

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Omvårdnad – Vetenskapligt arbete 15 hp
Nursing Science 30 credits

Fysisk aktivitets inverkan på depressiva symptom hos vuxna individer som lider av egentlig depression

En litteraturöversikt

Carl Persson
Niklas Torvmo



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för Omvårdnad

Författare: Carl Persson, cape1205@student.miun.se
Niklas Torvmo, nito1201@student.miun.se

Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Huvudområde: Omvårdnad

Termin, år: VT, 2015

Något budskap har jag inte. Men jag vill gärna sprida en allmän tolerans för mänskligt vansinne.

– Astrid Lindgren, Svenska Dagbladet 28/9 1970

Abstrakt

Bakgrund: Depressionssjukdomar orsakar lidande och är bland samhällets vanligaste och mest kostsamma åkommor. Fysisk aktivitet har visat sig ha förebyggande och behandlande inverkan för människors depressiva symptom, men det saknas underlag för huruvida denna biverkningsfria behandlingsmetod har en inverkan på depressiva symptom för personer som har en depressionsdiagnos. **Syfte:** Denna litteraturöversikt ämnade belysa fysisk aktivitets inverkan på depressiva symptom hos vuxna individer som lider av diagnosen egentlig depression. **Metod:** 16 studier med såväl kvantitativ som kvalitativ ansats sammanställdes som en litteraturöversikt. **Resultat:** I majoriteten av studierna framkom det att fysisk aktivitet kunde ha en positiv inverkan på depressiva symptom samt öka tillfrisknande hos personer med depressionsdiagnos. Ett sekundärt resultat framkom även, där fysisk aktivitet visade sig ha olika effekt på ett antal hälsorelaterade variabler. **Diskussion:** Oavsett typ av intervention, tydde resultatet på att depression kan reduceras så länge patienten fick någon typ av insats. Sjuksköterskan bör se fysisk aktivitet som en tillgång i den holistiska vården av depressionspatienter. **Slutsats:** Patienter med depressionsdiagnos finns inom alla vårdinstanser och allmänsjuksköterskan kan med tydliga riktlinjer få ett verktyg för att utöka insatserna för patientgruppen. Fysisk aktivitet bör inte ses som en universalkur, men hos en majoritet kan det ha en positiv effekt för depression.

Nyckelord: depression, depressiva symptom, fysisk aktivitet, litteraturöversikt, egentlig depression, omvårdnadsarbete

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Teoretisk referensram.....	3
Problemformulering.....	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning.....	4
Bearbetning och kvalitetsbedömning av litteratur.....	5
Analys.....	6
Fysisk aktivitet i relation till psykiskt och fysiskt mående.....	6
Etiska aspekter.....	6
Resultat	7
Fysisk aktivitet i relation till depression och depressiva symptom.....	7
Fysisk aktivitet i relation till psykiskt och fysiskt mående.....	9
Generell hälsa och livskvalité.....	9
Socialt.....	9
Emotionellt.....	9
Uppmäta fysiska effekter.....	10
Upplevda fysiska effekter.....	11
Övriga effekter av fysisk aktivitetsintervention.....	11
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
Slutsats	17
Författarnas tack	18
Referenser	19

Bilaga 1 – Översiktstabell resultatartiklar

Bilaga 2 – Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod, Carlsson och Eiman (2003)

Bilaga 3 - Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod, Carlsson och Eiman (2003)

Idén om fysisk aktivitet som behandling för depression har intresserat oss under stora delar av vår utbildningstid till sjuksköterskor, då vi båda upplever ett bättre fysiskt och psykiskt mående då vi utövar någon form av fysisk aktivitet. Under praktikperioder och arbetstid har vi mött patienter som lider av egentlig depression men inte har blivit uppmuntrade till fysisk aktivitet, och då fysisk aktivitet var i ropet för några år sedan, ville vi belysa fysisk aktivitets inverkan på depression samt ta reda på hur vi kan använda detta i arbetet som sjuksköterskor.

Bakgrund

Enligt Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU, 2004) är depression långdragna perioder med nedstämdhet, meningslöshetskänslor och hopplöshetskänslor som orsakar lidande för personen till skillnad från sorg, besvikelser och tillfälliga humörsvackor som tillhör människans premisser. Depressionssjukdomar är den fjärde största orsaken till ohälsa globalt, större än ischemiska hjärtsjukdomar och tuberkulos, och väntas öka under de kommande åren både i industrialiserade länder och utvecklingsländer. Var femte person i Sverige drabbas någon gång under sitt liv av depression, varav många personer förlorar arbetsförmågan samt sin sociala funktion och depressionen medför även en förhöjd risk för andra somatiska sjukdomar (SBU, 2004). Enligt Sobocki, Lekander, Borgström, Ström och Runeson (2007) fördubblades samhällets indirekta och direkta kostnader för depression mellan 1997 och 2005 från 16 till 33 miljarder kronor per år. I siffrorna ingår läkemedel, vård och produktionsbortfall till följd av förtidspensioneringar och sjukskrivningar, varav produktionsbortfallet står för två tredjedelar av den totala kostnaden.

Enligt American psychiatric association (2013, ss. 155, 160-168, 188) är ledsamhet, tomhet eller irriterat humör, i kombination med somatiska och kognitiva förändringar som avsevärt påverkar individens möjlighet att fungera, gemensamt mellan alla depressiva störningar. För att uppfylla kriterierna för egentlig depression ska fem, eller fler, av följande symptom varit varaktiga under samma tvåveckorsperiod, eller längre. De psykiska symptomen ska prägla största delen av dagen, de flesta av dagarna och minst ett av symptomen ska vara något av de två förstnämnda; (1) deprimerat humör; (2) förlust av intresse eller nöje; (3) signifikant ofrivillig viktförlust; (4) insomni; (5) psykomotorisk agitation eller retardation; (6) fatigue

eller energilöshet; (7) värdelöshetskänslor eller överdimensionerad skuld; (8) nedsatt förmåga att tänka och koncentrera sig; (9) återkommande dödstankar. De nämnda symptomen ska orsaka klinisk signifikanta, funktionella svårigheter samt ska inte vara följden av annan störning eller intag av en substans (American psychiatric association, 213, ss. 155, 160-168, 188). Enligt Kjellman, Martinsen, Taube och Andersson (2008, s. 283) är depression en sjukdom som orsakar lidande för den drabbade och dess närstående samt påverkar funktionsmöjligheter i arbets- och socialt liv, vilket har inneburit att den tagit en dominerande plats bland orsaker till sjukskrivningar och sjukersättning.

21 procent av alla som begår suicid lider av depression (Cassano & Fava, 2002), vilket gör sjukdomen till den främsta orsaken till fullbordat självmord (Kjellman et al., 2008, s. 283). Personer som drabbas av depression insjuknar oftast minst en gång till senare i livet. Varje ny depression ökar risken att drabbas av fler depressioner och de depressionsfria intervallen blir allt kortare (SBU, 2004). Enligt Cassano och Fava (2002) har individer som lider av depression även en ökad risk att börja röka, överkonsumera alkohol, bli fysiskt inaktiva samt underbehandlade. Socialstyrelsen (2010) skriver att egentlig depression behandlas i Sverige med kognitiv beteendeterapi, individuell eller internetbaserad, interpersonell psykoterapi eller läkemedelsbehandling med antidepressiva eller en kombination av läkemedel och terapi. Vid svår egentlig depression brukar en kombination av elektrokonvulsiv behandling (ECT) och antidepressiva läkemedel användas.

I Loprinzi och Mahoney (2014) visas tydliga kopplingar mellan hälsosamma levnadsvanor och minskad risk för depression, då de positiva livsstilsfaktorerna fysisk aktivitet, rökstopp samt hälsosam kost alla individuellt bidrar till att motverka depression och i kombination med varandra skapar ännu starkare motståndskraft. Personer över 60 år drabbas i större utsträckning än resten av befolkningen av depression (Socialstyrelsen, 2013) och för denna målgrupp har fysisk aktivitet visat sig ha avsevärt samband med minskad förekomst av depression (Barcelos-Ferreira, Yoshio Nakano, Steffens & Bottino, 2013).

Cassano och Fava (2002) skriver i sin rapport att bara 57 procent av alla som uppvisar depressiva symptom söker vård, vilket Shia (2009) förklarar med att sjukdomen är bunden till sociala stigmat vilket i kombination med okunskap kan leda till att de drabbade inte kan

identifiera symptomen. Vidare skriver Shia (2009) att sjuksköterskor i primär- och skolhälsovården samt den psykiatriska vården alla kan erbjuda en holistiskt evidensbaserad vård till samtliga målgrupper i samhället, med hjälp av icke-farmakologisk föreskriven behandling. Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskor ha förmågan att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till livsstilsförändringar, identifiera och bedöma patienters resurser och förmåga till egenvård. Utöver detta ska sjuksköterskor även kunna tillgodose patientens fysiska och psykiska omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2005). Fysisk aktivitet rekommenderas, i kombination med medicinsk och samtalsterapeutisk behandling, som icke-farmakologisk, biverkningsfri behandling av depression, då den har profylaktisk, lindrande samt återfallspreventiv effekt (Martinsen, Hovland, Kjellman, Taube & Andersson, 2015, ss. 1-7). Med fysisk aktivitet avses all kroppsrörelse som är en följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som leder till ökad energiomsättning (SBU, 2007). Begreppet fysisk aktivitet innefattar således kroppsrörelse under såväl arbetstid som fritid och alla olika former av kroppsövningar, gymnastik, motion och friluftsliv (SBU, 2007).

Teoretisk referensram

Orem (1995, ss. 10-24) hävdar att alla vuxna människor har utvecklade färdigheter för att möta sina egna behov (self-care, egenvård) vilket gör det möjligt att uppnå välbefinnande, men att när en person, av någon anledning, förlorar färdigheten (self-care deficit, egenvårdsbrist) kan sjuksköterskan tillgodose behoven. Till egenvård hör att individen har ett ansvar för sina vanor samt hur hen utvecklar ett hälsofrämjande leverne och sjuksköterskan ska erbjuda tillräckligt stöd för att personen ska kunna utföra egenvård efter sin förmåga. Orem (1995, ss. 191-193) presenterar åtta universella nödvändigheter för bibehållandet av mänskliga funktioner samt utveckling, varav balansen mellan aktivitet och vila listas efter tillräcklig tillgång till luft, vatten, mat och eliminationsfaciliteter. Förutom att reglera såväl energinivåer som miljöstimuli, kan upprätthållandet av denna balans erbjuda ett utlopp för intressen och talanger. Betoning läggs vid individens eget val av aktivitet och att det ska tillgodose bland annat fysisk rörlighet och social interaktion.

Problemformulering

Sjuksköterskan möter vuxna människor med depressionsdiagnoser i varje instans inom vården. Vi har upptäckt att forskningen kring fysisk aktivitets inverkan på personers depressionssymptom finns tillgänglig, men att motsvarande forskning saknar representation för personer som har en fastställd depressionsdiagnos. Vi ämnar därför sammanställa aktuell forskning som kan ge stöd åt sjuksköterskor i sitt omvårdnadsarbete med personer som lider av en av vår tids vanligaste åkommor - depression.

Syfte

Syftet med litteraturoversikten var att belysa fysisk aktivitets inverkan på depressiva symptom hos vuxna individer som lider av diagnosen egentlig depression.

Metod

Studien utformades som en litteraturoversikt inspirerat av de riktlinjer som nämnts i Friberg (2006, ss. 135-142). Litteraturoversikter görs för att få en översikt över ett visst kunskapsområde genom att sammanställa befintlig forskning inom området (Friberg, 2006, s. 133), ergo att söka, kritiskt granska och sammanställa funnen litteratur inom valt problemområde (Forsberg & Wengström, 2008, s. 34). I denna litteraturoversikt användes i majoritet randomiserade kontrollerade studier, samt några av kvalitativ design för att uppnå ett underlag med hög trovärdighet enligt Forsberg och Wengström (2008, s. 25)

Litteratursökning

Artikelsökningen gjordes under perioden 20 januari - 28 januari 2015 i de vetenskapliga databaserna PubMed, Cinahl och PsychINFO. För sökningar som genererade artiklar till resultatet, sökord och databaser se *Tabell 1*. Två utav artiklarna som användes i resultatet söktes manuellt genom en tidigare funnen relevant meta-analys referenslista.

Inklusionskriterier för urvalet var att artiklarna skulle handla om någon form av fysisk aktivitet, aerob eller anaerob enligt definitionen av SBU, i behandlingen av depression. Ytterligare inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha diagnosen egentlig depression och att artiklarna var vetenskapliga originalartiklar. Artiklar som fokuserade på meditation

och/eller avslappning samt artiklar som studerar depression i samband med andra sjukdomar, som till exempel stroke och multipel skleros, valdes att exkluderas. Alla former av bedömning av depressionsgrad accepterades i denna litteraturoversikt, men majoriteten använde sig av skattningsskalor som enligt SBU (2004) är välbeprövade i att mäta förändring av depressionsgrad utifrån depressiva symptom.

Tabell 1. Databassökningar som genererat artiklar till resultat.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Förkastade	Valda
210115	PubMed	“depression”[MeSH] AND “exercise”[MeSH]	19 år+ utgiven inom 10 år engelska clinical trial	170	150* 13** 2*** 0****	5
260115	Cinahl	depression AND exercise prescription	peer review, svenska/engelska, all adult	16	9* 5** 0*** 0**** 1 †	1
270115	PsychINFO	depress* AND exerc* AND nurs*	18 år+ utgiven inom 10 år svenska, engelska	276	246* 21** 7*** 1****	1
280115	PubMed	(“exercise therapy” [Mesh]) AND (“depression” [Mesh] OR “depressive disorder, major” [Mesh])	10 years, humans, english, swedish, adult 19+	235	183* 27** 0*** 4**** 14 †	7

* förkastade efter läst rubrik ** förkastade efter läst abstrakt *** förkastade efter läst artikel **** förkastade efter genomgått granskningsmall † förkastade dubletter

Bearbetning och kvalitetsbedömning av litteratur

Sökningarna hade en större omfattning än vad som redovisas ovan, men efter att relevanta söktermer prövats i olika kombinationer samt en mängd fritextsökningar, stod det klart att fler sökningar inte kunde ge ytterligare relevanta artiklar till resultatet. Slutgiltig bedömning av ett tjugotal artiklar gjordes utefter en granskningsmall av Carlsson och Eiman (2003) som författarna modifierade för att överensstämma med syftet, se *Bilaga 2* och *3*.

Granskningsmallen användes första gången av båda författarna på samma artikel för kalibrering och kunde sedan användas individuellt efter att en jämförelse av graderingen visat att författarna hade en ekvivalent bedömningsgrad. Artiklar som bedömdes inneha en hög vetenskaplig kvalitet, grad I, inkluderades i studien, fem förkastades till följd av för låg nivå, en behölls i resultatet trots att inte nått grad I. Samtliga artiklar publicerades i tidskrifter som, enligt databasen Ulrichsweb (<https://ulrichsweb.serialssolutions.com/>), genomgått vetenskaplig granskning.

Analys

Med Friberg (2006, ss. 140-142) som stöd utfördes analysen av de inkluderade artiklarna. Artiklarna dokumenterades i en översiktstabell, se *Bilaga 1*. Artiklarna lästes grundligt igenom ett flertal gånger för att öka förståelsen och för att få en bild utav helheten. Skillnader och likheter identifierades, kondenserades och kategoriserades på en whiteboard-tavla där flera kategorier som svarade mot syftet framträdde. Dessa kategorier syntetiserades och blev i slutändan två huvudteman ("Fysisk aktivitet i relation till depression och depressiva symptom" och "Fysisk aktivitet i relation till psykiskt och fysiskt mående") som presenteras i resultatet med tillhörande underkategorier.

Tabell 2. Exempel på analysering av resultatmaterial beskriver författarnas tillvägagångssätt vid analysen av resultatet. Varje artikel bedömde variabler hos deltagarna med olika mätinstrument, till exempel Beck Depression Inventory (BDI) för mätning av deltagarnas depressiva symptom. Författarna använde dessa mätinstrument som underlag för kategorisering av jämförbara variabler. Dessa kategorier syntetiserades och blev sedermera rubrikerna i litteraturöversiktens resultat, där utfallet från variablerna presenterades.

Tabell 2. Exempel på analysering av resultatmaterial.

Resultatenhet	Variabler	Kategorisering	Syntetisering
Compared with the active comparator group, the preferred intensity group showed significantly lower depression levels (BDI-II: -8.5/-0.9)*, higher self-esteem levels (RSES: +3.4/+0.5)*, better general mental health (GHQ-12: -4.8/-1.3)*, and improved quality of life (QLDS: -3.3/-2.1)*	BDI-II	Primärt resultat	Fysisk aktivitet i relation till depression och depressiva symptom:
	RSES	<u>Depressiva symptom</u>	Depressiva symptom (BDI-II)
	GHQ-12	Sekundärt resultat	
	QLDS	<u>Självkänsla</u>	Fysisk aktivitet i relation till psykiskt och fysiskt mående
		RSES	<u>Emotionellt</u>
		<u>Mental hälsa</u>	Självkänsla (RSES)
		GHQ-12	
		<u>Livskvalité</u>	<u>Generell Hälsa</u>
		QLDS	Livskvalité (QLDS)
			Genrell mental hälsa (GHQ-12)

*värden inom parentes motsvarar skillnaden från baseline till postintervention i grupperna intervention/kontroll. BDI-II = Beck Depression Inventory II. RSES = the Rosenberg Self-Esteem Scale. GHQ-12 = General Health Questionnaire. QLDS = Quality of Life in Depression Scale.

Etiska aspekter

Alla inkluderade artiklar var godkända av en etisk kommitté eller hade etiska ställningstaganden specificerade. Artiklarna lästes igenom så objektivt som möjligt, genom

att hålla tillbaka förutfattade meningar och åsikter, för att ett så pålitligt resultat som möjligt kunde återges. Allt signifikant resultat presenteras, inget resultat från artiklar som passade syftet har valts bort på grund av att resultatet ej motsvarat författarnas förutfattade meningar eller åsikter, i enlighet med Forsberg och Wengström (2008, s. 77).

Resultat

Under analysen av datamaterialet framträdde ett resultat, bestående av en mängd variabler som speglar hälsa hos vår målgrupp - personer med egentlig depression. Vi redogör för dessa variabler i två huvudteman med tillhörande underkategorier.

Fysisk aktivitet i relation till depression och depressiva symptom

Fysisk aktivitet har visat sig kunna dämpa depressiva symptom (Brenes et al., 2007; Callaghan, Khalil, Morres & Carter, 2011; Craft, Freund, Culpepper & Perna, 2007; Knubben et al., 2006; Mota-Pereira et al., 2011; Schuch, Vasconcelos-Moreno, Borowsky & Fleck, 2011; Sturm et al., 2012; Trivedi et al., 2011) och kunna öka tillfrisknandet från depression (Blumenthal et al., 2007; Pfaff et al., 2014). Enligt Blumenthal et al. (2007) gav fysisk aktivitet lika god effekt som läkemedelsbehandling gällande tillfrisknande från en depression.

Krogh, Videbech, Thomsen, Gluud och Nordentoft (2012) upptäckte att stretching i grupp gav minst lika god effekt mot depressiva symptom som fysisk aktivitet i grupp, medan Knubben et al. (2006) fann att en träningsintervention minskade depressiva symptom och självbedömd depressionsgrad i större utsträckning än vad en stretchingintervention gör.

Både individuell träning och träning i grupp visade sig ha positiv effekt för depression (Blumenthal et al., 2007; Brenes et al., 2007; Craft et al., 2007). Sturm et al. (2012) fann att den aktiva interventionsfasen sänkte depressiva symptom signifikant i jämförelse med den inaktiva kontrollfasen, då deltagarna enbart fick konventionell vård. Vidare såg Sturm et al. (2012) att depressionen ökade under den inaktiva fasen.

Träning i kombination med konventionell vård (farmakologisk behandling, ECT, samtalsterapi) hade bättre effekt i att sänka depressiva symptom än enbart konventionell

vård (Brenes et al., 2007; Schuch et al., 2011), även hos patienter med behandlingsresistent egentlig depression (Mota-Pereira et al., 2011). Enbart konventionell vård förvärrade depressionen något enligt Brenes et al. (2007). Studier av Chalder et al. (2012) och Pfaff et al. (2014) visade å andra sidan att en tilläggsbehandling av fysisk aktivitet utöver den konventionella vården inte gav ett bättre resultat i att sänka depressiva symptom. Att träna med egenvald intensitet har visats kunna sänka depressionsnivåer mer än föreskriven intensitet efter nationella riktlinjer (Callaghan et al., 2011). Trivedi et al. (2011) fann att fysisk aktivitet i hög såväl som låg dos, i tillägg till konventionell behandling, gav signifikanta förbättringar i depressiva symptom, men inga signifikanta förändringar i tillfrisknandegrad.

I Mata et al. (2011) jämfördes de emotionella känslorna hos en grupp personer som aldrig hade haft en depression med en grupp personer med en ställd depressionsdiagnos under en träningsintervention och det visade sig att båda grupperna fick positiva känslor efter fysisk aktivitet. Träningsintensiteten visade sig ha ett samband med positiva känslor, ju högre intensitet desto mer positiva känslor, detta var än mer uttalat för deltagare med depression. De positiva känslorna steg under aktiva dagar i jämförelse med inaktiva dagar, återigen mer för personer med depression.

Tabell 3. Träningsinterventioners inverkan på depression och depressiva symptom.

Studie	Mätinstrument för depressionspoäng	Medelvärde preintervention (SD) depressionspoäng	Medelvärde postintervention (SD) depressionspoäng	Förändring pre-post depressionspoäng
Blumenthal et al., (2007)*	HAM-D	16.4 (3.7) 17.0 (5.0)	9.2 (6.1) 9.9 (6.0)	-7.2 -7.1
Brenes et al., (2007)	HAM-D	12.7 (3.4)	7.8 (4.3)	-4.9
Callaghan et al., (2011)	BDI	26.5 (10.7)	18.1 (13.0)	-8.4
Chalder et al., (2012)	BDI	32.1 (9.0)	16.12 (11.3)	-15.98
Craft et al., (2007)*	BDI-II	26.5 (10.0) 24.6 (8.7)	16.8 (9.7) 12.9 (7.2)	-9.7 -11.7
Knubben et al., (2007)	BRMS	17.6 (3.7)	11.2 (4.0)	-6.4
Krogh et al., (2012)	HAM-D	19.2 (4.7)	11.3 (6.6)	-7.9
Mota-Pereira et al., (2011)	HAM-D	19.32 (1.69)	12.48 (EJ)	-6.84
Pfaff et al., (2013)	SIGMA	21.02 (EJ)	14.43 (EJ)	-6.59
Schuch et al., (2010)	HAM-D	25.6 (2.6)	5.93 (4.46)	-19.67
Sturm et al., (2012)	BDI	27 (11)	14 (11)	-13

*Studie med två träningsinterventionsgrupper, presenteras som handledd överst, hembaserad nederst. EJ = Ej tillgängligt. HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale. BDI = Beck Depression Inventory. SIGMA = Structured Interview Guide for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. BRMS = Bech-Rafaelsen Melancholy Scale.

Fysisk aktivitet i relation till psykiskt och fysiskt mående

Nedan presenteras de psykiska och fysiska effekter som trädde fram i resultatanalysen.

Dimensionerna innefattar generell hälsa och livskvalité, socialt, emotionellt, uppmätta och upplevda fysiska effekter samt övriga effekter av intervention.

Generell hälsa och livskvalité

Brenes et al. (2007) fann att en träningsintervention förbättrade den generella mentala hälsan avsevärt i jämförelse med behandling av antidepressiva läkemedel. Även i studien av Callaghan et al. (2011) ökade deltagarnas generella mentala hälsa liksom livskvalité för träningsinterventionerna, signifikant mer i träningsgruppen med egenvald intensitetsnivå jämfört med förskriven intensitet efter riktlinjer. Vidare steg den generella hälsan i båda grupperna utan signifikant skillnad grupperna emellan.

Socialt

Deltagare i studien av Chalder et al. (2012) upplevde förtroende för den fysiska aktivitetens möjlighet att bidra till social interaktion. I Sturm et al. (2012) visade en tvärgruppsanalys att den aktiva interventionsfasen gav en signifikant ökning av tillhörandekänslor i jämförelse med när deltagarnas inaktiva kontrollfas, då deltagarna enbart erhöll konventionell vård, pågick. Studien av Callaghan et al. (2011) visade att deltagare upplevde att den sociala supporten ökade av en intervention bestående av fysisk aktivitet, både egenvald intensitet och förskriven intensitet, utan signifikant skillnad mellan grupperna.

Emotionellt

I en studie av Aselton (2012) uppgav deltagare fysisk aktivitet som en av de vanligare hanteringsstrategierna mot depression. Deltagarna i Searle et al. (2011) trodde att depressionen de led av antingen var situationsutlöst eller till följd av en kemisk obalans i hjärnan. De deltagare som ansåg att depressionen var situationsutlöst tenderade tycka att lågintensiv fysisk aktivitet hade en större terapeutisk verkan då det fungerade som en distraktion från negativa tankar. Deltagarna som trodde att depressionen utlösts av en kemisk obalans i hjärnan ansåg att en högre intensitet av den fysiska aktiviteten var till större

hjälp för att hantera depressionen då den, enligt dem, ökade de kemiska substanserna i hjärnan. Många deltagare emfaserade den positiva verkan de tyckte att fysisk aktivitet hade, dock ansåg många att det var svårt att påbörja en aktivitet på grund av olika barriärer, så som en låg motivationsnivå eller lågt självförtroende.

I Sturm et al. (2012) minskade hopplöshetskänslorna och självmordstankar signifikant hos en grupp individer som bergsvandrade tre dagar i veckan under nio veckor och i Searle et al. (2011) ansågs en subjektiv fördel med fysisk aktivitet vara att det gav en känsla av meningsfullhet samt att träningen kunde öka självkänslan. Vidare förväntade sig deltagarna dra nytta av träningen redan innan den utförts, vilket kunde ge en känsla av meningsfullhet under själva utövandet och föda mer fysisk aktivitet. Callaghan et al. (2011) fann att fysisk aktivitet av egenvald intensitet ökade såväl självkänslan som självacceptansen i högre grad än hos deltagare som inte fick välja intensitet själva.

Uppmätta fysiska effekter

En hembaserad träningsintervention visade inga förbättringar i syreupptagningsförmåga (Brenes et al., 2007; och Craft et al., 2007), inte heller en klinikbaserad, handledd, träningsintervention (Craft et al., 2007). I Blumenthal et al. (2007) hade å andra sidan träningsinterventionsdeltagarna en signifikant ökning av syreupptagningsförmåga i jämförelse med läkemedels- och placebokontrollgrupperna, med fördel för handledd träning jämfört med hembaserad träning. Aerobisk träning gav även signifikant ökning av syreupptagningsförmåga i jämförelse med en stretch-intervention (Krogh et al., 2012).

I Blumenthal et al. (2007) hade båda träningsinterventionerna, klinik- och hembaserade, gynnsamma effekter för deltagarnas träningskapacitet i jämförelse med läkemedels- och placebokontrollgrupperna och den klinikbaserade träningen hade signifikant större ökning av deltagarnas träningskapacitet än hembaserad träning. I Craft et al. (2007) steg den dagliga fysiska aktiviteten hos deltagarna i den klinikbaserade träningsinterventionen mer än för den hembaserade träningsinterventionen. Hembaserad träningsintervention hade för deltagarna i Pfaff et al. (2014) dock ingen signifikant verkan på fysisk funktion.

I och med att deltagarnas dagliga normalaktivitet (enligt stegräknare) steg, ökade både den genomsnittliga tiden de ägnade åt fysisk aktivitet och deras fysiska kondition, vilket i sin tur ledde till minskat Body Mass Index (BMI) och kroppsfett (Craft et al., 2007). Aerobisk träning minskade midjemått och genomsnittlig blodglukosnivå mer hos deltagare som genomförde aerob träning än hos deltagare som stretchade (Krogh et al., 2012), däremot upptäcktes ingen minskning i kroppsfett hos en träningsgrupp jämfört med en kontrollgrupp som fick konventionell vård (Pfaff et al., 2014), vilket stämmer överens med studien av Mota-Pereira (2011) där BMI hos behandlingsresistenta deltagare inte påverkades av en liknande intervention.

Upplevda fysiska effekter

I en studie av Callaghan et al. (2011) upplevde deltagare som fick välja intensitet själva en lägre utmattningsgrad än de deltagare som utövade fysisk aktivitet enligt nationella riktlinjer. Mata et al. (2011) lät deltagare bedöma ansträngningsgraden av den fysiska aktivitet de utövade utifrån alternativen "mild", "måttlig" eller "ansträngande". Det visade sig att deltagare som aldrig haft en depressionsdiagnos ansåg att de utövade "ansträngande" aktiviteter oftare än de som hade en depressionsdiagnos. Chalder et al. (2012) fann att deltagare som fick en intervention av fysisk aktivitet i tillägg till den konventionella vården kände sig uppmuntrade av interventionen, vilket ledde till att aktivitetsnivån var fortsatt högre än baseline vid uppföljning 12 månader efter mätningarna vid baseline. Deltagare som tränade hemma hade en högre deltagarnivå än de deltagare som tränade med en handledare på en klinik (Blumenthal et al., 2007). Att deltagare själva fick välja intensitet på träningen ledde även det till en ökad deltagarnivå (Callaghan et al., 2011).

Övriga effekter av fysisk aktivitetsintervention

Varken Blumenthal et al. (2007) eller Knubben et al. (2006) fann några negativa effekter av en fysisk aktivitetsintervention mer än att de deltagare i studien av Blumenthal et al. (2007) som fick antidepressiv läkemedelsbehandling fick en förvärring utav diarré och lösa avföringar i jämförelse med hembaserad träning, övervakad träning och placebo.

Mota-Pereira et al. (2011) upptäckte att de tyngre medicinerade deltagarna svarade sämre på fysisk aktivitetsinterventionen. Enligt Chalder et al. (2012) hade en intervention av fysisk

aktivitet inte någon influens över användandet eller förskrivningen utav antidepressiva läkemedel, däremot ansåg deltagarna i Searle (2011) att antidepressiva läkemedel kunde vara en god hjälp till att påbörja och upprätthålla utövandet av fysisk aktivitet. I studien av Pfaff et al. (2014) upptäcktes det ingen relation mellan hur många veckor deltagare använt antidepressiva läkemedel och resultatet efter en intervention av fysisk aktivitet.

Enligt Combs et al. (2014) minskade sömnstörningar i korrelation med att depressionen minskade, av interventioner bestående av fysisk aktivitet, läkemedelsbehandling och placebopiller. I Searle et al. (2011) beskrivs fysisk aktivitet kunna reglera sömn och, i och med en bättre nattsömn, ge en optimistisk början på dagen. Krogh et al. (2012) fann även att det visuospatiala minnet ökade signifikant mer för en träningsinterventionsgrupp än för en stretchgrupp.

Metoddiskussion

Intresset för problemområdet har växt fram genom diskussioner mellan författarna, då båda har haft olika erfarenheter från praktikperioder samt arbetstid under sjuksköterskeutbildningen. Området är svåröverskådligt, med forskning som ofta verkar spretig och där få studier är gjorda enhetligt med samma typ av kontrollgrupp och intervention. Att göra en litteraturöversikt inom området passade därför bra för att få en överblick över de olika studierna som är utförda.

Grunden i en litteraturöversikt är att utföra en litteratursökning, då väsentlig litteratur för problemområdet söks i databaser (Forsberg & Wengström, 2008, s. 78-80). Sökningarna för litteraturöversikten gjordes i de hälso- och sjukvårdsorienterade databaserna PubMed, Cinahl och PsychINFO och författarna ansåg att en bredd i valet av databaser kunde ge ett mer relevant resultat då frågan var mångfacetterad. Att identifiera rätt sökord och kombinationer av sökord visade sig vara svårare än beräknat. Många kombinationer av MeSH-termer och fritextsökningar användes och sökningarna blev ofta breda, där författarna fick läsa igenom många abstrakt och artiklar innan litteratur som var relevant för problemområdet hittades. En tidskrävande process som hade varit svår att undvika med

tanke på författarnas knappa förkunskaper gällande sökmetod inom området. Detta kan ses som en styrka, då få studier har missats på grund av smala sökningar.

Avgränsning i sökningarna gjordes för att reducera träffstorleken gentemot syftet och underlätta urvalet. Publiceringstidspannet avgränsades dels för att generera aktuell forskning och därmed ge litteraturöversikten mer reliabilitet och dels för att vården som studeras skulle vara jämförbar med dagens vård. Forsberg och Wengström (2008, s. 125) skriver att studier som är publicerade inom tre till fem åren är aktuella. För att uppnå en starkare grund avgränsade författarna till tio år, vilket kan underminera resultatet med daterad forskning, dock faller majoriteten av använda artiklar i litteraturöversikten inom det tidspann som Forsberg och Wengström (2008, s. 125) anger och kan därmed anses stärka litteraturöversiktens resultat.

De flesta av de inkluderade resultatartiklarna använde samma, eller liknande, mätinstrument vilka enligt SBU (2004) är välbeprövade skattningsskalor för att mäta förändring av depressionsgraden genom bedömning av depressiva symptom. Användning av dessa erkända mätinstrument gör resultatet i denna litteraturöversikt mer trovärdigt. Då syftet med studien gällde personer med en depressionsdiagnos blev många studier exkluderade på grund av att deltagarna saknade en sådan diagnos. Studier med barn och ungdomar under 18 år exkluderades då det snarare skulle kunna fungera som underlag för en barn- eller distriktssjuksköterska istället för en allmänsjuksköterska. En svaghet med arbetet kan vara att artiklar blev exkluderade då det inte fanns ett abstrakt tillgängligt för kontroll, relevanta artiklar kan då ha blivit förbisedda. Ytterligare en artikel som tycktes passa syftet föll bort då beställning av den misslyckades upprepade gånger.

Enligt Forsberg och Wengström (2008, s. 25) är randomiserade kontrollerade studier att räkna som ett bra underlag, men det krävs även kvalitativ forskning för att uppnå hög evidens. I litteraturöversikten användes en majoritet av randomiserade kontrollerade studier, 14 av 16, och en mindre del kvalitativa vilket kan ses som en styrka för arbetet då det ger olika aspekter av problemområdet.

Trots att artiklarna kommer från olika länder, anser vi att de kan anses vara tillämpbara i den svenska vården då flesta är från västvärlden med liknande omständigheter som i Sverige. En svaghet är att alla artiklar inte har deltagare med diagnosen egentlig depression, utan i en artikel har deltagarna minst en smärre depression medan en artikel inte fokuserar på depression och depressiva symptom utan suicidrisken. Två av artiklarna utgick ifrån samma studie, där den ena fokuserade på att mäta sömnstörningar, vilket inte direkt svarar mot syftet utan beskriver hur sömnstörningar är en stor del i symptombilden och påverkas direkt av depressionsgraden. Alla artiklar ansågs dock vara relevanta för problemområdet i sin helhet och inkluderades därför. En styrka med arbetet är att alla artiklarna genomgått en enhetlig granskning, efter kalibrering mellan författarna, enligt det modifierade bedömningsformuläret av Carlsson och Eimans (2003). Alla artiklarna som inkluderades ansågs vara grad I, hög vetenskaplig kvalitet, sånär som på en. Den artikel som inte nådde grad I fick 77 procent (80 procent var lägsta gräns för grad I, denna fick grad II) men ansågs alltför relevant för att exkluderas.

Resultatet stärktes genom den beprövade och noggranna metod som används av författarna. Att sammanställa resultatet, baserat på Fribergs (2006) analysmodell, var svårt och tidskrävande och resultatet kunde eventuellt ha sett annorlunda ut om författarna valde ett annat förfarande. Resultatet styrks genom att författarna haft ett tydligt etiskt förhållningssätt och därigenom försäkrat sig om att materialet är genuint framställt samt presenteras objektivt.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa fysisk aktivitets inverkan på depressiva symptom hos vuxna individer med en diagnos av egentlig depression. Vårt resultat visar att fysisk aktivitet kan ha en positiv inverkan på depressiva symptom för personer som har diagnosen egentlig depression och kan även öka tillfrisknandet. Dessa fynd stämmer överens med en meta-analys av Josefsson et al. (2012) vars resultat visade att vuxna personer som lider av depression hade en trolig positiv effekt av en träningsintervention.

En viktig poäng att göra är att inga studier visade på en signifikant försämring av depression vid fysisk aktivitet, trots att inte alla fysiska aktivitetsinterventioner hade en antidepressiv verkan, vilket vi anser understryker hur riskfri denna behandlingsmetod faktiskt är. Ingen av de inkluderade studierna visade på några biverkningar för interventionerna med enbart fysisk aktivitet. Den enda rapporterade biverkningen som angavs var ökad diarré och lösa avföringar hos gruppen som enbart fick ett antidepressivt läkemedel vars mycket vanliga biverkningar har listat bland annat diarré ("Sertralin Actavis", 2013).

I resultatet jämförs olika träningstyper, i olika former, med olika hög intensitet. Majoriteten av de studier som återfinns i resultatet visar på att en fysisk aktivitetsintervention, oberoende av design på interventionen, kan sänka depressiva symptom i lika stor utsträckning, eller mer, som en intervention med antidepressiva läkemedel, placebo, stretching eller konventionell behandling. Detta kan tyda på att det inte enbart är den pulshöjande effekten av fysisk aktivitet som hjälper till att sänka depressiva symptom, utan det faktum att deltagarna får en intervention överhuvudtaget, vilket stämmer överens med Meyer och Johnston Taylor (2008) som menar att fysisk aktivitet är en viktig del, men bara en del, av behandlingen mot egentlig depression. Meyer och Johnston Taylor (2008) uppger att holistiskt tänkande krävs för att tillfriskna från en egentlig depression, där medicinering och omvårdnad är lika viktigt som motivering, socialt stöd samt förändring av levnadsvanor.

Resultatet visar att en fysisk aktivitetsintervention kan öka upplevd social support och generell mental hälsa vilket kan leda till att interventionen ökar patienternas känsla av meningsfullhet och på så sätt hjälpa till att bryta negativa tankemönster. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna planera och genomföra omvårdnad utifrån patientens behov samt att kunna motivera till livsstilsförändringar vid behov (Socialstyrelsen, 2005). Med hänseende till resultatet, är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om att fysisk aktivitet kan hjälpa den deprimerade patienten. Vi anser att det ibland kan räcka med att tillhandahålla en stegräknare och sätta upp enkla mål för patienten eller i samråd med patienten utforma ett träningsprogram, vilket kan resultera i att patienten känner sig sedd och upplever sin tillvaro som meningsfull och med syfte. Detta stärks av Orem (1995, ss. 191-193), som betonar vikten av patientens fria val för att uppnå egenvårdsförmåga.

Resultatet visar att fysisk aktivitet kan generera ytterligare fysisk aktivitet och enligt Socialstyrelsen (2010) kan en hög fysisk aktivitetsnivå ha en antidepressiv verkan, både i det akuta skedet av en depressionsepisod och profylaktiskt. Detta överensstämmer med Augestad, Slettemoen och Flanders (2008) som i sin studie fann att personer med en fysiskt aktiv livsstil har en lägre incidens av depression och färre depressiva symptom än personer med en inaktiv livsstil. Enligt resultatet minskade även midjemått och genomsnittlig blodglukosnivå i vissa av studierna vilket kan hjälpa till att förebygga andra somatiska sjukdomar, då egentlig depression, enligt Elderon och Whooley (2013) ofta förekommer tillsammans med kardiovaskulära sjukdomar.

Hos personer över 60 år finns även samband mellan fysisk aktivitet, fallrädsla samt depressiva symptom, vilket innebär att ökad fysisk aktivitet minskar fallrädslan hos dessa personer som tack vare nämnd minskning även får en reduktion av depressiva symptom (Chou, Yeung & Wong, 2004). Vidare visade Chou et al. (2004) att en ökad fallrädsla är kopplat till minskad fysisk aktivitet, vilket, enligt oss, understryker vikten av att integrera fysisk aktivitet i livsstilen hos personer över 60 år för att bibehålla en aktivitetsnivå och därigenom kontrollera fallrädsla och depression. Detta är av vikt för sjuksköterskor då det är en målgrupp som drabbas av psykisk ohälsa i större utsträckning än resten av befolkningen i Sverige men vars psykiska ohälsa ofta prioriteras lågt och inte vårdas utefter vad de har lagstiftad rätt till (Socialstyrelsen, 2013). Det är en målgrupp som dessutom får fler samt oväntade biverkningar av konventionell läkemedelsbehandling, då åldern orsakar fysiologiska förändringar samt generellt medför större intag av läkemedel (Socialstyrelsen, 2010). Därmed anser vi att dessa individer kan dra stor nytta av biverkningsfria behandlingsmetoder såsom fysisk aktivitet.

Orems (1995) teori om egenvård som nyckel till välbefinnande beskriver vikten av en hälsosam livsstil. Med god balans mellan aktivitet och vila möjliggörs upprätthållandet av mänskliga funktioner och utveckling genom att tillgodose fysisk rörlighet och social interaktion. Resultatet kan stödja egenvårdsteorins tillämpbarhet då de ovan nämnda faktorerna tycks ha relevans i frågan om fysisk aktivitets påverkan på såväl de primära som de sekundära dimensionerna av hälsa utifrån vårt syfte. Som Orem (1995, ss. 10-24) skriver handlar egenvård om människans möjlighet att ta hand om sig och möta sina behov, vilket

gör att sjuksköterskans roll är att finnas till och se behoven för att kunna kliva in som stöd när personen inte längre kan möta behoven. Att, som sjuksköterska, negligera behovet av att aktivera sig kan därmed inte rättfärdigas med att diagnosen är av psykisk art.

I resultatet framkommer det att personer som själva får välja intensitet på träningen har en större sänkning av depressiva symptom än personer som tränar utifrån speciella riktlinjer. Som sjuksköterska kan det vara viktigt att ta detta i beaktande och stötta samt motivera patienten till att utöva någon form av fysisk aktivitet som patienten känner sig bekväm med.

Slutsats

Fysisk aktivitet kan inte ses som någon universalmedicin mot egentlig depression, dock kände sig majoriteten hjälpta av en sådan intervention. Vidare forskning kring området depressiva symptom och fysisk aktivitet hos patienter med en diagnos av egentlig depression behövs för att kunna skapa riktlinjer för användandet av en fysisk aktivitetsintervention i behandlingen av egentlig depression. Att som sjuksköterska, i samråd med patienten, utforma ett träningsprogram, sätta upp realistiska mål och stötta patienten kan vara ett effektivt och biverkningsfritt sätt att öka tillfrisknandegraden samt förebygga insjuknandet i en ny depressionsepisod. Träningen kan vara i olika former, i grupp eller individuellt samt som tillägg till den konventionella vården, så länge patienten blir motiverad till egenvård och känner mening med tillvaron. Detta anser vi går att genomföra både kommunalt och i landsting, vilket är viktigt då patienter som lider utav egentlig depression finns i alla instanser av vårdorganisationen.

Denna litteraturoversikt har gett oss en ökad förståelse om de dimensioner som samspelar hos en patient som lider av egentlig depression. Depression är en kostsam sjukdom och vi anser att uppmuntran till fysisk aktivitet kan minska både de direkta kostnaderna, så som sjukhusvistelse och antidepressiva läkemedel, samt de indirekta kostnaderna, så som produktionsbortfallet på grund av sjukskrivning och förtidspensionering. Resultatet ämnas inte ligga till grund för behandlingsrutiner utan öka sjuksköterskors och annan vårdpersonals förståelse för hur det går att använda en behandling av den här typen. Vi vill

även understryka vikten av patientmotivation, uppföljning av behandling och av att få patienten att känna mening med tillvaron.

Författarnas tack

Författarna vill tacka Nina för hennes tålamod och stöd samt Team Slayer för goda diskussioner och social support.

Referenser

* = Resultatartiklar

American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.

*Aselton, P. (2012). Sources of stress and coping in american college students who have been diagnosed with depression. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 119-123. doi:10.1111/j.1744-6171.2012.00341.x

Augestad, L. B., Slettemoen, R. P., & Flanders, W. D. (2008). Physical activity and depressive symptoms among norwegian adults aged 20-50. *Public health nursing*, 25 (6), 536-545. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00740.x

Barcelos-Ferreira, R., Yoshio Nakano, E., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. C. (2013). Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subject from Sao Paulo. *Journal of Affective Disorders*, 150 (2), 616-622. doi:10.1016/j.jad.2013.02.024

*Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., Herman, S., Craighead, W. E., Brosse, A. L., Waugh, R., Hinderliter, A., & Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69 (7), 587-596. doi:10.1097/PSY.0b013e318148c19a

*Brenes, G. A., Williamson, J. D., Messier, S. P., Rejeski, W. J., Pahor, M., Ip, E., & Penninx, B. W. J. H. (2007). Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging & Mental Health*, 11 (1), 61-68. doi:10.1080/13607860600736372

*Callaghan, P., Khalil, E., Morres, I., & Carter T. (2011). Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. *BMC Public Health*, 11 (465). doi:10.1186/1471-2458-11-465

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad Omvårdnad - Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad - ett samarbete mellan Universitetssjukhuser MAS och Malmö högskola". *Malmö högskola, Hälsa samhälle, Rapport nr 2*.

Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health - An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.

*Chalder, M., Wiles, N.J., Campbell, J., Hollinghurst, S.P., Searle, A., Haase, A.M., Taylor, A.H., Fox, K.R., Baxter, H., Davis, M., Thorp, H., Winder, R., Wright, C., Calnan, M., Lawlor, D.A., Peters, T.J., Sharp, D.J., Turner, K.M., Montgomery, A.A., & Lewis, G. (2012). A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technology Assessment*, 16 (10), iii-xii. doi:10.3310/hta16100

Chou, K-L, Yeung, F.K.C., & Wong, E.C.H. (2004). Fear of falling and depressive symptoms in Chinese elderly living in nursing homes: Fall efficacy and activity level as mediator or moderator. *Aging & Mental Health*, 9 (3), 255-261. doi:10.1080/13607860500114035

*Combs, K., Smith P J., Sherwood, A., Hoffman, B., Carney, R M., Freedland, K., Craighead, E, & Blumenthal, J A. (2014). Impact of sleep complaints and depression outcomes among participants in the standard medical intervention and long term exercise study of exercise and pharmacotherapy for depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (4), 167-171. doi:10.1097/NMD.0000000000000085

*Craft, L L., Freund, K M., Culpepper, L., & Perna, F M. (2007). Intervention study of exercise for depressive symptoms in women. *Journal of Women's Health*, 16 (10), 1499-1509. doi:10.1089/jwh.2007.0483

Elderon, L., & Whooley, M. A. (2013). Depression and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55 (6), 511-523. doi:10.1016/j.pcad.2013.03.010

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2012). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24, 259-272. doi:10.1111/sms.12050

Kjellman, B., Matinsen, E.W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depression. I A. Ståhle (Red.), *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s. 281-291). Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Från <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/FYSS-2008-hela-boken.pdf>

*Knubben, K., Reischies, F M., Adli, M., Schlattmann, P., Bauer, M., & Dimeo, F. (2006). A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *British Journal of Sports Medicine*, 41, 29-33. doi:10.1136/bjism.2006.030130

*Krogh, J., Videbech, P., Thomsen, C., Gluud, C., & Nordentoft, M. (2012). DEMO-II Trial. Aerobic exercise versus stretching exercise in patients with major depression - a randomised clinical trial. *PLoS ONE*, 7 (10), e48316. doi:10.1371/journal.pone.0048316

Loprinzi, P. D., & Mahoney, S. (2014). Concurrent occurrence of multiple positive lifestyle behaviors and depression among adults in the United States. *Journal of Affective Disorders* 165, 126-130. doi:10.1016/j.jad.2014.04.073

Martinsen, E. W., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J., & Andersson, E. (2015). Fysisk aktivitet vid depression. I A. Ståhle (Red.), *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och*

sjukdomsbehandling (s. 1-11). Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Från http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Depression.pdf

*Mata, J., Thompson, R. J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2011). Walk on the bright side: physical activity and affect in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (2), 297-308. doi:10.1037/a0023533

Meyer, B. L., & Johnston Taylor, E. (2008) A Holistic Approach to Severe Depression - My Story. *Holistic Nursing Practice*, 22(2), 81–86.

*Mota-Pereira, J., Silverio, J., Carvalho, S., Carlos Ribeiro, J., Fonte, D., & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1005-1011. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.02.005

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

*Pfaff, J. J., Alfonso, H., Newton, R. U., Sim, M., Flicker, L., & Almeida, O. P. (2014). ACTIVEDEP: a randomised, controlled trial of a homebased exercise intervention to alleviate depression in middle-aged and older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 48, 226-232. doi:10.1136/bjsports-2013-092510

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. *Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/1. ISBN 91-87890-87-9.*

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU-rapport nr 181. ISBN 978-91-85413-12-6.*

*Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., & Fleck, M. P. (2011). Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. *Journal of Affective Disorders*, 133, 615-618. doi:10.1016/j.jad.2011.04.030

*Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A., & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression. *British Journal of General Practice*, 61 (585), 149-156. doi:10.3399/bjgp11X567054

Sertralin Actavis. (2013). I FASS.se. Hämtad 9 mars, 2015, från http://www.fass.se/LIF/product;jsessionid=91P925TeZBnE9zxtACnTKJr4t89EJE_2WbOGPS6z1nWd9tqBcdh!1721767050?userType=0&npId=20060309000020#side-effects

Shia, N. (2009). The role of community nurses in the management of depression. *Nurse Prescribing*, 7 (12), 548-554.

Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry, 22*, 146-152. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.006

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa: Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>

*Sturm, J., Plöderl, M., Fartacek, C., Kralovec, K., Neunhäuserer, D., Niederseer, D., Hitzl, W., Niebauer, J., Schiepek, G., & Fartacek, R. (2012). Physical exercise through mountain hiking in high-risk suicide patients. A randomized crossover trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 126*, 467-475. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01860.x

*Trivedi, M. H., Greer, T. L., Church, T. S., Carmody, T. J., Grannemann, B. D., Galper, D. I., Dunn, A. L., Earnest, C. P., Sunderajan, P., Henley, S. S., & Blair, S. N. (2011). Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *Journal of Clinical Psychiatry, 72* (5), 677-684. doi:10.4088/JCP.10m06743

Bilaga 1 – Översiktstabell resultatartiklar sida 1 av 5

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Ansats/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studie- kvalitet
Aselton (2012) USA	Att utforska de upplevda erfarenheterna av collegestudenter som blivit diagnostiserade med en depression, deras stresskällor samt hur de hanterade sina känslor	Kvalitativ metod. Fenomenologisk ansats. Djupgående on-lineintervju.	*26 college- studenter (/13)	Atlas-ti kvalitativa software package, kluster till teman till subteman	Stresskällor var rumskamratsproblem, akademiska problem, finansiella- och karriärsbekymmer samt samt press från familjen. Träning, samtal med vänner och sig själv, andningsövningar, dagboksföring, marijuanaanvändning och musiklyssning var vanliga copingstrategier.	Grad I 38 p 80%
Blumenthal et al. (2007) USA	Bedöma huruvida patienter som får aerobisk träning, i hemmet eller i övervakad grupp, uppnår reduktion i depression jämförbart med standardantidepressiv medicinering (sertralin) och större reduktioner i depression jämfört med placebokontroll.	Kvantitativ metod. RCT. Longitudinell. Bedömning enligt HAM-D före, under och efter en 16 veckors intervention.	*202 patienter med diagnos MDD enligt DSM-IV. (/34)	Generaliserade linjära modeller med maximal sannolikhetsuppskattning i PROC GENMOD i SAS 9.1	Efter fyra månaders behandling hade 41% uppnått tillfrisknande, dvs möter ej längre kriterierna för MDD samt en HAM-D-poäng under 8. Patienter med aktiv behandling tenderade att ha en högre tillfrisknadsgrad än kontrollen.	Grad I 45 p 96%
Brenes et al. (2007) USA	Att testa genomförbarhet och effektivitet av ett träningsprogram och antidepressiv behandling jämfört med standardvård för att förbättra emotionell och fysisk funktion hos äldre vuxna med smärre depression.	Kvantitativ metod. RCT. Jämförelse av tre grupper där en grupp fick medicinering, en fick ett träningsprogram och en fick vanlig standardvård under 16v.	*37 personer med smärre depression. (/5)	t-test, x ² , ANOVA, ANCOVA	Trender mot att tränings- och medicingrupperna fick bättre resultat än standardvården på att för att förbättra den mentala hälsan och läkaruppskattad grad av depression. Träningsgruppen hade bättre fysisk funktionsnivå än vanlig vård.	Grad I 43 p 91%
Callaghan et al. (2011) Storbritannien	Att jämföra effekterna av träning med föredragen intensitet mot träning med receptbelagd intensitet hos 38 kvinnor som lever med depression.	Kvantitativ metod. Pragmatisk RCT. Jämförelse av olika parametrar (BDI, GHQ-12, SF-12 II, RPE, MSPSS, RSES, QLDS) under tolv träningstillfällen med föredragen intensitet eller med receptbelagd intensitet utefter nationella riktlinjer under 4v.	38 kvinnor som undergick behandling mot depression (/5)	t-test	Interventionsdeltagarna hade statistiskt bättre depressionspoäng (BDI), generella hälsopoäng (GHQ-12), självförtroendepoäng (RSES), livskvalitetspoäng (QLDS) och uppskattad utmattningspoäng (RPE) än kontrollgruppen. Interventionsgruppen infann sig även på fler träningstillfällen.	Grad I 41 p 87%

Bilaga 1 – Översiktstabell resultatartiklar sida 2 av 5

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Ansats/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studie- kvalitet
Chalder et al. (2012) Storbritannien	Att undersöka kostnads- effektiviteten av en fysisk aktivitetsintervention (TREAD) som tillägg utöver allmänvård som behandling för personer med depression.	Kvantitativ metod. Pragmatisk RCT. Longitudinell, 16v. Uppföljning av TREAD vid baseline- 4-8-12 månader hos en interventions- grupp jämfört med en kontrollgrupp genom mätning primärt av BDI och sekundärt av depressiva symptom, livskvalitet, användande av antidepressiva läkemedel samt nivå på fysisk aktivitet.	361 patienter, 18-69 år gamla, med en depressionsdiagnos enligt ICD-10. (/18)	t-test	Något lägre BDI i interventionsgruppen efter 4 månader men det visade inte på att interventionen förbättrade resultatet för depression. Ingen minskad användning av medicin men fysisk aktivitet ökade hos interventionsgruppen ökade även post-intervention. Kostnaden blev högre för interventionsgruppen.	Grad I 39 p 83%
Combs et al. (2014) USA	Att undersöka effekten av träning och sertraline på sömnsvärigheter hos patienter med MDD.	Kvantitativ metod. Substudie. 16 veckors RCT med uppföljning efter ett år (16 månader efter randomisering, 12 månader efter undersökningens slut). HAM-D användes för att bedömma både depression och sömnsvärigheter.	202 deltagare med MDD, där 87% hade sömnsvårigheter vid baseline. (/30)	chi-square, envägsanalys, generalized linear model i PROC GLM, ITT, Multiple imputation.	Interventionsgrupperna hade inte större förbättringar i sömnsvårighet än placebokontrollgruppen.	Grad I 43 p 91%
Craft et al. (2007) USA	Främst att jämföra två typer av träningsprogram av varierande grad av övervakning och struktur, utifrån förbättring i deltagande i fysisk aktivitet. Ett andra syfte var att jämföra de två interventionerna för deoressiva symptom, kroppssammansättning samt kroppskondition.	Kvantitativ metod. Pilotstudie, randomized trial. Longitudinell, 12v. Bedömning vid baseline samt efter tre månader. Bedömning utefter ett träningstest på ett löpband och analys av kroppssammansättning, upplevelser av fysisk aktivitet, pedometermätningar samt en psykosocial undersökning.	32 deltagande kvinnor, i ålder mellan 18 och 55 år. MDD, dystymi samt ospecifik depressionsstörning (DSM-IV) diagnosticerat av läkare samt med >9 poäng på BDI-II. (/Ej angivet)	t-test, chi-square, intent to treat (ITT)	Båda interventionsgrupperna hade förbättrat fysiskt aktivitetsdeltagande samt depressionssymptom. Ingen interventionsgrupp påverkade kroppssammansättning eller kroppskondition.	Grad II 36p 77%

Bilaga 1 – Översiktstabell resultatartiklar sida 3 av 5

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Ansats/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studie- kvalitet
Knubben et al (2007) Tyskland	Att utvärdera korttidseffekter av träning som en tilläggsbehandling hos patienter med major depression enligt DSM-IV under pågående antidepressiv medicinering.	Kvantitativ metod. Stratifiering och randomisering till kontroll- eller interventionsgrupp. Depressionsnivå mättes vid baseline, före varje träningstillfälle och efter avslutad studie. Pågick 10 dagar.	45 patienter med en depressionsdiagnos mellan 20-70 år som kunde gå och var utan organisk sjukdom, schizofrena symptom, epilepsi eller remiss till ECT (/7)	Studien utfördes följande principen "intention to treat". Fisher-, Wilcoxon- och Mann-Whitney-tester.	Efter tio dagar var reduktionen i depressionspoäng hos träningsgruppen signifikant större än i kontrollgruppen	Grad I 43 p 91%
Krogh et al. (2012) Danmark	Hypotes 1: Att en pragmatisk aerobisk träningsintervention skulle ha antidepressiva egenskaper hos patienter med en depressionsdiagnos. Hypotes 2: Att träningen skulle ha en positiv effekt på kognitiv funktion.	Kvantitativ metod. Randomiserad klinisk överordningsförsöksdesign med single-center, two-arm med parallela grupper, blinda observatörer. Pågick 12v.	115 personer med en depressionsdiagnos enligt DSM-IV. (/31)	"Intention to treat". Odds ratio och chi-square. SPSS.	Vid uppföljning hade deltagarna i träningsgruppen ett högre maximalt syreupptag, bättre visuospatialt minne, lägre blodglukosnivå samt lägre midjemått. Inga signifikanta skillnader i depressionspoäng.	Grad I 41 p 87%
Mata et al. (2011) USA	att undersöka relationen mellan själv-initierad fysisk aktivitet på positiv affekt (PA) och negativ affekt (NA) hos individer med MDD och friska kontroller under olika tider på dygnet under en vecka.	Kvantitativ metod. Erfarenhetsurvalsstudie (experience sampling study). 53 individer med MDD, 53 utan depressionserfarenhet. Sjudagarsstudie för en deprimerad grupp och en icke deprimerad kontrollgrupp, där de fick besvara frågor om sin fysiska aktivitet och affektiva status flera gånger dagligen, medan de fick utföra samma mängd fysiska aktivitet i båda grupperna.	128 deltagare. 50% hade MDD-diagnos (DSM-IV), resten hade aldrig varit deprimerade. (/22)	Mann-Whitney, Hierarchal linear modellering (HLM)	Deprimerade deltagare hade lägre generellt PA än kontrolldeltagarna och båda grupperna rapporterade högre grad PA efter fysisk aktivitet än efter en inaktiv period. Framförallt deprimerade deltagare visade på sambandet mellan dos och respons vad gällde duration och/eller intensitet av fysisk aktivitet och förhöjning av PA. Fysisk aktivitet stimulerade inte NA i någon av grupperna.	Grad I 38p 80%

Bilaga 1 – Översiktstabell resultatartiklar sida 4 av 5

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Ansats/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studie- kvalitet
Mota- Pereira et al. (2011) Portugal	att bedöma verkan på depression och funktionsparametrar av ett träningsprogram med måttlig intensitet, som ett stöd till farmakoterapi, hos behandlingsresistenta patienter med en depressionsdiagnos	Kvantitativ metod. Prospektiv, randomiserad, utredarblindad, tvåarms, parallelltilldelning. Pågick 12v.	33 patienter med en depressionsdiagnos och som uppfyllde inklusionskriterierna. (/4)	ANOVA ANCOVA	Träningsgruppen visade förbättring i alla depressions- och funktionsparametrar, indikerat av lägre HAMD17, BDI och CGI-S och högre GAF vid sista observationen. Vid slutet av studien visade ingen i kontrollgruppen visade respons eller regression medan 21% i träningsgruppen visade respons och 26% regression, fast detta var inte statistiskt signifikant.	Grad I 41 p 87%
Pfaff et al. (2013) Australien	Att utvärdera effektiviteten av ett träningsprogram i hemmet som tillägg till vanlig medicinsk vård i behandlingen av depression.	Kvantitativ metod. Prospektiv, tvågrupps-, parallell-, RCT. 12-veckors träningsprogram utefter erkända riktlinjer för personer äldre än 65 år. Depression mättes under interventionen med strukturerad intervjuguide för Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (SIGMA) samt Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I).	200 deltagare över 50 år gamla, med en aktuell, klinisk depressionsdiagnos. (/28)	t-test, ANOVA, SPSS	Ingen skillnad grupperna emellan gällande bedömning av avsevärd reduktion av depressiva symptom eller tillfrisknande från depression. Samma resultat fanns när antidepressiva läkemedel inkluderades i analysen, d.v.s. medicineringen och hur lång tid läkemedelsbehandlingen pågätt, påverkade inte utfallet. Inga samband mellan förbättrad kroppscondition, postintervention, och bättre depressionspoäng fanns.	Grad I 44 p 94%
Schuch et al. (2010) Brasilien	Att granska preliminär data från en RCT med fysisk aktivitet som en tilläggshandling till den konventionella av svår depression och effekten på livskvaliteten hos patienterna.	Kvantitativ metod. RCT. Träningsintervention med dosen 16,5kcal/kg/vecka, där deltagarna får välja mellan tre stationära träningsredskap samt intensiteten. Kontrolldeltagare fick konventionella behandlingar (läkemedel och/eller elektrokonvulsiv behandling (ECT)). Mätningar vid baseline, 2 veckor därefter samt utskrivning.	26 deltagare med MDD (utefter M.I.N.I. DSM-IV), i ålder mellan 18 och 60 år.	Student t-test, ANOVA, SPSS.	Preliminära resultat: Ingen skillnad i depressiva symptom (Hamilton) under andra veckan grupperna emellan. Vid utskrivning hade interventionsgruppen signifikant reduktion i Hamilton-poäng. Livskvalitet förblev insignifikant mellan grupperna, men vid utskrivning fanns signifikant skillnad i psykologisk- och trend i fysisk domän.	Grad I 42 p 89%

Bilaga 1 – Översiktstabell resultatartiklar sida 5 av 5

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Ansats/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studie- kvalitet
Searle et al. (2010) Storbritannien	Att utforska patienternas uppfattning av fysisk aktivitet i behandlingen av depression inom kontexten primärvård.	Kvalitativ metod. Ändamålsenligt urval ur båda grupperna ur TREAD-studien. Semistrukturerade, djupgående intervjuer. Inspelade och transkriberade ordagrant.	33 deltagare ur en randomiserad kontrollerad studie med syfte att bedöma effektiviteten utav fysisk aktivitet i behandlingen av depression.	Grounded Theory. Atlas.ti.	De flesta deltagarna tyckte att fysisk aktivitet var en acceptabel behandlingsform för depression. Mekanismerna som kunde förbättra stämningen tillskrevs olika subjektiva fördelar så som distraktion från negativa tankar, en känsla av syfte och biokemiska stigar. Många patienter uppgav en låg motivationsnivå och lågt förtroende som barriär till att börja med fysisk aktivitet. Dessa patienter föreslog att medicinering kunde vara till hjälp att initiera och upprätthålla aktivitetsnivån.	Grad I 43 p 91%
Sturm et al. (2012) Österrike	Undersöka effektiviteten av terapeutisk uthållighetsträning under bergsvandring med en grupp patienter med hög risk för självmord med målet att minska självmordsrisken.	Kvantitativ metod. Pilotstudie, randomised cross-over trial. Två grupper, den ena började med nio veckors bergsvandring följt av lika lång tids kontrollfas. Den andra gruppen gjorde samma intervention men i omvänd ordning. Bedömning gjordes med Beck Hopelessness Scale (BHS), Beck Depression Inventory (BDI) samt Beck Scale of Suicide Ideation (BSI)	20 suicidala deltagare med olika diagnostiserade mentala störningar (MDD, moderate depression disorder, emotionell instabil personlighetsstörning m.fl.). Alla hade gjort minst ett självmordsförsök. (/3)	t-test, Fischer's exact test, Cohen's <i>d</i> , Pearson's product-moment correlations, SPSS.	Crossover-analys visade att under vandringsperioden sjönk hopplöshetskänslor, självmordstankar och depression avsevärt medan fysisk uthållighet och gruppstillhörighet steg avsevärt.	Grad I 38 p 80%
Trivedi et al. (2011) USA	Att testa effektiviteten av aerobisk träning som en förstärkningsbehandling till patienter med major depression som inte hade återställts med antidepressiv behandling.	Kvantitativ metod. RCT. TREAD (TReatment with Exercise Augmentation for Depression); jämförelse av två grupper med olika "dos", en låg- och en högdos, fysisk aktivitet under tolv veckor.	126 deltagare mellan 18-70 år med en diagnostiserad icke-psykotisk major depression och som inte hade några andra medicinska kontraindikationer. (/4)	t-test. χ^2 -test. Wilcoxon 2-sample test.	Det var signifikanta förbättringar för båda grupperna. Tillfrisknadsgraden i grupperna var 28.3% och 15.5% i hög- respektive lågdosgruppen.	Grad I 41 p 87%

Bilaga 2 - Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod, Carlsson och Eiman (2003)

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med depressionsdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet.	Analys saknas/ Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsatser saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p
Grad 1: 80 %				p
Grad 2: 70 %				%
Grad 3: 60 %				Grad

Titel

Författare

Bilaga 3 - Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod, Carlsson & Eiman (2003)

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

Total poäng (max 47 p)	p	p	p	p
Grad 1: 80 %				p
Grad 2: 70 %				%
Grad 3: 60 %				Grad

Titel

Författare