



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **FYSISK AKTIVITET SOM BEHANDLINGSMETOD MOT LINDRIG & MEDELSVÅR DEPRESSION**

**Catherine Solis Abas och Madeleine Aldrin Björkman**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Petra Brembeck

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka Harshida Patel för bra handledning med examensarbetet.

Titel (svensk)	Fysisk aktivitet som behandlingsmetod mot lindring och medelsvårdepression.
Titel (engelsk)	Physical activity as a treatment for mild and moderate depression.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2021
Författare:	Catherine Solis Abas & Madeleine Aldrin Björkman
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Petra Brembeck

---

## Sammanfattning:

**BAKGRUND:** Depression är en folksjukdom som år 2030 estimeras vara den största sjukdomen världen över. Den vanligaste behandlingsmetoden mot depression är farmakologisk behandling, som ofta för med sig både biverkningar och utsättningsymtom. Folkhälsomyndigheten redovisar att fysisk aktivitet minskar risken för psykisk ohälsa och bidrar till fysiska och psykiska hälsofördelar. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en evidensbaserad behandlingsmetod. Enligt Socialstyrelsens prioriteringslista gällande behandling mot lindrig och medelsvår depression klassas läkemedelsbehandling som en behandling som bör göras medan träning klassas som en behandling som kan erbjudas. **SYFTE:** Syftet är att undersöka om fysisk aktivitet kan användas som alternativ behandlingsmetod vid lindrig och medelsvår depression hos vuxna. **METOD:** En litteraturöversikt baserad på 10 kvantitativa originalartiklar från databaserna Pubmed, Cinahl och PsycInfo. Valda artiklar analyserades enligt Fribergs modell. Artiklarna kvalitetsgranskades och sammanfattades enligt litteratursammanställning. **RESULTAT:** Samtliga studier visade att all sorts träning, oavsett intensitet och längd, påverkade depressioner positivt. Till vilken utsträckning träningsintensitet påverkade depression varierade mellan studierna. **SLUTSATS:** All typ av fysisk aktivitet har en positiv effekt på lindrig och medelsvår depression. Ytterligare forskning behövs för att kunna utveckla nya evidensbaserade behandlingsmetoder där träning ingår som en metod för att behandla personer med lindrig eller måttlig depression. Detta kan bidra till bättre vårdkvalité och en mer personcentrerad vård.

**Nyckelord:** *Depression, fysisk aktivitet/träning, behandling.*

# Arbetsmaterial

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund .....	1
Depression .....	1
Egentlig depression .....	2
Symtom .....	2
Bedömning av depression .....	3
Behandling vid depression .....	3
Farmakologisk behandling .....	4
Biverkningar av läkemedlet .....	4
Utsättningssyndrom .....	5
Icke farmakologisk behandling .....	5
FaR – Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet .....	5
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetensområde .....	6
Omvårdnadsbegrepp .....	7
Personcentrerat förhållningssätt .....	7
Livskvalité .....	7
Problemformulering .....	8
Syfte .....	8
Metod .....	8
Datainsamling .....	9
Sökning av litteratur .....	9
Inklusionskriter .....	9
Exklusionskriter .....	10
Urval .....	10
Kvalitetsgranskning .....	10
Dataanalys .....	10
Forskningsetiska överväganden .....	11
Resultat .....	11
Lätt träning .....	13
Måttlig träning .....	13
Intensiv träning .....	14
Träning med annan behandling och följsamhet .....	14
Diskussion .....	15

Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion.....	17
Kliniska implikationer.....	19
Vilken ny forskning behövs?.....	19
Slutsats .....	20
Referenslista.....	21
Bilaga 1 .....	27
Bilaga 2 .....	30
Bilaga 3 Granskningsfrågor vid kvantitativa studier .....	36
Bilaga 4 Poängbedömning enligt MADRS-S-skalan.....	37

# Inledning

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2020) kommer depression år 2030 vara den största sjukdomen i världen. Detta sammanfaller väl med Socialstyrelsens (2020) uppskattning att nästan en tredjedel av Sveriges befolkning någon gång i livet drabbas av depression. Detta betyder att sjuksköterskan kommer att möta patienter med antingen symtom på depression eller med diagnostiserad depression på alla vårdenheter. Mötena kan tänkas bli vanligare i takt med att psykisk ohälsa ökar i samhället. Med ökad kunskap hos sjuksköterskan om träningens effekter mot depression ökar förutsättningarna för ökad ordination av fysisk aktivitet på recept (FaR). Vi har på våra verksamhetsförlagda utbildningar själva upplevt en diskrepans mellan aktuell kunskap och hur den används i behandlingssyfte, både preventivt och som hälsofrämjande syfte samt som åtgärd vid depression.

## Bakgrund

### Depression

Depression klassas som psykisk ohälsa och är en sjukdom som funnits längre än vad man kan tro (Tamm, 2004). Depression är en kraftigt ökande folksjukdom och enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2020) förväntas sjukdomen vara den största sjukdomen i världen år 2030. Folkhälsomyndigheten (2020) redovisar i en nationell folkhälsoenkät att fyra procent av alla personer mellan 16 - 84 år har diagnostiserats med depression det senaste året. Därutöver hade ytterligare 15 procent fått diagnosen tidigare. Detta innebär att nästan 20 procent av Sveriges befolkning någon gång i livet diagnostiserats med depression av en läkare. Folkhälsomyndigheten (2020) redovisar att 15 procent av alla personer mellan 16 - 29 år, samt fem procent mellan 65-84 år uppger sig ha allvarlig psykisk påfrestning. Depression drabbar nästan dubbelt så många kvinnor som män. Kvinnor i åldrarna 16 – 29 är överrepresenterade i diagnostiserad depression (GBD, 2017).

Diagnosen depression sjunker i åldrarna (Socialstyrelsen, 2020). Andelen ungdomar som diagnostiserats med förstämningssyndrom (dit depression räknas) har mer än tredubblas det senaste decenniet. Den största procentuella andelen av ökningen utgörs av ungdomar mellan 15-19 år, därefter kommer åldrarna över 19 år. Denna ökning innebär ett stort och växande behov av resurser i hälso- och sjukvård riktat mot ungdomar. Utöver lidandet i sig, kan förstämningssyndromet komma att medföra omfattande ekonomiska konsekvenser för samhället på sikt (Socialstyrelsen, 2020).

Socialstyrelsen (2020) redovisar vilka ekonomiska konsekvenser depression medför i rapporten om nationella riktlinjer vid depression. Vid lindrig till medelsvår egentlig depression understiger behandlingsskostnaderna för enskild patient 17 000 kronor per år. Denna kostnad motsvarar en behandlingssomgång. Vid medelsvår till svår egentlig depression per patient varierar kostnaden per patient från 20 000 kronor till strax över 200 000 kronor per

år. Denna kostnad motsvarar en behandlingsomgång och uppföljning av läkemedelsbehandling. Analysen Socialstyrelsen (2020) tagit fram omfattar enbart de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvård, vilka utgör 12 - 35 procent av den totala kostnaden för samhället. Ytterligare indirekta kostnader tillkommer vid långa perioder med sjukersättning. Socialstyrelsens (2020) rekommendation är att hälso- och sjukvård omfördelar resurser. Genom att tidigt sätta in mer resurser i vårdkedjan kan de ekonomiska konsekvenserna av svår- och medelsvår egentlig depression undvikas.

### **Egentlig depression**

Depression är ett av de mest utbredda psykiska besvären bland vuxna idag (Socialstyrelsen, 2020). Depression är en sjukdom, som förändrar hur man tänker, känner och agerar i olika situationer. Egentlig depression är den vanligaste formen av depression och delas in i lindrig-, medelsvår- och svår depression. Symtomen är oftast milda och få vid lindrig egentlig depression, men mer varaktiga och fler vid medelsvår egentlig depression (Socialstyrelsen, 2020). Då det finns en risk att tillstånden försämras bör en tidig och aktiv behandling beaktas. Förändringarna påverkar patientens tillvaro samt hans relationer, vilket leder till ytterligare lidande hos den drabbade och hans familj (Socialstyrelsen, 2020).

### **Symtom**

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2020) är klassiska symtom på lindrig och medelsvår depression långvarig sorg och saknad av intresse för tidigare betydelsefulla aktiviteter. Ytterligare vanliga symtom är försämrad koncentration, aptit, trötthet, sömnrubbingar, ångest, oro, irritation och ilska. Många av symtomen kan dock vara helt naturliga reaktioner vid sjukdomar, dödsfall och separationer, vilket utlöser precis samma symtom. Någon tydlig gräns mellan nedstämdhet och depression finns inte. De diffusa symtomen kan bidra till svårigheter att upptäcka sjukdomen inom primärvården. Olika differentialdiagnoser för depression är tyreoida -och paratyreoidasjukdom, diabetes och anemi (Häggström & Magnil, 2014).

För att diagnostisera depression behöver vissa symtomkriterier uppfyllas, samt att symtomen varit sammanhängande under ett visst tidsintervall. Detta kan göras med hjälp av självskattningsskalorna MADRS-S (Montgomery & Åsberg, 1979) och HAM-D (Hamilton, 1960). I Sverige används främst MADRS-skalan. Skalan utgör tio frågor som berör olika symtom vid depression. Svaren poängsätts (från 1 till 30) där den totala summan visar vilken typ av svårighetsgrad patienten har av depression (se Bilaga 4).

Lindriga depressiva symtom skattas mellan 15 till 20 och måttlig depressiva symtom mellan 21 och 30 (Häggström & Magnil, 2014).



## **Bedömning av depression**

För att diagnostisera depression måste vissa kriterier uppfyllas. Detta kan göras med hjälp av två olika diagnossystem, ICD- 10

(International statistical classification of diseases and related health problems) eller DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). I Sverige används främst ICD-10 vid diagnostik av depression i hälso- och sjukvård, medan DSM-5 främst används internationellt (Socialstyrelsen, 2020).

ICD -10 diagnostiseras depression när ett tillstånd har varat två veckor eller längre.

Tillstånden är nedstämdhet, nedsatt energi, samt förlust av intresse eller nöje av att göra aktiviteter som tidigare gett tillfredsställelse. Andra kriterier är förlust av självförtroende, skam och skuld känslor, tankar på döden eller på självmord, svårigheter att tänka eller beslutsamhet, sömnsvårigheter och aptitförändring (Socialstyrelsen, 2020).

Det finns nio diagnoskriterier för att ställa diagnosen depression, där minst ett av symtomen nedstämdhet och/eller minskat intresse, måste förelegat kontinuerligt under två veckors tid. Utöver dessa två måste minst fem av de nio andra symtomen också förelegat kontinuerligt under samma tidsperiod. Symtomen poängsätts och avgör sedan vilken typ av egentlig depression som föreligger (Socialstyrelsen, 2020).

Depression kan även diagnostiseras kliniskt genom att låga nivåer av signalsubstanserna serotonin och noradrenalin påvisas (Spigset, 2020).

## **Behandling vid depression**

I början på 1900-talet introduceras ECT (electric convulsive treatment) och blev den första behandlingen mot depression. ECT-behandlingen har mött stark kritik då dess verkningsmekanism länge varit okänd (Tamm, 2004). ECT används idag främst till patienter med svår depression (Socialstyrelsen, 2020). År 1987 lanserades SSRI - preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare) vilket fick en stor spridning i samhället och blev snabbt det mest använda läkemedlet i världen mot depression. Tidvis har SSRI kallats för lyckopiller, då dess effekt ansågs vara stämningshöjande, ändrade människors personligheter i en gynnsam riktning samt motverkade depression (Tamm, 2004).

De vanligaste behandlingarna idag mot depression är psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel (SSRI är fortfarande den primära läkemedelsbehandlingen) (Tamm, 2004). Patienterna behandlas främst inom primärvården där behandlingsmetoderna bestäms utifrån depressionens svårighetsgrad (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Socialstyrelsen (2020) har utformat en prioriteringslista (från två till sju) med rekommenderade behandlingar för lindrig till medelsvår egentlig depression.

Prioriteringar två och tre är behandlingar som hälso-och sjukvården *bör* göra. Prioriteringar sex till sju är rekommendationer som hälso-och sjukvården *kan* erbjuda. Rekommendationerna i prioritetenslistan är KBT (prioritet två), IPT (Interpersonell psykoterapi, prioritet tre), antidepressiva läkemedel (prioritet tre) och fysisk aktivitet (prioritet sex) och korttids-PDT (prioritet sju) (Socialstyrelsen, 2020)

Antidepressiv medicinering har prioritet tre och är en behandling som enligt Socialstyrelsen (2020) bör vara en del av behandlingen vid lindrig och medelsvår egentlig depression. Om patienten erbjuds annan behandling än läkemedel är det en sjuksköterska, psykolog eller kurator som sköter själva behandlingen. Ibland behöver patienten erbjudas läkemedel tillsammans med andra behandlingsmetoder för att uppnå önskvärd effekt (Socialstyrelsen, 2020).

### **Farmakologisk behandling**

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är idag den vanligaste psykofarmaka i Sverige och används idag som primärbehandling för alla typer av depression. Det tar cirka tre till fyra veckor innan optimal effekt har uppnåtts av läkemedlet. Efter att man uppnått en god klinisk effekt bör behandlingen fortsätta i minst sex till åtta månader. I de fall då patienten tidigare haft depressiva episoder rekommenderas det att behandlingen pågår ännu längre och i vissa fall kan det bli aktuellt med en behandlingsperiod på flera år (Spigset, 2020).

Liksom vid andra psykofarmakabehandlingar ger också SSRI biverkningar och utsättningssymtom. Därför är det viktigt att patienten får gå på återkommande kontroller för eventuell justering av dos eller läkemedel. Det finns förutom SSRI, tre andra typer av antidepressiva läkemedel: serotonin- och noradrenalinåterupptagningshämmare (SNRI), tricykliska antidepressiva och övrig heterogen antidepressiva. Dessa läkemedel ger i regel mer biverkningar än SSRI och brukar ordinerars när SSRI inte ger önskad effekt (Spigset, 2020).

### **Biverkningar av läkemedlet**

Serotonin är en viktig signalsubstans som finns i många olika system i kroppen. Serotonin har bland annat en viktig roll för välmående, tarmfunktionen, sömn och blodkoagulering. Selektiva serotoninhämmare (SSRI) blockerar återupptagningen av serotonin till synapsen igen. Detta bidrar till en ökad mängd serotonin i den synaptiska klyftan. Obalansen i serotonin leder till läkemedlets biverkningar (Spigset, 2020).

Det vanligaste biverkningen är muntorrhet och illamående. Illamåndet beror på att serotonin stimulerar kräkcentrum i hjärnan, (blockering av serotonin lindrar illamåndet). Läkemedlet kan även ge psykologiska påverkningar som huvudvärk, insomni och apati. Vissa får även nedsatt libido, impotens och bristande förmåga till orgasm. I Ferguson (2001) kunde man se att de vanligaste biverkningarna av långvarig SSRI behandling var sexuell disfunktion,

viktuppgång och sömnstörningar. Dessa biverkningar brukar vara anledningar till att patienterna själva väljer att avsluta sin behandling (Spigset, 2020).

### **Utsättningssyndrom**

När läkemedelsbehandling avslutas för snabbt kan det leda till utsättningssyndrom (abstinens). Detta beror på att synapserna i hjärnan har anpassat sig till den ökade serotoninnivån. Utsättningssyndrom kan vara mycket besvärande, men är inte något farligt. De vanligaste symtomen vid utsättningssyndrom är ångest, plågsam yrsel, huvudvärk, parestesier (domningar) och illamående. Syndromen kan undvikas med en gradvis nedtrappning under fyra till åtta veckor (Spigset, 2020). För att undvika livslånga utsättningssyndrom menar Shipko (2013) att man inte ska avsluta läkemedelsbehandlingen om den fortskridit mer än 10 år.

### **Icke farmakologisk behandling**

Fysisk aktivitet är all kroppsrörelse som ger en ökning av kroppens energiförbrukning och innefattar all aktivitet i vardagen. Träning är benämning på aktivitet som utförs strukturerat, planerat och med syfte att öka hälsa. Motionsträning, styrketräning och funktionell träning är olika typer av träningsformer. Motion- och funktionell träning räknas som aerob träning vilket är den vanligaste formen av fysisk aktivitet och kan utföras med olika intensitet. Träningsformen utförs med hjälp av syre och ökar kondition, ämnesomsättning och blodcirkulation (Mattson, Jansson, & Hagströmer, 2017). Enligt WHO:s rekommendation (2010) bör varje individ utföra minst 150 minuter medelintensiv aerobisk fysisk aktivitet per vecka.

Folkhälsomyndigheten (2020) redovisar att regelbunden motion minskar risken för hjärt-och kärlsjukdomar, metabola sjukdomar och depression. När kroppen är i rörelse sker många fysiologiska processer, däribland produktion av hormonerna BDNF och endorfiner. BDNF är ett protein som interagerar kopplingarna i det centrala nervsystemet och ökar produktionen av nya hjärnceller. BDNF är ett antidepressivt medel och motverkar de negativa effekter stress kan orsaka hjärnan. En låg nivå av BDNF kan ses hos individer med bland annat depression och posttraumatisk stress (Hansen, 2016). Endorfin är ett peptidhormon som ingår i belöningssystemet. Endorfiner frisätts när vi skrattar, äter choklad, gråter, vid samlag samt alkoholintag. Endorfiner verkar generellt dämpande och bedövande och har kallats för ”människans eget morfin”, på grund av dess inverkan på opioidreceptorer. Endorfiner lindrar ångest och skapar upplevelse av välbefinnande och njutning (Rokade, 2011).

### **FaR – Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet**

FaR står för fysisk aktivitet på recept och är en individanpassad metod som används inom hälso-och sjukvården. FaR är en metod för hälso-och sjukvården att stötta patienter till ökad fysiska aktivitet i ett hälsofrämjande syfte. FaR används även i preventionssyfte samt som behandlingsmetod för diverse sjukdomar (Folkhälsomyndigheten, 2012). Träningen ska

anpassas till individens unika behov, där patientens livssituation, diagnos och personliga intresset ska stå i centrum. Träningsformer kan vara allt ifrån promenader, simning, gympass, gruppträning, yoga med mera. Receptet ska innehålla aktivitetens intensitet, duration och frekvens. Tanken är att FaR ska underlätta till fysisk aktivitet på egen hand (Folkhälsomyndigheten, 2012). FaR kan förskrivas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Kraven är att förskrivaren har kunskap om patientens aktuella hälsostatus, de lokala rutinerna för FaR och hen ska följa upp patientens resultat.

Det statistiska underlaget för hur många hälso-och vårdcentraler som använder FaR idag är osäkert. Bristande dataregistrering är en bidragande faktor till att det inte finns exakta siffror om antalet förskrivna FaR (Statens folkhälsoinstitutet, 2011). Sundberg (2014) och Kallings (2012) menar att FaR inte har samma registreringssystem som läkemedel vilket kan tänkas vara en av orsakerna till den bristfälliga registreringen. De menar även på att det finns en osäkerhet om patienterna får samma vård vilket gör det svårt att dra slutsatser om hur FaR egentligen fungerar i praktiken. I en utvärdering gjord av Statens folkhälsomyndighet (2010) kunde man se att det under år 2007 förskrevs totalt 17 000 FaR i landet. En utvärdering gjord tre år senare visade en positiv trend då det istället förskrev 49 000 FaR (Statens folkhälsoinstitut, 2011; Statens folkhälsomyndighet, 2010). Antalen utskrivna FaR recept kan inte anknytas till patientdiagnoser. Detta gör det svårt att veta i vilken omfattning patienter diagnostiserade med lindrig och medelsvår depression får utskriven FaR.

## **Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetensområde**

Omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetensområde. Omvårdnad baseras på vetenskaplig kunskap grundad i en humanistisk människosyn (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Långvarig sjukdom, återinsjuknande och försämrad funktionsförmåga är några av de komplikationer som kan uppstå om patienten med depression inte får rätt behandling i tid. Att ge lämplig vård relaterad till den deprimerades behov ingår i sjuksköterskans roll och ansvar (Skärsäter, 2014). Detta innebär att sjuksköterskan möter personer med diagnostiserad depression men också personer som uppvisar symtom på depression på alla vårdenheter. Sjuksköterskans uppgift är att vara uppmärksam, lyhörd och att möta dessa patienter. Det är också viktigt att sjuksköterskan kan tillämpa sitt juridiska ansvar genom att svara på frågor som berör behandling och möta patientens önskemål om utformningen av behandlingen (SFS 2014:821). Genom rätt kompetens kan sjuksköterska spela en viktig roll i att reducera risk för vidare komplikationer och återfall för patienter med depression.

Sjuksköterskans har ett etiskt ansvar att lindra lidande, förebygga sjukdom och främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Enligt de etiska koderna ska sjuksköterskan arbeta personcentrerat samt ge god och säker vård. Sjuksköterskan ska ge omvårdnad med respekt för mänskliga rättigheter och ta hänsyn till människors värderingar, vanor och tro. När vården

ges personcentrerat ses patienter mer som personer och vården anknyter inte enbart till sjukdomen. Efter nödvändiga undersökningar utformas en personlig hälsoplan utifrån personens resurser, förutsättning och hinder. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta personcentrerat krävs lyhörddhet och följsamhet i valet av behandlingsmetod. Läkemedelsbehandling kan vara emot personens önskemål av olika skäl och här kan sjuksköterskan bistå med stöd, kunskap och alternativa behandlingar (Snellman, 2019).

Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) ansvarar sjuksköterskan för att vården är evidensbaserade. Sjuksköterskan ska följa kunskapsutvecklingen inom sitt yrkesområde, och kunna hantera läkemedel på ett säkert sätt utifrån ordination, verkningsmekanismer, effekter, interaktioner, biverkningar och individuella skillnader i läkemedelsrespons.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor har utformat egna kompetensbeskrivningar för specialistsjuksköterskor inom psykiatrin. Kompetensbeskrivningen grundar sig i kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan, men inriktar sig på psykisk ohälsa. I kompetensbeskrivningen står det att omvårdnad ska utgå ifrån att alla människor med psykisk ohälsa har möjlighet att växa och utvecklas. Patienten ska få stöd och insatser för att stärka förmågan till egenvård och återhämtning. Omvårdnadens ska stärka patientens känsla av kontroll, förmåga att hantera känslor och sin sjukdom, samt uppnå personlig utveckling (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

## **Omvårdnadsbegrepp**

### **Personcentrerat förhållningssätt**

Depression är en diagnos som på många sätt skiljer sig från andra diagnoser. Depression är en sjukdom där subjektiva känslor är en väsentlig del, vilket bidrar till stora utmaningar för sjukvårdspersonal att se och vårda patienter med depression. När vård ges personcentrerat ses patienten som en individ istället för en sjukdom. Baserat på nödvändiga undersökningar utformas en personlig hälsoplan utifrån personens resurser, förutsättning och hinder. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta personcentrerat krävs det en lyhörddhet och följsamhet i val av behandlingsmetod. Läkemedelsbehandling kan vara emot personens önskemål av olika skäl och här kan sjuksköterskan bistå med stöd, kunskap och alternativa behandlingar (Ekman m.fl., 2011).

### **Livskvalité**

Livskvalité är ett begrepp som definieras utifrån varje enskild människa. Långvarig stress, ångest och plötslig sjukdom kan vara bidragande faktorer till att personens livskvalité blir sämre. Det har länge rått delade meningar om livskvalitets relevans för hälsan (Willman, 2013). Willman (2013) menar att en människa med god hälsa inte har en högre livskvalité än en människa som är sjuk i ett sammanhang där livet saknar mening. Quality of life (livskvalité) definieras som en individ som känner hälsa, bekvämlighet

och kan vara med i de aktiviteter som hen vill (WHO, ua). Inom hälso- och sjukvårdsområdet betraktas livskvalitet som flerdimensionell och omfattar emotionellt, fysiskt, materiellt och socialt välbefinnande. Vid depression är det vanligt med försämrad sömn och minnesfunktionen liksom svårigheter att finna glädje i det som tidigare gav en lycka. Dessa symtom på depression kan påverka patientens livskvalité negativt (Garratt m.fl., 2002).

## Problemformulering

I samband med att statistik visar att depression ökar i samhället, kan det antas att läkemedelsanvändningen samt samhällskostnaderna kommer att öka. Enligt Socialstyrelsens prioriteringslista gällande behandling mot lindrig och medelsvår depression klassas läkemedelsbehandling som en behandling som bör göras medan träning klassas som en behandling som kan erbjudas. Det bör därmed ligga i hälso- och sjukvårdens intresse att öka kunskapen om alternativa icke-farmakologiska behandlingar mot depression, då läkemedelsbehandling inte nödvändigtvis passar alla. SSRI som idag är den primära psykofarmaka vid behandling mot depression medför även biverkningar som exempelvis psykologiska påfrestningar, muntorrhet och sexuella problem. Biverkningar som kan bidra till en dålig följsamhet av behandlingen, vilket ökar risken för återfall av egentlig depression. FaR är en välkänd behandlingsmetod inom hälso- och sjukvård, men trots detta visar statistik att FaR förskrivs i en liten utsträckning. FaR är en icke- farmakologisk behandlingsmetod där ett träningsprogram formas utifrån patientens egna preferenser. Genom att öka sjuksköterskans kunskaper om träningens effekt som behandlingsmetod vid depression kan det bidra till ökad patientdelaktighet, personcentrerad vård samt en bättre livskvalité.

## Syfte

Syftet är att undersöka om fysisk aktivitet kan användas som alternativ behandlingsmetod vid lindring och medelsvår depression hos vuxna.

## Metod

Metoden litteraturöversikt valdes för att besvara syftet (Friberg, 2017b). Litteraturöversikt har använts för att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område samt att ta reda på befintlig forskning inom området. Metoden lämpar sig väl för examensarbeten på kandidatnivå och sjuksköterskestudenter vilket gör den relevant för denna litteraturöversikt (Friberg, 2017b).

## Datainsamling

### Sökning av litteratur

Sökprocessens första steg innefattade en manuell sökning på söktjänsten (Google) vilket gav en bild av omfattningen av forskningsmaterialet i ämnet (Willman m.fl., 2020). Tack vare detta kunde vi få en djupare förståelse för ämnet och se vilken kunskap som finns inom problemområdet. Efter den inledande sökningen utfördes en systematisk och breddad sökning, vars syfte var att hitta så många existerande studier i databaser som möjligt, som svarar på frågeställningen (SBU, 2017).

Databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo användes för att hitta relevanta studier. Willman m.fl (2020) menar att sökning i flera databaser ökar relevansen, inkluderar forskning inom olika delar av hälso-och sjukvården och ökar resultatets trovärdighet för studiens syfte. PubMed har främst huvudfokus på medicin men berör även omvårdnad och är av hög relevans för arbetet. CINAHL berör främst omvårdnad och PsycInfos inriktning inom psykologi ökade relevansen att hitta relevant data om depression (Willman m.fl. 2020).

Före sökningarna utformades en PIO - struktur. PIO strukturen är ett hjälpmedel för att strukturera frågeställningen och avgränsa problemområdet (Friberg, 2017a). PIO används främst inom studier med interventioner och diagnostik (SBU, 2017). P står för *population*, I för *intervention*, C för *comparison* och O för *outcome*. Då studiens syfte inte är att jämföra träningens effekt med läkemedelsbehandling på patienter med depression är C inte relevant och det blir då en PIO-modell (Rosén, 2017).

P	Patienter med lindrig och medelsvår egentlig depression
I	Fysiskt aktivitet / Träning
O	Effekt på depression

Utifrån PIO har blocksökningar använts. Varje del av PIO motsvarar block av söktermer (SBU, 2017). I artikelsökningen har vi använt oss av tre sökblock ”*depression*” ”*exercise*” och ”*treatment*” vilket sedan kombinerats med andra relevanta sökord: ”*mental health*”, ”*anxiety*”, ”*physical activity*”, ”*medication*” och ”*endorphin*” som hittades med hjälp av Mesh-terms. Genom att använda sökorden ihop med booleska operatörer: AND och OR ökades sökningens sensitivitet och specificitet ytterligare (Östlundh, 2017). Sökorden som användes i arbetet är utförligt beskrivna i söktabellen (se bilaga 1).

### Inklusionskriter

Artiklarna som inkluderades i litteraturöversikten var publicerade efter 2009. Artiklarna skulle vara *peer reviewed* vilket innebär att artiklarna är granskade av ämnesexperter (Fridberg,

2017a). Artiklarna skulle endast beröra *adults* 18-65 år gamla. Artiklarna inkluderade lindrig till medelsvår depression enligt Socialstyrelsens (2020) definition av depression.

### **Exklusionskriter**

*Elderly patients* (över 65 år) och *kids* (under 18 år) exkluderas från studien. Personer som mötte kriterierna för *major depression* (svår depression) exkluderas, detta förklaras i metoddiskussionen. Personer med andra diagnoser med depression samt personer som haft fysiska hinder att träna har exkluderats.

### **Urval**

Urvalsprocessen skedde enligt följande. Först lästes studiernas titlar och om de verkade relevanta utifrån syftet, lästes studiernas abstrakt. Om de hade betydelse för syftet lästes studierna i sin helhet. I nästa steg lästes artiklarna återigen för att bedöma kvalitet på studien.

### **Kvalitetsgranskning**

För att kvalitetsgranska artiklarna valde vi att enskilt gå igenom alla artiklar med hjälp av SBU:s checklista för randomiserad metod *Mall för bedömning av randomiserade studier* (SBU, 2020). Detta för att uppnå största möjliga objektivitet av studierna. Mallen består av olika riskområden som representerar en typ av risk för bias som besvaras med hjälp av stödfrågor. Utifrån granskningen fastställs sedan kvalitén med låg, måttlig eller hög trovärdighet. Efter kvalitetsgranskningen av samtliga studier gjordes en samordnad bedömning av studierna. Studierna granskades av två personer på vart sitt håll och sedan diskuterades oklara kriterier tillsammans. Studier som resulterade i låg kvalitet ingår inte i den här litteraturöversikten (SBU, 2020).

Efter kvalitetsgranskningen med hjälp av SBU bedömningsmall utfördes även en granskning av kvantitativa studier med hjälp av Fribergs (2017c) granskningsfrågor för kvantitativa studier (se bilaga 3). I bilaga 2 finns beskrivning av artiklarnas kvalitetsbedömning.

### **Dataanalys**

Fribergs analysmodell användes vid analys av de tio utvalda vetenskapliga artiklarna (Friberg, 2017b). Analysprocessen inleds med att studierna lästes igenom flera gånger för att förstå innehåll, sammanhang och helhet. Därefter sammanfattades varje studie utifrån syftet i en eller flera sidor text som stöd i analysarbetet, detta för att försäkra oss om att all väsentlig information uppfattats och dokumenteras. Varje studie sammanfattades enskilt och dokumenterades i översiktstabell (se bilaga 2) där studiens syfte, metod, resultat och kvalitet översiktligt redovisades i relation till problemformuleringen. I granskning av studier som behandlar samma områden identifieras likheter och skillnader för att möjliggöra en



kartläggning av lämpliga kategorier utifrån innehållet i data. Vilket baserades utifrån syftet. Efter detta granskade vi varandras sammanfattningar och jämförde dem för att kunna skapa lämpliga kategorier i resultatet som svarade mot syftet med litteraturöversikten.

## Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden inom forskning är viktiga för att försvara de grundläggande mänskliga rättigheterna. Forskningsetiken är viktigt för att människor ska respekteras och inte ska skadas, såras eller utnyttjas före och under genomförandet av det vetenskapliga arbetet. Det är viktigt vid ett examensarbete att ha kännedom om att deltagare ska ha fått tydlig information om forskningens syfte och deras uppgift i det vetenskapliga arbetet. De ska ha vetskap om att deras deltagande är frivilligt och att de har rätt till total anonymitet (Kjellström, 2017). Forskning inom psykiskohälsa berör känsliga frågor och det är därmed av stor vikt att forskningen utförs på ett etiskt sätt. Under datainsamlingen försökte vi hitta studier som utfördes på ett etiskt accepterat sätt samt var godkända av etiska kommittén. Alla tio studier som använts i arbetet är godkända av etisk kommitté.

## Resultat

Tabell 1. Effekt av fysisk aktivitet på lindrig och medelsvår depression\*

Artikel	Intervention	Duration	Effekt av fysisk aktivitet på depression
Helgadóttir m.fl. (2016)	Kontrollgrupp [1] Lätt träning Måttlig träning Intensiv träning	12 veckor	Lätt träning hade bäst effekt på depression, jämfört med de andra grupperna
Helgadóttir m.fl. (2017)	Kontrollgrupp Lätt träning Måttlig träning Intensiv träning	12 veckor**	Lätt träning hade bäst effekt på depression, jämfört med de andra grupperna
Wipfli m.fl. (2009)	Kontrollgrupp/ Lätt träning [2] Måttlig träning	7 veckor	Måttlig träning hade bäst effekt på depression, jämfört med de andra grupperna
Balchin m.fl. (2016)	Kontrollgrupp / Lätt träning [3] Måttlig träning Intensiv träning	6 veckor	Intensiv träning hade bäst effekt på depression, jämfört med de andra grupperna
Rahman m.fl. (2018)	Kontrollgrupp [4] Lätt träning Måttlig träning Intensiv träning	12 veckor	Intensiv träning hade bäst effekt på depression, jämfört med de andra grupperna
Lindwall m.fl. (2012)	Lätt träning [4] Måttlig träning Intensiv träning	12 veckor	Lätt och måttlig träning hade bäst effekt på depression

Szuhany & Otto (2020)	Lätt träning + KBT [4] Måttlig träning + KBT	12 veckor	Måttlig träning med KBT visade avsevärd minskning av depression i jämförelse med gruppen som fick KBT med lätt träning.
Blough & Loprinzi, (2018)	Kontrollgrupp [5] Ingen träning (max 5000 steg/dag i veckan) Minskad fysisk aktivitet (max 5000 steg/dag samt möjlighet att träna 50% av det dem tidigare tränat)	4 veckor	Ingen träning gruppen visade störst utveckling mot ökad depression. När deltagarna återgick till sina normala aktiviteter efter studien minskade depressionsnivåerna i samtliga grupper.
Nyström m.fl. (2017)	Kontrollgrupp [6] Fysisk aktivitet utan information om depression Fysisk aktivitet med information om depression	12 veckor	Studien visade att de som fått fysisk aktivitet med information om depression fick bäst effekt på depression, jämfört med gruppen som inte fick någon information.
Helgadóttir m.fl. (2018) ***	Kontrollgrupp Lätt träning Måttlig träning Intensiv träning	12 veckor **	Patienter som utförde lätt och måttlig träning visade större följsamhet än de med intensivträning.

\* För detaljer, se Bilaga 2 (Artikelsammanställning)

\*\* Studien är en 12 månaders uppföljning av Helgadóttir m.fl. (2016).

\*\*\* Studien är en 12 månaders uppföljning om följsamhet efter interventionen (Helgadóttir m.fl. (2016).

[1] Kontrollgruppen benämns som Treatment as usual (TAU), i TAU gruppen (n= 310) hade några deltagare SSRI-behandling, KBT-behandling och 27% erhöll ingen behandling. Deltagarna utförde ingen fysisk aktivitet.

[2] Kontrollgruppen / lätt träning, stretching/yoga tre gånger i veckan i 30 minuter.

[3] Kontrollgrupp / lätt träning, promenader eller cykling med puls under 120 bpm

[4] I studien nämns ingen kontrollgrupp.

[5] Kontrollgruppen reducerade inte fysisk aktivitet utan behöll samma steg/dag som innan studien. Antal steg per dag anges ej.

[6] Kontrollgruppen fick varje vecka under 12 veckors tid fylla i självuppskattningsskalorna PHQ9 (skala om depression) och GAD7 (skala om ångest). Kontrollgruppen fick ingen behandling.

Totalt 10 artiklar användes i studien efter kvalitetssäkringen. Majoriteten av studierna utfördes i Sverige, tre i USA och en i Sydafrika. Artiklarna var publicerade mellan åren 2009–2020. Deltagarna inkluderades i studierna om de uppfyllde kriterierna för lindrig -och medelsvår depression. Depressionen skattades med självuppskattningsskalorna MADRS –S (Montgomery & Åsberg, 1979) och HAM- D (Hamilton, 1960) i majoriteten av studierna. I studierna tränade deltagarna tre gånger i veckan i cirka 55 minuter, med olika intensiteter. Några studier jämfördes med en kontrollgrupp (se Tabell 1).

Studierna visade att all sorts träning, oavsett intensitet och längd, påverkade depressioner positivt. Dock så visade studierna att varierande omfattning på träningsintensiteten hade olika påverkan på depressionen (se Tabell 1). Enligt fribergsmodellen (2017b) delades resultatet upp under fyra kategorier; Lätt träning, Måttlig träning, Intensiv träning och Träning med annan behandling.

## Lätt träning

Yoga, promenader och balansträning är sammantaget vad som definieras som lätt träning i samtliga artiklar: Helgadottir m.fl. (2017); Rahman m.fl. (2018); Balchin m.fl.(2016); Helgadottir m.fl. (2016) & Wipfli m.fl. (2009). Deltagarna i ovan nämnda studier blev tilldelade pulsklockor för att säkerställa att intensiteten var inom ramen för lätt träning.

I Lindwall, m.fl. (2012) fick deltagarna besvara en enkät om vilken träningsintensitet av lätt, måttlig eller intensiv träning som motsvarade deltagarnas träningsvanor under de tre senaste månaderna. I studien framkom det att lätt till måttlig fysisk aktivitet som utförs regelbundet verkar förknippas med mer gynnsamma mentala hälsomönster jämfört med kontrollgruppen som bestod av fysisk inaktivitet. Helgadottir m.fl (2017) & Helgadottir m.fl. (2016) visade att lätt träning hade bättre påverkan på depressiva symtom än vad måttlig och intensiv träning hade.

Ett motsatt resultat fann man i Rahman m.fl (2018) där det visade sig att all typ av träning var verksamt mot depressiva symtom, men att den positiva effekten var beroende av träningsintensiteten. Det vill säga att lätt träning hade effekt, men mindre jämfört med grupperna som utövade måttlig och intensiv träning. Balchin m.fl. (2016) visade att lätt träningsintensitet hade sämre effekt på depression jämfört med intensiv- och måttlig träning. Wipfli m.fl (2009) visar att lätt träning gav liten effekt på depression jämfört med måttlig träning.

## Måttlig träning

Måttlig träning har i samtliga studier genomförts som aerobiska träningsformer: Olika aerobiska träningsformer har i samtliga studier beskrivits som cykling, löpning, dans, simning, fotboll eller tungt trädgårdarbete (Helgadottir m.fl. (2017); Rahman m.fl. (2018); Balchin m.fl. (2016); Helgadottir m.fl. (2016); Wipfli m.fl. 2009; Lindwall, m.fl. 2012).

Studierna Wipfli, m.fl, (2009) & Lindwall, m.fl (2012) visade att depression minskade mer av måttlig träning än av andra träningsintensiteter.

Studierna gjorda av Helgadottir, m.fl (2017) & Helgadottir, m.fl (2016) visade att den måttliga träningsgruppen gav en marginell förbättring på depressionen jämfört med kontrollgruppen (se Tabell 1). I interventionsgrupperna erhöll inga deltagare läkemedel eller KBT. Studierna visar att depression i de andra träningsgrupperna minskat betydligt mer än i den måttliga träningsgruppen. Balchin m.fl. (2016) & Rahman m.fl. (2018) visade att måttlig träning gav bättre förbättring på depression än lätt träning, men sämre än intensiv träning.

## **Intensiv träning**

Intensiv träning har i samtliga studier beskrivits som mycket ansträngande aerobics eller styrketräning med hög intensitet. Alla artiklar beskriver att intensiv träning gett en positiv förändring på depression, men det råder delade meningar om hur mycket effekt det egentligen ger.

Helgadottir m.fl. (2017) visade att intensiv träning gav bättre resultat på depressionens svårighetsgrad, jämfört med måttlig träning. Rahman m.fl. (2018) redovisar att de som tränade intensivt hade signifikant minskad svårighetsgrad av depression jämfört med lätt- och måttligträning. Balchin m.fl. (2016) visade att gruppen som utövat intensiv träning uppvisade gynnsammaste minskning av depressiva symtom jämfört med de andra träningsintensiteterna.

Lindwall m.fl. (2012) visar att gruppen med intensiv träning hade minst minskning av depressiva symtom. Helgadottir m.fl. (2016) redovisar i sin studie att intensiv träning inte var lika effektivt mot depressiva symtom som lätt träning, men bättre än måttlig träning.

## **Träning med annan behandling och följsamhet**

I kategorin träning med annan behandling undersöks andra typer av behandlingar för depression i kombination med träning. Behandlingar som bland annat, KBT med träning (Szuhany & Otto, 2020), träning i kombination med information om depression (Nyström m.fl., 2017) och fysisk inaktivitets effekt på depression (Blough & Loprinzi, 2018)

En studie gjord av Szuhany & Otto (2020) gav resultatet att deltagarna som fick KBT med aerobicsträning snabbare visade i en avsevärd minskning av depression i jämförelse med gruppen som fick KBT med lätt träning.

I studien av Nyström m.fl. (2017) fick ena träningsgruppen en bok på sju sidor som handlade om depression medan den andra gruppen inte erhöll den informationen innan interventionen. Studien visade att deltagarna som fått information om depression innan träningen presterade bättre, vilket bidrog till minskad depression jämfört med träningsgruppen som inte erhöll någon information om depression.

Blough och Loprinzi (2018) undersökte hur fysisk inaktivitet påverkar personer med depression och ångest. De utformade tre olika grupper, fysisk inaktivitet, reducerad träning och kontrollgrupp, där alla förutom kontrollgruppen minskade antalet steg per dag (se Tabell 1 för förtydligande). Studien resulterade i att deltagare som fick minskad aktivitet, visade en utveckling mot ökad depression. När deltagarna återgick till sina normala aktiviteter efter studien minskade depressionsnivåerna i samtliga grupper.

I Helgadottir m.fl.(2018) utgick man från en tidigare gjord interventionsstudie på lindrig och medelsvår deprimerade och granskades följsamheten av receptbelagd träning

12 veckor senare. Följsamhet är ett begrepp som indikerar om patienter följer de medicinska ordinationer och råd som hen fått av sjukvården. Resultatet visade att 40,7 % som fått FaR vid lindrig och medelsvår depression inte fortsatte med träningen efter interventionen. Forskarna drog paralleller till intag av alkohol och/eller tobak samt bristande flexibilitet på jobbet. Studien visade också att deltagarna som fortsatta med träningen var övergripande personer i grupperna som utförde lätt och måttlig träning.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Den här litteraturstudien har fokuserat på träningens effekt på lindrig och medelsvår depression. Syftet har styrkt sökprocessen, datainsamlingen och den efterkommande analysen. Detta diskuteras nedan.

Databaserna PubMed, Cinahl och Psychinfo användes i sökning av forskning. De flesta artiklarna vi använde hittades i PubMed och Cinahl, där vi fann fler relevanta artiklar i dessa än i Psychinfo. Att använda sig av flera databaser inom området ger högre trovärdighet (Willman m.fl, 2020). Då det valda ämnet är väl beforskat krävdes många avgränsningar för att undvika för många sökresultat. Den begränsade tidsramen kan ha bidragit till att många relevanta studier i ämnet föll bort, vilket kan ses som en svaghet.

För avgränsningen inför artikelsökningen utformades en PIO utifrån syftet att möjliggöra en avgränsning i området som skulle undersökas. Sökorden som användes gav många träffar vilket gjorde att vi behövde avgränsa mer. Vi hade svårt att finna artiklar som berörde lindrig och medelsvår depression utan att involvera andra sjukdomar. Depression är ett brett och väl beforskat ämne som därför krävde snävare avgränsningar. Artiklarna som valdes uppfyllde inklusions- samt exklusionskriterierna. Studierna hade samma primära syfte men hade olika metoder vad beträffar forskningslängd.

Med tanke på den ökade förekomsten av depression de senaste åren (Folkhälsomyndigheten, 2020) är det av betydelse att studierna är relativt aktuella. För att bidra med överförbarhet till dagens sjukvård inkluderas bara artiklar publicerade efter 2009. Alla artiklar är peer reviewed, vilket innebär att artiklarna är granskade av ämnesexperter vilket stärker studiens trovärdighet (Henricson, 2017). Artiklarna inkluderade endast vuxna (18-65 år) med lindrig och medelsvår depression för att ge god överförbarhet till en stor kategori patienter.

I sökningen av studier har svår depression valts att exkluderas på grund av två anledningar. I Socialstyrelsens (2020) behandlingsplan för depression har svår depression en egen

behandlingsplan jämfört med lindrig-och medelsvår depression som har samma behandlingsplan. För att kunna svara mot studiens syfte är det viktigt att behandlingsplanerna utgår ifrån samma utgångspunkt. Det finns även studier som visar på att patienter med svår depression är mindre benägna att träna än de som blivit diagnostiserade med mild-och måttlig depression (Rådmark, 2020). Därför ansåg vi inte att det var en lämplig patientgrupp för den här studien.

I de valda artiklarna har intervention utförts på personer med lindrig och medelsvår depression, med och utan andra behandlingar. Detta anser vi är en styrka då vi vill kunna redovisa för träningens effekt enskilt och i kombination med andra behandlingsmetoder. Vi upplevde dock en svårighet i att hitta artiklar som fokuserade på lindrig och medelsvår depression, då många av våra sökträffar trots försök till avgränsning inkluderade svår depression. En svaghet i studien är att resultatet är baserat på få antal studier. Detta beror delvis på svårigheter att inom tidsramen finna relevanta artiklar som svarade på vårt syfte. Resultatet belyser även inaktivitet, följsamhet samt kombinationen av träning och KBT. Dessa artiklar valdes för att belysa träningens möjliga effekt när den kombineras med andra behandlingar. Bristande erfarenheter i att forska och skriva litteraturöversikt kan vara bidragande faktorer till att svårigheter i att välja ut artiklar. Dessa brister kan också tänkas ha påverkat datainsamling, analys och granskning.

Validitet, reliabilitet och tillförlitlighet är tre begrepp som används för att beskriva studiens kvalitet. Vår bedömning är att denna litteraturöversikt har hög validitet. Denna bedömning baseras på att vi är transparenta i vår metod samt tagit till vara på handledarens synpunkter. Vid kvalitetsgranskningen av utvalda artiklar granskades varje artikel enskilt av båda författarna för att sedan jämföras, vilket också stärker reliabiliteten (Henricsson, 2017). Gällande tillförlitligheten anser vi att litteraturöversikten delvis besvarar syftet men samtidigt belyser problemområdet ur olika perspektiv. De varierande resultaten från artiklarna gör det svårt att helt besvara syftet. Artiklarna visar att man behöver ta hänsyn till flera saker gällande träning som behandling vid depression. Ämnet är brett, vilket gör det komplext.

Bedömningen baseras på mätinstrumenten, Mall för bedömning av randomiserade studier (SBU, 2020) och Fribergs kvalitetsäkringsmall (Friberg, 2017c). Anledningen att två olika mallar användes vid bedömningen av kvalitetssäkring var för att säkra artiklarnas kvalitet och öka studiens trovärdighet. Mallarna använder sig av olika frågor och belyser därmed olika perspektiv på meningsfulla kriterier för en kvalitetsbedömning av kvantitativa studier. Kvalitetsbedömningen av studierna beskrivs i bilaga 2. Tillvägagångssättet är beskrivet i bilaga 3. Trots hjälpmedel och mallar uppledes kvalitetsgranskningen av artiklarna som svår, eftersom det var svårt att veta om bedömningen var korrekt. Sju av tio artiklar bedöms ha hög kvalitet och resterande artiklar bedömdes som medel.

Det var för oss av stor vikt att övergripande artiklar genomgått etisk prövning då personer som lider av psykisk ohälsa redan lever i en stigmatisering i samhället. Att lida av depression

innebär en känsla av nedstämdhet och i många fall en känsla av att vara utlämnad. Det är därför en styrka att deltagarna känner sig skyddade genom den etiska prövningen. Alla artiklarna är etiskt godkända och granskade / godkända av en institutionell granskningsnämnd.

## Resultatdiskussion

Enligt samtliga studier gav träning en märkbar effekt på depression. Dock varierade effekten beroende på träningsintensitet. Enligt Helgadottir m.fl (2017) och Helgadottir m.fl. (2016;) hade lätt träning gynnsammast effekt, enligt (Balchin, m.fl., 2016; Wipfli, m.fl, 2009; Lindwall, m.fl 2011) hade måttlig träning gynnsammast effekt och enligt Helgadottir, m.fl (2017), Rahman, m.fl (2018) & Balchin, m.fl., (2016) hade intensiv träning gynnsammast effekt. Resultatens olikheter kan peka på att det finns många olika variabler att ta hänsyn till. Delvis hade studierna olika långa interventioner, vilket kan ha påverkat resultatet. Att interventionen utfördes under olika lång tid kan ses både som en styrka och svaghet. I Helgadottir m.fl (2017) och Helgadottir, m.fl (2016) utfördes interventionen under olika lång tid, men påvisade ändå samma resultat, vilket stärker trovärdigheten av resultaten. Rahman m.fl. (2018) och Helgadottir m.fl. (2016) utförde interventioner under lika lång tid, men påvisade olika resultat. En aspekt av resultatets olikheter kan bero på att deltagarna hamnade i en träningsgrupp som inte passade deltagarnas specifika preferenser av träningstyp, vilket kan ha påverkat resultatet.

Sannolikheten att det finns betydande skillnader i genomförandet av studierna och dess metoder begränsas av att sex studier utfördes i Sverige, tre i USA och en i Sydafrika. Eftersom de flesta studierna är från västerländska länder kan resultatet överföras till det svenska sjukvårds- och omvårdnadsarbetet. Resultatet bidrar till bredare kunskap i ämnet, vilket ökar förutsättningarna för att svenska sjuksköterskor skall kunna implementera träning som behandling för patienter med lindrig och medelsvår depression. Samtidigt stärks resultatet ytterligare av att länder med olika kulturella skillnader påvisat att träning gav gynnsamma effekter på depression. En svårighet är att studierna använde sig av olika mätskalor MADRS-S och HAM-D vid klassificeringen av patienternas depression. Detta gjorde det svårare att direkt jämföra resultaten.

Vårt resultat visar på att alla träningsinterventioner gav god effekt på depression. Dock var det svårt att dra en slutsats om vilken träningsintensitet som lindrar depression bäst, då studierna uppvisade olika resultat. Resultatet i denna litteraturstudie har jämförts med en metaanalys (Kvam m.fl. (2016) som undersöker effekten av fysisk aktivitet som behandling för depression, både som en självständig intervention och i kombination med andra behandlingar. Studien visade att fysisk aktivitet var en effektiv behandling för depression. Studien visade också att fysisk aktivitet kan användas som en alternativ behandling på personer som ej svarade på farmakologisk behandling och personer som ej tidigare genomgått

behandling. Forskarna menar att all typ av fysisk aktivitet gav god effekt på depression men att det behövs mer forskning kring ämnet.

Helgadottir m.fl (2018) visar att följsamheten i att utföra fysisk aktivitet vid depressiva tillstånd förändrades avsevärt vid alkohol- och tobaksanvändning. Resultatet visade att 40,7 % som fått FaR inte fortsatte med träningen efter interventionen. Intag av alkohol eller tobak samt bristande flexibilitet på jobbet var faktorer som spelade in. Detta bekräftas i studien gjord av Trost m.fl (2002) som visar att lägre följsamhet av träning kan bero på tobaksbruk. Detta menar Terracciano & Costa (2004) kan bero på rökningens skadliga inverkan på lungfunktionen vilket drabbar träningen. Dessa faktorer är viktiga att ha vetskap om vid ordination av FaR.

En förklaring till att resultaten varierar skulle kunna vara att studierna använder sig av olika mätinstrument och att depression därför kan ha klassats olika beroende på vilken självuppskattningsskala studierna använts sig av. Byrne och Byrne (1993) skriver att det är olämpligt att använda självuppskattningsskalor vid mätning av psykologiska variabler. Vi fann detta intressant då självuppskattningsskalorna utgår ifrån varje individs unika subjektiva känslor. Vi menar är att människors olika uppfattningar kan påverka deras självuppskattningen som då kan bli fel och att de därav får fel behandling. Varje individs erfarenheter och personliga preferenser bidrar till hans egen tolkning av frågorna. Detta ger en osäkerhet vid skattning som bygger på generella bedömningar av vad som klassas som en deprimerad person. Att använda sig av bedömningsformulär förutsätter även att patienten har tillräckliga läs- och skrivförmåga samt språkkunskaper för att utföra formuläret korrekt. SBU (2012) menar att det finns en risk att bedömningsformuläret kan bli feltolkad om dessa kriterier inte uppnås och bidra till fel behandling. Sjukvårdspersonal behöver därmed vara extra uppmärksammade på att patienterna verkligen förstår innebörden av frågorna.

I Socialstyrelsens (2020) prioriteringslista för rekommenderade behandlingar för lindrig till medelsvår depression har antidepressiva läkemedel prioritet tre och är en behandling som bör göras. Fysisk aktivitet har prioritering sex och räknas som en behandling som kan göras. En central del inom sjuksköterskans kärnkompetenser är personcentrerad vård. Att jobba utifrån en personcentrad vård innebär att respektera patientens önskemål och preferenser, samt att få patienten att känna delaktighet i sin egen omvårdnad (Öhlén & Friberg, 2019). Att arbeta personcentrerat med fokus på individens livskvalité bidrar även till ett salutogent förhållningssätt. Detta innebär att sjuksköterskan ser till det friska och fokuserar på hälsa och vad som kan vara bidragande faktorer till detta (Elgán, 2019). Eftersom fysisk aktivitet kan utföras med stor variation bidrar detta till personcentrerad vård och ett salutogent förhållningssätt i större utsträckning än vad läkemedel gör. Med träning undviks även de biverkningar och utsättningssymtom som kan följa med psykofarmaka, biverkningar som också brukar vara anledningar till att patienter själva väljer att avsluta sin läkemedelsbehandling (Spigset, 2020).



Nyström m.fl., (2017) visar att personer som fick ökad kunskap om depression fick ett mer positivt resultat än de som inte fick det. Blough och Loprinzi (2018) visade att fysisk inaktivitet påverkade depressionen negativt och Szuhany och Otto (2020) visar att träning i samband med KBT gav bra effekt på depression. Fysisk aktivitet behöver alltså inte utesluta eller ersätta annan behandling, utan kan användas som ett komplement. Dessa studier ökar kunskapen om träningens effekt på depression och detta kan bidra till att öka sjuksköterskans kompetens. Om sjuksköterskan arbetar personcentrerat och informerar patienten om hur fysisk aktivitet påverkar depression så ökar chansen för patienten att uppnå förbättring och en högre livskvalité. Diane m.fl., (2013) visade att fysisk aktivitet ökade deltagarnas känsla av socialt sammanhang vilket motiverade deltagarna att träna. Denna motivation visade sig bidra till både bättre hälsa och *Quality of life* (QoL). Depression är en sjukdom som bidrar till låg livskvalité samt ofta en känsla av ensamhet hos den drabbade. Träning kan då vara ett bra sätt/metod för hen att finna ett socialt sammanhang igen och få ökad livskvalité.

## **Kliniska implikationer**

Efter denna litteraturstudie vill författarna uppmana sjuksköterskor som möter och vårdar patienter med lindrig och medelsvår depression att implementera FaR i större utsträckning. Initialt bör sjuksköterskan göra patienten medveten om effekten av fysisk aktivitet vid depression. Vi tror på en metod som är i fas med hur samhället ser ut just nu och framtiden. I ett modernt tekniskt samhälle använder merparten av befolkningen smartphones med inbyggda stegräknare. Med hjälp av en applikation riktad till både sjuksköterska och patient kan fysisk aktivitet och steg registreras och finnas tillgängligt för båda. Detta tror vi kommer att öka motivationen för patienten samt ge bättre återkoppling till sjuksköterskan. För patienterna som inte vill eller kan använda applikationen bör det finnas möjlighet till samordnade träningslektioner på sjukhuset. Här kan patienten också få möjlighet att skapa sig ett socialt sammanhang.

## **Vilken ny forskning behövs?**

Trots bred evidens för positiva effekter av fysisk aktivitet vid depression visar statistik på att FaR ordineras i liten utsträckning (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Detta kan tänkas bero på diverse olika faktorer, bland annat låg kunskap hos både patient och sjuksköterska. Det behövs mer forskning om följsamheten vid FaR för att identifiera orsaker till att patienterna inte väljer att slutföra behandlingen. Sådana studier kan bidra till att sjukvården utformar träningsprogram som kan tillämpas och slutföras i större utsträckning. Om studierna utförs på vårdcentraler kan slutsatser lättare dras om FaR är en lämplig behandlingsmetod vid depression.

Bristande följsamheten beror till en stor del på om patienten har alkohol- och tobaksvanor (Helgadottir m.fl (2017)). Vidare forskning krävs om hur sjukvården ska kunna erbjuda fysisk aktivitet som behandling mot depression för även denna patientgrupp.

## **Slutsats**

Tanken med uppsatsen var att undersöka träningens effekt som behandling för personer med lindrig eller medelsvår egentlig depression ur ett salutogent, preventivt och samhällsnyttigt perspektiv. Slutsatsen är att all slags fysisk aktivitet har en positiv effekt på lindrig och medelsvår depression. Det är svårt att säkert besvara frågeställningen beroende på att ämnet är komplext. Ytterligare forskning behövs för att kunna utveckla nya evidensbaserade behandlingsmetoder där träning ingår som en metod för att behandla personer med lindrig eller medelsvår depression. Detta kan bidra till bättre vårdkvalité och en mer personcentrerad vård.

## Referenslista

Balchin, R., Linde, J., Blackhurst, D., Rauch, H. L., & Schönbacher, G. (2016). Sweating away depression? The impact of intensive exercise on depression. *Journal of affective disorders*, 200, 218–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.030>

Blough, J., & Loprinzi, P. D. (2018). Experimentally investigating the joint effects of physical activity and sedentary behavior on depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 239, 258–268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.019>

Byrne, A., & Byrne, D. G. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *Journal of psychosomatic research*, 37(6), 565–574. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90050-p](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90050-p)

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Elgán, C. (2019). Vuxet vardagsliv. I J. Friberg & J. Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.183-184) Lund: Studentlitteratur

Folkhälsomyndigheten. (2012). *FaR-Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtad 2021-02- 25 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c6e2c1cae187431c86c397ba1beff6f0/r-2011-30-far-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Statistik psykisk hälsa*. Hämtad 2021-02-24, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Friberg, F. (2017b) Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.142- 150). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017a) Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.37-46). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017c) Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.187-188). Lund: Studentlitteratur.

Ferguson J. M. (2001). SSRI Antidepressant Medications: Adverse Effects and Tolerability. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 3(1), 22–27. <https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0105>

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7351), 1417. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Gill, D. L., Hammond, C. C., Reifsteck, E. J., Jehu, C. M., Williams, R. A., Adams, M. M., Lange, E. H., Becofsky, K., Rodriguez, E., & Shang, Y. T. (2013). Physical activity and quality of life. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 46 Suppl 1(Suppl 1), S28–S34. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S28>

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Hansen, A. (2016). *Hjärnstark – Hur motion och träning stärker din hjärna*. Fitnessförlaget.

Henricson, M (2017). Diskussion. I Henricsson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s 411-420). Lund: Studentlitteratur

Helgadóttir, B., Forsell, Y., Hallgren, M., Möller, J., & Ekblom, Ö. (2017). Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 105, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.08.008>

Helgadóttir, B., Hallgren, M., Ekblom, Ö., & Forsell, Y. (2016). Training fast or slow? Exercise for depression: A randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 91, 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.011>

Helgadóttir, B., Hallgren, M., Kullberg, C., & Forsell, Y. (2018). Sticking with it? Factors associated with exercise adherence in people with mild to moderate depression. *Psychology of Sport and Exercise*, 35, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.11.011>

Häggström, L. & Magnil, M. (2014). Förstämmningssyndrom. I Läkemedelsverket 2014. *Läkemedelsboken 2014*, Läkemedelsverket, Stockholm: ss. 1038-1053.

Kallings, L. V. (2012-12-18). Följsamheten till fysisk aktivitet på recept hos patienter med mild till måttlig depression. *Läkartidningen*, volym 109 (nr 51-52).

[https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2012/12/fysisk-aktivitet-pa-recept-en-  
underutnyttjad-resurs/](https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2012/12/fysisk-aktivitet-pa-recept-en-underutnyttjad-resurs/)

Karlsson, K (2017). Informationssökning. I Henricsson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s 81-98). Lund: Studentlitteratur

Kjellström, F. (2017). Forskningsetik. I Henricsson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s 58-74). Lund: Studentlitteratur

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67–86.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>

Lindwall, M., Ljung, T., Hadžibajramović, E., & Jonsdottir, I. (2012). Self-reported physical activity and aerobic fitness are differently related to mental health. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.12.003>

Mattson, M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2017). Fysisk aktivitet – begrepp och definitioner (21-35) FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling/Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

Montgomery, S., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382

Nyström, M., Stenling, A., Sjöström, E., Neely, G., Lindner, P., Hassmén, P., Andersson, G., Martell, C., & Carlbring, P. (2017). Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 215, 85–93.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.018>

Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning*

psykiatrisk vård. Hämtad 2020-02-25 från [https://psykiatri.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning\\_specialist\\_psykiatri.pdf](https://psykiatri.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf)

Rahman, M. S., Helgadóttir, B., Hallgren, M., Forsell, Y., Stubbs, B., Vancampfort, D., & Ekblom, Ö. (2018). Cardiorespiratory fitness and response to exercise treatment in depression. *BJPsych open*, 4(5), 346–351. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.45>

Rokade, P. B. (2011). Release of endomorphin hormone and its effects on our body and moods: A review. In *International Conference on Chemical, Biological and Environment Sciences* (Vol. 431127, No. 215, pp. 436-438), ISO 690,

Rosén, M (2017). Systematisk litteraturöversikt. I Henricsson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 381). Lund: Studentlitteratur

Rådmark, L., Hanson, L. M., Montgomery, S., Bojner Horwitz, E., & Osika, W. (2020). Mind and body exercises (MBE), prescribed antidepressant medication, physical exercise and depressive symptoms - a longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 265, 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.012>

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). *Bedömning av randomiserade studier: effekt av att fullfölja en intervention* Hämtad 2021-03-20 från: [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_randomiserade\\_studier\\_fullfolja.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_randomiserade_studier_fullfolja.pdf)

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom.* Hämtad 2021-04-29 från: [https://www.sbu.se/contentassets/56adfbafa780477b9bc44d1abcdbb65e/Forstamningssyndrom\\_2012.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/56adfbafa780477b9bc44d1abcdbb65e/Forstamningssyndrom_2012.pdf)

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Litteraturöversikt.* Hämtad 2021-03-20 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel04.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf)

SFS 2014:821. *Patientlag.* [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Shipko, S.(2013). *Playing the Odds: Antidepressant ‘Withdrawal’ and the Problem of Informed Consent.* Mad in America Hämtad 2021-04-29 från <https://www.madinamerica.com/2013/08/ssri-discontinuation-is-even-more-problematic-than-acknowledged/>

Snellman, I. (2019) Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I J. Friberg & J. Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.439-464) Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen. (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2021-03-1 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6936.pdf>

Spigset, O. (2020). Läkemedel vid psykiska sjukdomar. Nordeng, H & Spigset, O. (Red.) *Farmakologi och läkemedelsanvändning* (s. 206-209). Lund: Studentlitteratur

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtad 2021-04-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c6e2c1cae187431c86c397ba1beff6f0/r-2011-30-far-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Statens folkhälsomyndighet. (2010). *Nationell utvärdering av receptförskrivna fysisk aktivitet fysisk aktivitet (FaR)*. Hämtad 2021-04-11 från <https://docplayer.se/15812183-Nationell-utvardering-av-receptforskriven-fysisk-aktivitet-far.html>

Sundberg, C. J. (04/2014). Motion mot depression. *Medicinsk Vetenskap*. <https://ki.se/forskning/motion-mot-depression>

Skärsäter, I. (2014). Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå. Skärsäter, I. (Red.) *Förstämningssyndrom* (s. 109-137) Lund: Studentlitteratur

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2021-02-25 från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2021-02-25 från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Szuhany, K. L., & Otto, M. W. (2020). Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial. *Cognitive behaviour therapy*, 49(3), 228–241. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1641145>

- Tamm, M. (2004). *Tanke och tro. Historiska nedslag i hälsa, sjukdom, liv och död*. Lund: Studentlitteratur
- Terracciano, A., & Costa, P. T., Jr (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction* (Abingdon, England), 99(4), 472–481. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00687.x>
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(12), 1996–2001. <https://doi.org/10.1097/00005768-200212000-00020>
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2020). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- Willman, A. (2013). Hälsa och välbefinnande. Edberg, A-K & Wijk, H. (Red). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 46- 47). Lund: Studentlitteratur
- Wipfli, B., Landers, D., Nagoshi, C., & Ringenbach, S. (2011). An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 21(3), 474–481. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.01049.x>
- WHO.(2020). *Depression*. Hämtad 2021-02-24, från [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1)
- WHO .(ua). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Hämtad 2021-04-12 från <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva Hämtad 2021-02-25 från <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>
- Öhlén, J. & Friberg, F.(2019). Person. I J. Friberg & J. Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.326-333) Lund: Studentlitteratur
- Östlundh, L (2017). Informationssökning I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 72) Lund: Studentlitteratur.



## Bilaga 1

Databasens namn: CINAHL						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
210307	Depression AND Exercise AND Serotonin	Peer Reviewed Last 10 years	22	4	2	<i>1 st An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health.</i>

Databasens namn: Pubmed						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
210306	Depression AND cardiorespiratory fitness AND exercise AND treatment	Last 10 years Free full text	47	5	2	<i>1 st Cardiorespiratory fitness and response to exercise treatment in depression</i>
210305	Depression AND dose-response AND exercise AND intervention studies	Last 10 years Clinical trial	36	6	3	<i>2 st Training fast or slow? Exercise for depression: A randomized controlled trial.  Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression</i>

						<i>A randomized controlled trial.</i>
210307	Depression AND Exercise AND Treatment AND Endorphin	Last 10 years	12	4	2	<i>1 st Sweating away depression?  The impact of intensive exercise on depression</i>
210314	Depression AND Anxiety AND Exercise AND Physical activity AND Treatment AND Mental health AND Intervention	Last 10 years Clinical trial	121	5	2	<i>1 st  Experimentally investigating the joint effects of physical activity and sedentary behavior on depression and anxiety: A randomized controlled trial</i>
210315	Exercise AND treatment AND depression AND behavioral activation AND strategy	Last 10 years Clinical trial	34	5	2	<i>1 st Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial</i>

Databasens namn: PsycInfo						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
210105	Fitness AND Physical activity AND Depression AND Anxiety AND Sweden	Last 10 years Peer Reviewed Sweden	4	1	1	<i>1 st Self-reported physical activity and aerobic fitness are differently related to mental health</i>
210314	Depression AND Exercise AND Treatment AND Behavioral activation	Last 10 years Peer Reviewed	80	4	2	<i>1 st Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial</i>
210315	Depression AND Exercise AND Treatment AND patient adherence	Last 10 years Peer Reviewed	119	3	2	<i>1 st Sticking with it? Factors associated with exercise adherence in people with mild to moderate depression</i>

## Bilaga 2

Publiceringsår Land Författare	Artikels namn	Syfte	Material och metod	Resultat	Kvalitets-säkring  SBU & Friberg
2012  Sverige  Linwall, M, Ljung, T, Hadzibramovic, E, Jonsdottir, I.	Self-reported physical activity and aerobic fitness are differently related to mental health	Syfte: Att undersöka sambandet mellan mental hälsa och självrapporterad fysisk aktivitet (SRPA) och aerob fitness (AF), och om AF förmedlar förhållandet mellan SRPA och mental hälsa.	Totalt 177 deltagare, (49% män och 51% kvinnor) deltog i studien. Medelåldern var 39 år.  HAD- och SMBQ-skalan användes för att estimeras deltagarnas mående.	Lätt till mätlig fysisk aktivitet som utförs regelbundet verkar förknippas med gynnsammare mentala hälsomönster jämfört med fysisk inaktivitet.	<b>Hög</b> Styrka: Styrka är att studien är gjord från västra götalandregionen och urvalet bestod av hälften kvinnor och män vilket bidrar till god överförbarhet. Studien är etisk godkänd. Studien hade tydlig metod och bra diskussion.  Svaghet: Medelåldern (39 år) bidrar till en minskad generaliserbarhet.
2018  Sverige  Helgadóttir, B., Hallgren, M., Kullberg, C. L. E., & Forsell, Y	Sticking with it? Factors associated with exercise adherence in people with mild to moderate depression	Syftet med studien var att undersöka vilka specifika faktorer som var associerade med följsamheten efter en träningsintervention bland vuxna med lindrig och medelsvår depression.	Totalt 310 deltagare deltog i träningsinterventionen som varade i 12 veckor. Följsamheten efter interventionen mättes med hjälp av pulsklockor (78.4%) eller självrapportering (21.6%).	Personerna som utförde lätt och mätlig träning var mer benägna att träna jämfört med de som hade intensivträning. Tobaksanvändning, alkohol och bristande flexibilitet på jobbet påverkade	<b>Medel</b> Styrka: Etiskt godkänd. Tydlig metod och syfte. Bra diskussion om tobaksanvändningens påverkan.  Svaghet: Det var svårt att kartlägga flexibilitet på jobbet och tobaksanvändning vilket kan ha påverkat resultatet.

				deltagarnas följsamhet negativt.	
2017  Sverige  Helgadóttir, B., Forsell, Y., Hallgren, M., Möller, J., & Ekblom, Ö.	Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial.	Att undersöka de långsiktiga effekterna av FaR i tre olika intensitetsnivåer för depression.	En randomiserad kontrollerad studie med totalt 620 patienter mellan 18-67 år diagnostiserade med lindrig till medelsvår depression.  Studien varade 12 månader och utgjordes med hjälp av 4 grupper. Kontrollgruppen (n = 310) fick vanlig vård. Lätt träning (n= 106.), måttlig träning (n = 105) och intensiv träning (n= 99).  MADRS-skalan användes innan och efter interventionen samt 12 månader efter studien.	Efter 12 månader visade lätta träningsgruppen signifikant lägre MADRS-poäng jämfört med kontroll, måttlig och intensivgrupperna.	<b>Hög</b> Styrka: Studien är etisk godkänd. Randomisering av grupper gjordes med hjälp av dator och med block. Stort urval. Forskarna diskuterar artikelns svagheter och styrkor.  Svaghet: I studien var 73,7 % kvinnor vilket minskar överförbarheten. En fjärdedel använde läkemedel vilket kan ha påverkat resultatet.

<p>2016</p> <p>Sverige</p> <p>Helgadóttir, B., Hallgren, M., Ekblom, Ö., &amp; Forsell, Y.</p>	<p>Training fast or slow? Exercise for depression: A randomized controlled trial.</p>	<p>Syftet var att jämföra olika tränings-intensitet effekter på lindrig och medelsvår depressionen.</p>	<p>En randomiserad kontrollerad studie under 12 veckor med 620 patienter mellan 18-67 år diagnostiserade med mild till måttlig depression.</p> <p>Studien bestod av 4 grupper. Kontrollgrupp (n = 310) fick vanlig vård. Lätt träning (n= 106) måttlig träning (n = 105) intensiv träning (n= 99).</p> <p>Skillnader i träningens intensitet mättes med pulsklockor.</p> <p>MADRS-skalan användes för skattning av depression innan och efter interventionen.</p>	<p>Efter 12 veckor hade alla träningsgrupper längre poäng på MADRS-skalan jämfört med kontrollgruppen .</p> <p>Ingen signifikant skillnad hittades mellan träningsgrupperna.</p>	<p><b>Hög</b></p> <p>Styrka: Studien är etiskt godkänd. Tydlig metod och syfte. Stort urval. Använde sig av block vid randomiseringen samt datorgenerator.</p> <p>Svaghet: Kvinnor utgjorde 73,3 % av urvalet vilket minskar överförbarheten</p>
<p>2011</p> <p>USA</p> <p>Wipfli, B., Landers, D., Nagoshi, C., &amp; Ringenbach, S.</p>	<p>An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health.</p>	<p>Att undersöka träningens potentiella effekt som ångestdämpande och som antidepressiv.</p>	<p>I studien deltog 72 otränade deltagare i en 7 veckors intervention. Deltagarna delades in i aerobiskträning och en stretching-kontrollgrupp.</p> <p>Forskarna använde sig av STAI, BDI, PSDQ och Bandura för att mäta depression, ångest samt träning.</p> <p>Ett blodprov på serotonin togs innan och efter interventionen.</p>	<p>Resultatet visade att träningsgruppen skattade längre på STAI, BDI och PSDQ samt visade större procentuell ökning av serotonin jämfört med kontrollgruppen .</p> <p>Resultatet visade att träning hade liknande effekt som SSRI.</p>	<p><b>Hög</b></p> <p>Styrka: Godkänd av det institutiska granskningsnämnden. En tydligt beskriven randomisering. Välformulerad diskussion där forskarna beskriver både styrkor och svagheter med interventionen.</p> <p>Svaghet: Urvalet var främst kvinnor och medelåldern mellan 18-30. Vilket påverkar överförbarheten.</p>

<p>2016</p> <p>Sydafrika</p> <p>Balchin, R., Linde, J., Blackhurst, D., Rauch, H. L., &amp; Schönbächler, G</p>	<p>Sweating away depression? The impact of intensive exercise on depression.</p>	<p>Syfte var att undersöka träningens effekt på medelsvår depression.</p>	<p>Gjordes en randomiserad kontrollerad studie med 21 män mellan 18-42 diagnostiserade med medelsvår depression.</p> <p>Deltagarna delades in i 3 olika grupper, högintensiv, måttligträning och en kontrollgrupp. Interventionen pågick under 6 veckor.</p> <p>Innan och efter interventionen fick deltagarna ge blodprover för mätning av endorfiner. Deltagarna fick också fylla i HAM-D-, MADRS- och ANPS-skalar varje vecka.</p>	<p>Högintensiv-träning och måttlig träning gav lägre poäng på MADRS- och HAM-D skalan jämfört med kontrollgruppen .</p> <p>Endorfinnivåerna var ungefär samma för alla grupperna.</p>	<p><b>Medel</b></p> <p>Styrka: Etiskt godkänd. Psykologen visste inte vilken träningsgrupp deltagarna deltog i.</p> <p>Svaghet: Svag randomisering. Bristande generalisering på grund av att det enbart var män mellan 18-42 år som deltog.</p>
<p>2017</p> <p>Sweden</p> <p>Nyström, M., Stenling, A., Sjöström, E., Neely, G., Lindner, P., Hassmén, P., Andersson, G., Martell, C., &amp; Carlbring, P.</p>	<p>Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial.</p>	<p>Var att jämföra fyra terapeutstödda internetadministrerade behandlingar med fysisk aktivitet.</p>	<p>Totalt 286 personer med lindrig och medelsvår depression (utifrån DMS-kriterierna) deltog i studien.</p> <p>Personerna delades in i 4 olika grupper där två mätte fysisk aktivitet med KBT och de andra bara KBT behandling.</p> <p>MADRS-skalan användes vid skattning av depression.</p>	<p>Internetbaserad KBT med fysisk aktivitet minskade depressiva symtom.</p>	<p><b>Hög</b></p> <p>Styrka: Etisk godkänd. Det är en svensk studie vilket ökar applicerbarheten. Stort urval.</p> <p>Svaghet: Resultat kan variera på grund av att olika terapeuter användes vid intervjuerna.</p>

<p>2018</p> <p>USA</p> <p>Blough, J., &amp; Loprinzi, P. D.</p>	<p>Experimentally investigating the joint effects of physical activity and sedentary behavior on depression and anxiety: A randomized controlled trial.</p>	<p>Undersöka om sittastillande kan associeras med ökad depression och ångestsymtom.</p>	<p>Randomiserad studie med 57 elever mellan 18-35 år.</p> <p>Eleverna delades in i tre olika grupper, 1, no exercise group 2, Reduced physical activity och 3 control group.</p> <p>Grupp 1 skulle gå mindre än 5000 steg/dag. Grupp 2 fick träna 75 min och sedan minska med 45 min/vecka. Kontrollgruppen skulle behålla sina vanliga rutiner.</p>	<p>Kontrollgruppens ångest och depression symptom förblev konstant under studien.</p> <p>Grupperna (1 och 2) visade en signifikant ökning av depression i samband med fysisk inaktivitet, vilket minskade i samband med återtag av fysisk aktivitet.</p>	<p><b>Hög</b></p> <p>Styrka: Godkänd av institutionens granskningsnämnd. Väl beskriven och genomförd metod samt diskussion del.</p> <p>Svaghet: Bristande generalisering på grund av ålder.</p>
<p>2018</p> <p>Sverige</p> <p>Rahman MS, Helgadóttir B, Hallgren M, Forsell Y, Stubbs B, Vancampfort D, Ekblom Ö</p>	<p>Cardiorespiratory fitness and response to exercise treatment in depression</p>	<p>Att undersöka om en ökning av kondition (Vo2max) minskar depressionen efter 12 veckor</p>	<p>Gjordes en randomiserad studie med totalt 110 deltagare med lindrig och medelsvår depression. Deltagarna delades in i 3 grupper träningsgrupper: Lätt, måttlig och intensiv träning.</p> <p>Depressionens svårighetsgrad mättes med MADRS- skalan innan och efter interventionen.</p>	<p>Alla grupper fick bättre Vo2max vilket påvisade lägre depression via MADRS- skalan.</p>	<p><b>Hög</b></p> <p>Styrka: Etisk godkänd. Relativt stort urval. En välformulerad studie.</p> <p>Svaghet: 75 av 110 deltagare var kvinnor vilket begränsar överförbarheten.</p>



<p>2020</p> <p>USA</p> <p>Szuhany KL, Otto MW</p>	<p>Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial</p>	<p>Att undersöka effekten av KBT med träning.</p>	<p>Gjordes en randomiserad studie med totalt 31 deltagare. Deltagarna delades in i 2 grupper: KBT med måttlig träning och en grupp med KBT och stretching.</p> <p>Depression och ångest mättes med MADRS, Q-LES-Q, BDI-II skalan.</p>	<p>Resultaten visade att KBT och träning gav större och snabbare minskning av depression än de som inte tränade och enbart fick KBT.</p>	<p><b>Medel</b></p> <p>Styrka: Granskad av institutionen. Välutförd metod men tydligt utförande.</p> <p>Svaghet: 68% slutförde studien.</p> <p>Litet urval med 77% kvinnor med en medelålder på 34 år. Vilket begränsar överförbarheten.</p>
---	--	---	---	--	--

## Bilaga 3 Granskningsfrågor vid kvantitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Finns det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till exempel vad gäller generaliserbarhet). (Friberg, 2017c)

## Bilaga 4 Poängbedömning enligt MADRS-S-skalan

<b>&lt; 10 poäng</b>	Innebär oftast att inga aktuella depressionssymtom finns
<b>15–20 poäng</b>	Lindriga depressionssymtom
<b>21–30 poäng</b>	Måttliga, men kliniskt tydliga depressionssymtom
<b>&gt; 30 poäng</b>	Svåra depressionssymtom
<b>&gt; 40 poäng</b>	Innebär ofta så svåra symtom att inläggning på psykiatrisk klinik är aktuell

*Bilagan tagen ifrån: Läkemedelsboken (2014). s1040*