



Mindfulness för personer med ryggmärgsskada

- en litteraturstudie med systematisk ansats

Examensuppsats, 15 hp

Legitimationsgrundande psykoterapiutbildning med inriktning kognitiv beteendeterapi, Svenska institutet för kognitiv psykoterapi, Ht 2025

Författare: Maria Sandberg, Steg 2Ä

Handledare: Kerstin Wahman, leg fysioterapeut, docent i fysioterapi, enhetschef för FoU på Aleris Rehab Station Stockholm

Examinator: Tom Palmstierna, specialist och professor i psykiatri vid Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att drabbas av en ryggmärgsskada ger nedsatt rörelse- och känsselförmåga och innebär ofta en dramatisk livsomställning, med påföljande ångest- och depressionssymtom som vanlig sekundär konsekvens. Smärta är en annan vanlig sekundär konsekvens av ryggmärgsskada. En metod att lindra dessa symtom är mindfulnessbaserade övningar. Några grundövningar syftar till att känna in sin kropp, vilket kan bli problematiskt för personer med ryggmärgsskada.

Syfte: Undersöka den vetenskapliga evidensen för tillämpning av mindfulnessbaserade metoder för personer med ryggmärgsskada och samtidig ångest- och depressionssymtom eller smärta.

Metod: Litteraturstudie med systematisk ansats där sökningar i PubMed samt PsychINFO gjorts.

Resultat: Litteratursökningen resulterade i 16 fulltextartiklar, varav 13 exkluderades utifrån inklusionskriterierna. Ytterligare en studie tillkom på handledarens rekommendation, vilket gav totalt fyra inkluderade studier. Litteraturen gav visst stöd för mindfulness vid ryggmärgsskada i kombination med ångest eller depression, men inget entydigt stöd för effekt vid smärta.

Slutsats: Mindfulnessbaserade metoder är delvis applicerbara för personer med ryggmärgsskada.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INTRODUKTION.....	1
2 BAKGRUND.....	2
3 METOD.....	11
4 RESULTAT.....	15
5 DISKUSSION.....	22
6 REFERENSER.....	28
7 BILAGOR.....	31

1. INTRODUKTION

Ryggmärgsskada (RMS) är en ovanlig neurologisk funktionsnedsättning som ofta har en stor inverkan på vardagslivet. I dagsläget finns det ingen bot för RMS så rehabiliteringen syftar till att varje patient ska bli så självständig som möjligt samt ha en så god fysisk och psykisk hälsa som möjligt (Holtz & Levi, 2006). Den mest synliga konsekvensen hos personer med RMS är förlamningen eller rörelsenedsättningen. Rörelsenedsättningen innebär att personer med RMS i varierande grad behöver anpassa sin vardag, sitt hem samt sina aktiviteter utifrån den rörelseförmåga de har kvar. Den kan även innebära att personen blir i behov hjälpmedel och av hemtjänst eller personlig assistans i olika grader för att klara aktiviteter i sitt dagliga liv.

Förutom förlamning och känselnedsättning är smärta samt mental ohälsa i form av depression och ångest vanliga sekundära konsekvenser efter en RMS (Sipski & Richards, 2006). En vanlig samling av metoder för att hantera svårigheter i livet och mental ohälsa är mindfulnessbaserade metoder, även kallad medveten närvaro. Mindfulnessbaserade metoder består av en rad olika tekniker som syftar till att behålla fokus på nuet på ett accepterande och icke dömande sätt. Flera av teknikerna använder kroppen som utgångspunkt för att känna in och känna av. Metoderna har vetenskaplig evidens inom mental ohälsa som nedstämdhet, stress och ångest (Remskar, Western, Ainsworth, 2024). Metoderna har begränsad evidens vad gäller långvarig smärta (Marikar Barwa et al., 2015).

Med tanke på att personer med RMS har en känselnedsättning av olika grad och att många Mindfulnessbaserade metoder använder känslan i kroppen skulle det kunna finnas en svårighet att tillämpa mindfulnessbaserade metoder för en person med RMS. Med ökad kunskap kring om mindfulness har evidens även för personer med RMS skulle mindfulnessbaserade behandlingsprogram kunna utvecklas, som ett led i att hantera smärta och behandla depression och ångest. Ett första steg mot ökad kunskap skulle kunna vara att göra en litteraturstudie över dagens forskningsläge på området.

2. BAKGRUND

2.1 Ryggmärgsskada

Ryggmärgen är en länk som förbinder hjärnan med resten av kroppen och har som uppgift att förmedla sensoriska, motoriska och autonoma funktioner. (Holtz och Levi, 2006)

Ryggmärgen ligger skyddad inne i ryggraden, som är en kotpelare som leder från huvudet ända ner till svanskotan. Själva ryggmärgen kan liknas vid en kabel som består av nervceller och nervförbindelser (Levi & Hultling, 2011). En skada på ryggmärgen leder bland annat till att kroppen drabbas av olika grader av nedsatt känsel och viljestyrd motorik då signalerna mellan hjärnan och resten av kroppen blir påverkad (Holtz & Levi, 2006).

Närmare hur kroppen påverkas av en RMS beror på var i ryggmärgen skadan har uppstått, samt om skadan är komplett (hela ryggmärgen av) eller inkomplett (delar av ryggmärgen är skadade). Ju högre upp i ryggmärgen skadan sitter, desto fler delar av kroppen blir påverkade eftersom symtomen efter skadan uppstår i skadeområdet samt nedanför skadeområdet (Ryggmärgsskada.se, 2025).

I ryggmärgen finns även ett antal neurala nätverk som samverkar vid både reflexmässiga och mer komplexa funktioner. Detta får till följd att förutom en rörelsenedsättning av olika grad så för en RMS med sig även andra direkta konsekvenser som exempelvis spasticitet, neurogen blås- och tarmrubbing, ökad förekomst av hjärt-kärlsjukdom och autonom dysreflexi (Holtz & Levi, 2006). Långvarig smärta, ökad risk för trycksår och benskörhet är ytterligare sekundära komplikationer av en RMS (WHO, 2024).

2.1.1 Förekomst och etiologi

Enligt World Health Organization (WHO) lever ungefär 15 miljoner människor i världen med en RMS (WHO, 2024). I Sverige drabbas ca 330 personer varje år av en RMS och totalt sett lever idag ca 6000 personer i Sverige med en RMS (Hjärnfonden, 2025).

RMS delas in i traumatisk och icke-traumatisk, beroende på skadans etiologi. Traumatisk RMS orsakas av yttre faktorer som exempelvis trafikolyckor, fall från höjd, idrottsrelaterade olyckor eller annat yttre våld. Globalt sett är trafikolyckor den vanligaste orsaken till traumatisk RMS, följt av fallolyckor (International Spinal Cord Society (ISCoS), 2015). I Sverige var 49 % av ryggmärgsskadorna som inträffade under 2023 av traumatisk karaktär. Av dessa berodde ungefär hälften på fall, medan trafikolyckor utgjorde den näst vanligaste orsaken (Svenskt register för rehabiliteringsmedicin (SveReh) Årsrapport 2023). Den relativt

låga andelen trafikrelaterade RMS i Sverige förklaras sannolikt av långvariga satsningar på trafiksäkerhet, såsom förbättrad väginfrastruktur, hastighetsbegränsningar och lagkrav på bilbälte (Divanoglou & Levi, 2009).

En icke traumatisk RMS orsakas av någon form av sjukdom. Det kan t ex handla om en medfödd sjukdom, en blödning i ryggmärgen eller en tumör i ryggmärgen. År 2023 var det ungefär hälften av alla som drabbades av en RMS som drabbades av en av icke traumatisk karaktär (Svenskt register för rehabiliteringsmedicin (SveReh) Årsrapport 2023).

2.1.2 Psykosociala konsekvenser efter en RMS

Att drabbas av en RMS innebär i regel en stor omställning i livet och vägen tillbaka är allt som oftast både lång och slitsam. Det är inte bara förmågan att kunna gå som kan ha ändrats. Från att ha kunnat leva ett självständigt liv och fritt kunnat utöva aktiviteter och resor kan nu enklare vardagsaktiviteter som att klä på sig och äta mat (dvs de motoriska rörelser som krävs för att äta som att skära maten och att föra den till munnen) bli alltifrån en utmaning till en omöjlighet. Den neurogena blås- och tarmrubbing som de flesta med RMS drabbas av medför en nedsättning i förmågan att reglera sin blåsa och tarm på ett viljemässigt sätt.

En RMS kan innebära att individen inte längre kan utföra sitt arbete på samma sätt som tidigare. Det kan krävas anpassningar på arbetsplatsen, ett karriärbyte eller i vissa fall ansökan om sjukersättning (tidigare benämnd förtidspension). Möjligheten till delaktighet i samhället kan begränsas, särskilt eftersom många sociala arenor fortfarande inte är fullt tillgängliga för personer som använder rullstol.

Att ställa om till ett liv med nedsatt funktion, och eventuellt ett behov av personlig assistans i vardagen, är ofta en lång och känslomässigt krävande process. För många innebär detta en sorgprocess som kräver tid och anpassning. Denna omställning påverkar inte bara den drabbade individen, utan även anhöriga, familj och vänner. I parrelationer där den ena parten drabbas av en RMS är risken för separation högre än i relationer där ingen har en RMS, eller där funktionsnedsättningen fanns redan vid relationens början (Holtz & Levi, 2006).

Den ovan beskrivna psykosociala belastningen som ofta uppstår efter en RMS är en bidragande orsak till att sekundära konsekvenser som psykisk ohälsa, inklusive depression och ångest, är vanliga (Sipski & Richards, 2006). En annan vanlig följd är långvarig smärta, vilket tidigare nämnts. Det finns ett tydligt samband mellan depression, ångest och smärta,

där dessa tillstånd ofta samverkar och förstärker varandra (Levi & Ertzgaard, 2019). Eftersom det i dagsläget inte finns någon botande behandling för RMS är det avgörande att kompensera för funktionsbortfall med hjälpmedel och anpassningar. Lika viktigt är det att förebygga och behandla de sekundära konsekvenser som kan uppstå, för att förbättra den psykosociala situationen hos den drabbade (Holtz & Levi, 2006).

2.1.2.1 Quality of life

Ett sätt att bedöma och mäta en persons psykosociala situation och mående är genom att mäta Livskvalitet. Eftersom begreppet saknar en exakt definition så är det ett både komplext och omdiskuterat begrepp (Levi & Ertzgaard, 2019). På engelska används termen Quality of Life (QOL) och det är den som kommer att användas i denna studie. WHO definierar QOL som: “an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WHO, 2012).

WHO definierar QOL som individens egen uppfattning om sin position i livet, i relation till den kultur och de värderingar personen har, samt utifrån egna mål, förväntningar och normer. QOL kan delas upp i två dimensioner: en objektiv och en subjektiv. Den objektiva dimensionen rör de samhällliga förutsättningarna för att uppnå QOL, såsom sociala, ekonomiska och hälsorelaterade faktorer. Den subjektiva dimensionen handlar om individens egen upplevelse av livstillfredsställelse och välbefinnande, vilket inkluderar den psykiska hälsan (WHO, 2012).

QOL omfattar alltså flera olika aspekter av en människas liv. Psykisk hälsa och ohälsa, där bland annat depression och ångest ingår, är en central del av den subjektiva dimensionen av QOL. WHO beskriver vidare att en persons QOL påverkas av faktorer som skador och fysiska funktionsnedsättningar. Därför används QOL ofta som ett utfallsmått i studier som undersöker effekterna av behandlingar för personer med olika typer av funktionsnedsättningar (WHO, 2012).

2.2 Smärta

Den internationella definitionen av själva upplevelsen av smärta är utarbetad av organisationen International Association for the study of pain (IASP) och lyder: An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage (Raja et al. 2020). Organisationen Svenskt smärtforum

har översatt definitionen enligt följande: En obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förknippat med vävnadsskada, hot om vävnadsskada eller en upplevelse som kan liknas vid denna (Svenskt smärtforum, 2021).

Smärta är alltså en individuell upplevelse som varken kan ses eller mätas objektivt. Hur stark smärtan känns behöver inte alls korrelera med skadans storlek, allvarlighetsgrad eller ens förekomsten av en skada, vilket betyder att smärtans intensitet inte är ett direkt mått på skadan. Ur ett evolutionärt perspektiv ses smärta som en av våra viktigaste varningssignaler för hot och fara. Det är därför avgörande för vår överlevnad att vi automatiskt reagerar på smärta. Både biologiska, psykologiska och sociala faktorer påverkar hur vi upplever smärta, vilket bland annat innebär att tillstånd som depression och ångest kan förstärka smärtupplevelsen (Raja et al, 2020).

2.2.1 Förekomst och etiologi av smärta

De olika typer av smärta som finns beskriven i litteraturen är neuropatisk smärta, nociceptiv smärta samt smärtsyndrom utan känd orsak. Det är även vanligt att ha blandformer av dessa. Nociceptiv smärta uppstår när det finns en skada på vävnader som skelett, ligament, hud eller muskler och intakta nervbanor aktiveras som en följd av skadan. Den neuropatiska smärtan uppstår vid en skada på själva nervbanan. En person med RMS har ökad risk för både neuropatisk och nociceptiv smärta. Den neuropatiska smärtan är en direkt konsekvens av själva ryggmärgsskadan, medan den nociceptiva smärtan ofta uppstår som en sekundär konsekvens av att t ex axlar och skuldror förslits genom att de används för att framföra rullstolen samt lyfta hela kroppen vid förflyttningar mellan rullstol och t ex säng eller bil (Holtz & Levi, 2006).

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har beräknat att förekomst av medelsvår till svår långvarig smärta i normalbefolkningen i Sverige är ca 20 % (SKR, 2025). Med långvarig menas att smärtan funnits i minst tre månader (Läkemedelsboken, 2024). Forskning visar att smärta är betydligt vanligare hos personer med RMS än för normalbefolkningen. Statistiskt sett kommer ungefär 75 % av de som har en RMS att utveckla någon form av långvarig smärta (Bryce & Ragnarsson, 2021).

2.3 Depression och ångest

Psykisk ohälsa är vanligare bland personer med RMS än bland normalbefolkningen. Särskilt i närtid efter skadan eller sjukdomen som orsakat RMS, då det även kan vara svårt att skilja en sorgprocess från psykisk ohälsa som depression och ångest (Holtz & Levi, 2006). Det kan även vara svårt att skilja depression från ångest eftersom depression förekommer vid ångestsymtom och ångestsymtom förekommer vid depressiva symtom. Både depression och ångest hör till de så kallade affektiva sjukdomarna, vilket innebär att sjukdomen har en påverkan på vårt känsloliv. Nedan görs en särskiljning dem emellan, men i praktiken finns ofta båda symtomen tillsammans hos en individ (Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M., 2016.).

2.3.1 Depression

Grundkänslan i en depression är sorg / ledsenhet. Men depression kännetecknas även av en rad andra symtom. Förutom just sänkt grundstämning, vilket innebär att individen är nedstämd och har svårt att känna lust och glädje, är andra vanliga symtom vid depression trötthet, svårigheter att ta initiativ, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar (sova för mycket eller för lite), förändringar i aptit (äta för mycket eller för lite), känslor av hopplöshet och värdelöshet. Även irritabilitet är ett vanligt symtom vid depression. I de allvarligaste fallen förekommer tankar och planer på suicid samt försök till eller genomförda suicid (Levander, S., Adler, H., Gefvert, O., & Tuninger, T., 2008).

2.3.1.1 Förekomst av depression

World Health Organization (WHO) har sammanställt data som visar att omkring 280 miljoner människor globalt lider av depression. Samt att varje år uppskattas cirka 700 000 personer ta sitt liv världen över. Bland unga mellan 15 och 29 år är suicid den fjärde vanligaste dödsorsaken (WHO, 2023, fact-sheet depression).

I Sverige är depression också en av de vanligaste psykiska sjukdomarna bland vuxna. Över en livstid är risken att drabbas av depression ungefär 25–30 % för kvinnor och 15–20 % för män. Under 2023 begick 1328 personer i Sverige suicid, men mörkertalet kan vara högre än så (Folkhälsomyndigheten, 2024).

Risken för depression ökar vid fysisk sjukdom (Steptoe, 2007). En meta-analys från 2015 visar att den globala förekomsten av depression efter en RMS är cirka 22 % (Williams & Murray, 2015). Holtz och Levi (2006) beskriver att suicidfrekvensen bland personer med RMS är 5–10 gånger högre än i den allmänna befolkningen.

2.3.2 Ångest

Grundkänslan i ångest är rädsla. Rädsla är en naturlig och normal reaktion på farliga händelser, och känslan klingar av när hotet är undanröjt. Ångest är en känsla av oro, obehag eller rädsla som uppkommer utan att det finns ett egentligt yttre hot eller någon omedelbar fara för liv. Ångest ger ett intensivt obehag som påverkar hela individen: förutom att själva känslan (rädsla) uppstår, påverkas beteendet (man får impulsen att fly, fäkta eller stelna till) och vår fysiologi (förhöjd hjärtfrekvens, grund andning, svettningar mm.). Ångest i sig är helt ofarligt, men det intensiva obehaget den orsakar kan leda till att den drabbade individen gör stora inskränkningar i sitt dagliga liv för att så långt som möjligt undvika obehaget. Ibland förekommer även självskada, som kan vara ett försök att lindra ångesten (Levander et al., 2008).

Ångest delas in i olika varianter, beroende på i vilka sammanhang den dyker upp och beroende på ursprunget till ångesten. Allt från generaliserad ångest, som är en långvarig oro som individen har kontakt med nästan hela tiden och oavsett sammanhang, till panikångest som är mer plötsliga och intensiva känslor av rädsla som dyker upp i en specifik kontext (Levander et al., 2008).

2.3.2.1 Förekomst av ångest

WHO klassar ångest som den vanligaste psykiska sjukdomen i världen, något vanligare än depressioner. De har beräknat att ca 301 miljoner människor världen över är drabbade av någon form av ångestsjukdom (WHO, 2023, fact-sheet anxiety). En annan sammanställning visar att årsprevalensen för att drabbas av en ångestsjukdom är 20 % och att risken att någon gång under sin livstid drabbas av någon form av ångest är 30 % (von Knorrig et al., 2011).

Efter en RMS ökar risken något för att utveckla en ångestproblematik. Undersökningar visar att uppemot 30 – 35 % av personer med RMS riskerar att någon gång drabbas av en ångestrelaterad problematik (Le & Dorstyn, 2016).

2.4 Insatser vid smärta, depression och ångest

För depression, ångest och smärta finns det olika åtgärder som är evidensbaserade för normalpopulationen (i denna studie kommer individer utan nämnd RMS benämnas som normalpopulation), åtgärder som innehåller såväl farmakologiska som psykologiska behandlingar. De senaste åren har mindfulnessbaserade metoder prövats kliniskt samt forskats på, både vad gäller behandling av ångest och depression men även för hantering av långvarig smärtproblematik samt för samlingsbegreppet av en persons mående, QOL. Mindfulnessbaserade metoder har visat sig ha god evidens för behandling av ovanstående på en normalpopulation (Remskar, Western, Ainsworth, 2024).

2.4.1 Mindfulness

Mindfulness (även kallad medveten närvaro) är ett begrepp som härstammar tusentals år bakåt i historien. Det förekommer i olika Österländska traditioner som Buddhismen och Taoismen. Ofta räknas Mindfulness som ursprungligen från Buddhistiska läror, men Harris (2020) menar att forskning har visat att Buddha troligtvis lärde sig mindfulnessbaserade metoder av en yogi från Indien vilket i så fall skulle innebära att mindfulnessbaserade metoder kan ha funnits så länge som 4000 år.

En av de personer som ofta tillskrivs att ha introducerat mindfulness i västvärlden är Jon Kabat-Zinn. Med en bakgrund inom naturvetenskaplig forskning och mångårig personlig praktik av den buddhistiska läran, frigjorde han under 1970-talet ett antal meditationsliknande metoder med ursprung i buddhismen. Kabat-Zinn (2003) förklarar att han med 'frigjort' syftar på att han i sitt MBSR-program har försökt bevara innehållet och andan i den buddhistiska traditionen, men samtidigt tagit bort dess religiösa, kulturella och ideologiska inslag. Han initierade också flera forskningsprojekt för att vetenskapligt undersöka effekterna av metoderna. Denna samling av metoder kom han att kalla Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

Mindfulness har blivit ett vanligt inslag inom kognitiv beteendeterapi (KBT) och det vetenskapliga stödet för Mindfulness blir allt större. De tillämpningsområden som brukar

nämnas för mindfulness är bland annat: stressrelaterade besvär, somatiska sjukdomstillstånd, långvarig smärta, ångest och depressiva besvär (Linton & Flink, 2011).

Mindfulness är svårt att definiera exakt vad det är, eftersom det inte finns en allmänt använd definition av begreppet (Nilsson, 2020). Mindfulness kan istället beskrivas som samling av meditationsliknande metoder som syftar till att bli mer medveten om nuet genom att styra sin uppmärksamhet till det som är nu, din omgivning, din andning, dina sinnen och din kropp och notera det som är på ett icke dömande sätt (Kåver, 2016). Det handlar om att genom ett antal olika tekniker och förhållningssätt lära sig att uppmärksamma tankar, känslor, kropp, omgivning på ett speciellt sätt: medvetet, just här och nu och utan att värdera, döma eller försöka ändra intrycken. Således att notera det som är utan att försöka åstadkomma någonting eller bli av med någonting (Kabat-Zinn, 2003).

En grundläggande princip inom mindfulness är att öka medvetenheten om kroppen och dess olika förnimmelser. Genom att lyssna på kroppens signaler kan man fatta mer medvetna beslut, exempelvis att känna av när man behöver vila, att notera och lugna sig vid stress eller att uppmärksamma andra behov som uttrycks genom kroppsliga sensationer. En grundläggande mindfulnessbaserad metod för att träna denna medvetenhet är kroppsskanning, där man steg för steg fokuserar på och noterar sensationer i varje del av kroppen (Kabat-Zinn, 2003). För personer med känslensättning, som vid exempelvis RMS, kan denna teknik vara utmanande eftersom de inte kan känna av eller uppleva kroppens signaler på samma sätt som normalpopulationen.

2.5 Syfte

Det övergripande syftet med uppsatsen är att undersöka den vetenskapliga evidensen för tillämpning av mindfulnessbaserade metoder för personer med ryggmärgsskada och samtidiga symtom på depression, ångest eller smärta.

2.5.1 Frågeställningar

- Vilka utfallsmått har använts vid de genomförda vetenskapliga studierna om mindfulnessbaserade metoder för målgruppen ryggmärgsskadade med symtom på depression, ångest eller smärta?
- Är mindfulnessbaserade metoder tillämpbara för personer med ryggmärgsskada och symtom på depression, ångest eller smärta?
- Om det finns stöd för dessa metoder för målgruppen och symtomen, har metoderna anpassats och i så fall hur?

3. METOD

3.1 Studiedesign

Eftersom syftet med studien är att undersöka den befintliga vetenskapliga evidensen inom ett område ansågs det lämpligt att använda litteraturstudie med systematisk ansats som metod (Bettany- Saltikov och McSherry, 2016). En litteraturstudie med systematisk ansats använder sig av relevanta artiklar som är vetenskapligt grundade och granskade och som är insamlade på ett systematiskt sätt. Att denna litteraturstudie har en systematisk ansats och inte beskrivs som systematisk grundar sig i begränsningen i arbetets storlek.

För att kunna strukturera datainsamlingen så att den följer studiens syfte och frågeställningar har strukturen enligt sökmodellen Population, Exposure, Outcome (PEO) använts (PEO, 2025).

Datainsamlingens urvalsprocess presenteras därefter i ett flödesschema som följer riktlinjerna i The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021).

3.2 Datainsamling

Litteratursökningen gjordes i databaserna PubMed och PsycINFO. Anledningen till valet av dessa databaser är att de samlar vetenskapliga artiklar inom ämnena medicin och psykologi. PubMeds databas har en bred täckning inom områdena medicin och hälsa. PsycINFO är en databas som produceras av American Psychological Association (APA) och innehåller bland annat artiklar inom ämnesområdena psykologi och beteendevetenskap (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2024)).

För att kunna göra en effektiv och fokuserad litteratursökning kan frågeställningarna delas upp och läggas in i sökblock (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2024)). I denna litteraturstudie skedde detta med hjälp av modellen: Population, Exposure, Outcome (PEO, 2025).

Population syftar till den grupp individer som uppsatsen fokuserar på. Population i denna uppsats är således personer med RMS.

Exposure är den specifika situation eller behandling populationen exponeras för. Exposure i denna uppsats är mindfulnessbaserade metoder.

Outcome är resultatet eller utfallet av det som gruppen exponerats för. Outcome i denna uppsats är följaktligen utfallet av de mindfulnessbaserade metoderna. Se tabell 1 nedan.

P- Population	E - Exposure	O - Outcome
Personer med ryggmärgsskada	Mindfulnessbaserade metoder	Vilka utfallsmått har använts? Fungerar metoden? Är den i så fall anpassad.

Tabell 1: Beskrivning av Population, Exposure, Outcome-modellen

Med hjälp av PEO-modellen skapades sökord och sökblock för att strukturera och organisera sökningarna. Sökningen delades upp i två sökblock. Första sökblocket innehöll populationen som ska undersökas, dvs personer med ryggmärgsskada. Det andra sökblocket innehöll den intervention de exponerats för, dvs mindfulnessbaserade metoder.

Sökorden definierades med ämnesordlistan Svensk Medical Subject Headings (MeSH). MeSH-termer används för att söka artiklar i PubMed där de flesta artiklar är taggade med specifika MeSH-termer för att alla relevanta artiklar inom ett specifikt område ska fångas upp i en sökning. MeSH-term för ryggmärgsskada är spinal cord injury och spinal cord disease. MeSH-term för mindfulnessbaserade metoder är mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy, mindfulness-based stress reduction. Sökningen i PubMed ägde rum den 16/3 - 2025, med ovanstående MeSH-termer.

I PsycINFO används inte MeSH-termer, men samma sökord användes: spinal cord injury, spinal cord disease, mindfulness, mindfulness based stress reduction, mindfulness based cognitive therapy, mindfulness based interventions. Sökningen i PsycINFO ägde rum den 28/3 - 2025.

Inklusionskriterier var artiklar som beskriver studier gjorda för samtliga typer av mindfulnessprogram, både digitala och fysiska, där populationen är personer med RMS och interventionen syftar till att lindra depression, ångest eller smärta. Tvärsnittsstudier (cross-sectional studies) och mixade metoder inkluderades likaså. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna var peer-reviewed. Exklusionskriterier var studier som innehåller mixade populationer samt protokollstudier och meta-analyser.

3.3 Urvalsprocess

För att tydliggöra hur litteratursökningen och urvalsprocessen gått till, samt för att kunna göra den repeterbar, ska varje steg i processen redogöras på ett transparent sätt (Ekengren & Hinnfors, 2012). En vanligt förekommande systematisk modell för detta är PRISMA. Det är den modellen som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) presenterar i sin metodbok *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten* när de beskriver tillvägagångssättet vid en litteraturstudie (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2024).

PRISMA består av två delar: en checklista och ett flödesschema. Vid arbetet med denna uppsats kommer en begränsad del av PRISMA att användas, då användandet av hela modellen är designat för större studier (Page et al., 2021). Den del som kommer att användas i denna uppsats är flödesschemat, i vilken litteratursökningens urvalsprocess kommer att presenteras.

I PRISMAS flödesschema framgår litteratursökningens ursprungliga antal sökträffar, antalet bortsorterade dubletter, antalet sökträffar som gallrats bort efter bedömning av relevans baserat på genomläsning av titel och abstrakt och slutligen de studier som inkluderats i uppsatsen. Studier som gallrats bort efter bedömning av titel och abstrakt kommenteras inte vidare, men de vanligaste anledningarna till exklusion kommer att redovisas brett.

3.4 Kvalitetsgranskning av artiklarna

De artiklar som väljs ut för en litteraturstudie behöver kvalitetsgranskas för att så långt det är möjligt säkerställa att studiernas resultat är pålitliga. Då det inte finns en specifik mall för kvalitetsgranskning som är standard väljs mall utefter de inkluderade artiklarnas studiedesign samt studiens omfattning. (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2024).

Till denna studie har nedanstående kvalitetsgranskningsmall använts (se tabell 2 nedan) (Denscombe, 2017). Mallen innehåller inget poängsystem, då det frångåtts internationellt med hänvisning till att olika frågor har olika stor betydelse och påverkar slutbedömningen på olika sätt, beroende på vilket område som undersöks (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2024). Ju fler jakande svar en artikel har, desto högre kvalitet anses den ha.

Fråga	Svar
Representerar titeln studiens innehåll?	Ja/Nej
Är studiens abstrakt relaterat till studiens innehåll?	Ja/Nej
Framkommer studiens syfte tydligt?	Ja/Nej
Är frågeställningen tydligt formulerad?	Ja/Nej
Framkommer det hur datainsamlingen genomförts och analyserats?	Ja/Nej

Tabell 2: Mall för kvalitetsgranskning av artiklarna

3.5 Analys av datainsamling

De artiklar som inkluderades i studien lästes i sin helhet. Data extraherades till tabeller som strukturerats i enlighet med studiens tre frågeställningar (se bilaga). Artiklarna samt tabellen med data låg sedan till grund för sammanställningen av resultaten i litteraturstudien.

3.6 Etiska överväganden

Det finns ingen etisk risk för personer med RMS i och med denna litteraturöversikt. Materialet som analyseras i uppsatsen är forskningsartiklar som redan genomgått etikprövning. Inga individer som bidragit till inkluderade artiklar går att identifiera.

Ett annat viktigt etiskt övervägande som motiverar denna studie är att säkerställa att mindfulnessmetoder är anpassade och tillämpliga för personer med RMS. Det är avgörande att inte förutsätta att exempelvis kroppsskanning, som ingår i många mindfulnessbaserade program, fungerar lika väl för personer med nedsatt känsel och rörelseförmåga. Med andra ord är det etiskt nödvändigt att noggrant reflektera över och utvärdera när och om anpassningar behöver göras för den specifika population som behandlingen riktar sig till.

4. RESULTAT/ LITTERATURGENOMGÅNG

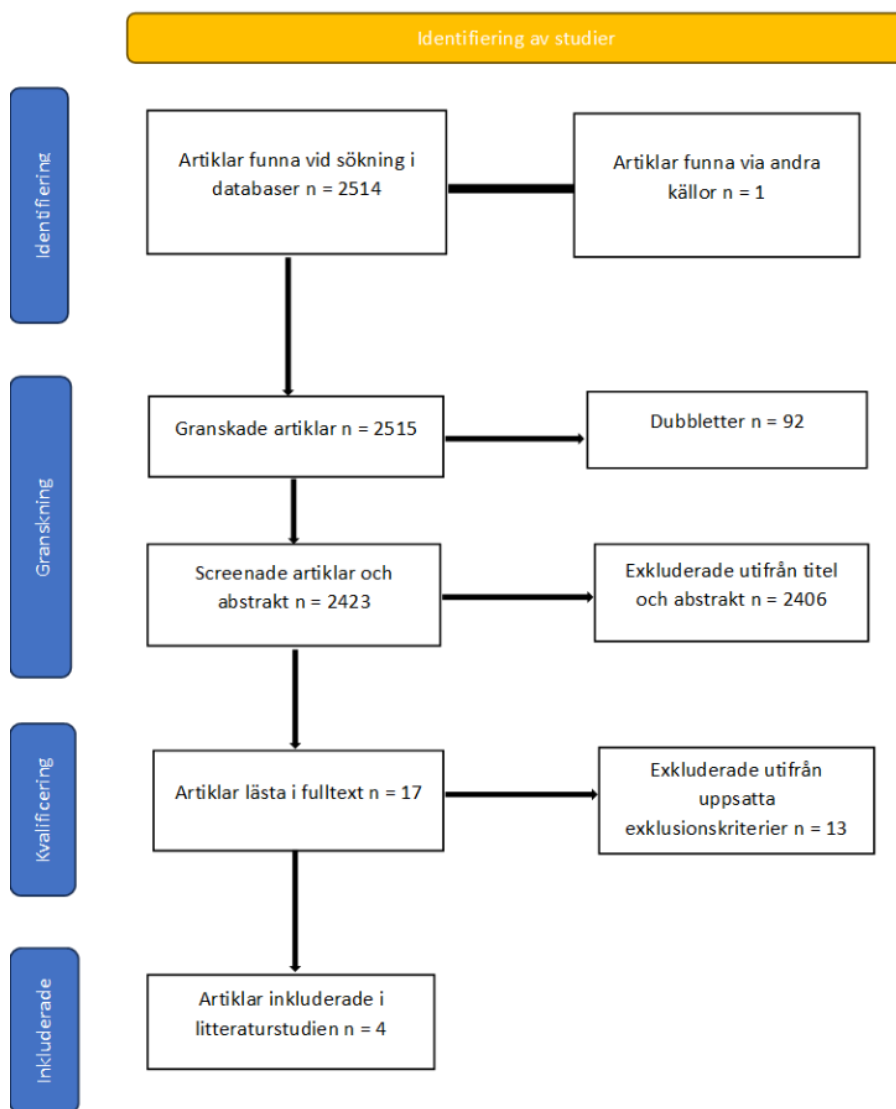
4.1 Resultat av litteratursökningen

Sökningen i databaserna nämnda ovan identifierade sammanlagt 2514 artiklar (se figur 1 nedan). Efter en genomgång av dessa artiklar togs 92 st dubletter bort. Vilket gjorde att 2422 artiklar var kvar. Dessa artiklar lästes med titel och i de fall då titeln inte innehöll tillräcklig information för att bedöma om artikeln kunde inkluderas i studien eller inte, lästes även abstrakt. Det resulterade i att ytterligare 2406 artiklar exkluderades. De exkluderade artiklarna hade exempelvis fel population (t ex hjärnskada eller ALS och inte RMS) eller blivit exponerade för fel metod (inte mindfulnessbaserade metoder) eller inte på basen av nedstämdhet, ångest eller smärta. Efter detta återstod 16 artiklar.

Dessa 16 artiklar lästes i fulltext. Därefter exkluderades ytterligare 13 artiklar då det vid närmare granskning inte föll inom ramen för de inklusionskriterier som fastställts för denna studie. Det rörde sig om att det var fel population, mixad population, att de blivit exponerade för fel metod (inte mindfulnessbaserade metoder), att de mätte mindfulness som en kognitiv förmåga (att vara mindful) utan att populationen exponerades för någon mindfulnessbaserad metod. Några av studierna visade sig vara meta-analyser. Antalet inkluderade artiklar efter sökningen i databaserna blev följaktligen tre.

En ytterligare artikel inkluderades i studien, publicerad i tidskriften *Journal of Modern Rehabilitation*. Artikeln var inte tillgänglig via de databaser som användes för litteratursökningen, utan tillhandahölls av handledaren. Den bedömdes uppfylla inklusionskriterierna avseende både population och exponering för mindfulnessbaserade metoder, och inkluderades därför i studien. Artiklar som publiceras i *Journal of modern Rehabilitation* är peer-reviewed.

Antalet inkluderade artiklar i studien är således fyra (Abdi, Kheyjoo, Javidfar & Jabari, 2016, Hearn & Finlay, 2018, Hearn, Finlay & Sheffield, 2021, Li et al, 2024).



Figur 1. PRISMA flödesschema. Sökprocessen med n = antalet artiklar i varje steg

4.2 Inkluderade artiklar

Sökningen efter litteratur till studien resulterade således i fyra inkluderade artiklar (se bilaga 1 artikelöversikt samt referenslistan). Artiklarna är numrerade från 1-4 och vilken artikel som har respektive nummer framgår i bilagan. Av studiens fyra artiklar är två randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier), en är en semi-strukturerad intervjustudie och en är en kvasiexperimentell studie. Alla fyra artiklar är peer-reviewed.

De mindfulnessbaserade metoder som utfördes i artikel 1 och 3 är digitala och utvärderades med enkäter. De mindfulnessbaserade metoder som utfördes i artikel 4 var på plats (ej digital) och utvärderades med enkäter. Artikel 2 är en kvalitativ semi-strukturerad intervjustudie där

deltagarna intervjuas och innehållet tolkas enligt en fenomenologisk analys. På engelska kallad interpretative phenomenological analysis (IPA). Deltagarna utför själva mindfulnessbaserade metoder och ett av inklusionskriterierna för den studien var att deltagarna redan innan studien använder sig av mindfulnessbaserade metoder.

4.3 Kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna

De inkluderade artiklarna granskades genom vald kvalitetsgranskningsmall. Alla artiklarna fick vardera fyra av fem jakande svar. Den kvalitetsparameter som ingen av artiklarna mötte i granskningen var parametern “Är frågeställningen tydligt formulerad?”.

Fråga	Svar	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4
Representerar titeln studiens innehåll?	Ja/Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Är studiens abstrakt relaterat till studiens innehåll?	Ja/Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Framkommer studiens syfte tydligt?	Ja/Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Är frågeställningen tydligt formulerad?	Ja/Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Framkommer det hur datainsamlingen genomförts och analyserats?	Ja/Nej	Ja	Ja	Ja	Ja

Tabell 3: Kvalitetsgranskningsmall med inkluderade artiklar

4.4 Sammanställning av artiklarnas resultat i förhållande till studiens syfte

Övergripande kan de inkluderade artiklarna beskrivas handla om mindfulnessbaserade metoder som ges till deltagare med RMS med syfte att lindra psykiskt obehag, så som depression, ångest eller smärta. Samt att öka deltagarna psykiska välbefinnande eller livskvalitet, som är nära kopplat till upplevelsen av symtomen depression, ångest eller smärta.

Nedan sammanställs studiens resultat. Resultatet redovisas under tre rubriker, som korrelerar till studiens tre frågeställningar. De siffror som står inom parentes efter hänvisning till en artikel är numret på respektive artikel i artikelöversikten (se bilaga).

4.4.1 De inkluderade artiklarnas utfallsmått och resultat

I tre av artiklarna (1, 3, 4) redovisades att de mätte utfallen med olika enkäter som skattar QOL och psykologiskt välbefinnande, andra som skattar depression och ytterligare andra som skattar smärta. En av artiklarna (2) var en kvalitativ studie med intervjuer, där mättes utfallet i tolkningen av deltagarnas verbala beskrivning genom fenomenologisk analys och inte i enkätform.

4.4.1.1 Quality of life

I två artiklar (1, 3) mättes QOL med enkäten Quality of Life (WHOQoL-BREF). I båda dessa studier mättes QOL före interventionen, efter interventionen samt tre månader efter avslutad intervention. I artikel 1 framkommer ett signifikant positivt resultat på QOL vid mätningen tre månader efter avslutad intervention. I artikel 3 framkommer ingen signifikant skillnad på QOL vid de olika mätningarna.

En artikel (4) använde sig av The Ryff Scales of Psychological Wellbeing (Ryff), en självskattningsskala som mäter psykologiskt välbefinnande (The Ryff Scales of Psychological Wellbeing). Deltagarna fick skatta enligt denna skala före och efter deltagande i ett mindfulnessbaserat 8 veckors-program. Resultatet visade att deltagarna hade ökat sitt psykologiska välbefinnande efter genomgången program. En artikel (2) mäter varken QOL eller psykologiskt välbefinnande.

4.4.1.2 Smärta

I två artiklar (1, 3) mättes smärta med skalan Numerical Pain Rating Scale, NRS, vilket är en självskattningsskala från 0-10 där 0 är ingen smärta alls och 10 är värsta tänkbara smärtan. I båda dessa studier skattade deltagarna sin smärta före interventionen, efter interventionen samt tre månader efter avslutad intervention. I artikel 1 uppmättes en positiv trend vad gäller sänkt smärta vid uppföljningen efter tre månader. De konstaterar att fler studier behövs på området. I artikel 3 redovisas en signifikant minskning av smärta efter avslutad intervention. I artikel 2 framkom att en deltagare fick ökat smärtpåslag. I artikel 4 är inte smärta ett utfallsmått.

4.4.1.3 Depression och ångest

I två av artiklarna (2 och 4) skattas inte depression och ångest. I de två artiklar som skattar depression och ångest skattade deltagarna före interventionen, efter interventionen samt tre månader efter avslutad intervention. I artikel 1 mättes depression med hjälp av enkäten Patient Health Questionnaire. Ångest mättes inte. Resultatet visade en signifikant lindring av depression vid tre månader efter avslutad interventionen. I artikel 3 mättes depression och ångest med hjälp av skattingsformuläret The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Resultatet visade att både ångest och depression minskade signifikant vid skattning tre månader efter interventionen.

4.4.2 Är de mindfulnessbaserade metoderna tillämpbara för personer med RMS och symtom på depression, ångest eller smärta?

Artikel 1 beskriver ett online-baserat mindfulness-program med utvärdering efter avslut samt tre månader efter avslut. Resultaten visar på positiva och ihållande resultat vad gäller minskad smärta och depression samt ökad QOL. Studien hade ett högt deltagande och författarna resonerar kring att det kan ha berott på att programmet var digitalt vilket gjort det mer tillgängligt för personer med RMS. I övrigt nämns inte tillämpbarheten för populationen som ett undersökt fenomen i denna studie.

Artikel 2 är en kvalitativ studie där elva deltagare intervjuades och svaren tolkades genom fenomenologisk analys. Alla deltagare var aktiva utövare av mindfulness, men de deltog inte i samma mindfulnessbaserade program. Det framkommer att deltagarnas motivation till att utöva mindfulness är att finna en metod som kan hjälpa dem att hantera sin fysiska och psykiska hälsa. I studien framkommer att mindfulnessbaserade metoder är tillämpbara för personer med RMS, men att Anpassningar behövs. Det framkom att flera av deltagarna kunde öka sitt mentala välmående genom att erhålla en icke dömande attityd till sin kropp och sina begränsade funktioner. Artikeln beskriver dock att en av deltagarna hade fått ökad smärta efter genomgången mindfulnessbaserat program, vilket artikelförfattarna menar kan ses som en indikation på att mindfulness inte bör användas som en metod för att enbart reducera smärta.

Artikel 3 beskriver en studie där deltagarna genomgick ett åtta-veckors online-program. Det var en del avhopp i gruppen som deltog i det mindfulnessbaserade programmet (i förhållande till kontrollgruppen som fick psykoedukation), men de som genomförde programmet

uppvisade en signifikant minskning av symtom på ångest och depression. Denna studie mätte även katastroftankar om smärta och visade på minskad katastrofiering vid smärta efter deltagande i mindfulnessprogrammet. Vid uppföljning efter tre månader höll resultaten i sig och symtomen för depression hade minskat ytterligare. Författarna resonerar att studien tyder på att mindfulness framförallt har goda resultat för personer med RMS och depression.

I Artikel 4 fick en grupp mindfulnessbaserad intervention på plats (inte digital) och kontrollgruppen fick ingen intervention. I resultatdelen i artikeln redovisas ett signifikant ökat välmående bland de deltagare som genomgick den mindfulnessbaserade interventionen. Författarna drar slutsatsen att mindfulnessbaserade metoder har en positiv effekt på psykologiskt välbefinnande för personer med RMS.

Sammanfattningsvis kan sägas att samtliga artiklar redovisade delvis positiva resultat på tillämpbarheten av mindfulness för personer med RMS och symtom på depression, ångest eller smärta.

4.4.3 Har de mindfulnessbaserade metoderna anpassats?

I två av artiklarna (1, 4) framkommer inte om det har gjorts några anpassningar pga att populationen har en RMS. I artikel 1 nämns dock att det höga deltagandet i studien troligtvis beror på att interventionen var digital, vilket ökar tillgängligheten för populationen. I övrigt så reflekterar författarna i artikel 1 och 4 inte kring ett eventuellt behov av anpassningar av de mindfulnessbaserade metoderna.

I de två andra artiklarna (2, 3) diskuteras anpassningar i förhållande till populationen. I artikel 2 redovisas inte att anpassningar gjorts, men däremot har behovet av anpassningar lyfts av deltagarna som intervjuades. De olika typer av anpassningar som lyftes av deltagarna delades in i tre olika kategorier: språk (ordval), lokaler och stigma. Deltagarna lyfte att begrepp som t ex “mindful walking” behöver ses över, då få deltagare med RMS kan gå. Deltagarna beskriver att även språkbruket i den mindfulnessbaserade metoden kroppsskanning behöver anpassas. Där förslaget att en mening som “känn efter hur dina fötter känns mot underlaget” kan anpassas med “visualisera hur dina fötter känns mot underlaget” ges. Deltagarna lyfter att lokaler behöver anpassas så att deltagare med rullstol eller andra hjälpmedel kan ta sig in.

Vad gäller stigma lyfter en deltagare i artikel 2 fram att det biomedicinska perspektivet fortfarande är dominerande. Deltagaren förklarar att den upplever att det är en vanlig uppfattning bland omgivningen att man bör ta medicin för smärtproblematik och att det kan

leda till ifrågasättanden att istället välja att ägna sig åt mindfulness. Deltagare berättar att deras anhöriga har ifrågasatt effekten av mindfulnessbaserade metoder, och hävdar att det inte finns någon vetenskaplig evidens för metoden. En deltagare berättar t ex att dennes anhöriga har beskrivit mindfulness som "nonsens" (codswallop).

I studien som redovisas i artikel 3 gjordes anpassningar av de förinspelade mindfulness-programmen som användes. De anpassningar som gjordes var anpassningar av rörelser och anpassningar av instruktionerna till rörelserna (språket). Rörelserna som instruerades var mindre rörelser som de flesta kan utföra trots förlamning: rörelser med huvud och handleder i takt med sin egen andning. Språket anpassades på så sätt att deltagarna aktivt instruerades att utföra rörelserna efter sin fysiska förmåga.

5. DISKUSSION

5.1 Diskussion av resultat

Det övergripande syftet med denna studie var att genom en litteraturstudie undersöka den vetenskapliga evidensen för tillämpning av mindfulnessbaserade metoder för personer med RMS och samtidiga symtom på depression, ångest eller smärta. Studien innehåller fyra artiklar där alla fyra inkluderade artiklar hade åtminstone delvisa signifikant positiva utfall i sina studieresultat, som visar på att mindfulnessbaserade metoder i stort är tillämpbara för personer med RMS. Men eftersom de inkluderade artiklarna alla använder sig av olika utfallsmått och olika definitioner gör det detaljerna, som t ex minskad smärta, svårare att dra slutsatser kring. Det framkommer vidare att tillämpningar behövs, både vad gäller tillgänglighet, ordval och rörelser.

Forskningen kring smärta och mindfulnessbaserade metoder för personer med långvarig smärta ur normalpopulationen visar på blandade resultat. De studier som pekar på potentiella positiva effekter gäller främst personer med nociceptiv smärta, men inte de med neuropatisk smärta eller en blandad form av både neuropatisk och nociceptiv smärta, vilket är den typ som de flesta med RMS lider av. Vissa av dessa studier visar dock på oförändrat mående. När det gäller mindfulness och neuropatisk smärta finns det få studier, och resultaten är alltså sämre än för nociceptiv smärta eller smärta utan känd orsak (Marikar Bawa et al., 2015). Dessa resultat stämmer väl överens med den här studiens slutsatser: att forskningsunderlaget är begränsat, och effekterna av mindfulnessbaserade metoder för smärthantering är blandade. Resultaten verkar till viss del bero på vilken typ av smärta individen har, oavsett om personen har RMS eller inte.

Forskning om mindfulnessbaserade metoder för personer utan fysisk skada eller smärtproblematik, men med depression och ångest, visar på goda resultat (Remskar et al., 2024; Kabat-Zinn, 2003). Det är en av anledningarna till att mindfulness ingår som en aktiv del i många varianter av KBT, såsom Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dialektisk beteendeterapi (DBT) (Kåver, 2016; Nilsson, 2020; Linton och Flink, 2011). Dessa resultat stämmer överens med vad som framkommit i denna litteraturstudie: mindfulnessbaserade metoder är hjälpsamma vid behandling av ångest och depression, även för personer med RMS.

Det framkommer i denna studie att mindfulnessbaserade metoder för personer med RMS kan behöva vissa anpassningar. Dels de rent praktiska: att de lokaler där själva utövandet ska ske

behöver vara tillgängliga för personer som ambulerar i rullstol eller rollator eller som använder sig av andra typer av hjälpmedel. Att ha möjlighet att delta digitalt är en annan lösning för att öka tillgängligheten, som nämns i artikel 1 i denna studie. Med enbart digitala lösningar förlorar man dock möjligheten till social kontakt och samvaro, som är nog så viktig för psykiskt välbefinnande (Kåver, 2016, Sipski & Richards, 2006). Att anpassa samhället för ökad delaktighet för personer med RMS är en viktig del i att minska den psykosociala påfrestning och isolering som ett funktionshinder kan innebära (Holtz & Levi, 2006).

Utöver dessa praktiska yttre anpassningar framkommer behov av att anpassa innehållet i själva övningarna: att tydligt beskriva anpassningar och alternativ till de rörelser som ska utföras. Slutligen beskrevs ett behov av att anpassa själva ordvalet när man beskriver vilka rörelser som ska utföras eller vilket på vilket sätt man ska rikta sitt fokus. Även detta kan resoneras kring som en typ av tillgänglighet. Att göra rörelser och instruktioner tillgängliga för personer vars kroppar inte fungerar som normalpopulationen.

I den litteratur, både böcker och artiklar, om Mindfulness och Mindfulnessbaserade metoder, som lästs igenom inför denna studie har inga uppgifter om eventuella biverkningar av Mindfulness hittats eller ens omnämnts. Metoden avser ju inte att förändra kognitiva mönster utan syftar till att notera och acceptera det som är och att det värsta som kan hända med en sådan intervention är att det inte blir någon förändring (Remskar et al., 2023; Kabat-Zinn, 2003; Kåver, 2016; Nilsonne, 2020; Linton och Flink, 2011).

I en studie som inkluderades i denna litteraturstudie fanns dock beskrivet en deltagare som upplevde ökad smärtproblematik i samband med utövandet av mindfulnessbaserade metoder, vilket skulle kunna tolkas som en biverkan av exponering av Mindfulnessbaserade metoder. I den studie deltagaren ingick i utförde deltagarna sin mindfulnesspraktik på egen hand och det var ospecificerat vilken mindfulnessbaserad metod deltagaren utförde. Om deltagaren hade medverkat i en ledarledd mindfulnessbaserad intervention eller digital framgång heller inte. Det redogjordes inte heller för deltagarens övriga livssituation, vilket gör det svårt att dra slutsats om det var praktiserandet av mindfulness som ökade smärtan eller om andra omständigheter i personens liv på något sätt bidrog till den ökade smärtan. I vilket fall bör det tas i beaktande att även mindfulnessbaserade metoder skulle kunna ha vissa biverkningar.

5.2 Studiens begränsningar och styrkor

En begränsning i denna studie är det få antalet tillgängliga artiklar inom ämnesområdet. Detta innebär att underlaget för att dra slutsatser är relativt tunt, vilket i sin tur gör att resultaten bör tolkas med försiktighet. Studiens tillförlitlighet (reliabilitet) minskar eftersom det saknas ett större antal studier och långsiktiga undersökningar att basera slutsatserna på. Fler forskningsinsatser inom området skulle kunna bidra med nya perspektiv och eventuellt andra resultat. Samtidigt kan det faktum att få artiklar identifierades också ses som en styrka, då det belyser ett tydligt behov av fortsatt forskning inom detta område.

En RCT-studie anses vara en gyllene standard för att bedriva forskning som ska jämföra en behandling med en annan (eller ingen behandling). Att en av de inkluderade artiklarna som jämförde mindfulnessbaserade metoder mot ingen behandling alls var en kvasiexperimentell-studie måste ses som en begränsning.

Mindfulnessbaserade metoder är ett svårdefinierat begrepp då det innehåller ett stort antal olika metoder och varianter. Det finns inte ett specifikt program eller utförande av ett mindfulnessbaserat program, vilket innebär att alla program är lite olika. Även QOL är ett sådant begrepp, som kan betyda delvis olika beroende på hur man tolkar begreppet. Detta kan bli ett bekymmer i forskningssammanhang då det är viktigt att veta att man mäter det man avser att mäta (validitet), för att sedan kunna jämföra det i olika relevanta sammanhang. Artiklarna i denna studie mäter dessutom både QOL samt psykologiskt välbefinnande enligt RYFF-skalan, vilka inte är helt jämförbara. Så en begränsning med denna studie är de svårdefinierade begreppens natur.

Å andra sidan är just det svårdefinierade med mindfulnessbaserade metoder det som också är en styrka eftersom det gör metoderna anpassningsbara för den population som metoden vänder sig till. Mindfulnessbaserade metoder kan i praktiken vara användbar pga att den är så anpassningsbar, men forskningen av praktiken blir svår av samma anledning.

En annan styrka studien har är att de tydliggör behovet av flera studier som följer samma tydliga struktur. Med tanke på att begreppen mindfulnessbaserade metoder och QOL och psykologiskt välbefinnande är vida och otydliga i sin natur så ökar behovet av att utforskandet inom området har en tydlig struktur, som kanske sedan kan jämföras över tid och mellan olika populationer. Om kommande studier dessutom använde samma enkätinstrument skulle det förenkla både mätningar och jämförelser av resultaten.

5.3 Metoddiskussion

En litteraturstudie med en systematisk ansats ger en bild av hur dagens forskningsläge ser ut. Litteraturen till denna studie söktes i två databaser, PubMed och PsychInfo. Vad gäller tillvägagångssättet vid sökningen så kunde vid närmare eftertanke ett till sökblock lagts till, för att precisera sökningen mer. Ett tillägg med pain, anxiety or depression i ett sökblock kunde ha gjorts efter sökblocken spinal cord injury och mindfulness based intervention. Det hade sannolikt inte gjort att fler artiklar hade hittats, men det hade minskat antal abstrakts som lästes.

Vid närmare granskning av artiklarna var det få artiklar som till sist kunde inkluderas i studien. På grund av tidsramar för skrivandet av denna studie fanns det inte utrymme att söka i fler databaser eller i alla referenslistor efter mer material. Det är således fullt möjligt att det finns mer material i andra databaser, så denna studie är på intet sätt heltäckande för forskningsfältet eller frågeställningarna studien undersöker. Därav titeln, systematisk ansats.

Å andra sidan vittnar även de exkluderade meta-analyser som har lästs igenom inom ramen för denna studie om att forskning på området saknas. Det kan ju dels ha att göra med att RMS i sig är ovanliga. Pga det begränsade populationsunderlaget kan det vara svårt att få ihop tillräckligt många deltagare i en studie, varför RMS ofta ingår i den större populationen personer med neurologiska skador och sjukdomar så som Multipel Skleros (MS), Parkinsons sjukdom samt Amyotrofisk Lateral Skleros (ALS).

RMS har valts ut från den större populationen eftersom den skiljer sig väsentligt från andra neurologiska tillstånd. ALS är en progredierande sjukdom som leder till tidig död, medan MS och Parkinsons sjukdomar kan vara progredierande och komma i skov. En RMS, å andra sidan, är ett tillstånd (skada) utan botemedel, men den är inte en progredierande sjukdom, vilket gör att den skiljer sig från MS, ALS och Parkinsons.

Ytterligare en anledning till att skilja RMS från MS och Parkinsons är att fatigue (sjukdomsrelaterad hjärntrötthet) är ett vanligt och begränsande symtom hos personer med MS och Parkinsons, som även kan vara svårt att skilja från depression. Fatigue förekommer inte som ett symtom efter en RMS, men däremot kan trötthet relaterad till långvarig smärta uppstå. Då det finns många skillnader och komplicerade andra samband med olika typer symtom för att helt kunna lägga ihop dessa olika neurologiska tillstånd i samma jämförelsegrupp, selekterades RMS från andra neurologiska tillstånd.

En annan anledning till att det finns få studier på området skulle kunna ha att göra med att mindfulnessbaserade metoder är en relativt ny företeelse. Forskning byggs upp över tid och eftersom detta område är ganska nytt finns det i dagsläget inte så många studier att jämföra med, varken över tid eller mellan olika populationer.

En alternativ metod som skulle kunna ha använts är en intervjustudie. Eftersom tidigare forskning på området är begränsad och begreppen som studien behandlar, såsom mindfulnessbaserade metoder och livskvalitet (QOL), är ganska oklara, hade intervjuer med personer som har RMS och har testat mindfulnessbaserade metoder kunnat ge en mer detaljerad bild av deras upplevelse. Genom intervjuer hade även behoven av specifika anpassningar med hänsyn till faktorer som känslbortfall och rörelsenedsättning kunnat förstås på ett djupare sätt. Då hade dock syftet med att undersöka den vetenskapliga evidensen på området fått stå tillbaka.

5.4 Slutsatser

Vad gäller det generella forskningsläget kan sägas att det finns viss evidens för att mindfulnessbaserade metoder är tillämpbara för personer med RMS, särskilt vid depression och ångest. De fyra artiklar som ingår i studien visar delvis signifikant positiva resultat, vilket tyder på att mindfulness kan vara hjälpsamt. Evidensen är inte dock inte enhetlig, bland annat p.g.a. variation i studiernas design, metoder och utfallsmått. Dessutom är forskningsunderlaget begränsat, vilket försvårar generaliseringar.

Vad gäller slutsatser man kan dra kring smärta så finns fler positiva resultat för mindfulnessbaserade metoder för personer ur normalpopulationen med nociceptiv smärta än vad det finns för dem med neuropatisk eller blandad smärta, vilket är vanligt vid RMS.

Vad gäller ångest och depression så finns det tydlig vetenskaplig evidens för att mindfulness är effektivt vid depression och ångest för normalpopulationen, och denna litteraturstudie tyder på att dessa effekter även kan gälla för personer med RMS.

Slutsatser kring QOL är svåra att dra utifrån denna studie. De två studier som mätte QOL visade på olika resultat, den ena ett signifikant positivt resultat och den andra fann ingen signifikant skillnad. En av studierna mätte psykologiskt välbefinnande enligt RYFF-skalan, med signifikant positivt resultat.

Vad gäller anpassningar till målgruppen så framkommer behov av fysiskt tillgängliga lokaler eller möjlighet till digitalt deltagande. Anpassat språkbruk och beskrivningar av övningar för personer med nedsatt känsel- och rörelseförmåga.

Vad gäller biverkningar av mindfulness verkar metoden generellt sätt vara säker, majoriteten av litteraturen som lästs rapporterar inga biverkningar. Det framkom dock ett fall av ökad smärtupplevelse efter egen mindfulnesspraktik. Det är oklart om det berodde på metoden i sig eller andra faktorer, men det tyder på att även mindfulness kan behöva följas upp, särskilt vid självständig praktik.

Sammanfattningsvis kan sägas att mindfulnessbaserade metoder är tillämpbara för personer med ryggmärgsskada, särskilt vid depression och ångest. När det gäller smärta, framför allt neuropatisk smärta, är evidensen otillräcklig och resultaten varierande. Även när det gäller QOL och psykologiskt välbefinnande är evidensen otillräcklig och resultaten varierande. De mindfulnessbaserade metoderna kan behöva anpassas så att de är inkluderande språkmässigt och innehållsmässigt.

5.5 Förslag till fortsatt forskning

Ett forskningsområde som framkommer som angeläget är den kring hantering av neuropatisk smärta. Det framkommer i studien och det stämmer väl överens med klinisk erfarenhet.

Flertalet patienter med RMS och neuropatisk smärta på Spinalismottagningen lyfter just den neuropatiska smärtan som den absolut värsta konsekvensen av deras RMS och alltså inte själva rörelse- eller känselnedsättningen i sig. Detta bekräftas av en stor kartläggning av de mest angelägna forskningsfrågorna som personer med RMS röstat fram vid en stor Work Shop vid ryggmärgsskadecentrum i Göteborg år 2022 (Ryggmärgskadecentrum, 2022).

Forskning kring att förebygga, lindra och hantera smärta hos personer med RMS hamnade på andra plats över de mest angelägna forskningsfrågorna. I framtida forskning skulle det vara relevant att fördjupa sig i denna fråga kring RMS, neuropatisk smärta och psykologisk forskning. Både utifrån mindfulnessbaserade metoder, men även utifrån annan psykologisk forskning som t ex Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som har goda resultat på nociceptiv smärta.

6 REFERENSER

- Abdi R., Kheyrjoo E., Javidfar S., & Jabari G. (2016). Effectiveness of Group Training of Mindfulness-Based Techniques on Improvement of Psychological Well-Being of Individuals with Spinal Cord Injury. *Journal of Modern Rehabilitation*, 10(4), 155-162.
- Bettany-Saltikov, J, Mcsherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing; a step-by-step guide*. Open University Press.
- Bryce T., Ragnarsson K. (2021). Epidemiology and classification of pain after spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabilitation* (7), 1-17.
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (Fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Divanoglou A., Levi, R. (2009). Incidence of traumatic spinal cord injury in Thessaloniki, Greece and Stockholm, Sweden: a prospective population-based study. *Spinal cord*. 47(11), 796-801.
- Ekengren, A.-M., & Hinnfors, J. (2012). *Uppsatshandboken – Hur du lyckas med din uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten (2017). *Folkhälsomyndigheten:Handledning för litteraturöversikter*. Hämtat den 14 mars 2025: www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/
- Folkhälsomyndigheten, (2024). *Folkhälsomyndigheten: Statistik om psykisk hälsa i Sverige*. Hämtat den 3 mars 2025 www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/
- Harris, R. (2020). *ACT helt enkelt: en introduktion till Acceptance and Commitment Therapy*. (Andra utgåvan). [Stockholm]: Natur & Kultur.
- Hearn J. H. & Finlay K. A. (2018). Internet-delivered mindfulness for people with depression and chronic pain following spinal cord injury: a randomized, controlled feasibility trial. *International Spinal Cord Society*, (56), 750-761.
- Hearn J. H., Finlay K. A., & Sheffield (2021). ‘Trying to bring attention to your body when you’re not sure where it is’: an interpretative phenomenological analysis of drivers and barriers to mindfulness for people with spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, (26), 161-178.
- Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (red.) (2016). *Psykiatri*. (Upplaga 2). Lund: Studentlitteratur.
- Holtz, A., & Levi, R. (2006). *Ryggmärgsskador: behandling och rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjärnfonden, (2025). *Hjärnfonden: Vad är en ryggmärgsskada?* Hämtat den 16 februari 2025 www.hjarnfonden.se/information/diagnoser/ryggmargsskada/vad-ar-ryggmargsskada/IASP, (2020).
- International Spinal Cord Society (ISCoS) (2015). *ISCoS textbook on comprehensive management of spinal cord injuries*. (First edition.) New Delhi: Wolters Kluwer.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, (2), 144-156.
- Kåver, A. (2016) *KBT i utveckling: En grundbok i kognitiv beteendeterapi* (2., uppdaterade utg.) Stockholm: Natur och kultur.

- Le, J., & Dorstyn, D. (2016) Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta analysis. *Spinal Cord*, 54, 570-578.
- Levander, S., Adler, H., Gefvert, O. & Tuninger, E., (2008). *Psykiatri: en orienterande översikt*. (2. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Levi, R. & Ertzgaard, P. (2019). *Introduktion till neurologisk rehabilitering*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.
- Levi, R. & Hultling, C. (2011). *Spinalishandboken: Ny kraft för skadad ryggmärg*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Li, Y., Li, M., Bressington, D., Li, K., Wong, A, YL., Chung, WM., et al (2024). Effect of a Mindfulness and Motivational interviewing- Oriented Physical- Psychological Intergrative Intervention for Community – Dwelling Spinal Cord Injury Survivors: A Mixed Methods Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2024;105, 1632-41.
- Linton, S.J. & Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT: från teori till färdighet*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Läkemedelsboken, (2024) *Läkemedelsverket*. Hämtat 16 februari 2025 från Läkemedelsboken: [Smärta hos vuxna | Läkemedelsboken](#)
- Marikar Bawa, F. L., Mercer, S. W., Atherton, R. J., Clauge, F., Keen, A., Scott, N. W., et al. (2015). Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 387-400.
- Nilsson, Å. (2020). *Mindfulness utan flum: att leva med sina känslor*. Stockholm: Fri Tanke.
- Page, M J, Moher, D, Bossuyt, P M, Boutron I, Hoffmann, T C, Mulrow, et al. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (160).
- PEO. Hämtat den 14 mars 2025 från: [Definiera frågeställning med PICO & PEO | Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket](#)
- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges and compromises. *Pain*. 2020; 161(9):1976-82.
- Remskar, M., Western, M.J., & Ainsworth, B. (2024) Mindfulness improves psychological health behavior cognitions: Evidence from pragmatic RCT of a digital mindfulness based intervention. *Brittish Journal of Health Psychology*, 29, 1031-1048.
- Ryggmärgsskada *Spinalis*. Hämtat den 16 februari 2025 från: www.ryggmärgsskada.se.
- Ryggmärgsskadecentrum, (2022). Hämtat den 28 juni 2025 från: ryggmärgsskadecentrum.se/jla.
- Sipski M L, Richards J S (2006) Spinal Cord Injury Rehabilitation: State Of The Science. *American Journal of Pysical Medicine & Rehabilitation*, 85(4), 310-342.
- SKR, (2025). *Smärta*. Hämtat 16 februari 2025 från Sveriges kommuner och regioner: www.skr.se/primarvardskvalitet/indikatoromraden/indikatoromradena0/smarta
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (n.d) *Om SBU*. Hämtad från SBU den 15 mars 2025: www.sbu.se/sv/om-sbu/
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2024). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: en metodbok*. (2 december 2024). Stockholm: SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtat från SBU den 14

- mars 2025: <https://www.sbu.se/metodbok>
- Steptoe, A. (red.) (2007). *Depression and physical illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Svenskt register för rehabiliteringsmedicin (SveReh). Årsrapport 2023. Hämtad den 23 februari 2025: [A-rsrapport-SveReh_2023_alla_delar-VzQjxZbPN.pdf](#)
- Svenskt smärtforum, (2021). *Definition av smärta*. Hämtat 16 februari 2025 från Svenskt smärtforum: www.swedishpainsociety.com/smartdefinition.
- The Ryff Scales of Psychological Wellbeing. Hämtad 30 augusti 2025: [The-Ryff-Scales-of-Psychological-Well-Being.pdf](#)
- von Knorring, L., Andersson, G., Lichtenstein, P., Rück, C., Lindefors, N. (2011). Vanliga folksjukdomar som debuterar tidigt i livet. *Läkartidningen*, 108, 787 – 791.
- WHO, (2012). *QOL*. Hämtat 6 juni, 2025
- [WHOQOL - Measuring Quality of Life | The World Health Organization](#)
- WHO, (2023). *Anxiety*. Hämtat 2 mars, 2025
- www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders.
- WHO, (2023) *Depression*. Hämtat 2 mars, 2025
- www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.
- WHO, (2024) *Spinal cord injury*. Hämtat 6 februari, 2025
- www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury.
- Williams R, Murray A (2015) Prevalence of depression After Spinal Cord Injury: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 96, 133 – 140.

7 BILAGOR

Bilaga 1 - Artikelöversikt

Arti- kel nr	Titel	Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat	KvalitetAnt al jakande svar i enlighet med kvalitetsgran skningsmalle n	Fr.ställn 1: Vilka utfallsmått har använts vid de genomförda vetenskapliga studierna om mindfulnessbaserad e metoder för målgruppen ryggmärgsskadade med symtom på depression, ångest eller smärta?	Fr.ställn 2 Är mindfulnessbaserade metoder tillämpbara för personer med ryggmärgsskada och symtom på depression, ångest och smärta?	Fr.ställn 3 Om det finns stöd för dessa metoder för målgruppen, har metoderna anpassats och i så fall hur?
1	Effect of a Mindfulness and Motivational Interviewing- Oriented Physical- Psychological Integrative Intervention for Commun	Yan Li, Mengqi Li, Daniel Bressington, Kun Li, et al (Hong Kong, Kina) 2024	Utvärde ra genomf örbarhet och effektiv itet av en ny mindful ness och mi (motive rande samtal) gruppba serad online-	Mixad metod: kvalitativ och kvantitativ , RCT.	Signifikant förbättrad QoL, Positiv trend för minskad depression och smärta 3 månader efter studiens avslut.	4	Utfallsmått: QOL, fysisk aktivitet, depression (patient health questionnaire) och kronisk smärta (NRS-skalan, 0 = ingen smärta, 10 = värsta tänkbara smärta).	Ja	Framkommer ej. Däremot att det faktum att interventionen var digital kan ha påverkat att fler deltog.

	ity – Dwelling Spinal Cord Injury Survivors : A Mixed Methods Randomized Controlled Trial		metod för personer med RMS som bor i eget boende.						
2	‘Trying to bring attention to your body when you’re not sure where it is’: an interpretative phenomenological analysis of drivers and barriers to mindfulness for people with spinal cord injury	Hearn JH, Finlay KA, Sheffield, D. (UK) 2021	Utforska vilka faktorer som motiverar deltagande i mindfulness baserade metoder, undersöka eventuella fördelar som uppstår från att utöva mindfulness, identifiera	Utforskande kvalitativ studie med en tolkande fenomenologisk analys.	Motiverna de faktorer: hantera fysisk (inkl smärta) och psykisk hälsa, det som hindrar är otillgängliga lokaler, fokus och språk som pekar på kroppsdelar utan känsel, stigmatiserande attityd.	4 Fundering: söker mindfulness av andra orsaker: inte som upplevelse utan som metod för att undvika ännu sämre mående.	Motiverande och hindrande faktorer. Intervjuer indelade i teman utefter svaren. Minskad oro, minskad smärta, bättre humör. Någon deltagare blev försämrade i sin smärta. Negativt: fokus på kroppsdelar som inte har känsel = förvirrande. Positivt: fokus på kroppsdelar som inte har känsel = bättre relation med kroppen.	Ja.	Inte anpassats, men behov av anpassningar har lyfts: anpassa språket (body scan, mindful walking), anpassade lokaler (eller digitalt, men då missas kontakt med grupp samt stöd från ledare), minska stigmat kring mindfulness. Samhällen med stark tro på medicin än på psykosociala “flummiga” behandlingar, fördomar. Tidsperspektivet: adl tar mycket tid, kortare mindfulness- program för att öka möjligheten att delta.

			orsaker som hindrar / reducerar utövandet av mindfulness.						
3	Internet-delivered mindfulness for people with depression and chronic pain following spinal cord injury: a randomized, controlled feasibility trial	Hearn JH, Finlay KA. (UK) 2018	Utforska genomförbarheten av ett 8 veckors online mindfulness program, undersöka nyttan av att regelbundet engagera sig i ett mindfulness baserat onlineprogram som ett potentiellt verktyg	RC(F)T, jämförelse mindfulness mot psykoeducation. Datainsamling via enkät före, efter samt 3 månader efter.	Högre andel avhopp från mindfulness, men depression, ångest och smärta signifikant lägre vid mindfulness,	4	Utfallsmått: depression, mättes med enkäter: HADS (ångest och depression), QOL, NRS (smärta), katastrofiering vid smärta.	Ja	Anpassade rörelser: mindre rörelser med huvudet och handleder – i takt med andningen. Anpassade instruktioner: anpassade rörelser

			att öka psykisk hälsa.						
4	Effectiveness of Group Training of Mindfulness-Based Techniques on Improvement of Psychological Well-Being of Individuals with Spinal Cord Injury	Abdi R, Kheyrjoo E, Javidfar S, Jabari G (Iran) 2016	Utreda om mindfulnessbaserade tekniker ökar det psykologiska välbefinnandet hos patienter med RMS.	Kvasi-experimentell studie. Peer-reviewed. Enkät före och efter genomgången 8-veckors mindfulnesssträning.	Signifikant ökning av det psykologiska välbefinnandet.	4	Enkät som mäter psykologiskt välbefinnande: ryff.	Ja	Framkommer ej