

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Livskvalitet hos personer efter behandling med KBT - en litteraturstudie

*Anna Rehnstedt & Britt-Marie Säll
September 2009*

Examensarbete C, 15 hp
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 Hp
Examinator: Annika Nilsson
Handledare: Kjerstin Larsson**

Abstract

The purpose of this literature review was to examine if quality of life can be increased after cognitive behavior therapy (CBT). The method was a descriptive literature review. The keywords "cognitive behavioral therapy" and "quality of life" were used in searches in the PubMed database, PsykInfo and Academ Search Elite. The study included 17 articles. The result shows that CBT is effective in many areas. Treatment with CBT have shown significant changes in reducing the relapse of depression, increase social functions, improve insomnia and mental health, which can lead to improvement in psychological and physiological domains of quality of life. Treatment with CBT may also reduce physical symptoms as improvement of IBS (Irritable Bowel Syndrome) symptoms, weight loss in obese individuals and decreased levels of hemoglobin A1c in diabetics. By reducing physical symptoms, increased quality of life may be achieved. As future nurses, it is included in the professional role to have knowledge of different methods to provide the best care as possible. CBT can improve quality of life for people. These results are clinically important and useful for the health care aiming to give people the right treatment and care.

Keywords: "Cognitive behavior therapy" and "quality of life"

Sammanfattning

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka om personers livskvalitet förbättrades efter behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Metoden var en beskrivande litteraturstudie. Sökorden “kognitiv beteendeterapi” och “livskvalitet” användes i sökningar i databaserna PubMed, PsykInfo och Academ Search Elite. Studien inkluderade 17 artiklar. Resultatet visar att KBT är effektivt inom många användningsområden. Bland annat kan behandling med KBT minska återfall i depression, förbättra sociala funktioner, sömnsvårigheter och mental hälsa, vilket kan leda till förbättring av psykologiska och fysiologiska domäner av livskvalitet. Behandling med KBT har också kunnat minska fysiska symtom vid olika sjukdomstillstånd. Exempel på detta är förbättring av IBS (Irritable Bowel Syndrome) symtom, viktninskning hos feta personer och sänkta nivåer av hemoglobin A1C hos diabetiker. Genom att uppnå förbättringar av symtom vid sjukdomstillstånd har förbättring av livskvalitet uppnåtts. Som blivande sjuksköterskor ingår det i den professionella yrkesrollen att ha kunskap om olika metoder som finns för att ge bästa möjliga vård. KBT kan förbättra livskvalitet hos personer. Detta resultat har betydelse för klinisk användbarhet inom hälso- och sjukvården för att ge individer rätt bemötande och vård.

Nyckelord: “kognitiv beteendeterapi” och “livskvalitet”

Innehållsförteckning	Sida
1. Introduktion	1
1.1 Historik om Kognitiv beteendeterapi (KBT)	1
1.2 Vad är kognitiv beteende terapi	2
1.3 Livskvalitet	3
1.4 Problemområde	4
1.5 Syfte	4
1.6 Frågeställning	4
2. Metod	4
2.1 Design	4
2.2 Databaser och sökord	4
2.3 Utfall av sökning	5
2.4 Kriterier för urval av källor	5
2.5 Dataanalys	5
2.6 Forskningsetiska överväganden	6
3. Resultat	6
3.1. KBT:s effekt av livskvalitet vid specifika symtom och diagnoser	11
3.1.1 Depression/ dystymi	15
3.1.2 Ångest och tvångssymtom	12
3.1.3 Schizofreni	12
3.1.4 Spelmissbruk	13
3.1.5 Hiv/Aids	13
3.1.6 Bröstcancer	13
3.1.7 Övriga somatiska tillstånd	14
3.1.8 Äldre personer	15
4. Diskussion	15
4.1 Huvudresultat	15
4.2 Resultatdiskussion	15
4.3 Metoddiskussion	18
4.4 Allmän diskussion	19
4.5 Förslag till vidare forskning	20
5. Referenser	20

1. Introduktion

Denna studie kommer att handla om hur personers livskvalitet påverkas efter behandling med KBT. Resultatet består av forskning inom olika problemområden, såväl fysiska som psykiska diagnoser.

1.1 Historik om kognitiv beteendeterapi (KBT).

Det var i början av 1900-talet som man fick mer insikt och började undersöka hur olika mänskliga beteenden fungerade och då växte två former av psykoterapi fram, beteendeterapi och psykoanalys.

Freud var grundare till psykoanalysen och menar att mänskliga beteenden styrs av processer som är omedvetna. Skinner och Watson inom beteende-terapin menar att psykoanalysen är allt för fokuserad-på de inre processerna som man egentligen inte kunde veta något om. Deras teori var att observera beteendet och påverka det med olika inlärningspsykologiska upptäckter som operant och klassisk betingning (1).

Den amerikanske forskaren Skinner studerade hur beteende formas av sina konsekvenser. Skinners inlärningssyn var operant betingning som bestod av beteende som kontrollerades av fem principer. Fyra av principerna innehåller positivt och negativ förstärkning, samt positiv och negativ bestraffning. Dessa principer är effekter och tekniker av operant betingning. Den femte av principerna, extinktion, menar Skinner att beteendet utsläcks som ett resultat av uteblivna såväl negativa som positiva konsekvenser. Genom dessa fem principer kan man kontrollera beteendet.

Bland de amerikanska inlärningsteoretikerna blev Skinner den dominerande. Hans bok från 1953 "*Science and human behavior*" är ett av fundamenten för beteendeterapi (2).

Aron Beck utvecklade kognitiv terapi (KT) under 1960-1970 talet. Beck menar att tidigare livserfarenheter leder till utvecklandet av vad han kallar för grundantaganden. Dessa grundantaganden är ofta omedvetna men påverkar ändå våra emotioner, kognitioner och beteende. Genom terapi kan man medvetandegöra och bearbeta felaktiga grundantaganden, vilket kan ge en förbättring av patientens tillstånd. Beck ses som grundare till kognitiv terapi (2). Sedan början av 1990-talet har KBT använts för att beteckna kombinationen av traditionella beteendeterapeutiska och kognitiva interventioner. KBT räknas som den största evidensbaserade terapin (2).

1.2 Vad är kognitiv beteende terapi

KBT är en form av psykoterapi som grundar sig på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi (2). De psykoterapeutiska metoder och tekniker som tagits fram utifrån detta synsätt inom respektive område har visat sig effektiva när det gäller behandling av psykiska problem. Forskningen har lett till att metoderna har förbättrats och förfinats (2).

KBT är en terapiinriktning som i första hand bygger på att förändra människors inlärdade beteendemönster. Begreppet beteende används ofta inom kognitiva beteendeterapi och Beteendeterapeutiska föreningens definition av beteende är:

”Med beteende menas olika kroppsliga reaktioner, egna tolkningar och uppfattningar om händelser och handlingar som gör att både individen själv och dennes omgivning påverkas”

(3). Genom att förändra beteendet kan specifika ändringar genomföras eller vissa mål nås. Målen kan innebära att individen kan lära sig nya sätt att tänka, känna, fungera, och hantera problem. Ett nära samarbete mellan behandlaren och patienten, med strukturerade delmål, är viktigt för att behandlingen ska fungera. Det kan handla om att sätta upp delmål som exempelvis att en deprimerad person ska orka ta en promenad under dagen eller att en person med social fobi ska våga utsätta sig för sociala situationer som exempelvis att gå och fika med en vän. Terapin bygger på att fokusera på den nuvarande situationen och inte på det förflutna, samt att tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen (2). Den kognitiva modellen hävdar att personliga sjukdomshypoteser inte nödvändigtvis är den primära orsaken till ett sjukdomstillstånd, men att det kan förlänga patientens lidande. När patienter hamnar i ett tankemönster som inte går att ta sig ur kan det leda till känslor som frustration och rädsla vilket kan medföra passivitet, undvikande- beteende och fysisk inaktivitet.

Beteendeterapeutisk teori är att tankar, känslor, fysiologi och beteende påverkar varandra. När dessa tankefällor uppstår finns risk att sjukdomsförloppet förlängs (4). Terapins strategi är att hjälpa patienter att hitta nya tankesätt för att ompröva olika former av dysfunktionellt tänkande (5). Personer som behandlas med KBT blir uppmuntrade att identifiera aktiviteter som påverkar deras humör positivt och att utöva dessa oftare för att höja livskvaliteten (6). Innan individen söker hjälp för sitt problemområde så är det vanligt att dra sig tillbaka från omgivningen (7).

Kognitiv beteende terapi är i dag en terapiform som används inom många olika områden för att ändra beteenden, känslor och tankar som gör att människor mår dåligt.

I dag finns dokumenterat effektiva behandlingsmetoder för t ex: olika typer av ångestproblem depressioner, självförtroendeproblem, ätstörningar, sex- och samlevnadsproblem, psykosomatiska och stressrelaterade problem, sömnproblem, schizofreni, social fobi, tvångssyndrom och missbruksproblem. Framgångsrik kognitiv beteende terapi finns rapporterad inom skolpsykologin, arbets- och organisationspsykologin, vård av psykisk utvecklingstörning, barn och ungdomspsykiatri samt kriminalvården (2).

1:3 Livskvalitet

Livskvaliteten är individuell och innefattar både psykisk och fysisk hälsa. Alla har olika förutsättningar och därför måste livskvaliteten mätas utifrån varje människas erfarenheter och förmåga (8, 9). När negativa tankebanor tar över uppstår ofta ångest, oro, rädsla, spänning och hjälplöshet som i sin tur påverkar individens välmående till ett sämre tillstånd (5). Destruktiva tankar som ständigt återkommer bidrar till en sämre livskvalitet. Livskvalitet beskriver människors känsla av att vara behövd, frihet, att kunna samspela med sin omgivning, få sina individuella behov tillfredställda och att få leva ett meningsfullt liv (7).

Nordenfelt menar att när man talar om livskvalitet så måste man beakta såväl inre som yttre förhållande och att välbefinnandet har både en subjektiv och en objektiv sida. Viktiga begrepp enligt Nordenfelt är vitala mål, hälsa och lycka. Förenklat så menar Nordenfelt att man uppnår god livskvalitet när man har en god hälsa och kan ta sig framåt och förverkliga sina vitala mål (10). Den norske psykologen Siri Naess har en annan åsikt om hur man uppnår livskvalitet på bästa sätt. Hon utgår från fyra punkter som lyder, att ha goda relationer till sina medmänniskor, vara aktiv, ha självkänsla och självrespekt samt ha en grundstämning av glädje. Hon menar också att faktorer som yrke, utbildning, bostad och ekonomi inte ingår i hennes teori om vad livskvalitet är, utan detta anser hon är endast medel till att uppnå en god livskvalitet (10).

WHO definierar livskvalitet som: ”personers uppfattning av sin livssituation i den kultur och det värdesystem där de lever, i förhållande till egna mål, förväntningar, normer och intressen” Med denna definition vill WHO uppmärksamma hur en person kan uppfatta sin egen livssituation men en svaghet kan vara att den fokuserar för mycket på personens tänkande och den känslomässiga biten utelämnas av personens livssituation (11, Sidan 48).

I dag finns det många olika instrument för att mäta fysisk och psykisk hälsa som inkluderar att kartlägga hälsorelaterad livskvalitet. En del instrument är inriktade på hur stor inverkan en

sjukdom eller behandling kan ha för effekter på personens psykiska, fysiska eller sociala funktionsförmåga. Andra instrument är mer inriktade på att kartlägga hur en viss sjukdom kan påverkar ens livskvalitet (11). Ett frågeformulär som heter SF-36 omfattar 36 frågor som är indelade i åtta dimensioner: rollfunktion på grund av känslomässiga begränsningar, fysisk funktion, smärta, social funktion, roll funktion på grund av, fysiska begränsningar, vitalitet, allmänhälsa och psykisk välbefinnande. Med dessa 36 frågor kan personen själv svara på och få en egen uppfattning om hur hälsotillståndet ser ut (12).

1.4 Problemområde

När en människa drabbas av fysisk eller psykisk ohälsa kan det ofta leda till försämrad livskvalitet. Livskvalitet är idag ett väl inarbetat begrepp för att fastställa personers hälsa och välmående. Att använda KBT har blivit allt vanligare inom många områden i sjukvården. Författarna vill genom denna studie ge sjuksköterskan och annan sjukvårdspersonal ökad kunskap om KBT s effekt på livskvalitet. I sjuksköterskans professionella yrkesroll ingår det att ha kunskap om olika metoder som finns för att ge bästa möjliga vård. Det finns mycket forskning om KBT men endast en liten del av alla studier handlar om hur KBT kan påverka livskvalitet. Författarna har därför valt att göra en sammanställning av publicerade studier om berört ämne. Att belysa hur KBT kan förbättra livskvalitet hos personer kan ha stor betydelse för att ge individer rätt bemötande och vård.

1.5 Syfte

Att undersöka om behandling med KBT förbättrar livskvalitet hos personer med fysisk och psykisk ohälsa.

1.6 Frågeställning

Hur påverkas personers livskvalitet av behandling med KBT?

2. Metod

2.1 Design: en litteraturstudie med deskriptiv design (13).

2.2 Databaser och sökord

Författarna har sökt artiklar i databaserna Pubmed, PsycINFO och Academic Search Elite. Sökorden som användes var: Cognitive behavior therapy och Quality of life. Sökande av

artiklar utfördes mellan 2009-02-25 till 2009-03-13. Författarna har även sökt artiklar i Vård i Norden och Läkartidningen men fann inga artiklar som var relevanta för studiens syfte.

2.3 Utfall av sökning

Tabell 1. Översikt över databaser, söktermer, antal artiklar, använda artiklar.

Data bas	Söktermer	Antal artiklar	Använd artiklar
Pubmed	Cognitive behavior therapy and quality of life,	229	8
PsycINFO	Cognitive behavior therapy and quality of life,	115 st	8
Academic Search Elite	Cognitive behavior therapy and quality of life,	51 st	1
		Totalt 395 st	Totalt 17st

2.4 Kriterier för urval av källor

Vid litteratursökningen användes följande begränsningar:

PubMed: artiklar publicerade mellan år 2004-2009, gratis fulltext och engelska.

Academic Search Elite: artiklarna skulle vara skrivna på engelska och publicerade från år 1999 och framåt.

PsycInfo: artiklar publicerade mellan åren 2004-2009, något av sökorden fanns med i nyckelorden samt fulltext.

Författarna valde att använda olika publicerings år i de olika databaserna för att Academic Search Elite hade artiklar från tidigare år som var intressanta för studiens syfte och frågeställning.

Vidare urvalskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga, rubrikerna skulle visa att de belyser det aktuella området och artiklarnas abstract skulle visa att de belyser frågeställningen. Många artiklar exkluderades då de inte belyste studiens syfte och frågeställning. Författarna läste abstraktet på de artiklar som ansågs beröra det valda ämnesområdet. Författarna valde sedan ut de tjugo artiklar som var mest relevanta för frågeställningen. Dessa artiklar skrevs ut i fulltext. Vid fördjupad granskning föll tre artiklar bort då dessa inte svarade mot syfte och frågeställning.

2.5 Dataanalys

Författarna har kritiskt granskat de utvalda artiklarna. Titel och sammanfattning har granskats av båda författarna för att se om det svarar mot studiens syfte och frågeställning. Författarna har valt att inrikta sig på forskning med kvantitativ metod och har valt ut de källor som kan bidra till att besvara frågeställningen. Författarna har granskat syfte, design, metod, resultat, etiska överväganden och generaliserbarhet i varje artikel (13). Artiklarna bedömdes sedan efter en tregradig skala: hög, medel eller låg kvalitet. Hög kvalitet innebar att alla de granskade delarna var beskrivna. Medel kvalitet innebar att en till två av de granskade delarna var dåligt beskrivna. Låg kvalitet på artiklarna var när flera än två av de granskade aspekterna var dåligt beskrivna. Med dåligt beskrivet innebar t ex att urval, bortfall eller tillväga gångsätt inte var beskrivet under metod. Författarna har granskat artiklarna med Forsberg och Wengström checklistor för kvantitativa artiklar (randomiserade och kvasiexperimentella studier) som grund (13). Texten i artiklarna analyserades av båda författarna för att finna likheter och skillnader i tolkningen av hur artiklarna svarade mot frågorna i checklistorna. Författarna diskuterade sedan texten för att kunna sammanställa ett gemensamt resultat. De kritiskt granskade artiklarna delades in i åtta subkategorier i resultatet. Dessa subkategorier utgick från olika diagnoser vilket gav ett överskådligt och lämpligt sätt att presentera resultatet.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Författarna behövde inte söka till någon etiskkommitté då detta är en litteraturstudie. Studien bygger på vetenskapliga artiklar som har blivit publicerade vilket innebär att hänsyn redan tagits till etiska aspekter. Vid den kritiska granskningen av artiklarna letade författarna efter de ursprungliga forskarnas etiska övervägande. Alla artiklar som uppfyllt urvalskriterierna är redovisade samt alla resultat presenteras objektivt i uppsatsen.

3. Resultat

Resultatet av litteraturstudien presenteras i löpande text samt i tabeller. Tabell 2 ger en översikt över design, undersökningsgrupp, datainsamling, dataanalys och kvalitetsvärdering. I tabell 3 presenteras studiernas syfte och resultat. Sexton av artiklarna beskrev KBT:s effekt vid specifika symtom och diagnoser. En artikel handlade om KBT:s effekt vid en specifik åldersgrupp.

Tabell 2. Översikt över valda artiklar.

Författare Titel Publicerings år Referensnummer	Design	Undersöknings grupp	Datain samlings metod	Dataanals metod	Kvalitet s Värderi g
Safren. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for adherence and depression (CBT- AD) in Hiv- Infected Individuals. 2009 (14)	Randomis erad experimen tell	Deltagare bestod av kvinnor och män med Hiv och depression. n=42 b=3	Enkäter: Clinical Global Impression Score.	ANOVA	Medel.
Hornyak. Cognintive behavioural group therapy to improve patients strategies for coping with restless legs syndome: a proof – of concept trial. 2008 (27)	Kvasi experimen tell	Deltagarna bestod av kvinnor och män med diagnosen Restless legs syndrome (RLS). n=25 b=0	Enkäter: SF-36	Mann- Whitney test Wilcoxon	Låg
Roberge, Cognitive- behavior treatment for panic disorder with agoraphbia.2008 (16)	Kvasi experimen tell	Personer med panikångest n=100 b=11	Strukturerade intervjuer Enkäter: Beck depression inventory. Agoraphobic cognitions questionnaire. Body sensations questionnaire. Quality of life systemic inventory.	ANOVA Chi-2 test	Medel
Schneider Cognitive-behavioral therapy, exercise, and older adults, quality of life. 2008 (30)	Kvasi experimen tell	Äldre män och kvinnor n=332 b=17	Enkäter: HRQL SF-36	ANOVA T tester Chi-2 test	Medel
Kuyken. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapsein recurrent depression. 2008 (15)	Kvasi experimen tell	Personer som under de senaste 6 månaderna ätit antidepressiv medicin. Dom skulle inte vara inne i ett depressivt skov. n=123	Enkäter: World health organization quality of life instrument. Beck depression inventory. HRSD	Mann- Whitney U test	Medel
Ismail. Motivational enhancement therapy with and without cognitive behavior therapy to treat type 1 diabetes. 2008 (29)	Kvasi experimen tell	Vuxna med typ 1- diabetes från 8 diabetes center i London och Manchester, United Kingdom. n=339 b=5	Interjuver: Enkäter: Cognitive Therapy rating Scale- Revised. Health questionnatie-9 score. Diabetes quality of life score.	Stata, version 9. SAS verion 9.1.	Medel

Tabell 2.

Carlbring. Randomized trial of Internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. 2008 (22)	Deskriptiv jämförande	Personer som har ansökt om behandling via Internet för spelmissbruk n=71 b=5 .	Interjuver: Strukturerade Enkäter: Hospital anxiety and depression scale. Quality of life inventory	T-test	Medel
Koszycki . Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. 2007 (19)	Kvasi experimentell	Personer med social ångestsymtom randomiserade till 8-veckors Mindfulness-based stress reduction (MBSR)eller 12 veckovisa sessioner KBT grupp (KBGT). n=53	Enkäter: Social interaction scale. Social phobia scale. Beck depression inventory. Libowitz self rated disability scale. Quality of life inventory.	Fisher's exact test Cohen's index	Medel
Dirksen. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. 2007 (25)	Randomiserad experimentell	Kvinnor som var minst 3 månader efter avslutad primär behandling utan nuvarande tecken på sjukdom. n=81 b= 9	Enkäter: Studie-depression scale. Trait anxiety scale. Functional assesment of cancer therapy breast.	T-test ANOVA	Hög
Diefenbach. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. 2007 (18)	Deskriptiv jämförande	Undersökningen gjordes på vuxna som var patienter inom öppenvården. n=70	Enkäter: Sheehan Disability Scale. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive. Beck depression inventory-II.	Ej beskrivet	Medel
Lackner. How does cognitive behavior therapy for IBS work?: A mediational analysis of a randomized clinical trial. 2007 (26)	Randomiserad experimentell	Personer med IBS fick 10 veckors KBT-behandling eller vara med i en kontrollgrupp . n=147	Enkäter: IBS-symtom. Global severity Index of the Brief Symptom. Inventory IBS Quality of Life. SCID	SEM	Medel
Wiersema. Hallucination focused intergrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. 2004. (21)	Randomiserad experimentell	Deltagare bestod patienter som hade diagnosen schizoaftektiv sjukdom eller psykotisk störning. n=78 b=22	Interjuver: Stuktuerade. Enkäter: WHOQoL WHOQoL-BREEF. The groningen social disabilities schedule	Anova T-test Mann-whitney u-test Wilcoxon Chi- square	Hög

Tabell 2.

Eng. Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. 2005 (20)	Jämförare beskrivande	Urvalet bestod av klienter som sökt behandling för social ångestsyndrom. n=138	Intervjuer: Enkäter: The Quality of Life. Beck depression inventory. Social interaction anxiety scale. Brief fear of negative evaluation scale.	ANOVA	Medel
Marchesi. Effects of cognitive – behavioural therapy on healthrelated quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. 2002 (28)	Deskriptiv jämförande studie	Patienter, med en hetsätning störning . n=168 b=35	Enkäter: Quality of Life Scale SF-36	ANOVA T-test	Medel
Lechner. Cognitive–behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. 2002. (24)	Kvasi experimente ll	Deltagarna var vuxna kvinnor som har diagnosen AIDS n=330	Interjuver: Strukturerade Enkäter: Health status questionnaire for HIV. Hiv dementia scale. Mini-mental status exam.	ANOVA	Medel
Sanzero. Effects of cognitive-behavioral interventions on quality of life in persons with HIV. 1999 (23)	Deskriptiv jämförande	Vuxna som diagnostiserade med HIV n=81 b=2	Enkäter: Sickness Impact Profile. Health status questionnaire for HIV.	ANOVA	Hög
Ravindran. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. 1999 (17)	Kvasi experimente ll	Patienter som behandlas med SSRI-preparat . n= 97	Enkäter: The Battelle Quality of Life Scale SF-36	MANOVA ANOVA	Medel

Tabell 3. Översikt över syfte och resultat

Safren. 2009. (14)	Att utvärdera kognitiv beteende terapi för att förbättra medicinerings följsamhet och minska depression hos personer med hiv.	Vid den första bedömningen efter 3 månader fanns signifikant skillnad. Personer som behandlas med KBT hade större förbättringar än kontrollgruppen. Vid sista uppföljningen fanns däremot ingen signifikant skillnad.
Hornyak. 2008. (27)	Att se hur KBT går att anpassa till patienter med RLS (restless legg syndrome) genom att förbättra strategier och livskvalitet.	I slutet av denna behandling hade både RSL- relaterade livskvalitet och psykiskt hälsa hos patienterna förbättrats avsevärt. Sömn kvaliteten hade förbättrats i slutet av terapi samt ångest minskat avsevärt.
Roberge. 2008. (16)	En studie utfördes för att undersöka hur kostnadseffektiv KBT är för patienter med paniksyndrom med agorafobi.	Resultaten visar signifikant klinisk och statistisk förbättring av standardsymptom och livskvalitet.
Schneider. 2008 (30)	Syftet med denna studie var att undersöka livskvaliteten hos äldre med hjälp av utbildning i tre grupper: KBT, hälsofrämjande utbildning samt en kontrollgrupp.	Deltagarna som fick utbildning i KBT och hälsofrämjande rapporterade lägre allmän hälsa, mer emotionella problem samt något mindre livskraft än de gjorde i kontrollgruppen
Kuyken. 2008 (15)	Primära syftet var att undersöka hur kognitiv beteende terapi kan vara ett alternativ i stället för antidepressiva läkemedel i att förebygga ett återfall i depression.	Resultat visade att personer som behandlas med KBT hade ökat sin livskvalitet signifikant i jämförande med personerna som bara ätit antidepressiva läkemedel under undersökningstiden
Ismail.2008. (29)	Syftet var att bedöma om KBT var mer effektivt än vanliga vården när det gäller att förbättra depressiva symtom, rädsla för hypoglykemi, egenvårds beteenden, BMI och livskvalitet hos personer med diabetes.	Hemoglobin A1C nivåer hade efter en 12 månaders bedömning minskat till hälften i jämfört med vanlig diabetes vård.
Carlbring. 2008. (22)	Syftet med studien var att undersöka hur Internetbaserad KBT kunde hjälpa personer med spelmissbruk.	Internet baserade ingrepp ledde till goda förändringar i spelmissbruk. Deltagarna hade även förbättrade resultat i ångest, depression och förhöjd livskvalitet. Behandlingens effekt bestod upp till 36 månader.
Koszycki. 2007. (19)	Studiens syfte var att utvärdera hur väl Mindfulness-based stress reduction (MBSR) jämfört med KBT har effekt för att lindra centrala symptom på specifika ångestsymtom	Även om patienterna i båda behandlingsgrupperna förbättrats, så hade patienter i KBT signifikant lägre poäng på läkare och patientspecifiserade åtgärder av social ångest.
Dirksen. 2007. (25)	En studie för att beskriva effekten av kognitiva beteendeterapi för sömnsvårigheter, sinnesstämning och livskvalitet hos överlevande med bröstcancer	Kvinnor som fick kognitiv beteendeterapi hade betydande förbättringar i trötthet, ångest, depression och livskvalitet.
Diefenbacha. 2007. (18)	Att mäta förändringar i livskvaliteten hos personer som har tvångssymtom efter behandling med KBT .	En statistiskt signifikant och betydande förbättringar av livskvalitet från före till efter behandling.

Tabell 3.

Lackner. 2007. (26)	Att mäta hur KBT fungerar på patienter som har IBS(Irritable Bowel Syndrome)	Analyser gav stöd för att KBT är förenat med statistiskt signifikanta förbättringar i IBS symtom. Analyser visade att effekten kan vara en följd av förbättring av globala symptom som i sin tur leder till en förbättring av livskvaliteten.
Wiersema. 2004. (21)	Att kontrollerar effekten av behandling med KBT på livskvalitet och social funktion hos patienter med kronisk schizofreni med ihållande hallucinationer.	Deltagarna som fått behandling med KBT hade stadigt förbättrat sin livskvalitet. Skillnaden med kontrollgruppen var signifikanta i den slutliga uppföljningen.
Eng. 2004. (20)	Syftet med studien är att fokuserar på verktyget för att identifiera områden i livskvalitet hos personer med sociala ångestsyndrom och se förändringar i dessa områden efter kognitiv beteende gruppterapi (KBGT).	Individer med social ångestsyndrom präglas inte av ett global missnöje men dom var särskilt missnöjd med kvaliteten på deras prestation och sociala funktionssätt. KBT hade störst påverkan på i att åstadkomma socialt fungerande domäner.
Marchesi. 2002. (28)	Att mäta effekterna av kognitiv - beteendeterapi på livskvalitet hos feta patienter, i förhållande till personer med hetsätning sjukdom.	Alla skalorna i livskvalitet hade förbättras bland dom behandlade patienter.
Lechner. 2002. (24)	Målet med denna studie var att undersöka behandlingseffekter av gruppbaserad KBT hos kvinnor med AIDS som rapporterat en måttlig till dålig linje av livskvalitet.	Kvinnorna i KBT gruppen visade upp en förbättring av psykiskhälsa och livskvalitet, från före behandlingen tills behandlingens slut. Inga förändringar observerades för trötthet, smärta, fysiskt välbefinnande eller sociala funktioner.
Sanzero. 1999. (23)	Att undersöka hur kognitiv beteende terapi påverkar livskvaliteten hos personer med HIV	Studien visar att det finns skillnader när det gäller livskvaliteten beroende på i vilket stadium personen befinner sig i sin sjukdom.
Ravindran. 1999. (17)	Denna studie utvärderar effekten av antidepressiv behandling (SSRI-preparat)och KBT, ensamt eller i kombination, i obearbetad dystymi	Behandling med enbart KBT hade ingen signifikant skillnad på kliniska symtom av dystymi en placebo kontroll gruppen. Behandling med både KBT och SSRI-preparat hade ingensignifikant skillnad jämfört med enbart behandling med SSRI-preparat.

3.1 KBT:s effekt av livskvalitet vid specifika symtom och diagnoser .

3.1.1 Depression/ dystymi

Att använda KBT för att minska depression hos personer har visat sig ha en god effekt (14, 15, 16). I jämförelse med att behandlas med antidepressiva läkemedel har behandling med enbart KBT visat sig ha en bättre effekt att minska återfall i depression, vilket leder till förbättring av psykologiska och fysiologiska domäner av livskvalitet (17). Däremot framkom negativa resultat i en studie av livskvalitet och kliniska symtom hos personer med obearbetad

dystymi vid jämförelse mellan a) behandling med enbart KBT, b) KBT i kombination med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) och c) placebo kontrollgrupp. Resultatet visade att vid behandling med enbart KBT framkom ingen signifikant skillnad på kliniska symtom av dystymi i jämförelse med en placebo kontrollgrupp. Inte heller behandling med både KBT och SSRI-preparat visade någon signifikant skillnad jämfört med enbart behandling med SSRI-preparat (17).

3.1.2 Ångest och tvångssymtom

Vid behandling av ångest och tvångssymtom är KBT ett behandlingsalternativ som fungerar väl för att höja personers sociala funktioner (18, 19, 20).

Personer som använt sig av KBT för att lindra tvångssymtom hade betydande förändringar av livskvaliteten efter behandling. De mest betydelsefulla förändringarna var i ett bättre fungerande familjeliv, följt av det sociala livet med medmänniskor och därefter hur arbetet fungerade. I denna studie uppfyllde 40 % av deltagarna kliniskt betydande förbättring av livskvaliteten. Den genomsnittliga deltagaren upplevde endast lindriga funktionsnedsättningar efter behandlingen (18). Liknande resultat framkom i en jämförelse av mindfulness-based stress reduction (MBSR) och KBT för att lindra specifika ångestsymtom. Personerna i KBT gruppen hade minskat behovet av läkare och patientspecifiserade åtgärder av social ångest. Båda behandlingsalternativen var jämförbara avseende förbättrat humör, funktion och livskvalitet. Resultatet visar att KBT är det bästa valet av behandling av generaliserad ångest då det är mer kostnadseffektivt (19).

För personer med ångestsymtom upptäcktes fyra domäner i livet som personer med social ångest värderar för att ha en god livskvalitet. Dessa domäner var: prestationer, sociala funktioner, personlig utveckling, och omgivningen. Individer med socialt ångestsyndrom präglas inte av ett globalt missnöje men dom var särskilt missnöjda med kvaliteten på sin prestation och sociala funktion. KBT hade störst påverkan för att åstadkomma socialt fungerande domäner (20).

3.1.3 Schizofreni

Personer med diagnosen schizofreni eller annan psykosjukdom ansåg att förändringar i dagliga aktiviteter och i sociala relationer var starkast förknippade med högre livskvalitet. Personer som fått behandling med KBT hade stadigt förbättrat sin livskvalitet. Skillnaden med kontrollgruppen var signifikanta i den slutliga uppföljningen. Efter nio månaders behandling hade den sociala funktionen förbättras markant (21).

3.1.4 Spelmissbruk

I Sverige finns effektiv behandling för spelmissbruk men behandling är begränsad till ca 10 % av målgruppen. För att flera personer ska kunna få behandling gjordes en studie med syfte att undersöka hur Internetbaserad KBT kunde hjälpa personer med spelmissbruk. Studien visade att Internetbaserade behandling ledde till goda förbättringar genom att minska spelmissbruk. Deltagarna hade även förbättrade resultat för ångest, depression samt förhöjd livskvalitet. Behandlingseffekten kvarstod upp till 36 månader (22).

3.1.5 Hiv/Aids

Genom att behandla depression hos HIV patienter kan en förhöjd livskvalitet samt en förbättrad medicinsk följsamhet uppnås (14, 23, 24). Det finns resultatet som pekar åt att KBT är ett potentiellt effektivt tillvägagångssätt för enskilda individer med HIV att minska depression, men vidare studier behövs för att fastställa ett säkert resultat (14). Personer med HIV har skattat sin livskvalitet varierande beroende på i vilket stadium personen befinner sig i sin sjukdom. Att använda kognitiva beteendebaserade interventioner för att förbättra livskvalitet bland personer med HIV har också visat olika effekter beroende i vilket sjukdomsstadium personen befinner sig i. Personer som var i början av sin sjukdom hade bättre effekt av KBT och fick högre livskvalitet med hjälp av KBT. Behandling med KBT visade att efter sex veckor hade patienternas hälsa påverkats positivt (23). En studie från 2002 som fokuserade på kvinnor med AIDS och hur KBT påverkade deras livskvalitet, visade en förbättring av psykisk hälsa och livskvalitet, efter behandlingen. Inga förändringar observerades för trötthet, smärta, fysiskt välbefinnande eller sociala funktioner. Gruppbaserad KBT kan vara särskilt effektivt för att förbättra vissa aspekter av livskvalitet kopplade till psykiskt välmående i denna grupp (24) .

3.1.6 Bröstcancer

Komplikationer som sömnsvårigheter, nedstämdhet och försämrad livskvalitet kan uppkomma för kvinnor som överlevt bröstcancer. Behandling med KBT har betydande effekt för dessa kvinnor för att förbättra trötthet, ångest, depression och livskvalitet. De kvinnorna som behandlades med KBT och förbättrade sina sömnsvårigheter hade även förbättrat livskvaliteten, vilket visar betydelsefull sammankoppling mellan sömn och livskvalitet (25).

3.1.7 Övriga somatiska tillstånd

Inte bara psykologiska områden påverkas, KBT har bevisats effektivt för att förbättra fysiska symtom, som t ex vid IBS (Irritable Bowel Syndrome). Behandling med KBT har visat sig ge förbättringar i IBS symtom, men detta är inte beroende av förändringar i patienternas övergripande nivå av psykiskt lidande. KBT hade direkt effekt på den totala förbättringen av symtom för personer med IBS. Effekten kan vara en följd av förbättring av globala symptom som i sin tur leder till en förbättring av livskvaliteten (26).

En studie med liknade resultat utvärderade hur KBT går att anpassa till patienter med RLS (restless legs syndrome) genom att förbättra copingstrategier och livskvalitet. I slutet av denna behandling hade både RLS- relaterad livskvalitet och psykiskt hälsa hos patienterna förbättrats avsevärt. Sömnkvaliteten hade förbättrats i slutet av terapin och ångesten hade minskat avsevärt. En oväntad effekt av behandlingen var signifikant förbättring på RLS svårighetsgrad. RLS-6 skalan visade att befrielse från symtom uppstod främst när patienten var vaken men däremot inte under natten, vilket tyder på att patienterna använde förvärvade strategier i det dagliga livet (27).

I Italien gjordes en studie för att mäta effekterna av KBT på livskvalitet hos överviktiga patienter, i förhållande till personer med hetsätningssjukdom. Efter behandling med KBT hade de feta patienterna en genomsnittlig viktminskning på 7,5 kg. Inga förändringar observerades i kontrollgruppen. Alla skalorna i livskvalitet hade förbättrats bland dom behandlade patienterna. I slutet av studien hade 55 patienter som behandlats med KBT förbättrat sin hälsa, 22 var stabila och endast 12 hade förvärrat sin hälsa. I kontroll gruppen var motsvarande siffror: 12, 35 samt 27. Det största fyndet i denna studie var skillnaden i hur patienterna i KBT-gruppen skattat sin mentala hälsa före och efter behandlingen. Resultatet visade tydlig förbättring av den mentala hälsan (28).

Motsägande resultat visas i en studie av Ismail med flera som gjordes för att bedöma om KBT var mer effektiv än vanlig diabetesvård för att förbättra bland annat livskvalitet hos personer med diabetes. För en person med diabetes är hemoglobin A1C nivån betydelsefull att ha inom referensramarna för att undvika depressiva symtom, rädsla för hypoglykemi, förhöjt BMI och försämrad livskvalitet. Med hjälp av KBT sågs en förbättring av hemoglobin A1C när man använde en kombinerad behandling av den vanliga vården och KBT. Hemoglobin A1C nivåer hade efter en 12 månaders behandling med KBT minskat till hälften jämfört med vanlig diabetes vård. Inga bevis framkom för att insatserna påverkade sekundära resultat så som: BMI, depression, rädsla för hypoglykemi, självhjälpsbeteende eller livskvalitet (29).

3.1.8 Äldre personer

En studie genomfördes med syfte att undersöka livskvaliteten hos äldre med hjälp av utbildning i tre grupper: KBT, hälsofrämjande utbildning samt en kontrollgrupp.

Deltagarna som fick utbildning i KBT och hälsofrämjande rapporterade lägre allmän hälsa, mer emotionella problem samt något mindre livskraft än de gjorde i kontrollgruppen.

Resultatet av denna studie visar en komplexitet i att utveckla effektiva metoder för att hjälpa äldre att bibehålla en aktiv livsstil (30).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Studiens huvudresultat visar att KBT är effektivt inom många användningsområden. Bland annat kan behandling med KBT minska återfall i depression, förbättra sociala funktioner, sömnsvårigheter och mental hälsa, vilket kan leda till förbättring av psykologiska och fysiologiska domäner av livskvalitet. Behandling med KBT har också kunnat minska fysiska symtom vid olika sjukdomstillstånd. Exempel på detta är förbättring av IBS (Irritable Bowel Syndrome) symtom, viktminskning hos feta personer och sänkta nivåer av hemoglobin A1C hos diabetiker. Genom att uppnå förbättringar av symtom vid sjukdomstillstånd har förbättring av livskvalitet uppnåtts. Exempel på betydelsefulla förändringarna av livskvalitet efter behandling med KBT är ett bättre fungerande familjeliv, förändringar i dagliga aktiviteter och arbetslivet.

4.2 Resultatdiskussion

Resultatet för föreliggande studie utgör en sammanställning över hur behandling med KBT kan förbättra livskvalitet. Olika aspekter av vad som är viktigt för att uppnå en god livskvalitet har framkommit i studien. Några viktiga domäner som personer har värderat för att ha en god livskvalitet är: prestationer, sociala funktioner, personlig utveckling, omgivningen och dagliga aktiviteter (19, 20, 21). Behandling med KBT visade sig kunna förbättra livskvaliteten inom dessa domäner t ex genom fungerande familjeliv, sociala livet med medmänniskor, hur arbetet fungerade och minskad ångest (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Förbättring av IBS (Irritable Bowel Syndrome) symtom, viktminskning hos feta personer och sänkta nivåer av hemoglobin A1C hos diabetiker är exempel på förbättringar av symtom vid

sjukdomstillstånd efter behandling med KBT. Genom att uppnå förbättringar av symtom vid sjukdomstillstånd har förbättringar av livskvalitet uppnåtts (26, 27, 28, 29). Av de fyra studier som hade förbättring av symtom kopplat till sjukdom visade tre av resultaten att förbättring av kliniska symtom ledde till sekundära fynd i form av förbättrad livskvalitet. En studie fann inga bevis för att insatserna påverkade sekundära resultat som depression och livskvalitet (29).

Negativa resultat framkom i en studie om livskvalitet och kliniska symtom hos personer med obearbetad dystymi vid jämförelse mellan behandling med enbart KBT, KBT i kombination med antidepressiva läkemedel (SSRI preparat) och placebo kontrollgrupp. Resultatet visade att behandling med enbart KBT hade ingen signifikant skillnad på symtom av dystymi eller förbättring av livskvalitet i jämförelse med placebo kontrollgruppen (17). I denna studie finns ett läkemedelsnamn angivet vilket kan påverka trovärdigheten i resultatet. Genom att läkemedelsnamnet nämns finns det risk för att studien är finansierat av läkemedelsföretag vilket påverkar den interna validiteten. I en studie från 2004 som fokuserat på ångestsymtom var den största upptäckten en utvinning av fyra domäner i livet som personer med social ångest värderar för att ha en god livskvalitet. Dessa domäner var: prestationer, sociala funktioner, personlig utveckling, och omgivningen (20). På Statens folkhälsoinstitut hemsida går det att läsa om Antonovskys studier om "känsla av sammanhang". Den känslan innefattar att livet uppfattas som meningsfullt, begripligt, hanterbart och att man själv kan sätta gränser. Denna forskning har inspirerat en hel forskarvärld att förstå hur man kan arbeta för att stödja och hjälpa människor till denna känsla av sammanhang. Andra psykosociala faktorer har också uppmärksamats, det vill säga faktorer som kan skydda mot stress och belastning, innefattande socialt stöd och sociala nätverk, möjlighet att påverka sin arbetssituation (beslutsutrymme i arbetet), självförtroende, känsla av att ha kontroll över sin tillvaro (coping) samt tillit (31).

Två av studierna hade liknande resultat angående samband mellan livskvalitet och sömnsvårigheter. Shannon m fl gjorde en studie för att beskriva effekten av KBT för sömnsvårigheter, sinnesstämning och livskvalitet hos överlevande med bröstcancer. Kvinnor som fick kognitiv beteendeterapi hade betydande förbättringar i trötthet. Signifikant skillnad hittades mellan att deltagarna som behandlades med KBT och förbättrade sina sömnsvårigheter hade även förbättrat livskvaliteten, vilket visar betydelsefull sammankoppling mellan sömn och livskvalitet (25). I en annan studie utvärderades hur KBT

går att anpassa till patienter med RLS (restless legs syndrome) genom att förbättra strategier och livskvalitet. Sömnkvaliteten hade förbättrats i slutet av terapin samt att ångest minskat avsevärt. På sjukvårdsrådgivningens hemsida går det att läsa att långvariga sömnbesvär ofta leder till sämre livskvalitet. Det uppges också att det sannolikt finns ett samband mellan sömnsvårigheter och depressioner. Uppkomst av sömnsvårigheter kan bero på stress eller någon sjukdom (32).

Att behandla äldre med hjälp av KBT för att höja livskvalitet visade försämrade effekt. Efter behandlingens slut upplevde personerna mer emotionella problem samt något mindre livskraft än dom gjorde innan behandlingen (30). Detta negativa resultat tror författarna kan bero på att dom äldre blev mer medveten om sin livssituation efter behandlingen. Samt att dom började reflektera mer över vad livskvalitet innebär.

Ett resultat som författarna tyckte var viktigt inom KBT:s utveckling handlade om Internetbaserad KBT. En studie som gjordes i Sverige med syfte att undersöka hur Internetbaserade KBT kunde hjälpa personer med spelmissbruk visade förbättrad livskvalitet som kvarstod upp till 36 månader efter avslutad behandling (22). Nils Lindefors, verksamhetschef för Psykiatri Sydväst i Stockholms län säger att de grundläggande principerna för KBT gäller även på nätet. Han menar att det positiva med att använda sig av Internetbaserad KBT är: att du som patient kan befinna dig var som helst. Det kan vara på en strand i Thailand eller i väntan på bussen. Man bestämmer själv och är inte bunden av en fastställd besökstid hos behandlaren. Själva övningsuppgifterna behöver personen läsa på nätet men när uppgiften ska utföras behöver man inte vara i närheten av en dator (33). Författarna tycker det är en viktig aspekt att värdera kostnader. Internetbaserad KBT har fördelen att det är kostnadseffektivt.

I artiklarna som ingått i studiens resultat har deltagarna i studierna varierat mellan 25- 344 stycken. Tio av artiklarna beskrev bortfallet av deltagare. Bortfallskvoten varierade från 0 till 35. Anledningar till att personer inte fullföljde studien kunde vara tappat intresset för studien, inte gillade behandlingsmetoden, dödsfall samt familjeförhållanden. Alla artiklar i studien är av kvantitativ metod. Författarna hade i eftertanke även valt kvalitativa artiklar i studien då resultatet kunnat uppvisa en större helhetsbild av KBT:s effekt att förbättra livskvalitet. Alla studier använde mätinstrument i form av enkäter. Elva av artiklarna använde bara enkäter som mätinstrument. Många av artiklarna använder välkända enkäter t ex SF-36, SIP= (Sickness

Impact Profile) och WHOQOL-BREF= (World Health Organization Quality of Life) för att mäta livskvaliteten hos deltagarna. Sex av studierna hade enkäter och strukturerade intervjuer som mätmetod. Exempel på underlag vid strukturerade intervjuer är: Anxiety disorders interview schedule och Structured clinical interview for pathological gambling.

Författarna anser att resultat som bara bygger på kvantitativ forskning ger en otillräcklig bild för att ge ett djupare resultat av hur personer som behandlas med KBT upplever sin livskvalitet.

Av artiklarna som författarna använt sig av i resultatet är åtta av de sjutton artiklarna från USA samt tre stycken från Kanada och resterande från Europa. Önskvärt från författarna var en större global spridning av artiklarna. Det hade höjt generaliserbarheten i resultatet.

4.3 Metoddiskussion

Författarna valde att genomföra studien som en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar som studerade KBT och livskvalitet.

Varken behandlingsorsak, kön, ålder etisk bakgrund eller nationalitet hade någon betydelse för resultatet. Att ha få begränsningar kan både ha för och nackdelar. Fördelar är att det skapar möjlighet till att få ett brett material och det finns inte några geografiska skillnader som stoppar tillgängligheten till material.

Den externa validiteten kan dock brista då resultatet inte går att generalisera till någon specifik grupp.

Resultatet innehåller tio år gamla artiklar vilket kan vara negativt då det kan leda till att inaktuell forskning har ingått i resultatet. Författarna ansåg dock att artiklarna från tidigare år var för relevanta för att utesluta ur studien. Att använda artiklar som bara fanns tillgängliga gratis kan medföra att författarna ha gått miste om värdefull forskning. Alla de granskade artiklarna var skrivna på engelska. Samtliga artiklar innehöll vissa delar som stundtals var svårt att översätta till svenska. Det kan ha bidragit till att vissa misstolkningar skett vid översättandet. Författarna har inte redovisat hur många abstrakt som lästs igenom innan de valde vilka artiklar som skulle innehålla studiens resultat. Det beror på att författarna förlorat datainformation då en av författarnas dator gick sönder.

Författarna har granskat syfte, design, metod, resultat, etisk överväganden och generaliserbarhet i varje artikel. Artiklarna bedömdes sedan efter en tregradig skala hög, medel eller låg kvalitet. En artikel var av låg kvalitet, en av hög kvalitet och 15 stycken av medel kvalitet. Författarna anser inte att trovärdigheten i föreliggande studie påverkas av att de flesta artiklar bedömds som medel kvalitet. De artiklar som klassificerades med medel kvalitet har rikt innehåll då författarna haft höga krav när de granskat artiklarna. Författarna har inte utelämnat några resultat och inga medvetna vinklingar har format studiens innehåll.

En svaghet med studien är att författarna fick omstrukturera studiens design. Författarna påbörjade en kvantitativ studie med samma syfte och frågeställning som föreliggande resultat visar. Studien skulle utföras på en KBT mottagning i en mindre stad. På grund av bortfall av deltagare så var studien tvungen att avbrytas. Detta ledde till att författarna fick tidsbrist att finna underlag till föreliggande studie.

Studien består av resultatet från 17 kvantitativa artiklar. Författarna anser att ett helhetsperspektiv av hur livskvaliteten kan påverkas av KBT uppnåtts.

4.4 Allmän diskussion

Studiens resultat visar att KBT är en behandlingsmetod som har god effekt att förbättra livskvaliteten hos personer med depression och ångestsyndrom.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer från 2009-03-04 för depressionssjukdom och ångestsyndrom är att vid depression och ångest bör hälso- och sjukvården i många fall ge psykologisk behandling och framförallt KBT (34). Även om det ser olika ut i Sverige finns idag inte tillräckligt med KBT-utbildad personal inom primärvården och psykiatrin.

Vårdpersonal har en viktig uppgift i att finna kunskap om vad som stärker personers livskvalitet. Genom denna studie vill författarna belysa vikten av KBT i samband med att förbättrad livskvaliteten och väcka intresse hos vårdpersonal att få mer kunskap om KBT. En viktig aspekt i att förbättra livskvalitet är att inte ha förutfattade meningar om vad livskvalitet är. Människor värderar livskvalitet utifrån individuella behov för att kunna leva sitt liv så meningsfullt som möjligt. Som vårdpersonal är det betydelsefullt att kunna skilja på olika aspekter av livskvalitet. Tre viktiga aspekter vid livskvalitet är: 1) yttre betingelser, vilka kan mätas objektivt eller intersubjektivt, sådant som fysisk rörlighet, arbete, bostad, social situation och inkomst; 2) personers subjektiva upplevelser eller bedömning av värdet av yttre betingelser; 3) effekterna på en persons liv av närvaron eller frånvaron av de betingelser som nämns under 1 (35). Personers uppfattning av vad som innebär en god livskvalitet kan

förändras därför är det grundläggande att sjukvårdspersonal är lyhörd och flexibel inför personers individuella behov.

4.5 Förslag till vidare forskning

När författarna sökte artiklar till underlag för denna studie blev vi förvånade över att KBT kan användas som behandlingsmetod inom så många olika diagnoser och specifika symtom. I den föreliggande studien framkommer endast några alternativ av behandlingsområden där KBT är en behandlingsmetod. Förslag till vidare forskning är att göra en intervjustudie för att få en djupare förståelse för personers upplevelse av livskvalitet före och efter behandling med KBT. Författarna i studien har intresse att fördjupa sig inom området. Det skulle vara spännande att undersöka hur Internetbaserad KBT kan påverka livskvaliteten.

5. Referenser

1. KBT- Historia. (Hemsida på Internet) åtkomst 2009-08-30
Tillgängligt från: <http://www.myralf.se/historia.php>
2. Öst L-G. KBT. Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin. Stockholm: Natur och kultur, 2006.
3. Beteende terapeutiskaföreningen (Hemsida på Internet). åtkomst 2008-02-08.
Tillgänglig från: <http://www.kbt.nu/>
4. Lidbeck J. Mycket att vinna på KBT i smärtrehabilitering. Läkartidningen. 2006;41:3182-6.
5. d'Elia, G. Kronisk trötthetssyndrom i kognitivt perspektiv. Läkartidningen 2004;5:358:364.
6. Driessen E -L, Van H-L, Schovers R-A, Cuijpers P, Van Aalst G, Don F-J, m.fl. Cognitive behavioral therapy versus short psychodynamic supportive psychotherapy in the outpatient treatment of depression: a randomized controlled trial. BMC psychiatry 2007;7:58. Doi:10.1186/1471-244X-7-58) 2007;10:1-8.
7. Piscator R. Nyström M. Att dra sig tillbaka från omgivningen, En ond cirkel vid svår psykisk ohälsa. Vård i Norden. 2007;1:31-36.
8. Zullig K-J, Valois R-F, Drane J-W, Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. Health Qual Life Outcomes 2005, 3:64. 1-9. Doi:10.1186/1477-7525-3-64)
9. Berglund A-L, Claesson D, Kröldrups R. Quality of life: young peoples interpretation of the concept. Vård i Norden 2006;3:4-8.

10. Kallberg K, Larsson G. Människans hälsa. Livsåskådning och personlighet. Stockholm Natur och Kultur. 2006.
11. Jahren-Kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug E-A. Grundläggande omvårdnad DEL 1. Stockholm Liber AB. 2005
12. Andersson S-I. Hälsopsykologi. En introduktion. Lund: Wallin & Dalholm, 2002.
13. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Bokförlaget Natur och kultur. 2003.
14. Safren S-A, Cleirigh C-O, Raminami J-U, Reilly L-C, Otto M-W, Mayer K-H. A Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for adherence and depression (CBT- AD) in hiv- infected individuals. *Health Psychol.* 2009; 28:1-10
15. Kuyken W, Byford S, Taylor R-S, Watkins E, Holden E, White K, m.fl. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76:966-978. Doi: 10.1037/a0013786
16. Roberge P, Marchand A, Reinhartz D, Savard P. Cognitive- behavior treatment for panic disorder with agoraphobia. *Behav Modif.* 2008; 32:333-351
17. Ravindran A-V, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Bialik R-J, m.fl. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1608-1617
18. Diefenbach G-J, Abramowitz J-S, Norberg M-M, Tolina D-F. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45: 3060-3068 Doi:10.1016/j.brat.2007.04.014
19. Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2007;45:2512526. Doi:10.1016/j. brat. 2007.04.011
20. Eng W, Coles M-E, Heimberg R-G, Safren S-A. Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *J Anxiety Disord.* 2005; 19:143-156. Doi:10.1016/j.janxdis.2004.01.007
21. Wiersema D, Jenner J-A, Nienhuis F-J, Van de Willinge G. Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:194-201
22. Carlbring P, Smit F. Randomized trial of Internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76: 1090-1094. Doi:10.1037/a0013603

23. Sanzero-Eller L. Effects of cognitive-behavioral interventions on quality of life in persons with HIV. *Int J Nurs Stud.* 1999; 36: 223-233
24. Lechner C-S, Antonia M-H, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, m.fl. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *J Psychosom Res.* 2003; 54: 253-261
25. Shannon R, Epstein D, Epstein D-R. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Adv Nurs* 2007; 61: 664-675.
Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04560.x
26. Lackner J-M, Jaccard J, Krasner S-S, Katz L-A, Gudleski G-D, Blanchard E-B. How does cognitive behavior therapy for IBS work?: A mediational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology.* 2007; 133: 433-444. Doi: 10.1053/j.gastro.2007.05.014.
27. Hornyak M, Grossnan C, Kohnen R, Schlatterer M, Richter H, Voderholzer U, m.fl. Cognitive behavioural group therapy to improve patients strategies for coping with restless legs syndrome: a proof – of concept trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008; 79: 823-825.
doi: 10.1136/jnnp.2007.138867
28. Marchesi G, Natale S, Chierici S, Manini R, Besteghi L, Domizio S-D, m.fl. Effects of cognitive – behavioural therapy on health related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *International J Obesity* 2002; 26: 1261-1267
29. Ismail K, Thomas S-M., Maissi E, Chalder T, Schmidt U, Barlett J, m.fl. A. Motivational enhancement therapy with and without cognitive behavior therapy to treat type 1 diabetes. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 708-719.
30. Schneider J-K, Cock Jr J-H, Luke D-A. Cognitive-behavioral therapy, exercise, and older adults, quality of life. *West J Nurs Res.* 2008; 30: 704-723
31. Folkhälsoinstitutet (Hemsida på Internet) åtkomst 2009-08-24
Tillgänglig från: <http://www.fhi.se/PageFiles/3247/r200433halsosframjandehalsosjukvard.pdf>.
32. Sjukvårdsrådgivningen. (Hemsida på Internet) åtkomst 2009-08-24
Tillgänglig från: <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?categoryID=27561>
33. Stockholmslänlandsting. (Hemsida på Internet) åtkomst 2009-09-02
Tillgänglig från: <http://www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPPage113578.aspx>
34. Socialstyrelsen. (Hemsida på Internet) åtkomst 2009-09-03
Tillgänglig från: <http://hitta.socialstyrelsen.se/?q=KBT>
35. Nationalencyklopedin. (hemsida på Internet) åtkomst 2009-09-03
Tillgänglig från: <http://www.ne.se/lang/livskvalitet>