

Tittelside:

1. • Forfatternavn og yrkestittel

Michael de Vibe, lege og seniorrådgiver

• Fødselsår

1950

• Nåværende utdanning og arbeidssted

MD, Phd, Nasjonalt Folkehelseinstitutt

• Adresse

Gydasv 26, 0363 Oslo

• E-postadresse

[MichaelF.deVibe@fhi.no](mailto:MichaelF.deVibe@fhi.no)

2. • Forfatternavn og yrkestittel

Kristin Huseby, Sosiallærer, mindfulnesslærer og coach

• Fødselsår

1953

• Nåværende utdanning og arbeidssted

Spesialpedagog, mindfulnesslærer, Vestli skole, og Blissful Living

• Adresse

Dr. Dedichens vei 28,

0675 Oslo

• E-postadresse

[kristin.huseby@gmail.com](mailto:kristin.huseby@gmail.com)

• Tittel på teksten

Evaluering av et mindfulness kurs for pårørende innen psykisk helse

• Hvilken sjanger

Fagartikkel

Evaluering av et mindfulness kurs for pårørende innen psykisk helse.

## Sammendrag

Pårørende innen psykisk helse opplever store belastninger og skårer høyt på mentalt stress. Denne studien er en evaluering av et åtte ukers kurs i mindfulness (MBSR) for 14 pårørende til personer med psykiske vansker. Selvrappertert mentalt stress målt ved GHQ12 var høyt før kurset, men sank betydelig etter kurset, og fortsatte å falle ved tre måneders oppfølging. Effektstørrelsen var stor. Alle deltakerne fullførte kurset og rapporterte høy tilfredshet, mange positive opplevelser og endringer i måten de møtte sine livsutfordringer på. Mindfulness kurs kan være et godt tilbud for pårørende til personer innen psykisk helse.

## Abstract

Evaluation of a mindfulness course for caregivers of people with mental illness.

Caregivers of people with mental problems face considerable challenges and report high mental distress. This study is an evaluation of an eight-week course in mindfulness (MBSR) for 14 relatives of people with mental problems. Self-reported mental distress measured by GHQ12 was high before the course, but decreased significantly after the course and continued to decline at three months follow-up. The effect size was large. All participants completed the course and reported high satisfaction, many positive experiences and a change in the way they met their life challenges. Mindfulness courses may be a good service to offer caregivers of people with mental problems.

## Emneord:

Mindfulness-Based Stress Reduction, Pårørende, Psykisk helse, Mestring

Mindfulness-Based Stress Reduction, Caregivers, Mental health, Coping

## Introduksjon

Pårørende til psykisk syke opplever store belastninger og økte helseplager sammenliknet med den øvrige befolkning (Cuellar-Flores, Sanchez-Lopez, Liminana-Gras, & Colodro-Conde, 2014; Weimand, 2012). De har behov for informasjon, støtte og mestring men opplever ofte at deres behov ikke blir møtt av helsetjenesten (Hanssen & Sommerseth, 2014).

Ulike typer støtte kan bidra til redusert belastning og bedre mestring. Dette gjelder både individuelle støttetiltak, støttegrupper (Hanssen & Sommerseth, 2014) og kurs (Dalgard, 2004).

Pårørendesenteret i Oslo er et kompetansesenter for pårørendekunnskap og et støttesenter for pårørende. PIO-senteret drives av Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse i Oslo, og ble opprettet i 2008 i partnerskap med Oslo kommune for pårørende til mennesker med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer. De tilbyr hjelp, rådgivning, temamøter, samtalegrupper og ulike kurs til pårørende for å mestre egen livssituasjon og for bedre å kunne støtte den man er pårørende til.

PIO-senteret har de siste fire år, som ett av mange kurstilbud, tilbudt kurs i mindfulness, på norsk kalt oppmerksomt nærvær, etter at ledelsen ble kurset i metoden. De siste to år i form av Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) kurs. MBSR ble utviklet i 1979 ved Universitetet i Massachusetts, USA, for å hjelpe pasienter med kroniske smerter til å mestre sin livssituasjon, og kurset har siden blitt prøvd ut overfor en lang rekke pasientgrupper, samt målgrupper uten sykdommer, for å fremme helse og mestring. En meta-studie fra 2012 viste en moderat stor og konsistent effekt av kurset på helse og livskvalitet både for kliniske og ikke-kliniske målgrupper (de Vibe, Bjorndal, Tipton, Hammerstrom, & Kowalski, 2012). Kurset har også blitt prøvd ut med god effekt på psykisk helse både for foreldre til barn med autisme (Dykens, 2014), og for pårørende til personer med kroniske helseplager (Hou et al., 2014). Det var derfor grunn til å tro at dette kurset kunne egne seg for pårørende ved PIO-senteret, og problemstillingen for denne studien er:

Vil et åtte ukers MBSR kurs redusere mentalt stress etter kurset, og ved tre måneders oppfølging, for pårørende innen psykisk helse?

## Metode

Deltakerne ble rekruttert gjennom PIO-senterets hjemmeside, mail til medlemmene og informasjonsbrosjyre på PIO-senteret. Et par av deltakerne hadde hørt om kurset fra tidligere deltakere og hadde blitt anbefalt å delta. En hadde stått på venteliste etter det forrige kurset. Til det aktuelle kurset meldte det seg 17 deltakere, hvorav 3 ble satt på venteliste til neste kurs da maks deltakerantall var 14.

PIO-senteret og kursholdere samarbeider med hensyn til utvelgelse av deltakere til ulike kurs. PIO-senteret setter opp en liste med forslag til deltakere basert på søkerens interesser,

motivasjon og mulighet for deltakelse. Det er ønskelig med deltakelse av begge kjønn. På mindfulnesskurset gjennomfører alle en samtale med kursholder før de får bekreftet plass. I tillegg må deltakerne ha medlemskap på PIO-senteret, forplikte seg til å delta på ettersamtale med kursholder og møte opp på alle kurskvelder så langt dette er mulig. Tre måneder etter kurset gjennomføres en felles evalueringssamling. Før- og ettersamtalen, og evalueringssamlingen er en del av det regulære kursopplegget og utgjør sammen med svar på spørreskjemaene datamaterialet for evalueringen. Temaene for samtalene (Figur 1) blir sendt deltakerne på forhånd.

MBSR kurset inneholder tre typer øvelser for å trene opp oppmerksomheten, gjennom å følge pusten (sittende meditasjon), ved å bevege oppmerksomheten gjennom alle deler av kroppen (kroppsskann), eller ved å la oppmerksomheten sanse kroppen gjennom enkle yogaøvelser. I tillegg øves oppmerksomhet på pust i hverdagslivets stressende situasjoner. Metoden vektlegger full aksept av det man erfarer i kropp og sinn når man øver, og man øver på å møte seg selv og sitt liv på en vennlig og ikke-dømmende måte. Den styrkede oppmerksomheten kan så rettes mot det som oppleves stressende for den enkelte, og man utforsker nye måter å mestre dette på. Det er åtte ukentlige samlinger, hver på 2 ½ time, og disse har et fastlagt innhold med tilhørende hjemmelektse. I tillegg er det en dagssamling mellom sjette og syvende uke med hovedvekt på øvelser. Elementer i programmet er: Kurshefte med teoretisk kunnskap om oppmerksomhetstrening, stress, samspillet mellom kropp og sinn og kommunikasjon; erfaringslæring gjennom øvelser på samlingene og 40 minutter daglige øvelser hjemme ved bruk av lydspor/CD; og en gruppeprosess med refleksjon over hva deltakerne opplever når de øver.

I tillegg kommer noe skriftlig hjemmearbeid ut fra temaene i programmet. Total beregnet tid er ca. en time per dag seks dager per uke. Deltakerne blir gjort oppmerksomme på sammenhengen mellom utbytte av kurset og trening mellom samlingene. Samtidig får de vite at all trening er bedre enn ingen trening, og at selv kortere treningsøkter kan gi effekt. Ukens kapittel, inkludert hjemmeoppgavene, blir delt ut på slutten av hver samling. Ved fravær på grunn av sykdom tar kursholder kontakt etter samlingen på mail/telefon, slik at den det gjelder får tilgang til øvelsene. Ved annonsert fravær får deltakeren på forhånd kopi av kursmateriell for den aktuelle kvelden, inkludert øvelsene som hører til.

Psykisk helse ble målt med The General Health Questionnaire (GHQ 12) som er et screeningsinstrument for å identifisere mentalt stress og allmenne psykiske plager (Figur 2). Det er godt utprøvd og validert i mange land (Goldberg et al., 1997), og har vist seg egnet til å

måle psykiske belastninger hos pårørende (Cuellar-Flores et al., 2014). Det stilles 12 spørsmål om hvordan personen har hatt det de siste to uker. Seks spørsmål er positivt formulert med svaralternativene 0 = mer enn vanlig, 1 = samme som vanlig, 2 = mindre enn vanlig, 3 = mye mindre enn vanlig. Seks spørsmål er negativt formulert med svaralternativene 0 = ikke i det hele tatt, 1 = ikke mer enn vanlig, 2 = mer enn vanlig, 3 = mye mindre enn vanlig. To ulike skåringssystemer blir brukt. Totalskår fra 0 - 36, der høy skår indikerer økt mentalt stress og psykiske plager. Hvert ledd blir også dikotomisert slik: 0-1 = 0, og 2-3 = 1. Det blir deretter laget en variabel ved å summere de tolv dikotomiserte leddene til en totalskår der maksimum skår er 12. En poengsum på 3 eller mer indikerer en psykisk belastning som tilsier at man kan trenge hjelp (Brandheim, Rantakeisu, & Starrin, 2013).

Deltakerne fylte ut GHQ skjema første gang etter forsamlingen med kursholder og så igjen på siste kurskveld, samt på en oppfølgingssamling tre måneder senere. Da var to deltakere borte. En fikk skjema i posten og returnerte det til kontorsjefen, og en kom innom PIO-senteret og fylte det ut. Skjemaene ble lagt i en bunke og samlet inn av kontorsjefen ved PIO-senteret som la svarene inn i et regneark. Han sendte dette til førsteforfatter som har analysert resultatene, men som ellers ikke har vært involvert i kurset. Skjemaene inneholder ingen personidentifiserbare opplysninger. Deltakerne merket egne skjemaer med et personlig valgt kodeord for å gjøre det mulig å analysere endring i GHQ skår for hver deltaker. Da denne studien er en evaluering av et tjenestetilbud, og det ikke samles inn personidentifiserbare data, er det ikke søkt godkjenning fra regional etisk komite eller NSD.

Dataene fra studien ble analysert ved hjelp av SPSS versjon 22. Endring i total skår på GHQ12 over de tre måletidspunktene ble analysert med General Linear Models – enveis gjentatt ANOVA. I tillegg ble GHQ12 også kodet og analysert for å se om andelen av deltakere som skåret over grensen for betydelige plager endret seg over tid.

## Resultater

Kursholder opplyste at deltakerne besto av tre menn og 11 kvinner fra 18 til 74 år. Ingen sluttet underveis. Fire deltok på alle samlingene (åtte kurskvelder + stille dag); en deltok på alle kurskveldene minus stille dag; fire deltok på syv kurskvelder og stille dag; to deltok på syv kurskvelder minus stille dag; to deltok på seks kurskvelder og stille dag; en deltok på seks kurskvelder minus stille dag. Alt fravær med unntak av ett var varslet på forhånd. Oppmøte for gruppen samlet var på 87% av de 9 samlingene.

Gjennomsnittsskår på GHQ12 og antall deltakere som skårer over bekymringsgrensen ved hvert målepunkt er vist i tabell 1.

Tabell 1 inn her

Tabell 2 viser GHQ12 skår for hver deltaker ved hvert målepunkt.

Tabell 2 inn her

En enveis gjentatt ANOVA ble utført for å sammenlikne GHQ12 skårene før, etter, og tre måneder etter kurset. Det var en signifikant effekt for tid, Wilks Lambda = .12,  $F(2, 12) = 42,56$ ,  $p < .0005$ . Effektstørrelsen ble målt med Multivariat Partial eta squared og var .88 (verdier over .14 regnes som en stor effekt). Effektstørrelse sier noe om endringen er klinisk betydningsfull. En parvis sammenlikning av GHQ12 skårer på hvert tidspunkt viste også at det var en signifikant nedgang i GHQ12 skår fra etter kurset til tre måneders oppfølging ( $p < .007$ ).

Kursholder noterte deltakernes erfaringer gjennom individuelle samtaler før og etter kurset med kursholder, på samlingene i MBSR kurset, og på samlingen tre måneder etter kurset (Figur 1). Noen møtte til de individuelle samtalene med skriftlige notater. Disse ble ikke samlet inn. Underveis i samtalene skrev kursholder fortløpende notater for hånd, noe i stikkords form og noe i sitats form. Ved sentrale spørsmål som motivasjon for deltakelse, forventinger til kurset og uttalelser om utbytte delte kursholder notatene med den enkelte for å sikre innholdet. Kursholder har forsøkt å ikke tolke det som kom frem i samtalene, men gjengi uttalelser så ordrett som mulig. Det ble ikke benyttet båndopptaker og ikke lagret noen personidentifiserbare opplysninger. På tremånederssamlingen fikk deltakerne utdelt spørsmålene (Figur 1) og skrev ned sine svar som ble samlet inn og oppsummert av kursholder. Det ble ikke tatt notater underveis i samlingene men kursholder noterte i etterkant det som kom opp av sentrale temaer og uttalelser, for å følge gruppens utvikling underveis.

De pårørende fortalte om tunge omsorgsoppgaver, en opplevelse av å være i kontinuerlig beredskap, stadig dårlig samvittighet for ikke å ha gjort nok, usikkerhet, bekymringer og frykt for fremtiden, samt sorg i forhold til selve situasjonen. I tillegg ble påkjenninger i forbindelse med akutsituasjoner så som ved tvangsinnleggelse og selvmordsforsøk fremhevet. Videre opplevde de kommunikasjonen med den syke som utfordrende, spesielt når den syke isolerte seg eller var avvisende. Mange rapporterte om belastende negative erfaringer med helsetjenesten. Andre utfordringer som var vanlig var å ha høye forventninger til seg selv og

vansker med å sette grenser og ivareta egne behov. Mange av de pårørende rapporterte i tillegg om søvnevansker, kroniske helseplager og økte økonomiske belastninger, og de fremhevet også utfordringer med å møte holdningene til psykisk sykdom hos venner, nettverk og samfunn.

Motivasjon for å delta var ulik, men mange hadde hørt om mindfulness fra andre, eller hadde lest om det. De fleste var motivert ut fra egen opplevelse av stress og dårlig livskvalitet. Forventningene til kurset var å lære å akseptere sin situasjon og mestre den bedre, både gjennom å kunne distansere seg litt fra det som var vanskelig når man trengte det, og gjennom å øve seg i nye måter å møte vanskene på. Mange ønsket å øve opp sin evne til å være til stede og samle seg om det de holdt på med, mens andre var mer opptatt av å kunne håndtere vanskelige tanker og følelser samt kommunisere bedre. Flere fremhevet også ønske om å lære å ta bedre vare på seg selv.

Deltakernes utbytte av kurset kom frem i de individuelle samtalene etter kurset. Mange fremhevet å ha fått et nytt perspektiv på hva som er viktig, og en bedre evne til å finne ro og slappe av uten å henge seg opp i bagateller. Flertallet fremhevet betydningen av å kunne hvile i pusten og gjennom det finne ro, og mange beskrev et bedre forhold til seg selv og andre med bedre kommunikasjon og større evne til å sette grenser.

Andre fremhevet betydningen av å ha fått et annet forhold til sine tanker og automatiske reaksjonsmønstre, og verktøy for å møte disse på nye måter. Det endrede forholdet til tanker/reaksjonsmønstre ble et vendepunkt for mange. Oppdagelsen av at stresset ikke utelukkende påføres utenfra, men også kommer fra egne tanker, følelser og reaksjoner ble en vekker og en aha opplevelse. Ikke minst det faktum at dette er noe den enkelte kan påvirke og gjøre noe med, til forskjell fra alt som bare skjer, og som man ikke har noen kontroll over. Når deltakerne blir bevisst 'autopiloten' starter en spennende prosess mot å etablere nye mønstre. Uttalelser som: «Jeg forstår når noe bygger seg opp og går ut av situasjonen», og «Jeg greier å stoppe opp og tenke før jeg reagerer» er eksempler på dette.

Gevinster som ble fremhevet i forhold til pårønderrollen, var å 'løsne på' negative tanker og se den syke i et mer positivt lys, kommunisere bedre, være mer avslappet i samværet, ikke synes så synd på seg selv lenger, og å kunne være mer i stillhet, også når det stormer. Fokus ble gradvis flyttet fra det fastlåste i situasjonen over på det de kunne påvirke og gjøre noe med.

I ettersamtalene ble deltakerne spurt hvor fornøyde de var med utbytte av kurset sett i forhold til de forventningene og ønskene de hadde på forhånd og alle deltakerne sa seg fornøyd. Det ble spesielt fremhevet at det ga glede og inspirasjon i hverdagen, samt ny kunnskap og viktige refleksjoner omkring sentrale temaer. Flere kommenterte at kursets lengde på åtte uker ga nødvendig tid for å utforske de ulike øvelsene og gjøre egne erfaringer fra nærværstretningen. Gruppen ble fremhevet som vennlig, uformell og god å komme inn i, med fravær av sykdomsprat og en åpen atmosfære der alle turte å delta. «Alle vet hvordan det er å være pårørende. Trenger ikke spille en rolle.» Andre uttalelser fra deltakerne: «Meditasjonen gir en følelse av ro, samletthet og konsentrasjon. Reduksjon av kaos». «Kroppskann er som en ”power nap” for meg. Virker beroligende og gir energi». «Yoga er det som fungerer best for meg. Enklere å være til stede i de fysiske bevegelsene». «Har byttet ut middagshvilen med 40 minutter kroppskann».

Utfordringer ved å delta på kurset var forbundet med å få gjort hjemmeleksene og få tid til øvelsene, samt å streve med følelsen av ikke å være flink nok, og utfordringene knyttet til å møte egen uro og eget stress. Kursholder mottok ingen informasjon fra deltakerne om uheldige hendelser som følge av kurset.

Gruppeevaluering etter tre måneder viste at de fleste deltakerne hadde funnet en eller flere formelle øvelser som de brukte regelmessig, mens noen øvet mest på nærvær i hverdagen, for eksempel under dusjing, spising, husarbeid, på tur med hunden, på reiser og i samtaler med andre. Alle kom med eksempler på betydningen av kontakten med pusten og hvordan de i løpet av dagen brukte den til å stoppe opp og være bevisst til stede. En hadde begynt på yoga og to hadde gjenopptatt tidligere meditasjonspraksis. Flere kunne fortelle om hvordan de tar i bruk naturen for å praktisere tilstedeværelse. Det ble også pekt på utfordringer med å fortsette å trene nærvær når kurset var slutt, og behovet for ritualer for å få det til.

Kursholder reflekterte i etterkant av kurset sammen med ledelsen ved PIO over betydningen av å informere tydelig om hva slags kurs dette er, inkludert forpliktelsen til å arbeide hjemme med øvelsene for å få størst mulig utbytte. Videre over at akutte/alvorlige hendelser i livet til de pårørende i kursperioden ikke så ut til å virke negativt inn på utbytte av kurset, men at flere av deltakerne meldte om negative møter med helsetjenesten som økte stressbelastningen de opplevde. Den største utfordringen for deltakerne gjennom kurset så ut til å være strengheten og selvkritikken som de til tider var preget av. Temaet ga gode anledninger til å sette søkelyset på å ta i bruk en åpen og nysgjerrig innstilling, samt betydningen av å praktisere en ikke-dømmende og vennlig holdning.

## Diskusjon

Datamaterialet viser at et åtte ukers MBSR kurs lar seg gjennomføre uten frafall for pårørende innen psykisk helse. Selvrapportert mentalt stress synker betydelig fra før til etter kurset og fortsetter å synke i oppfølgingstiden på tre måneder. Andelen som skårer over grensen for bekymringsfullt mentalt stress synker betydelig, og holder seg på samme nivå tre måneder senere.

Deltakerne ble godt fulgt opp av kursleder med både for- og ettersamtaler og ble kontaktet på mail eller telefon om de uteble. Det er sannsynlig at dette har bidratt til det høye fremmøtet og til at ingen falt fra underveis. I meta-analyser av MBSR kurs har frafall ligget på 15 -20% (de Vibe et al., 2012). En annen faktor kan være at gruppestørrelsen var begrenset til 14, mens det ofte er vanlig med 20-30 deltakere på MBSR kurs, men da ofte med to kursholdere. En tredje faktor kan være at man i presentasjonen av kurset og rekruttering av deltakere vektla egenmotivasjon. Erfaringene fra tidligere MBSR kurs ved PIO-senteret viser at de som er motivert for egeninnsats rapporterer størst utbytte. Videre har PIO-senteret erfaring med at de som søker å delta på grunn av stressrelaterte plager og som ønsker verktøy for å håndtere stress og utfordringer i hverdagen har godt utbytte av kurset.

Nivået av psykisk belastning bedømt ut fra GHQ12 var stor og 9 av 14 (64%) skåret over grensen for betydelig belastning, mens en stor svensk befolkningsundersøkelse viste at andelen var 20% for kvinner og 12% for menn (Brandheim et al., 2013). Våre tall er i tråd med en nylig gjennomført studie av 69 pårørende til mennesker med rusproblemer som viser at 62% skårer over grensen for betydelig belastning (Hoel, 2015). Dette understreker betydningen av å tilby denne gruppen virksomme metoder for å stå bedre rustet til å takle de utfordringer de møter som pårørende.

Virkingen av kurset på selvrapporterte psykiske plager var meget stor med en effektstørrelse som overgår det man kan forvente av kortere psykososiale tiltak. Alle deltakerne rapporterer en bedring i psykisk stress etter kurset og ti av 14 deltakere rapporterer en ytterligere bedring tre måneder senere mens de resterende fire angir et uendret nivå. Vi er ikke kjent med studier av andre intervensjoner innen det psykososiale feltet som viser noe tilsvarende, og effekten er langt større enn det som ofte rapporteres i studier av medikamenter og psykoterapi for ulike psykiske plager (Huhn et al., 2014).

Effekten av å trene oppmerksomt nærvær virker inn på forskjellige områder i sinn og kropp, slik også deltakernes uttalelser vitner om. Funnene fra forskning inndeler ofte effekter i fire

hovedgrupper: regulering av oppmerksomhet og stressnivå, økt kroppsbevissthet, regulering av følelser og endring i hvordan man ser på seg og sitt liv (Hölzel et al., 2011). Oppmerksomt nærvær beskrives som et vennlig nærvær overfor det som oppstår i hvert øyeblikk, i oss selv, i våre relasjoner og i våre liv. En grunnleggende livsholdning, en daglig øvelse i å samle vår oppmerksomhet omkring det som skjer her og nå uten kritikk eller dømming og uten å ønske at virkeligheten skulle være annerledes enn det den er akkurat nå. Det innebærer at man øver seg først i å tåle egne tanker og følelser. Dernest overfører man denne holdningen i møte med de man er pårørende til, noe også deltakernes erfaringer tyder på. Dette kan innebære et stort skifte fra en situasjon der man kritiserer seg selv og andre, og plages av dårlig samvittighet, skyldfølelse og overidentifikasjon med vanskelige tanker og følelser. Denne endrede holdning av vennlig aksept, ser ut til å kunne endre hvordan deltakerne møter utfordringer og deltakernes erfaringer er i tråd med dette. Studier viser at det etter MBSR kurs blir lettere å bruke aktive mestringsstrategier, som å gå i møte med problemene, i stedet for passive mestringsstrategier som unngåelse, benekting, fortrenning, ønsketenkning (Halland et al., 2015). Denne endringen holder seg ved etterundersøkelser av studenter to og fire år etter et MBSR kurs (Solhaug og de Vibe, under publisering).

Det er flere begrensninger i denne studien. For det første er utvalget av deltakere selektert og funnene kan derfor ikke overføres til andre grupper. For det andre er antallet deltakere lite, og det gjør analysene av effekt usikre. For det tredje var det ingen kontrollgruppe, slik at endringene som ble observert ikke med sikkerhet kan tilskrives kurset. For det fjerde var det kursholder som delte ut og samlet inn spørreskjemaene, slik at det ikke kan utelukkes at svarene ble påvirket av dette selv om det ikke sto personopplysninger på skjemaene. Det var også kursholder som gjennomførte samtaler og gruppeevalueringen, og det ble ikke brukt båndopptaker eller en anerkjent kvalitativ metode for analyse av dataene. Dette kan ha medført en overrapportering av positive resultater. Imidlertid er kursholder meget trent i å ta notater fra samtaler etter mange år som sosiallærer. Det er også et godt samsvar mellom de kvalitative og kvantitative funn, og koding og analyse av spørreskjemaene ble foretatt av andre enn kursholder.

## Konklusjon

Datamaterialet viser at et åtte ukers kurs i oppmerksomt nærvær (MBSR) kan reduserte mentalt stress hos pårørende innen psykisk helse. Selvrapportert psykisk stress var høyt før kurset, men sank betydelig etter kurset og fortsatte å synke i oppfølgingsperioden på tre måneder. Alle deltakerne fullførte og de rapporterte om høy tilfredshet med kurset og om

mange positive erfaringer med å delta. Dette kan derfor være et godt kurskonsept å tilby til pårørende som møter store belastninger i sine liv og det anbefales å studere effekten videre i et kontrollert forskningsdesign.

## Referanser

- Brandheim, S., Rantakeisu, U., & Starrin, B. (2013). BMI and psychological distress in 68, 000 Swedish adults: a weak association when controlling for an age-gender combination. *BMC Public Health* 2013, 13:68, 13, 68. DOI: 10.1186/1471-2458-13-68
- Cuellar-Flores, I., Sanchez-Lopez, M. P., Liminana-Gras, R. M., & Colodro-Conde, L. (2014). The GHQ-12 for the assessment of psychological distress of family caregivers. *Behav Med*, 40(2), 65-70. doi:10.1080/08964289.2013.847815
- Dalgard, O. (2004). Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124, 3043-3046.
- de Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrom, K., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults. *The Campbell Collaboration*, 128.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1), 191-197.
- Halland, E., de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J., . . . Bjørndal, A. (2015). Mindfulness training improves problem-focused coping in psychology and medical students. *College Student Journal*, 49(3), 387-398.
- Hanssen, H., & Sommerseth, R. (2014). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2, 62-75. doi:10.7557/14.3323
- Hoel, T. (2015). *Belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelser*. (MS), Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Oslo og Akershus. Retrieved from <https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/2836/2/Hoel.pdf>
- Hou, R., Wong, S., Yip, B., Hung, A., Lo, H., & Chan, P. e. a. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 83, 45-53. doi:10.1159/000353278
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., . . . Leucht, S. (2014). Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders. A Systematic Overview of Meta-analyses *JAMA Psychiatry*, 71(6), 706-715. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.112
- Hölzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Weimand, B. (2012). *Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness*. (Phd), Karlstad University Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:513882/FULLTEXT02.pdf>

