rullande schema. MBSR behandlingen pågick i 8 veckor med 2,5 timmars pass i veckan. I behandlingen fick deltagarna utöva kroppsskanning, meditation, hantering av smärta och stress. Hemövningar i form av att lyssna på ljudband rekommenderades minst 6 gånger i veckan å 45 minuter. Utvärdering gjordes genom att analysera mätskalorna SCL, HR, och PT efter avslutad behandling.
Mätinstrument	SCL, HR och PT.
Urval	42 kvinnor minst 18 år med diagnosen fibromyalgi enligt ACR. Deltagarna rekryterades från teve, radio och tidningsannonser.
Bortfall	Fem drog sig ur innan MBSR behandlingen. 4 drog sig ur under behandlingen. 10 deltagare som fullföljde hela MBSR men ök inte upp på utvärderingen efter behandlingen och kunde inte kontaktas. 3 deltagare uteslöts för användning av kärllvidgande läkemedel. Detta påverkade inte resultatet.
Inklusionskriterier	Diagnostiserats enligt ACR. Läkemedel som antidepressiva, östrogenersättning samt p-piller fick användas.
Exklusionskriterier	Läkemedelsgrupper; antipykotsika, barbiturater, benzodiazepiner, sömnmedel, muskelavslappnande, opiater, viagra, anti-inflammatoriska och melatonin.
Resultat	På grund av ett litet urval och stort bortfall kan inte bestämda resultat dras av studien. Studien visade trots det dåliga urvalet och bortfallet intressanta resultat för framtida forskning. Under meditationen sjönk SNS aktiveringen och efter åtta veckors behandling var SNS aktiveringen lägre än från utvärderingen före behandlingen.
Kvalité	Grad 2

Titel	Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: Does cognitive behavior therapy increase the response to treatment?
Författare	Lera et al.
Publiceringsår	2009
Land	Spanien
Referensnummer	31
Syfte	Syftet är att undersöka om kognitiv beteendeterapi ökar effekten på behandlingen med multibehandling.
Metod	Alla deltagare fick multibehandling som innehöll 14 gruppmöten 1 timme per vecka under 4 månader. Multibehandlingen innehöll individuell medicinsk anpassning, smärta, sömnstörningar, muskelsmärta och sekundära depressioner och ångest. Gruppmötena handlade om beskrivning av typiska symtom, information om lyfteknik, kroppshållning, balans, rörelser samt planering för fysisk träning. 10 gånger träffade deltagarna en sjukgymnast för fysisk aktivitet samt hantering av trötthet och stelhet. Alla deltagare fick innan påbörjat träningspass inleda med 20 minuter hjärtaktivitet på cykel eller med snabb promenad. Passet avslutades med 20 minuter muskeltöjning och 10 minuter diskussion och psykosocialt stöd. Deltagarna delades slumpmässigt in i multibehandlingsgruppen (kontrollgrupp, n=40) eller i multibehandlingsgruppen med KBT (behandlingsgruppen, n=43). KBT gruppen använde sig av metoder för att kontrollera smärta och leddes av en utbildad psykolog inom ämnet. Behandlingen bestod av 15 gruppmöten 90 minuter i veckan före varje träningspass. I KBT gruppen ingick en utbildning av det centrala nervsystemet, smärthantering, minska fysisk och psykisk ohälsa, öka den mentala hälsan, förbättring av sömnkvalitén samt psykosocialt stöd. Grupperna utförde sina behandlingar på olika dagar för att minska risken att information utbyttes mellan grupperna. Under hela behandlingstiden förekom samma personal

	och grupperna utvärderades vid 3 tillfällen; före/efter behandlingen samt vid 6 månader efter avslutad behandling.
Mätinstrument	SF-36
Urval	83 kvinnor som rekryterades från fibromyalgi enheten i Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.
Bortfall	20% hoppade av behandlingen innan den var avslutad. Från behandlingens början till 6 månaders uppföljningen hoppade 27 (32%) deltagare av studien.
Inklusionskriterier	Diagnostiserade enligt ACR av samma reumatolog, kvinna, får inte vara sökande för för tidspension,
Exklusionskriterier	Män på grund av för lite deltagande, lider av svår depression, psykos eller vaneföreställningar.
Resultat	Kontrollgruppen och KBT-gruppen delades in i två grupper. Ena gruppen hade bara smärta som symtom medan den andra gruppen hade både smärta och trötthet. Denna gruppindelning gjordes i både kontroll- och behandlingsgrupp. Resultatet visade positiv signifikant skillnad på minskning av trötthet i förhållande till kontrollgruppen $P=0.021$ direkt efter avslutad behandling i mätinstrumentet FIQ, i den grupp med symtomen smärta och trötthet. Vid utvärderingen efter 6 månader visade det sig att resultatet höll i sig.
Kvalité	Grad 1

Titel	Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women With Fibromyalgia.
Författare	Inka Weissbecker et al.
Publiceringsår	2002
Land	USA
Referensnummer	22
Syfte	Studiens syfte är att ta reda på om SOC (Känsla av sammanhang) lindrar symtomen vid fibromyalgi och om MBSR påverkar SOC.
Metod	En randomiserad prospektiv studie. Deltagarna delades slumpmässigt in i kontrollgrupp (n= 40) eller MBSR behandling (n=51). Innan behandlingen påbörjades fyllde de olika frågeformulären in. Kontrollgruppen erbjöds MBSR behandling fyra månader senare. MBSR gruppen delades ytterligare in i två grupper (n=25 och n=26) för att behandlingen skulle vara hanterbar. Behandlingsgruppen utfördes under 8 veckor med 2,5 timmars meditation 6 gånger i veckan. Meditationen går ut på avslappningsövningar och enkla yogaövningar. Deltagarna uppmanades utföra hemuppgifter i form av meditation. Resultaten utvärderades före, efter samt vid två månader efter avslutad behandling.
Mätinstrument	PSS, OLQ, BDI, FIQ
Urval	91 kvinnor rekryterades från teve och tidningsannonser
Bortfall	Ej aktuellt.
Inklusionskriterier	Fibromyalgi enligt ACR, 18 år och äldre, engelskspråkiga, kunna förstå informerat samtycke samt närvara vid mötena.
Exklusionskriterier	Självdestruktiva och psykotiska.
Resultat	Redovisade att MBSR ökade SOC som mättes med med OLQ i förhållande till kontrollgruppen från före behandlingen till två månader efter (MBSR 130,51-139,54, kontroll 132,42-130,08). Författarna i studien kom fram till ökad SOC minskade symtomen stress och depression vid fibromyalgi med mätmetoderna PSS och BDI.
Kvalité	Grad 1

Titel	Behavioral Insomnia Therapy for Fibromyalgia Patients.
Författare	Jack D. Edinger et al.
Publiceringsår	2005
Land	USA
Referensnummer	17
Syfte	Syftet är att undersöka om KBT ger en förbättrad sömn i förhållande till kontrollgruppen vid sjukdomen fibromyalgi.
Metod	En kvantitativ studie där kvinnorna slumpmässigt blev indelade i tre olika grupper. En KBT grupp (n=18) SleepHygien (SH, n=18) och kontrollgrupp (UC, n= 11). Deltagarna hade inte vetskapen om hypotesen i studien, där grupperna var homogena i variablerna sjukdomar och farmaka. Studien mätte om det fanns någon skillnad i totala vakna tiden under natten (TWT), totala sömntiden under natten (TST), sömnkvalité (SE) och insomningstiden (SOL). Deltagarna fick dagligen fylla i en dagbok om deras sömnvanor. Mätinstrumenten som användes för att ta reda på TWT, TST och SOL var Actigraphy. Ett instrument som övervakar rörelse/aktivitet under sömnen. För att utesluta att deltagarna inte hade någon sömnnapné användes Polysomnography (PSG).
Mätinstrument	Actigraphy, PSG
Urval	45 kvinnor med fibromyalgi diagnostiserades enligt ACR.
Bortfall	Efter avslutad studie var bortfallen: KBT 3st, SH 1st och Kontrollgrupp 1st. Efter sex månader: KBT 12st, SH 11st och kontrollgrupp 4st.
Inklusionskriterier	Diagnostiserade enligt ACR, uppfyller kriterierna för sömnlöshet, minst 60 minuter vaken nattetid under 1 vecka.
Exklusionskriterier	Gravid, preventivmedel, amning, sjukliga sömnrubbningar, depression, ångest eller drogmissbruk, inga pågående mediciner av sömnmedel, sömnnapné, störd dygnsrytm eller perioder av stickningar/domningar i extremiteter.
Resultat	Visade att KBT gruppen hade flera signifikanta variabler jämfört mot kontrollgruppen vid bedömning av sömndagbok över tid: Minskat TWT (p=0.005), SOL (p=0.05) och SE (p= 0.008) jämfört mot kontrollgruppen, där SOL minskade från första bedömning till 6 månader från 33.0 ± 6.2 - 15.8 ± 2.7 minuter. Kontrollgruppen ökade sina värden från 18.6 ± 2.8 - 29.8 ± 13.6. TST med mätinstrumentet Actigraphy var det signifikant skillnad, där KBT gruppen hade mindre variationer jämfört med kontrollgruppen från natt till natt. Studien visade att KBT har en positiv effekt på sömnproblem med personer som lever med fibromyalgi
Kvalité	Grad 2

Titel	Differential efficacy of a cognitive – behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome.
Författare	García et al.
Publiceringsår	2006
Land	Spanien
Referensnummer	18
Syfte	Jämföra olika effekter av KBT och farmakologisk behandling med personer som har sjukdomen fibromyalgi.
Metod	En kvantitativ studie som bygger på 2*2 faktor principen. Där faktor A representerar närvaro och faktor A2 frånvaro. Deltagarna delades slumpmässigt in i fyra olika grupper; KBT, farmakologisk, KBT och farmakologisk samt en kontrollgrupp. Där alla grupper var homogena. Varje deltagare fick genomgå en FIQ, NTP (antal tender points) och HADS bedömning innan behandlingen påbörjades. 15 dagar innan bedömningen gjordes avslutades aktuella läkemedelsbehandlingar. Behandlingen pågick under 9

	veckor med utvärderingar före och efter behandlingen samt vid 3 månader. Den farmakologiska gruppen fick behandling i form av Yurelax 10 mg/dag. KBT-gruppen gick utbildning i tre olika faser. Första fasen gick ut på att hantera sin stress, rädsla och ångest. Andra handlade om att hantera och repetera sina kunskaper. Avslutningsvis fick deltagarna lära sig copingstrategier, avslappningsteknik och självkänedom. Kontrollgruppen fick ingen form av behandling. Resultatet utvärderades utifrån försämring/förbättring av skalorna FIQ, NTP och HADS.
Mätinstrument	FIQ, NTP, HADS-skala
Urval	27 kvinnor mellan 30 till 76 år (medelvärde 49.9) rekryterades via patientjournaler från Pain Unit of the Clinical Hospital of Santiago de Compostela, Spain. Deltagarna hade haft diagnosen fibromyalgi mellan 1-30 år.
Bortfall	Ej aktuellt
Inklusionskriterier	Diagnos enligt ACR, ingen läkemedelsbehandling, ingen sjukersättning och adekvat för att förstå information och behandling.
Exklusionskriterier	Ej aktuellt
Resultat	Visade positiva signifikanta skillnader i KBT-gruppen jämfört mot kontrollgruppen i bedömningsskalorna FIQ totalt och NTP efter 3 månader. Direkt efter avslutad behandling hade KBT-gruppen positiva signifikanta skillnader på FIQ-totalt bedömningen. KBT-gruppen hade signifikant skillnad jämförbart mot kontrollgruppen i reducering av depression. Även en reducering av ångest fanns i KBT-gruppen. Studien visade att en kombinerad behandling inte var effektivare än farmakologisk och KBT behandling var för sig, i förhållande till kontrollgruppen.
Kvalité	Grad 2

Titel	Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice.
Författare	Rosenzweig, A S et al.
Publiceringsår	2009
Land	USA
Referensnummer	21
Syfte	Undersöka effekten av livskvalitén med hjälp av MBSR på patienter med sjukdomen fibromyalgi.
Metod	En prospektiv kohortstudie där deltagarna fick genomgå en intervju som innefattade en kort medicinsk bakgrund och vilka krav som förväntades av studien. Informerat samtycke erhöles av alla deltagare. Deltagarna genomgick ett 8 veckors MBSR program som innehöll kroppsskanning, medvetenhet om andning, känslor, meditation och yoga, en gång i veckan á 2,5 timme. Vid vecka 6 i behandlingen ingick en heldag med olika övningar. Hemuppgifter uppmanades att utföra 6 gånger i veckan á 20-25 minuter. Övningarna gick ut på att lyssna på ett ljudband för att lära sig meditera. Deltagarna fick dagligen föra dagbok över hur behandlingen upplevs. Före och efter behandlingen utvärderades resultatet med hjälp av två olika mätskalor SF-36, SCL-90-R.
Mätinstrument	SF-36, SCL-90-R
Urval	Deltagarna rekryterades via medicinska kliniker och media i Philadelphia. Av 136 deltagare var det 27 med fibromyalgi.
Bortfall	Sammanlagt var det ett bortfall på 21%. Bortfallet i fibromyalgigruppen var 16 (59%).
Inklusionskriterier	Diagnostiserade med en eller flera kroniska smärtor.
Exklusionskriterier	Psykotiska symtom, självmordsrisk, pågående missbruk eller

	beroende
Resultat	Studie konstaterade att mentala hälsan (mental health) efter MBSR behandlingen hade signifikanta resultat ($P \leq 0,05$, Effect Size 0,71) mätt med SF-36. Rosenzwegs studie visade totalt ett medelvärde i alla variabler mätt med SF-36 (Effect Size 0,49). Rosenzweig, A S et al. visade signifikanta skillnader efter behandling av MBSR i skalan SF-36 i variabeln allmän hälsa (general health) ($P \leq 0,05$, Effect Size 0,74). Variabeln livskraften (vitality) hade resultatet ($P \leq 0,05$, Effect Size 0,96). Rosenzweig kom även fram till förbättring av social funktion med effect size (0,59) men ingen signifikant skillnad ($P \leq 0,10$).
Kvalité	Grad 1

Titel	Mindfulness Meditation Alleviates Depressive Symptoms in Women With Fibromyalgia: Results of a Randomized Clinical Trial.
Författare	Sephton et al.
Publiceringsår	2007
Land	USA
Referensnummer	19
Syfte	Syftet med denna studie var att undersöka effekterna av Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) på depressiva symtom hos patienter med fibromyalgi.
Metod	Kvantitativ studie där kvinnorna slumpmässigt delades in i MBSR eller kontrollgrupp. Grupperna var homogena i variablerna smärta, sömn, och depressiva symtom. För att skydda mot eventuella avhopp och bias delades MBSR- gruppen in i två grupper. Storleken av grupperna blev följande; MBSR-gruppen bestod av 51 (ca 25 å per grupp) och kontrollgruppen bestod av 40. En månad innan behandlingen påbörjades gjordes en medicinsk bedömning av deltagarna. Behandlingen pågick i 8 veckor med ett 2.5 timmars möte veckovis med en legitimerad MBSR psykolog från University of Massachusetts Medical School. Deltagarna fick en påminnelse via telefonsamtal att närvara vid behandlingstillfällena. Syftet med mötena var att få ökad kunskap om att hantera stress. Hemläxor uppmanades att utföra sex gånger i veckan á 30-45 min per tillfälle, genom att aktivt lyssna på ljudband. Under behandlingstiden förekom en endagars utbildning i meditation under vecka sex och sju. Efter att all data var insamlad erbjöds kontrollgruppen utbildning i MBSR. Utvärderingarna av bedömningsskalorna gjordes före och efter behandlings perioden samt 2 månader efter avslutad behandling. Resultatet utvärderades via FIQ, VAS, BDI.
Mätinstrument	FIQ, VAS, BDI
Urval	91 kvinnor som gav informerat samtycke i åldrarna 18 år och äldre rekryterades från teve och tidningsannonser. Deltagarna diagnostiserades enligt ACR.
Bortfall	2 personer (82,3 %) i behandlingsgruppen gjorde minst 4 veckor, där medelvärdet av antal gjorda veckor var 5.5.
Inklusionskriterier	Diagnostiserad enligt ACR, 18 år och äldre, kvinna, möjlighet att delta minst en gång i veckan i åtta veckor.
Exklusionskriterier	Avsaknad av diagnosen fibromyalgi, inte möjlighet att närvara minst åtta veckor, psykisk sjukdom eller självmordsrisk.
Resultat	Visade depressiva signifikanta resultat ($P = 0,05$) i MBSR- gruppen efter avslutad behandling samt vid två månader senare i bedömningsformuläret BDI, förhållande till kontrollgruppen. Resultatet sträcker sig efter avslutad behandling och ihållande fram till två månader. Signifikanta effekter visades på psykosomatiska symtom över tid. De deltagare som fullföljde hela

	MBSR- programmet hade störst reducering av depressiva symtom. Sephton et al fann att MBSR ger smärtreducering jämfört mot kontrollgruppen. Sephton et al redovisade att MBSR ger en förbättrad sömnkvalité i förhållande till kontrollgruppen.
Kvalité	Grad 1

Titel	Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments.
Författare	Kati Thieme et al
Publiceringsår	2006
Land	USA
Referensnummer	15
Syfte	Syftet med studien är att undersöka effektiviteten av KBT och OBT jämfört mot en kontrollgrupp, samt effektiviteten mellan KBT och OBT
Metod	En randomiserad studie där deltagarna slumpmässigt delades in i tre olika grupper OBT (43), KBT (42) och AP (kontrollgrupp 40). Gruppindelningen var homogent indelad. KBT-gruppen behandlades under 15 veckor med två timmars utbildning per vecka, därtill kom även två utbildningsdagar med psykolog och reumatolog med minst 15 års erfarenhet. Deltagarna hade under behandlingstiden hemuppgifter som bestod av att vara fysisk aktiv samt minska medicinering. KBT utbildningen bestod av stress och smärthantering, copingstrategier, avslappning och minska negativa tankar. AP – gruppen inriktade sig på medicinska och psykosociala diskussioner med utbildad terapeut. I gruppen förekom inga hemuppgifter eller andra utbildningsdagar. Alla grupper utvärderades före/efter behandlingen samt vid 6 och 12 månader.
Mätinstrument	FIQ , MPI, TBS, PRSS
Urval	125 kvinnor som rekryterades från tio olika reumatologiska kliniker. Diagnostiserade enligt American College of Rheumatology.
Bortfall	KBT 2 bortfall och 20 i kontrollgruppen på grund av försämring av symtom.
Inklusionskriterier	Diagnos enligt ACR, smärta minst 6 månader, gifta, make har rätt att vara med som stöd samt förstå information och behandling.
Exklusionskriterier	Pågående inflammatorisk Reumatologisk sjukdom. Allvarlig sjukdom som cancer, diabetes och njursjukdom etc.
Resultat	Visade att KBT behandlingen minskade smärtreduktion vid 6 månader och 12 månader (P= 0,004) jämfört mot kontrollgruppen med mätinstrumentet TBS. Resultatet av MPI och pain behaviors visas med hjälp av ES. Vid 12 månader var värdet av MPI (1,14) och pain behaviors (0,57) i KBT-gruppen. Studien visar att KBT på lång sikt minskar smärtreduktion och grad av smärta. Thieme et al. redovisar i sin studie positiva resultat i PRSS-coping där copingstrategierna ökade i KBT-gruppen direkt efter avslutad behandling (1,16), 6 månader (1,72) och 12 månader (2,66) med hjälp av ES kvoten. KBT minskar negativa tankar jämfört mot kontrollgruppen omedelbart efter behandlingen samt vid 6 och 12 månader. Kontrollgruppen ökade de negativa tankarna allteftersom behandlingen pågick. Thieme et al. visade reducering i KBT gruppen av känslomässiga beteenden jämfört mot kontrollgruppen. ES kvoten visade efter 6 (1,39) och 12 (1,57) månader förbättrade resultat i MPI – Affective distress variabeln.
Kvalité	Grad 1

Titel	Long-Term Efficacy of Therapy in Patients With Fibromyalgia: A Physical Exercise-Based Program and a Cognitive-Behavioral Approach.
--------------	---

Författare	Redondo et al.
Publiceringsår	2004
Land	Spanien
Referensnummer	16
Syfte	Undersöka effekten av KBT eller fysisk aktivitet vid individer med sjukdomen fibromyalgi.
Metod	En prospektiv långsiktigt randomiserad studie med 40 kvinnor som slumpmässigt delades in i två grupper, KBT eller fysisk aktivitet. Studien godkändes av etisk kommitté av sjukhus Universitario Gregorio Maran, Madrid. Alla deltagare genomgick 4:a utvärderingar, före och efter behandlingen samt vid 6 månader och 1 år. Kliniska och psykologiska frågeformulär fylldes i innan påbörjad behandling. Information om daglig fysisk aktivitet och medicin samlades in. Antiinflammatoriska läkemedel erbjöds men bedömdes inte in i det slutliga resultatet. Den fysiska gruppen utförde 45 minuters träningspass á 5 gånger i veckan under 8 veckor. Syftet var att förbättra kondition, styrka, uthållighet samt rörlighet. Varje vecka bestod av 1 vattenpass, 2 pass med rörlighet och 2 pass med konditionsträning. Efter behandlingsperioden var avslutad uppmanades deltagarna att fortsätta med fysisk aktivitet. KBT-gruppen varade i 8 veckor med 2.5 timmes terapi en gång i veckan. Syftet var att få ökad kunskap om smärthantering samt med hjälp av avslappningsövningar hantera främst smärta men även sömn, vila och klara av vardagsrutinerna.
Mätinstrument	VAS, FIQ, BDI, SF-36, CPCI
Urval	Totalt 40 kvinnor med fibromyalgi delades slumpmässigt in i två grupper KBT (21) och fysisk aktivitet (19) som var homogena.
Bortfall	Fem i KBT och fyra i fysisk aktivitet gruppen.
Inklusionskriterier	Uppfyllede ACR, godkänd fysisk och kardiovaskulär undersökning.
Exklusionskriterier	Allvarlig sjukdom under pågående behandling.
Resultat	Redovisade signifikanta skillnader ($p < 0.01$) i KBT gruppen på stelhet i mätinstrumentet FIQ i variabeln VAS - stiffness direkt efter avslutad behandling, där också FIQ totalt visade signifikant skillnad där följande variabler ingick (sleep, fatigue, pain, feel good, depression, anxiety, physical function). Måttlig förbättring i fysisk aktivitet i ryggen visades i KBT-gruppen med ett p-värde mindre än 0,01 mätt med skalan CPCI i variabeln vertebral column. Författarna i studien valde bara att redovisa signifikanta skillnader i resultatet där p-värdet var mindre än 0,01. Redondo et al. studie var det endast avslappning som hade signifikant skillnad mellan grupperna KBT och fysisk aktivitet. I KBT-gruppen var avslappning den enda variabeln som hade $p < 0,01$ efter alla bedömningar, direkt efter, 6 månader och 12 månader med mätinstrumentet CPCI – relaxation. Redondo et al. (2004) studie förbättrades den allmänna hälsan efter 6 månader i variabeln general health i frågeformuläret SF-36 ($p < 0,01$).
Kvalité	Grad 1

Bilaga 3

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S)

Spanskt frågeformulär med 20 frågor som mäter graden av ångest. Högre poäng i mätskalan innebär mer ångest [28].

Visuell Analog Skala (VAS)

VAS är en mätskala för individuell smärtuppskattning. Patienten får skatta sin smärta där 0= ingen smärta och 10= värsta tänkbara smärta. Skattningsvärdet kan även vara 0-100 [27].

Short form 36 (SF-36)

Frågeformulär med 36 frågor om hälsotillståndet. Hälsoenkäten tar upp områden som: allmän hälsa, aktivitet, smärta, socialfunktion, psykiska och fysiska hälsotillstånd. Enkäten bedöms efter antal svars-poäng, där ett högt antal poäng innebär ett sämre hälsotillstånd [27].

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Frågeformulär med 20 frågor om hur mycket sjukdomen fibromyalgi påverkar individen i följande kategorier; fysisk förmåga, arbetsbortfall, oro, ångest, depression, stelhet och trötthet. Högre poäng påverkar sjukdomen individen mer negativt [27].

Multidimensional Pain Inventory (MPI)

Bedömningsformulär med 60 frågor som bedömer följande; smärtintensitet, känslomässig stress, smärta, socialt stöd och allmän aktivitet. Används främst vid olika kroniska smärttillstånd bland annat fibromyalgi [15].

Tübingen Pain Behaviour Scale (TBS)

Mätinstrument som bedömer smärtbeteenden av två oberoende personer. Personerna videofilmas under en pågående aktivitet i 8 minuter där de oberoende personerna observerar och sätter poäng på smärtan från 0-2. Där 0=ingen smärta, 1=ibland och 2=alltid. Resultatet räknas ut med hjälp av en formel och på så sätt kan få fram ett eventuellt signifikant p-värde [15].

Pain-Relaterade Self-rapporter Scale (PRSS)

Frågeformulär om bland annat copingstrategier och negativa tankar. Formuläret bedöms före och efter behandling där 0=helt missnöjd och 6=helt nöjd [15].

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD; Coping Questionnaire for Chronic Pain)

Spanskt coping frågeformulär med 31 frågor som mäter graden av kronisk smärta. Frågorna i formuläret tar upp några olika copingstrategier; religion, koncentrationen, självkänsla och självförtroende. Frågorna bedöms genom att gradera frågan från A till E, från att vara starkt överens till starkt emot. Högre poäng visar lägre användning av copingstrategier [28].

Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)

Frågeformulär med copingstrategier för att hantera smärta. Innehåller 65 frågor om: avslappning, vila, våga be om hjälp, uthållighet, motion, socialt stöd och fysiska förändringar i ryggen [16].

Beck Depression Inventory (BDI)

Frågeformulär som är utvecklat för patienter med depression. Formuläret innehåller 21 frågor som bedömer kognitiva och affektiva symtom. Maxpoängen är 63 poäng där värden över 13 tyder på förekomst av depression och värden över 21 är en svårare depression [16].

Actigraphs

Mätmetod för att mäta sömnförbättringar som övervakar rörelser och aktivitet i samverkan med en dator. Actigraphs mäter total sömn tid (TST), Total vakentid (TWT), sömneffektivitet (SE) och Insomningstid (SOL) [16]

Orientering to Life Questionnaire (OLQ)

Ett mått på känsla av sammanhang som består av 29 frågor som tar upp begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet [22].

Perceived Stress Scale (PSS)

Frågeformulär som mäter psykisk stress under den senaste veckan. En femgradig skala som sträcker sig från 0-5, där 0=aldrig och 5=ofta [22].

Skin Conductance Level (SCL)

Psykofysiologisk mätning av hjärtfrekvens och hudtemperatur på fingertopparna [20].

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

En skala som bedömer ångest och depression i en icke psykiatrisk sjukhus miljö [18].

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

Ett frågeformulär för att se förändringar i psykiska symptom [21].