



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

# **KAN MINDFULNESS SOM BEHANDLINGSMETOD MINSKA DEPRESSIVA SYMTOM?**

**Maximilian Sappelt Witting och Line Wiman Eriksson**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	My Engström
Examinator:	Nils Sjöström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Förord

Vi skulle vilja tacka vår handledare My Engström som varit till stor hjälp genom att snabbt komma med goda råd, tips och stöd när frågor uppkommit under arbetets gång. Det har varit en intressant och lärorik process och vi har fått med oss mycket på vägen. Vi hoppas att du som läser det här arbetet får uppleva samma sak.

Titel (svensk)	Kan mindfulness som behandlingsmetod minska depressiva symtom?
Titel (engelsk)	Does mindfulness treatment decrease symptoms of depression?
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2016
Författare	Maximilian Sappelt Witting och Line Wiman Eriksson
Handledare:	My Engström
Examinator:	Nils Sjöström

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Depression är en sjukdom som tenderar att bli allt vanligare bland befolkningen, inte minst hos unga individer. Det är en sjukdom som inte bara orsakar ett psykiskt lidande för den drabbade utan det kan även leda till somatiska sjukdomar vilket ökar risken för den drabbade att dö i förtid. De vanligaste behandlingssätten som rekommenderas i dagens sjukvård är läkemedelsbehandling, psykoterapi samt elektrokonvulsiv behandling (ECT). Mindfulness, så som Mindfulness Based Cognitive Therapy och Mindfulness Based Stress Reduction, är behandlingsformer som det forskats allt mer om och som från början är framtagna för att förebygga återfall i depression och för att behandla stress. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka om mindfulness som behandlingsmetod även kan minska depressiva symtom. **Metod:** För att kunna svara på syftet gjordes en litteraturöversikt där resultat från 15 artiklar sammanställdes. **Resultat:** Resultatet visade att mindfulness förbättrade depressiva symtom hos deltagarna i 12 av de 15 studierna. I artiklarna studerades även utfallsvariablerna ångest, stress, livskvalitet och självupplevd mindfulness och utöver depression fann studierna efter interventionen även en signifikant förbättring på ångest, livskvalitet och självupplevd mindfulness. **Slutsats:** Det här visar på att mindfulness som behandlingsmetod bör implementeras i vården förslagsvis genom sjuksköterskeledd mindfulnessmottagning eller genom att förskriva mindfulness på recept. Det är också viktigt att som sjuksköterska ha kännedom om mindfulness för att kunna informera, rådgöra och för att använda sig av dess tekniker i omvårdnaden.

Nyckelord: Mindfulness, depression, MBCT, MBSR, behandling.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
<b>Depression</b> .....	1
Prevalens .....	1
Vad är depression?.....	1
Klassifikationssystem .....	2
Självskattningsformulär .....	2
Behandling .....	3
<b>Mindfulness som behandlingsmetod</b> .....	4
<b>Sjuksköterskans ansvarsområde och kärnkompetens inom omvårdnad</b> .....	5
Problemformulering .....	6
Syfte .....	6
Metod .....	6
<b>Litteratursökning</b> .....	7
<b>Urval och analys</b> .....	8
Resultat.....	8
<b>Depression</b> .....	9
<b>Ångest</b> .....	11
<b>Stress</b> .....	11
<b>Självupplevd mindfulness</b> .....	11
<b>Livskvalitet</b> .....	12
Diskussion .....	12
<b>Metoddiskussion</b> .....	12
Urval .....	12
Analys .....	13
<b>Resultatdiskussion</b> .....	14
<b>Klinisk implikation för omvårdnad</b> .....	17
<b>Slutsats</b> .....	18
Referenslista .....	19
Bilaga 1: Artikelöversikt.....	
Bilaga 2: Söktabell Cinahl.....	
Bilaga 3: Söktabell PubMed.....	
Bilaga 4: Söktabell PsycINFO .....	
Bilaga 5: Granskningsmall enligt Friberg (2012) .....	

# Inledning

Depression är en sjukdom som är vanligt förekommande världen över (WHO, 2016) och båda författarna till examensarbetet har under utbildningen stött på människor som drabbats och sett vilket lidande det innebär. Mindfulness (MF) är en ny och modern behandlingsmetod som ursprungligen härstammar från buddismen men som under senare tid utvecklats för att behandla stress och för att förebygga återfall av depression. MF kan beskrivas som en form av meditation som går ut på att fokusera och vara närvarande i nuet (Kabat-Zinn, 2005; Åsberg & Agerberg, 2009 & Westling, Herlofson & Nilsson, 2009). Då MF i dessa fall visat positiva effekter har forskare under senare år gjort studier för att undersöka om metoden även kan fungera vid pågående depression samt andra sjukdomstillstånd. Därför anses det vara relevant att genom en litteraturoversikt sammanställa resultat från studier som undersökt MF påverkan på depressiva symtom, för att få en övergripande bild över dagens forskningsläge. Detta för att få kännedom om aktuell metod som i framtiden kanske kan komma att implementeras i vården för att behandla människor. Det är då relevant att som sjuksköterska kunna informera, rådgöra och få patienten delaktig vid val av behandlingsform, både gamla som nya.

## Bakgrund

### Depression

#### Prevalens

Enligt World Health Organization (WHO, 2016) lider ungefär 350 miljoner människor av depression världen över och i Sverige uppskattas det att fem procent av befolkningen lider av denna sjukdom, det är dock svårt att göra en exakt skattning då mörkertalet är stort (Läkemedelsverket, 2006). Det beräknas dessutom att 36 procent av alla kvinnor och 23 procent av alla män i Sverige någon gång under sin livstid riskerar att drabbas av en depression (Mattisson, Bogren, Nettelbladt, Munk-Jørgensen & Bhugra, 2005). Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2013) har den psykiska ohälsan bland unga försämrats under senaste decennierna och denna trend ser ut att fortsätta. Folkhälsomyndigheten (2009) beskriver också i sin rapport att det finns en könsskillnad när det kommer till oro, depression och ångest. Depression är en och en halv till tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män, en trend som sträcker sig tillbaka i tiden utan att forskare kunnat svara på varför.

Förutom att depression orsakar ett stort lidande för patienten och för närstående, så har studier också visat att det i denna patientgrupp finns en ökad risk att drabbas av somatiska sjukdomar, så som hjärtsjukdomar, diabetes och stroke vilket leder till förhöjd risk att avlida i förtid (Åsberg & Mårtensson, 2009). Depression medför också höga kostnader för vården; enligt WHO (2002) bedöms denna sjukdom ge mest kostnader i hög- och medelinkomstländer i världen och i framtiden även så i låginkomstländer.

#### Vad är depression?

Depression som begrepp används i vardagligt tal för att beskriva ett stämningsläge med inslag av nedstämdhet och sorgsenhet, utan att syfta på en diagnostiserad sjukdom. Inom medicin

används detta begrepp för att beskriva ett syndrom, det vill säga en grupp av symtom som uppkommer tillsammans. I detta depressiva syndrom är några vanliga symtom bland annat nedstämdhet, ångest, självmordstankar, koncentrationssvårigheter, förändrat sömnmönster, förändrad aptit men även fysiska symtom så som smärta och förstoppning (Åsberg & Mårtensson, 2009).

Inom medicin används också begreppet förstämningssyndrom som ett samlingsnamn för förändringar och olika tillstånd i stämningläget hos människan. Huvudgrupperna i denna benämning är unipolär depression och bipolärt syndrom. Skillnaden mellan dessa är att inom det bipolära syndromet pendlar patientens stämningläge mellan depression och mani. Inom detta syndrom räknas mani, depression, blandad episod samt cyklotomi. I gruppen unipolär depression, där patienten istället fortlöpande lider av samma låga stämningläge, ingår så kallad egentlig depression och dystymi (Åsberg & Mårtensson, 2009).

För att bli diagnostiserad med egentlig depression krävs enligt diagnossystemen ICD-10 och DSM-V att ett visst antal av symtomen sänkt grundstämning, intresseförlust eller energiförlust ska ha förekommit under en viss tid. Symtomen och tiden skiljer sig beroende på system och vad för sjukdom som ska undersökas som exempelvis depression, mani eller dystymi. Ytterligare symtom som kan förekomma är exempelvis minskat självförtroende eller självkänsla, skuldkänslor, tankar på döden, kognitiv störning, sömnproblem samt ett flertal andra symtom. Beroende på hur många symtom som förekommer samt huruvida patienten klarar av sina dagliga aktiviteter kan sedan depressionen delas in i lindrig, medelsvår och svår (med eller utan psykotiska symtom)(Mårtensson & Åsberg, 2016).

## **Klassifikationssystem**

Det finns framförallt två klassifikationssystem för att diagnostisera depression och andra psykiska sjukdomar. Dessa är: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) samt Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)(Herlofson, 2016). ICD-10 används över hela världen inom hälso- och sjukvården för att klassificera sjukdomar, men också för att kunna göra statistiska sammanställningar och för analysering av prevalens och incidens. Varje sjukdom och symtom i systemet har tilldelats en särskild kod som vid vårdkontakt tillfället dokumenteras. Detta system är officiellt använt i Sverige (Socialstyrelsen, 2016). DSM är ett klassifikationssystem som inriktar sig på att klassificera psykiska sjukdomar, som skapades då det ansågs att det gamla ICD-systemet var bristfälligt. Med åren så har DSM-systemet reviderats, utvecklats och utkommit i nya upplagor. DSM V utkom år 2013 och är den versionen som är mest använd i dagens forskning. Den används ofta som komplement till det officiella systemet ICD-10 och använder sig av ett flertal så kallade axlar för att ställa en diagnos och syftet med dessa axlar är för att ta hänsyn till flera områden i en patients liv. ICD-10 använder sig inte av denna axelbedömning vilket har gjort att DSM blivit mer populärt att använda (Herlofson, 2009 & Isaksson & Luciani, 2006).

## **Självskattningsformulär**

Inom sjukvården används självskattningsformulär för att få en övergripande bild över om en patient har tendenser till depressivitet eller för att se till vilken grad av depression som föreligger. Dessa formulär används också i kvantitativa vetenskapliga studier för att få fram

reliabel statistik. De används då som mätinstrument för att exempelvis kunna mäta hur väl patienterna mår innan och efter en behandling eller för att kunna jämföra hur en grupp patienter blir påverkad av en behandling jämfört med en annan grupp. När det kommer till att mäta depression finns det två vägar att gå. Den första är att mäta patienter som fått en diagnos med hjälp av de tidigare nämnda klassifikationssystemen DSM V och ICD-10. Ett annat alternativ är att låta deltagarna självskatta sig med hjälp av olika typer av självskattningsformulär (Svanborg, 2016). Några utav dessa formulär beskrivs här nedan.

Exempel på vanliga självskattningsformulär är Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) och Becks Depression Inventory (BDI), som alla är utformade på liknande sätt. Patienten eller deltagaren får svara på ett formulär med en mängd frågor som besvarar en grupp förvalda så kallade "items" exempelvis ångest, sömn, oro, irritation, självbild och sexuell lust. De flesta frågor går oftast att besvara med hjälp av en skala som kan vara olika stor beroende på formulär, där ena änden på skalan betyder att frågan stämmer helt och andra änden inte stämmer alls. Beroende på vilket svar på skalan som patienterna eller deltagarna väljer att sätta får dem olika mycket poäng och med hjälp av dessa poäng kan en ungefärlig skattning fås fram över vilken grad av depression som patienten eller deltagaren har (Henry & Crawford, 2005; Montgomery & Åsberg, 1979; Åsberg & Mårtensson, 2009; Psychiatric Times, 2013; Hamilton, 1960 & Socialstyrelsen, 2016).

## Behandling

Det finns flera sätt att behandla depression och de olika behandlingsalternativen bestäms utifrån olika perspektiv. När en patient söker hjälp inom vården är det först och främst viktigt att bemöta personen med empati och förståelse då depression ofta kan förknippas med skam. Detta för att personen lättare ska kunna berätta om sin livssituation, sina känslor och sina upplevelser (Lasalvia et al., 2013 & Läkemedelsverket, 2006). Läkaren och patienten bestämmer tillsammans vilken eller vilka behandlingar som är mest passande då lämpligheten kan skilja sig från person till person samt beroende på depressionstyp och grad. Andra faktorer som kan påverka val av behandling är patientens ålder, kön, tidigare erfarenheter av behandling, patientens suicidrisk och depressionens uppkomst (Åsberg & Mårtensson, 2009). Vid lätt till medelsvår depression rekommenderas kontakt med primärvården, men då suicidrisken är hög vid svår depression rekommenderas istället kontakt med psykiatrisk specialistvård. Som skrivet ovan är val av behandling beroende av svårhetsgrad samt bakomliggande orsak till sjukdomen (Läkemedelsverket, 2006). Vid lindrig form av depression är inte medicinering eller psykoterapi alltid det rätta valet då det kan räcka med att åtgärda orsaken till insjuknandet eller ge psykologiskt stöd från närstående och vården. En lindrig depression ska dock behandlas som om den vore medelsvår till svår om det förekommer suicidtankar eller om patienten tidigare haft en allvarligare depression (Åsberg & Mårtensson, 2009). De vanligaste behandlingsmetoderna är då följande:

- Läkemedel.
- Psykoterapi (ex. kognitiv beteende terapi).
- ECT.
- Ljusbehandling

I de flesta fall är det någon form av antidepressiva läkemedel som används som behandlingsmetod, vilka kan användas självständigt eller i kombination med psykoterapi. Antidepressiva läkemedel fungerar genom att påverka olika signalsystem i hjärnan, exempelvis genom att öka halterna av serotonin och/eller noradrenalinivåerna. Det finns flera typer av psykoterapi och den vanligaste är kognitiv beteendeterapi (KBT), vilken har visat sig vara lika effektiv som läkemedel vid lätt till måttlig depression. Vid svår depression bör dock KBT användas i kombination med läkemedelsbehandling. Andra behandlingsalternativ vid depression kan vara ljusbehandling eller elektrokonvulsiv behandling (ECT). Ljusbehandling har fortfarande inte visat någon tydlig effekt vid vetenskapliga studier, medan ECT används dagligen som komplement vid svår depression (Läkemedelsverket, 2006 & Läkemedelsboken, 2015).

## Mindfulness som behandlingsmetod

MF härstammar från den buddistiska filosofin och går att spåra så långt som 2 500 år tillbaka (Kabat-Zinn, 2005) och kan beskrivas som en form av meditation som går ut på att fokusera och vara närvarande i nuet. Denna medvetna närvaro går att öva upp genom att medvetet fokusera på nuet och träna på att vara närvarande. Tankar och medvetande har en tendens att vara flyktiga, men med MF-träning övas således en förmåga upp att kunna vara och stanna i nuet. Genom att uppmärksamma när tankarna vandrar iväg, och utan att döma, lägga fokus eller värdering på funderingarnas innehåll, medvetet föra dem tillbaka på att återigen fokusera på nuet (Westling, Herlofson & Nilsson, 2009).

Under senare år har meditationstekniken spridit sig över hela världen och även om ursprunget har en religiös karaktär har MF som meditationstyp idag ingen koppling till tro, religion eller ideologi utan kan praktiseras av vem som helst och när som helst (Kabat-Zinn, 2005). Utifrån MF har idag olika meditationsformer utvecklats för olika medicinska ändamål och två av dessa är *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) samt *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT). MBSR utvecklades i USA av Jon Kabat-Zinn med syfte att hjälpa patienter med stressproblematik (Åsberg & Agerberg, 2009). Efter Jon Kabat-Zinns framgång inom MF som behandling mot stress, så har flera forskare fortsatt att utveckla teknikerna. Några av de forskare är Segal, Williams och Teasdale som kombinerade Jon Kabat-Zinns MBSR med kognitiv terapi för att skapa ett program med syfte att förebygga återfall hos människor med depression. Det är denna teknik som kom att kallas MBCT och har i studier visat sig vara en framgångsrik metod för att förhindra recidiv hos patienter med tidigare depressionssjukdom (Westling, Herlofson & Nilsson, 2009).

MF som behandlingsmetod har blivit allt mer uppmärksammat och uppskattat och dess effekter har beforskats allt mer. Studier har utförts för att undersöka huruvida denna meditationsform inte bara kan minska risken för återfall av depression utan också om MF även kan behandla pågående depression, oro och ångest. Forskare har också undersökt om MF kan behandla smärta och obehag vid exempelvis fibromyalgi och kranskärlssjukdom, men även kring dess effekt vid behandling av ADHD, sömnsvårigheter, social fobi och diabetes (Hofman, Sawyer, Witt & Oh, 2010).

Som beskrivet ovan är de två dominerande MF-baserade behandlingsmetoderna MBSR samt MBCT. Den förstnämnda är vanligtvis ett grupprogram som pågår mellan åtta till tio veckor och där antalet deltagare brukar variera mellan tio till 40 i antal. En gång i veckan träffas



gruppen under cirka tre timmar, där olika meditationsövningar går igenom och tränas. Utöver detta får deltagarna i uppgift att meditera 45 minuter själva varje dag, sex dagar per vecka. För utveckling och förbättring i att kunna vara medvetet närvarande och uppmärksam på nuet krävs nämligen regelbunden och systematisk övning (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004).

MBCT är som ovan nämnt en kombination av MBSR och kognitiv beteende terapi. Behandlingsmetoden går ut på att patienter med återkommande depressioner får lära sig att bli medveten om och relatera annorlunda till sina känslor, tankar och kroppsliga reaktioner. På så sätt blir de frigjorda från invanda automatiska tankemönster, med syfte att minska risken att åter drabbas av en depression. Precis som MBSR är MBCT ett grupprogram på cirka åtta veckor med syfte att lära sig MF och meditation men med den skillnaden att det i detta program istället också integreras kognitiva tekniker (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000).

För att en studie ska kunna undersöka deltagares självupplevda nivå av MF så krävs någon form av frågeformulär eller självskattningsskala så som Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) eller Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). FFMQ undersöker fem olika aspekter av medveten närvaro, dessa är nonreactivity to inner experience, observing, describing, acting with awareness och non-judging of inner experience. Från början var dessa fem separata formulär som sedan slagits ihop till ett (Baer et al., 2008).

## **Sjuksköterskans ansvarsområde och kärnkompetens inom omvårdnad**

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har en legitimerad sjuksköterska fyra grundläggande ansvarsområden; främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Denna etiska kod finns till för att guida sjuksköterskor i etiska frågor och för att fungera som ett ramverk. I detta ramverk beskrivs bland annat hur sjuksköterskan vid ny forskning i vårdarbetet ansvarar för att vården sker på ett patientsäkert sätt och med patientens värdighet bevarad. Det står också att sjuksköterskan har ett ansvar för sitt yrkesutövande och för att fortlöpande ta till sig ny kunskap och forskning för att bevara kompetensen (International Council of Nurses, 2012). Att arbeta med ett vetenskapligt förhållningssätt som bidrar till patientsäker vård framhålls även av Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016) och även i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) där det står skrivet att hälso- och sjukvårdspersonal ska utöva yrket utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

I Patientlagen (SFS 2014:821) står det att patienten ska få möjlighet att välja behandling om det finns olika alternativ och patienten har rätt att få information om detta. Enligt Socialstyrelsens rapport (2013) om vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni anges psykiatrin kunna förbättras genom att vårdpersonal ska se till att patienter får tillräcklig information om sitt hälsotillstånd och om den vård och behandling som kan erbjudas, för att kunna hantera sin hälsa. Med detta i åtanke anses det vara viktigt att som sjuksköterska hålla sig uppdaterad kring nya metoder för att kunna förmedla dessa till patienter för att de ska kunna vara delaktiga i sin vård, i beslut vid val av behandlingsmetod samt för att få adekvat information om respektive behandlingsmetod. Det är då av stor vikt att som sjuksköterska arbeta evidensbaserat och enligt Willman (2013) beskrivs det som en av sjuksköterskornas kärnkompetenser. Det har visat sig att det i sjukvården ibland förekommer ett glapp mellan kunskap och hur vården faktiskt bedrivs och detta kan bland annat leda till ineffektivitet och

att vårdens resurser inte alltid används på ett optimalt sätt. Därför är det viktigt att som sjuksköterska ta tillvara på och väga samman patientens önskemål och förutsättningar och väga samman dem med evidensbaserad kunskap för att uppnå en så bra och effektiv omvårdnad som möjligt (Willman, 2013).

Inom omvårdnad kan MF idag användas av sjuksköterskan för att få patienter att bli mer närvarande i nuet. En mer medveten närvaro kan bidra till minskad stressnivå och att patienten kan hantera sin oro på ett bättre sätt. Att som sjuksköterska använda sig av MF-tekniker i vardagen kan bidra till en bättre vård där patienterna känner sig mer lugna och tillfreds. Det kan röra sig om andningsövningar och meditation, men även att vara medvetet närvarande i vardagen. Några exempel är att vid måltidssituationer poängtera för patienter hur maten doftar och hur vackert den är upplagd eller att vid utomhusvistelse uppmuntra till att lyssna på fåglarnas sång (Wiklund Gustin, 2012). Andra tillfällen då sjuksköterskor kan använda sig av komplementära metoder så som MF är vid smärtproblematik. Upplevelsen och känslan av smärta går att minska på flera sätt än med läkemedel. MF är en sådan metod som kan användas för att kunna bemästra eller lindra sin smärta och att som sjuksköterska introducera dessa tekniker till patienter kan bidra till bättre omvårdnad och mindre lidande (Wiklund Gustin, 2015).

## Problemformulering

Som beskrivet i bakgrunden är depression en sjukdom som är vanligt förekommande i Sverige och mörkertalet anses vara stort. Risken att under en livstid få en depression är stor både för män och kvinnor och därför finns det en stor sannolikhet att någon gång i yrkeslivet som sjuksköterska möta denna patientgrupp. I omvårdnad av patienter är det viktigt med delaktighet och evidensbaserad vård och för att patienten ska kunna vara delaktig vid bland annat val av behandling är det viktigt med kunskap, råd och information om vilka olika metoder och behandlingar som det finns evidens för. Med detta i åtanke är det som sjuksköterska viktigt att känna till olika typer av behandlingsformer, även icke-farmakologiska, för att kunna förmedla dessa till patienten som då kan ta ställning till önskad metod. Idag är de vanligaste tillvägagångssätten förskrivning av psykofarmaka, psykoterapi och/eller ECT. En metod som ännu inte implementerats i den svenska sjukvården men vars positiva effekter det forskats allt mer om är MF och syftet med denna litteraturöversikt är således att undersöka om MF som behandlingsmetod kan minska depressiva symtom.

## Syfte

Att undersöka om mindfulness som behandlingsmetod kan minska depressiva symtom.

## Metod

I aktuellt kandidatarbete användes litteraturöversikt som metod, vilket innebär att sammanställa kunskap inom ett forskningsområde genom att göra systematiska sökningar, granska och analysera befintlig vetenskap inom det valda problemområdet (Friberg, 2012). Att använda litteraturöversikt lämpar sig väl för att få en översikt och kartlägga förekommande forskning inom ett avgränsat problemområde varpå denna metod valdes (Segesten, 2012).

## Litteratursökning

För att kunna genomföra en tillförlitlig litteraturöversikt krävs vetenskaplig information. Denna reliabla information hittas vanligen i vetenskapliga artiklar, som finnes i olika typer av granskade forskningsdatabaser. Databaserna som användes i denna litteratursökning var PubMed, Cinahl samt PsycINFO. PubMed valdes då detta är en bred databas med en stor mängd artiklar och som innehåller vetenskaplig forskning inom både medicin och omvårdnad, medan Cinahl är mer inriktat mot omvårdnad varpå denna databas också användes i litteratursökningen. PsycINFO valdes då de inriktar sig mot beteendevetenskap och psykologi vilket ansågs kunna ge artiklar med ytterligare infallsvinklar till det valda syftet (Karlsson, 2012).

Först gjordes en inledande informationssökning, vilket enligt Östlundh (2012) går ut på att skapa en överblick över forskningsområdet och för att skapa en grund. När denna första inledande informationssökning var gjord påbörjades den egentliga informationssökningen, som till skillnad från den föregående är mer anpassad och specifik för valt syfte (Östlundh, 2012). När sökningen gjordes i databasen Cinahl användes sökorden "mindfulness" och "depression" som är godkända söktermer enligt Cinahl Headings, som är databasens egna ämnesordsregister (Karlsson, 2012). Då fler än ett sökord användes, behövdes en boolesk operator däremellan för att göra sökningen mer specifik och därför användes operatoren AND. Begränsningar som användes var "peer reviewed" samt "research article" för att endast få fram artiklar som var vetenskapligt granskade (Östlundh, 2012). I Cinahl framkom 49 träffar varav 13 artiklar visade sig vara relevanta vid läsning av titlarna samt abstrakten. Valda artiklar granskades utifrån inklusions- och exklusionskriterier som beskrivs närmare nedan under rubriken Urval och totalt valdes 6 artiklar ut från Cinahl (se bilaga 2). I denna sökning användes inte någon begränsning gällande årtal då alla 49 träffar innefattade artiklar mellan år 2011 och 2015.

Vid sökningen i PubMed användes svensk MeSH som är ett digitalt vokabulär kopplat till PubMed för att få fram relevanta sökord (Svensk MeSH, 2016). Vid sökningen användes då de godkända termerna "mindfulness" AND "depression" och de begränsningarna som användes var "10 years" och "English". "Research article" och "peer reviewed" användes dock inte då PubMed ej har dessa som alternativ. I detta fall blev träffantalet 132 artiklar vars titlar och abstrakt lästes igenom, av dessa visade sig 40 stycken vara relevanta mot litteraturöversiktens syfte. Efter att ha undersökt de 40 artiklarna noggrannare var det nio stycken som valdes ut utifrån inklusions- och exklusionskriterierna (se bilaga 3).

En sökning gjordes också i databasen PsycINFO som använde sig av en så kallad tesaurus för att få fram rätt ämnesord. I denna ämnesordlista var "mindfulness" AND "depression (Emotion)" relevanta sökord enligt ämnesdatabasen. I sökningen användes begränsningen "Peer Reviewed", "10 years" och "English". Anledningen till att begränsningen english valdes var för att det uppkom ett flertal artiklar som var skrivna på andra språk. Denna sökning gav 38 artiklar vars abstrakt lästes igenom och fem artiklar valdes därefter ut för att granskas noggrannare, dock visade det sig att ingen av dessa fem var relevanta utifrån syftet och därav blev inga artiklar valda från PsycINFO.

## Urval och analys

Vid val av artiklar togs hänsyn till studiernas ålder, så ett exklusionskriterie var att artiklarna inte fick vara publicerade för mer än tio år sedan. Ett inklusionskriterie vid val av studier var vilken typ av MF-behandling som använts, samt längden på interventionen. MF-behandlingarna skulle antingen vara MBCT, MBSR eller ha en likvärdig metod med MF som teoretisk grund och med en interventionstid på åtta veckor. För att bli inkluderad i denna litteraturöversikt krävdes det också att deltagarna hade uppnått en ålder av 17 år, då det i litteratursökningen visade sig att ett flertal av granskade artiklar betraktade denna ålder som vuxen. Alla reviews och metaanalyser exkluderades, samt om studiens metod var av kvalitativ karaktär. Endast artiklar skrivna på engelska, samt var peer-reviewed, granskades och interventionen skulle ha utvärderats med någon form av självskattningsformulär angående depression eller depressiva symtom så som DASS-21, BDI-II, HAM-D etc. som finns närmare beskrivet i bakgrunden. För en sammanställning över samtliga inklusions- och exklusionskriterier, se tabell 1.

**Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterier**

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Genomfört MBSR, MBCT eller relaterat program	Artiklar publicerade för över tio år sedan
Deltagare: 17 år och äldre	Reviews och meta-analyser
Skrivna på engelska	Kvalitativa artiklar
Peer-reviewed	
Skattat deltagarna med ett självskattningsformulär	

De artiklarna som valdes ut i litteratursökningen granskades enligt Friberg (2012)(se bilaga 5) och sammanställdes sedan i en översiktstabell (se bilaga 1). Här framkom att 11 av 15 studier var etiskt godkända och i resterande fyra stod inget skrivet om detta. I analysarbetet lästes samtliga 15 artiklar igenom ytterligare för att hitta likheter och skillnader i metod, syfte och resultat. I litteraturöversikten fanns två typer av studier, randomiserade kontrollstudier (RCT) och okontrollerade studier. RCT innebär att deltagarna randomiserats till antingen en behandlingsgrupp eller en kontrollgrupp för att sedan kunna utvärdera och analysera eventuella skillnader och resultat mellan grupperna. Detta anses vara det mest pålitliga sättet att kontrollera en behandling och dess effekt. I en okontrollerad studie förekommer ej någon kontrollgrupp utan en jämförelse görs endast inom gruppen, vilket gör metoden mindre tillförlitlig än RCT (Billhult och Gunnarsson, 2012).

## Resultat

Av de 15 artiklar som inkluderades i denna litteraturöversikt var 12 stycken RCT-studier och övriga tre okontrollerade studier. Vid sammanställning av resultatet (se tabell 2) visade majoriteten av studierna, 80 procent (12/15), att MF som behandlingsmetod ger signifikant minskning av depressiva symtom. Övriga artiklar fann inga signifikanta skillnader, däremot

rapporterades positiva tendenser på minskning av depressiva symtom i dessa studier. De flesta av studierna hade förutom depression, även andra utfallsvariabler så som ångest, stress, MF, livskvalitet och signifikanta goda effekter framkom också här vid sammanställning av resultatet efter genomfört MF-program. Efter vad som framkommit i artiklarna delades resultatet in i underrubriker och presenteras vidare nedan.

**Tabell 2. Resultatöversikt**

<b>Utfallsvariabel</b>	<b>Antal studier som undersökt utfallsvariabeln</b>	<b>Antal studier med signifikanta skillnader efter ett MF-program</b>	<b>Antal studier med icke signifikanta skillnader efter ett MF-program</b>	<b>Metod (RCT eller okontrollerade studier)</b>
<b>Depression</b>	15	12	3	12 RCT, 3 okontrollerade studier
<b>Ångest</b>	11	9	2	9 RCT, 2 okontrollerade studier
<b>Stress</b>	5	3	2	5 RCT, 0 okontrollerade studier
<b>Självupplevd mindfulness</b>	9	8	1	6 RCT, 3 okontrollerade studier
<b>Livskvalitet</b>	5	4	1	4 RCT, 1 okontrollerade studier

## **Depression**

Totalt fann 12 av 15 studier signifikanta förbättringar av depressiva symtom hos deltagare som genomfört ett MF-program. Av dessa 12 var nio RCT-studier och tre okontrollerade studier. De resterande artiklar som inte fann signifikanta skillnader var RCT-studier.

De nio RCT-studierna vars resultat visade att deltagarna i interventionsgrupperna hade fått en signifikant minskning av depressiva symtom jämfört med kontrollgrupperna var Song & Lindquist (2014), Lo, Ng, Chan, Lam & Lau (2013), Tovote et al. (2014), Hosseinzadeh Asl & Barahmand (2014), Chiesa, Castagner, Andrisano, Serretti, Mandelli, Porcelli & Giommi (2015), Pots, Meulenbeek, Veehof, Klungers & Bohlmeijer (2014), Hou et al. (2014), Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer & Mañas (2014) och Lever Taylor, Strauss, Cavanagh & Jones (2014). De tre okontrollerade studierna hade alla en signifikant minskning av depression vid jämförande mätning före och efter interventionen (Greeson, Smoski,

Suarez, Brantley, Ekblad, Lynch & Wolever, 2015; Fish, Ettridge, Sharpli, Hancock & Knott, 2013 & Serpa, Taylor & Tillisch, 2014).

I studien av Pots et al. (2014) fick även deltagarna som från början randomiserats till kontrollgruppen efter tre månader genomgå MBCT. Vid uppföljning visade det sig att även denna grupp fått signifikant minskning av depressiva symtom.

I RCT-studien av Michalak, Schultze, Heidenreich & Schramm (2015) fick de i interventionsgruppen genomgå ett MBCT-program och kontrollgruppen fick behandling av psykiatriker eller psykoterapeut. I denna studie kunde det inte ses någon signifikant skillnad av depressiva symtom mellan grupperna. Däremot kunde signifikant minskning av depression ses inom de båda grupperna. Ett liknande utfall rapporterades i Bränström, Kvillemo & Tedlie Moskowitz (2012) artikel, där det inte heller framkom några skillnader efter behandling av MBSR jämfört med kontrollgruppen, med skillnaden att i denna studie fick kontrollgruppen ingen behandling. Inte heller Gallegos, Hoerger, Talbot, Moynihan & Duberstein (2013) fann i sin studie att MBSR hade signifikant effekt på depressiva symtom jämfört med kontrollgruppen. Däremot fann forskarna en signifikant korrelation mellan ålder och grad av depression, där en högre ålder och lägre grad av depression vid interventionens början gav bättre förutsättningar för en effekt av MBSR mot depressiva symtom.

I sex av 15 studier fastställdes förutom deltagarnas nivå av depressiva symtom direkt efter interventionsslut, även en uppföljningsmätning för att mäta en eventuell kvarstående effekt av respektive MF-program (se tabell 3). Av dessa sex studier visade fem att deltagarnas minskade depressiva symtom kvarstod vid uppföljningen vilket ger en antydning om att ett genomfört MF-program inte bara ger en effekt direkt efter behandlingen utan också en tid därefter (Fish et al. 2013; Chiesa et al. 2015; Pots et al. 2014; Hou et al. 2014; Lever Taylor et al. 2014 & Gallegos et al. 2013).

**Tabell 3. Översikt över studier med uppföljning av kvarstående effekt efter genomfört MF-program**

Studier med kvarstående effekt	Studier med ej signifikant kvarstående effekt	Genomfört MF-program	Måttillfälle vid uppföljning efter interventionen
Fish et al. (2014)		MBCSM <sup>1)</sup>	3 månader
Chiesa et al. (2015)		MBCT	9 och 18 veckor
Pots et al. (2014)		MBCT	4 månader
Hou et al. (2014)		MBSR	3 månader
Lever Taylor et al. (2014)		MBCT-SH <sup>2)</sup>	10 veckor
	Gallegos et al. (2013)	MBSR	6 månader

<sup>1)</sup> Mindfulness-Based Cancer Stress Management

<sup>2)</sup> Mindfulness-Based Cognitive Therapy self –help

## Ångest

11 av 15 studier undersökte MF effekt på ångest. Av dessa studier fann nio på signifikant förbättring av upplevd ångest efter genomfört MF-program (Song et al. 2014; Lo et al. 2013; Tovote et al., 2014; Fish et al. 2013; Serpa et al. 2014; Pots et al. 2014; Hou et al. 2014; Gallego et al. 2014 & Lever Taylor et al. 2014). Två av dessa artiklar var okontrollerade studier där signifikanta förbättringar sågs inom grupperna och resterande sju var RCT-studier där ångestens minskning var signifikant gentemot kontrollgrupperna.

Noterbart är att i studien av Hou et al. (2014) var reduceringen av ångest endast signifikant mellan grupperna direkt efter behandlingen men vid uppföljning tre månader efter interventionen fanns ingen signifikant skillnad kvar.

I de två studierna som inte påvisade någon signifikant förbättring av upplevd ångest mellan interventions- och kontrollgrupperna, fann ändå forskarna en positiv trend till interventionsgruppens fördel (Bränström et al. 2012 & Chiesa et al. 2015). I studien av Chiesa et al. (2015) fick interventionsgruppen genomgå MBCT medan kontrollgruppens deltagare vid åtta tillfällen träffade en psykolog. Båda grupperna visade signifikanta förbättringar vid jämförelse innan och efter interventionen, men vid mätning mellan grupperna framkom ingen signifikant skillnad. Bränström et al. (2012) genomförde en modifierad version av MBSR på interventionsgruppen och hade en passiv kontrollgrupp. Inte heller här fann forskarna signifikanta skillnader mellan grupperna.

## Stress

Stress var en utfallsvariabel som en tredjedel av samtliga studier belyste. Fynden från dessa fem artiklar visade ett mer tvetydigt resultat än de andra utfallsvariablerna, då tre studier (Song et al. 2014; Gallego et al. 2014 & Lever Taylor et al. 2014) visade på signifikanta skillnader i stressnivå hos interventionsgruppen som genomgått ett MF-program jämfört med deltagarna i kontrollgruppen och två studier som inte visade på sådana skillnader (Bränström et al. 2012 & Hou et al. 2014). Även vid undersökning av stress fann studien av Bränström et al. (2012) precis som vid undersökningen av ångest en positiv trend som bör tas med i åtanke då p-värdet visade på 0.06, när ett önskvärt värde var  $\leq 0.05$  för att kunna uppnå ett signifikant resultat.

## Självupplevd mindfulness

Nio av 15 studier undersökte även utfallsvariabeln om deltagarnas självupplevda känsla av MF förändrats efter genomgången intervention. Av de nio studierna där upplevelsen av MF undersökts visade åtta stycken på en signifikant positiv förbättring efter att ha deltagit i ett MF-program (Song et al. 2014; Greeson et al. 2015; Fish et al. 2013; Serpa et al. 2014; Bränström et al. 2012; Pots et al. 2014; Hou et al. 2014 & Lever Taylor et al. 2014). I studien av Chiesa et al. (2015) som totalt sett inte visade på signifikant förbättring, användes FFMQ för att mäta denna utfallsvariabel. Vid undersökning av de fem aspekterna i FFMQ fann studien dock att i två av de fem aspekterna i frågeformuläret fanns signifikant förbättring efter interventionen mellan grupperna. Studien fann också signifikant förbättring inom den gruppen som genomfört MBCT, vilket inte framkom i kontrollgruppen.

## Livskvalitet

Livskvalitet var en utfallsvariabel som studerades i fem av 15 artiklar. Även här sågs goda förutsättningar för att MF som behandlingsmetod hade en positiv effekt (Fish et al. 2013; Chiesa et al. 2015; Michalack et al. 2015; Hou et al. 2014 & Lever Taylor et al. 2014) Det var enbart studien av Hou et al. (2014) som inte fann en signifikant förbättring, alla resterande visade signifikant positiv påverkan på livskvaliteten hos deltagarna.

## Diskussion

### Metoddiskussion

I detta examensarbete användes litteraturoversikt som metod för att få svar på valt syfte. Litteraturoversikt som metod ansågs vara den mest relevanta för att skapa en bild över forskningsläget gällande hur MF som behandlingsmetod kan minska depressiva symtom, då denna metod riktar in sig på att sammanställa aktuell forskning (Friberg, 2012). En alternativ metod hade kunnat vara att göra en egen randomiserad kvantitativ studie, men på grund av tidsbegränsning var denna metod inte aktuell i det här fallet.

### Urval

Det ansågs under litteratursökningen vara relativt okomplicerat att bestämma val av sökord då syftet var klart formulerat från början. Sökorden som valdes var ”mindfulness” och ”depression” och de båda kändes relevanta då det ena sökordet var behandlingsmetoden som valts att studeras och det andra var syndromet som förväntades att bli påverkat av behandlingen. Då sökningarna i databaserna gav relevanta träffar ansågs inga fler sökord vara nödvändiga, då fler sökord hade kunnat utesluta relevanta artiklar. Sökningen i PubMed kan anses vara aningen för bred då den gav 132 träffar, men som skrivet ovan ansågs det hellre bli en för stor träff än en för snäv, för att minska risken att råka utesluta väsentliga studier. För att försäkra att inga artiklar missades av de 132 träffarna, lästes alla abstracten noggrant igenom av båda författare vid två tillfällen. På så sätt exkluderades också de som inte svarade på syftet, inte följde inklusionskriterierna samt artiklar som var reviews eller meta-analyser.

Enligt Henricsson (2012) stärks ett examensarbets validitet om sökningar har gjorts i ett flertal databaser med omvårdnadsfokus för att hitta så många relevanta artiklar som möjligt. I denna litteraturoversikt har vetenskapliga studier valts ut från två databaser med omvårdnadsfokus. Validiteten anses i detta fall inte lågt men hade ytterligare kunnat stärkas om en till databas adderats. Totalt i denna litteraturstudie användes 15 vetenskapliga artiklar vilket bedömdes vara ett bra och tillräckligt antal. En annan positiv aspekt med dessa artiklar var att 12 var RCT-studier och tre var okontrollerade studier. Enligt Billhult & Gunnarsson (2012) är den föregående metoden den mest pålitliga och då majoriteten av valda artiklar var gjord enligt denna metod anses det styrka det slutgiltiga resultatet och arbetets validitet.

Ett inklusionskriterie som användes vid sökning av artiklar var att ingen skulle vara publicerad för mer än tio år sedan. När alla 15 artiklar slutligen valts visade det sig att ingen studie var gjord tidigare än år 2012 vilket också anses styrka resultatets tillförlitlighet. När det kommer till studiernas spridning geografiskt, hade de utförts i totalt 11 länder och i fyra



världsdelar vilket precis som artiklarnas aktualitet, också anses vara en styrka. Tio av dessa länder är i-länder, vilket kan tänkas stärka generaliserbarheten till den svenska sjukvården.

Deltagarna i alla utvalda artiklar hade gjort någon form av enkät eller självskattningsformulär så som DASS-21, HADS, HAM-D och BDI-II för att skatta sina depressiva symtom. Alla dessa självskattningsformulär har god validitet då de är godkända och mäter det som de är avsedda att mäta (Gunnarsson & Billhult, 2012). Då självskattningsformulären är valida så anses även litteraturöversiktens validitet stärkas. En svaghet kan dock ses när det kommer till reliabiliteten då enkäter och formulär kan vara svårare att få god reliabilitet på jämfört med mer exakta mätinstrument så som temperaturmätare eller blodtrycksmanschett (Gunnarsson & Billhult, 2012).

Ett annat kriterium för att som studie bli inkluderad i litteraturöversikten var att deltagarna genomgått någon form av behandlingsmetod med grund i MBCT eller MBSR för att få en så hög validitet som möjligt. För att i resultatet kunna jämföra studierna och undersöka MF effekt på depressiva symtom, exkluderades därför de studier vars behandlingsmetoder ansågs vara för avvikande från MBCT eller MBSR samt de studier vars interventionstid ansågs vara för kort. I början användes begränsningen ”adults” i databassökningarna vilket innebar att deltagarna i studierna skulle vara över 18 år, den ålder då personer blir myndiga i Sverige. Då ett flertal artiklar undersökte vuxna som personer över 17 år valdes denna begränsning bort för att inte exkludera dessa studier. Istället gjordes en manuell exkludering av de artiklar där deltagarna var under 17 år, för att kunna behålla relevanta artiklar.

## **Analys**

Vid granskning av de vetenskapliga artiklarnas design och kvalitet delades arbetet upp mellan de två författarna till detta examensarbete vilket kan vara en svaghet då det kan ha gjorts på en aning olika sätt. Det är dessutom första gången en sådan granskning har gjorts av båda författarna vilket kan medföra att en viss ovana påverkat resultatet av kvalitetsgranskningen. Dock ska det nämnas att samma mall användes utav båda parterna (Friberg, 2012) och att tillvägagångssättet diskuterades författarna emellan.

Analysen av resultatet gjordes tillsammans och samtliga studier lästes igenom av båda författare ett flertal gånger för att först få en övergripande förståelse och sedan mer ingående för att få en djupare bild. Även jämförelsen och sammanställningen av resultaten gjordes tillsammans för att kunna diskutera skillnader och likheter och för att ha ett gemensamt kritiskt förhållningssätt, vilket anses vara en styrka i litteraturöversikten. Vid sammanställning och jämförelse av resultat användes dessutom en översiktstabell för att skapa en överblickande bild och för att lättare och säkrare kunna analysera och bearbeta det som framkommit i studierna. Detta sammantaget anses vara en styrka i analysarbetet, dels för att författarna gjort analysarbetet tillsammans men också det valda tillvägagångssättet.

Något som underlättade analysarbetet var att samtliga artiklar var av kvantitativ metod samt att de inkluderade studierna undersökt ungefär samma utfallsvariabler så som exempelvis stress och ångest. Detta skapade gynnsamma förutsättningar för att kunna sammanställa resultatet men även för att kunna undersöka om MF är gynnsamt även vid dessa andra symtom.

Vid kvalitetsgranskning av studierna framkom att 11 av 15 artiklar i denna litteraturöversikt var etiskt godkända. I de resterande fyra studierna stod inget skrivet om detta vilket anses vara en svaghet. Dock är alla vetenskapligt granskade vilket kan tänkas väga upp bristen.

## Resultatdiskussion

Majoriteten av studierna i litteraturöversikten fann att MF som behandlingsmetod gav signifikant förbättring av depressiva symtom hos deltagarna, samt att MF gav god effekt i utfallsvariablerna ångest, livskvalitet och självupplevd MF. Med det här resultatet som grund anses MF vara en fungerande behandlingsmetod vid depressiva symtom och ett bra alternativ eller komplettering till dagens behandlingsmetoder. Detta innebär att ett stort antal patienter kan få tillgång till en ny metod som kan hjälpa dem att minska sitt lidande och öka livskvaliteten. Det kan också tänkas att MF skulle kunna komma till användning i syfte att främja hälsa i de sjukdomsfall där depression är vanligt förekommande, exempelvis cancer, för att förhindra och förebygga att depressiva symtom uppkommer. Då studierna fann att MF hade god effekt finns förhoppningar om att MF en dag kan implementeras i vården, när ytterligare studier gjorts kring behandlingens kvarstående positiva effekter. Ett antal studier i litteraturöversikten hade nämligen en uppföljning med i sin undersökning och det visade sig att ett flertal av dessa visade på att effekten av MF-programmet kvarstod under en period men som längst upp till drygt fyra månader. Då det i denna litteraturstudie framkommit att MF som behandling ger positiv påverkan på depressiva symtom på kort sikt och upp till fyra månader hade det i framtiden varit intressant med forskning där effekten undersöks under en längre tid för att se om resultatet håller i sig. Detta framkommer även i en systematisk kunskapsmanställning av Centrum För Evidensbaserad Medicin och Utvärdering av Medicinska Metoder i Örebro Läns Landsting (CAMTÖ, 2010) där de skriver att mer forskning krävs för att kunna undersöka MBCT effekt på längre sikt då flertalet av dagens studier inte undersökt detta.

Denna litteraturöversikts resultat tyder på att MF som behandlingsmetod förbättrar människors depressiva symtom (Song et al. 2014; Lo et al. 2013; Tovote et al. 2014; Hosseinzadeh Asl et al. 2014; Chiesa et al. 2015; Pots et al. 2014; Hou et al. 2014; Gallego et al. 2014; Lever Taylor et al. 2014; Greeson et al. 2015; Fish et al. 2013 & Serpa et al. 2014). Det här positiva resultatet framkom också i en meta-analys av Hofman et al. (2010) som granskat och sammanställt resultatet av studier där MBSR och MBCT:s påverkan på bland annat depression undersökts. Fynden i meta-analysen stödjer att MF som behandlingsmetod förbättrar depressiva symtom och det föreslås i studiens diskussion att MF inte bara kan användas vid psykiska diagnoser utan även till patienter med somatiska sjukdomar där psykisk ohälsa kan förekomma. Det anses alltså att MF är applicerbart inom sjukvården. Hofman et al. (2010) skriver dock att mer forskning och framförallt RCT:er krävs för ytterligare säkerställa MF:s effekt på depressiva symtom. Det anses vara väsentligt med tanke på Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som framhåller att sjukvårdspersonal alltid ska utöva yrket utifrån beprövad erfarenhet och vetenskap och eftersom MF inom sjukvården är ett relativt nytt fenomen kan det tänkas att det krävs tid och mer forskning för att säkerställa att metoden är säker och effektiv för patienter med depressiva symtom, framför allt i ett längre perspektiv. I början bör kanske MF som behandlingsmetod implementeras som ett komplement till andra metoder tills ny forskning bedrivits med evidens för att MF kan fungera självständigt.

När en person lider av en depression förekommer även ofta ångest som ett symptom (Åsberg & Mårtensson, 2009) vilket även finns tidigare beskrivet i bakgrunden. Nio av de 11 studierna som studerat denna utfallsvariabel fann signifikant förbättring hos deltagarna vilket anses vara ett gott resultat som stödjer att MF är en behandlingsmetod som även fungerar vid ångest (Song et al. 2014; Lo et al. 2013; Tovote et al., 2014; Fish et al. 2013; Serpa et al. 2014; Pots et al. 2014; Hou et al. 2014; Gallego et al. 2014 & Lever Taylor et al. 2014). Att MF även förefaller ha positiv effekt på ångestsymtom framkommer också i en systematisk litteraturöversikt av Matvienko-Sikar, Lee, Murphy & Murphy (2016) där de undersökt MF påverkan på välbefinnandet hos gravida kvinnor i åtta studier och där depression och ångest var några av utfallsvariablerna som studerades.

Långvarig och intensiv stress kan vara en riskfaktor för att en depression ska uppkomma, varpå detta tillstånd är sammankopplat till depression (Åsberg & Nygren, 2009). Resultatet gällande denna utfallsvariabel fann ett mer tvetydigt svar när det kommer till förbättring av deltagarnas upplevda stress då studierna av Bränström et al. (2012) och Hou et al. (2014) inte fann signifikanta förbättringar, till skillnad från Song et al. (2014), Gallego et al. (2014) och Lever Taylor et al. (2014) som visade på signifikant bättre tillstånd i stressnivå hos interventionsgrupperna. Det här tvetydiga resultatet kan anses vara överraskande och förunderligt då studierna av Bränström et al. (2012) och Hou et al. (2014) (som ej fann signifikans) i sin intervention lät deltagarna genomgå MBSR som från början är utvecklat för att vara just stressreducerande (Kabat-Zinn, 2003).

Även livskvalitet var en utfallsvariabel som undersöktes och som hos deltagarna förbättrades efter genomfört MF-program. Detta är ett resultat som även kan ses i meta-analysen av Gotink, Chu, Busschbach, Benson, Fricchione & Hunink (2015) som undersökte 23 artiklar med RCT som metod och hur MBCT och MBSR påverkade olika symptom, där livskvalitet var ett av dem. Det kan därför anses att om MF kan ge en positiv påverkan på livskvaliteten så kan det ökande välbefinnandet bidra till minskade depressiva symptom, vilket kan tänkas bidra till en positiv spiral i tillfrisknandet.

Det kan tänkas logiskt att upplevd närvaro i nuet, det vill säga MF, ökar efter ett genomfört MF-program, vilket litteraturöversiktens resultat konstaterade genom att åtta av nio studier fann signifikant förbättring i utfallsvariabeln. MBCT och MBSR är båda program som är baserade på sessioner i grupp där deltagarna får lära sig MF och meditationsövningar (Westling, Herlofson & Nilsson, 2009). Det skulle kunna tänkas att det inte är själva MF-utbildningen som leder till förbättrade depressiva symptom utan att det är gemenskapen eller deltagandet i sig. Det som dock är intressant, som ovan nämnt, är att åtta av nio studier fann att deltagarna upplevde en ökad MF efter interventionerna vilket skulle kunna tyda på att det faktiskt är MF som är den bidragande orsaken till deltagarnas förbättring i depressiva symptom. Hade ingen av de nio studierna visat på signifikant ökning av MF hade det kunnat tänkas att någon annan orsak eller faktor legat bakom deltagarnas förbättring, så som att få träffa en grupp människor i samma situation och samtala. Förutom studien av Chiesa et al. (2015) som inte fann signifikant förbättring av upplevd MF var det dock endast en artikel som i resultatet fann att deltagarna fått förbättrad MF utan att få minskade depressiva symptom (Bränström et al. 2012) vilket skulle kunna stödja denna teori om att det faktiskt är MF som är den fungerande faktorn. Det stärks också av det faktum att i studien av Lever Taylor et al. (2014) fick deltagarna genomgå ett individuellt MF-program utan att träffa andra

medverkande i studien. Resultatet fann trots detta en signifikant ökning av MF och en signifikant förbättring av depressiva symtom vilket också skulle kunna stärka det antagandet.

Att MF även gynnsamt påverkar andra symtom som är korrelerande till depression, så som ångest, anses vara en positiv fördel. Då det är vanligt att flera symtom förekommer vid depression och då ofta flera läkemedel behöver användas på grund av det (Nordin, Dahl, Mårtensson, 2009) kan det tänkas att det är fördelaktigare med MF som behandlingsmetod då det skulle kunna ersätta eller komplettera läkemedelsbehandlingen genom att minska antalet läkemedel eller doserna. Det här skulle då i sin tur kunna minska biverkningar, kostnader och dessutom bidra till en bättre miljö. Det anses alltså vara relevant att satsa på en behandling mot depression som kan ge samma effekt som medicinering fast utan höga kostnader och bieffekter och som kan bidra till ökad livskvalitet.

Om MF i framtiden implementeras i vården som behandlingsform kan det tänkas att MF inte bara behövs under åtta veckor utan möjligtvis att behandlingen behöver bli en del av det dagliga livet hos patienterna för att de positiva effekterna ska kvarstå och underhållas. Idag kan sjuksköterskor förskriva fysisk aktivitet på recept, så kallad FaR, vilket innebär att patienten och sjuksköterskan tillsammans kommer överens om vilken fysisk aktivitet som ska utföras och hur ofta beroende på aktuell diagnos och intresse. Simning, styrketräning eller promenad är exempel på aktiviteter som kan förskrivas för att behandla högt blodtryck, depression eller diabetes (Folkhälsomyndigheten, 2016). Precis som att FaR idag kan skrivas ut av sjuksköterskor vid olika sjukdomstillstånd skulle det kunna tänkas att även MF på recept i framtiden skulle kunna skrivas ut på liknande sätt mot depression eller vid depressiva symtom.

Det kan ses som en styrka i resultatet att ingen artikel i litteraturöversikten är gjord innan år 2012. Det innebär att artiklarna fortfarande är aktuella idag och att resultatet i studierna går att implementera i dagens befolkning. Hade artiklarna istället varit mycket äldre så hade det varit svårt att förespråka MF som behandlingsmetod då metoden inte hade varit lika aktuell idag.

En svaghet i de utvalda studierna, som kan ha påverkat resultatet, är det faktum att deltagarna inte varit blindade inför interventionerna. Att deltagarna i förväg vetat om att de ska få genomgå ett MF-behandlingsprogram, kan ha påverkat deras upplevelse av förbättringen av deras symtom genom så kallad förväntningseffekt. Det här dilemmat diskuteras även i en systematisk översiktsgranskning av Statens Beredning För Medicinsk och Social Utvärdering (SBU, 2015) där de skriver att deltagarna i studierna de granskat också vetat om vilken behandling de fått och att de dessutom mäter resultaten med subjektiva mätinstrument, vilket på liknande sätt gjorts i studierna i denna litteraturöversikt. Att blinda deltagare i interventioner som denna är ett dilemma som är svårt att undkomma tillskillnad från RCT-studier som exempelvis undersöker effekter på läkemedel med hjälp av placebotabletter.

När det kommer till könsfördelning i studierna är den en aning ojämn. I de flesta fall är deltagarna i majoritet kvinnor vilket kan vara en begränsning när det kommer till generaliserbarhet. I tre av studierna är dock deltagarna i majoritet män och i dessa visar resultatet ändå på signifikant förbättring av depressiva symtom vilket kan tyda på att MF som behandlingsmetod även är generaliserbar till män (Tovote et al. 2014; Hosseinzadeh Asl et al. 2014 & Serpa et al. 2014). Som beskrivet i bakgrunden finns dock en könsskillnad när det kommer till depression, då antalet insjuknade är en och en halv till tre gånger vanligare hos

kvinnor än hos män (Folkhälsomyndigheten, 2009) vilket skulle kunna vara en förklaring till varför de undersökta i studierna i majoritet är kvinnor.

## Klinisk implikation för omvårdnad

Med sjukdomens stora spridning i åtanke och då ett stort mörkertal föreligger (Läkemedelsverket, 2006) finns en stor sannolikhet att i yrkeslivet komma att stöta på patienter med depressiva symtom, oavsett arbetsområde och avdelning. Därför anses det vara relevant att som sjuksköterska känna till sjukdomen och dess olika behandlingsformer. Enligt Willman (2013) ska en sjuksköterska arbeta evidensbaserat och det är en av kärnkompetenserna i yrket. Det har dock visats sig att det ibland förekommer ett glapp mellan den kunskap som finns och hur sjukvården och omvårdnaden faktiskt utövas i praktiken. Idag är farmakologi, psykoterapi och ECT de vanligaste behandlingsformerna men det kan tänkas att det är metoder som inte är passande för alla patienter med tanke på biverkningar och så vidare. Om det i framtiden efter mer forskning visar sig finnas stark evidens för att MF förbättrar depressiva symtom, vilket denna litteraturöversikt resultat antyder, anses det vara viktigt att som sjuksköterska ha kännedom om den här typen av metod för att kunna informera och rådgöra med patienter vars depression kanske inte blivit bättre av ovan nämnda behandlingar eller önskar att få ett annat alternativ. Som beskrivet i bakgrunden säger Patientlagen (SFS 2014:821) att det vid olika behandlingsalternativ ska finnas en rätt till eget val. Som det framhålls i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor är det därför viktigt att fortlöpande under yrkeslivet ta till sig forskning för att bevara kompetensen (International Council of Nurses, 2012) för att kunna informera och stödja patienten vid frågor och funderingar vid val av behandling.

Som sjuksköterska är det viktigt att främja hälsa och minska lidande hos patienter vilket MF visat sig göra genom att förbättra människors depression och ångest samt ökat livskvaliteten. Då de här goda effekterna har visat sig, anses MF kunna implementeras i vården vilket kan göras på flera olika sätt. Bland annat genom att uppmuntra och stödja patienterna med hjälp av MF-tekniker som får patienten att bli mer närvarande i nuet. Exempel kan vara genom att använda sig av andningsövningar, meditation eller genom att uppmärksamma nuet i omgivningen. Som tidigare nämnt skulle MF kunna skrivas ut på samma sätt som FaR idag kan förskrivas av sjuksköterskor och kanske att legitimerade sjuksköterskor i framtiden även skulle kunna vidareutbilda sig eller gå kurser inom MF för att kunna hålla egna MF-grupper eller ta emot patienter på en MF-mottagning. Ett annat alternativ är att redan under sjuksköterskeprogrammet låta studenter utbilda sig inom ämnet för att ha kunskap om det inför arbetslivet.

Som tidigare nämnt fungerar MF på symtom så som depression och ångest vilket kan uppkomma hos personer som är stressade. Det finns en del yrken som har extra fallenhet att drabbas av den här stressen, ett av dem är sjuksköterskeyrket. Det anses då vara en god idé att införa MF inte bara hos patienter, utan även för sjuksköterskorna själva. Detta är något som undersökts i litteraturöversikten av Smith (2014). De har granskat 13 studier som undersökt hur ett MBSR-program påverkat sjuksköterskor och i översikten kommer de fram till att MF kan vara nyckeln till att få minskade symtom, så som minskad stress, ångest, utbrändhet och få ökad fokus, bättre humör och empati. Att införa MF inom sjukvården hade därför kunnat medföra mindre stressade sjuksköterskor som i sin tur kunnat ge bättre vård, samt att de sjuksköterskor som föreslår MF till sina patienter kan tala från egen erfarenhet till patienterna.

## Slutsats

Den här litteraturöversikten har undersökt MF påverkan på depressiva symtom genom att sammanställa resultat från 15 studier där deltagare fått lära sig MF och fått utföra meditationsövningar i en period på åtta till nio veckor. Resultatet visade förbättrade depressiva symtom i majoritet av fallen. Det anses att mer forskning behöver göras, för att ytterligare säkerställa att MF som behandlingsmetod är effektiv mot depressiva symtom och för att ta reda på om effekten kan kvarstå efter en längre period. När detta har säkerställts anses det att MF sedan kan införas i vården som behandlingsmetod. Det föreslås flera tillvägagångssätt för att implementera MF i sjukvården och alternativ kan vara att utbilda sjuksköterskor inom ämnet, för rådgivning och information. Det kan också tänkas att sjuksköterskan skulle kunna förskriva MF-övningar så som FaR idag kan förskrivas till patienter eller att de kan hålla i egna MF-grupper eller arbeta på en MF-mottagning. Generellt anses det vara av relevans att hålla sig uppdaterad kring nya behandlingar då forskning hela tiden går framåt och att ta till sig av den evidens som framkommer för att vården ska kunna bedrivas effektivt, säkert och för att möjliggöra hälsa och lindra lidande.

## Referenslista

- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S... Williams, J.M. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003.
- Billhult, A & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Bränström, R., Kvillemo, P., & Tedlie Moskowitz, J. (2012). A Randomized Study of the Effects of Mindfulness Training on Psychological Well-being and Symptoms of Stress in Patients Treated for Cancer at 6-month Follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(19), 535–542. doi:10.1007/s12529-011-9192-3
- CAMTÖ. (2010). *Utvärdering av effekten av mindfulness-baserade terapier vid stress, depression och ångest*. Örebro: CAMTÖ
- Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Research* 226(2-3), 474-483. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.003
- Fish, J.A., Ettridge, K., Sharplin, G.R., Hancock, B., & Knott, V.E. (2013). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European Journal of Cancer Care* 23(3), 413-421. doi: 10.1111/ecc.12136
- Folkhälsomyndigheten. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtad 2016-11-14, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/far/>
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J.M., Cangas, A.J., Langer, Á.I., & Mañas, I. (2014). Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *Spanish Journal of Psychology*, 17(E109), 1-6. doi: 10.1017/sjp.2014.102.
- Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A., & Duberstein, P. R. (2013). Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: the moderating roles of age and depressive symptom severity. *Aging & mental health*, 17(7), 823-829. doi: 10.1080/13607863.2013.799118

- Gotink, R.A., Chu, P., Busschbach, J.J., Benson, H., Fricchione, G.L., & Hunink, M.G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*, *10*(4). doi: 10.1371/journal.pone.0124344
- Greeson, J.M., Smoski, M.J., Suarez, E.C., Brantley, J.G., Ekblad, A.G., Lynch, T.R., & Wolever, R.Q. (2015). Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex, and age. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *21*(3), 166-174. doi: 10.1089/act.2015.29008.sh
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 35–43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Gunnarsson, R & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.152-160). Lund: Studentlitteratur.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, *1960*(23), 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Henry, J. & Crawford, J. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal Of Clinical Psychology*, *44*(2), 227-239. doi:10.1348/014466505X29657
- Herlofson, J. (2009). Psykiatrisk klassifikation och diagnostik. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s.117-124). Lund: Studentlitteratur AB.
- Herlofson, J. (2016) Den diagnostiska processen och dokumentation. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s.139-175). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *78*(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Hosseinzadeh Asl, N., & Barahmand, U. (2014). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Co-Morbid Depression in Drug-Dependent Males. *Archives of Psychiatric Nursing* *28*(5), 314-318. doi: 10.1016/j.apnu.2014.05.003
- Hou, R.J., Wong, S.Y., Yip, B.H., Hung, A.T., Lo, H.H., Chan, P.H., ...Ma SH. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 45-53. doi: 10.1159/000353278



- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses
- Isaksson, K., & Luciani, L. (2006). *PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Växjö: Svenska Psykiatriska Föreningen och Förlagshuset Gothia AB.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Dell Publishing
- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., & Wahlbeck, K. et al. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 381(9860), 55-62. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61379-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61379-8)
- Lever Taylor, B., Strauss, C., Cavanagh, K., & Jones, F. (2014). The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: a randomised controlled trial. *Behaviour. Research and therapy*, 63, 63-99. doi: 10.1016/j.brat.2014.09.007.
- Lo, H.H.M., Ng, S.M., Chan, C.L.W., Lam, K.F., & Lau, B.H.P. (2013). The Chinese medicine construct “stagnation” in mind-body connection mediates the effects of mindfulness training on depression and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 348-357. doi: 10.1016/j.ctim.2013.05.008
- Läkemedelsverket. (2006). *Läkemedelsbehandling mot depression hos vuxna och äldre*. Hämtad 2016-10-17, från <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Depression-hos-vuxna-och-aldre/>
- Läkemedelsboken. (2015). *Förstämningssyndrom*. Hämtad den 2016-10-14, från [http://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/forstamningssyndrom.html?id=s3\\_2#s3\\_2](http://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/forstamningssyndrom.html?id=s3_2#s3_2)
- Mattisson, C., Bogren, M., Nettelblatt, P., Munk-Jørgensen, P., & Bhugra D. (2005). First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 151-160. doi:10.1016/j.jad.2005.04.002

- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health, 31*(12), 1415-1434. doi: 10.1080/08870446.2016.1220557
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 83*(5), 951-963. doi: 10.1037/ccp0000042
- Montgomery, S. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal Of Psychiatry, 134*(4), 382-389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382
- Mårtensson, B & Åsberg, M. (2016). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s.299-339). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nordin, C., Dahl, M-L & Mårtensson, B. (2009). Farmakologisk behandling vid depression. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s.508-516). Lund: Studentlitteratur
- Pots, W.T.M., Meulenbeek, P.A.M., Veehof, M.M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E.T. (2014). The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Public Mental Health Intervention for Adults with Mild to Moderate Depressive Symptomatology: A Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE, 10*(9), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0109789
- Psychiatric Times. (2013). *HAM-D Hamilton Depression Rating Scale*. Hämtad 2016-10-19, från <http://www.psychiatrictimes.com/clinical-scales-depression/clinical-scales-depression/ham-d-hamilton-depression-rating-scale>
- SBU. (2015). *SBU kommenterar: Mindfulness kan ge viss lindring vid hälsoproblem*. Hämtad 2016-11-10, från <http://www.sbu.se/vop201508>
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.97-100). Lund: Studentlitteratur.
- Serpa, J.G., Taylor, S.L., Tillisch, K. (2014). Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Reduces Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Veterans. *Medical Care, 52*(12), 19-24. doi: 10.1097/MLR.0000000000000202.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal Of Nursing Knowledge, 25*(2), 119-130. doi:10.1111/2047-3095.12025

- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *BDI (Becks Depression Inventory)*. Hämtad 2016-10-19, från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/bdi>
- Socialstyrelsen. (2016). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*. Hämtad 2016-10-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20199/2016-5-17.pdf>
- Song, Y., & Lindquist, R. (2014). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86-90. doi: 10.1016/j.nedt.2014.06.010
- Svanborg, P. (2016). Psykiatrisk skattning. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s.177-185). Lund: Studentlitteratur.
- Svensk MeSH. (2016). *Om webbplatsen*. Hämtad 2016-10-12, från <https://mesh.kib.ki.se/info/om-webbplatsen>
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623. doi:10.1037//0022-006X.68.4.615.
- The world health report: report of the Director-General. 2002, Reducing risks, promoting healthy life*. (2002). Geneva: World Health Organization
- Tovote, K.A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A.C., Emmelkamp, P.M., Sanderman, R., ... Schroevers, M.J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427-2434. doi: 10.2337/dc13-2918
- Westling, B.E., Herlofson, J & Nilsson, Å. (2009). Kognitiva och beteendearbetade terapier. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 553-565). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet: om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur
- Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur

- Willman, A. (2013). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.193-200). Stockholm: Liber
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- World Health Organization (2016). *Depression*. Hämtad den 2016-10-11, från [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/)
- Åsberg, M & Agerberg, M. (2009). Psykiatrins historia. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 31-42). Lund: Studentlitteratur.
- Åsberg, M & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s. 305-334). Lund: Studentlitteratur AB.
- Åsberg, M & Nygren, Å. (2009). Utmattningsyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (s.461-468). Lund: Studentlitteratur AB.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur

## Bilaga 1: Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité enligt Friberg (2012)
<p>1. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students.</p> <p>Song et al. (2014)</p> <p>Nurse Education Today</p> <p>South Korea</p>	<p>Att undersöka om MBSR är effektivt som behandling för att minska depression, ångest och stress samt för att öka mindfulness hos Koreanska sjuksköterskestudenter .</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>RCT</p> <p>n=50 (44*)</p> <p>Intervention: Åtta veckor av MBSR-gruppövningar samt övningar i hemmet.</p>	<p><b>Primärt:</b> Signifikant skillnad i minskning gällande depression i MBSR-gruppen jämfört med kontrollgruppen.</p> <p><b>Sekundärt:</b> Signifikant skillnad även i minskning av ångest och stress jämfört med kontrollgruppen.</p>	Medel
<p>2. Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: Potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex and age.</p> <p>Greeson et al. (2015).</p> <p>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka om individuella skillnader inom religion, andlighet, motivation inom spirituellt utveckling, mindfulness, kön och ålder påverkar effekten av MBSR</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>Okontrollerad studie</p> <p>n=322 (213*)</p> <p>Intervention: Åtta veckor MBSR program.</p>	<p><b>Primärt:</b> Signifikant minskning i depressiva symtom hos deltagarna.</p>	Medel
<p>3. The Chinese medicine construct "stagnation" in mind-body connection mediates the effects of mindfulness training on depression and anxiety</p> <p>Lo et al. (2013)</p> <p>Complementary Therapies in Medicine</p> <p>China</p>	<p>Att undersöka om mindfulness kan påverka depression och ångest.</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>RCT</p> <p>n=82(54*)</p> <p>Intervention: Åtta veckor av C-MT i grupp samt meditation individuellt</p>	<p><b>Primärt:</b> Signifikant minskning i depressiva symtom</p> <p><b>Sekundärt:</b> Signifikant minskning i ångest och förbättring av fysisk och mental hälsa.</p>	Medel
<p>4. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial.</p> <p>Tovote et al. (2014)</p>	<p>Att undersöka MBCT och KBT som behandlingsmetod mot depressiva symtom hos patienter med diabetes jämfört med en kontrollgrupp</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>RCT</p> <p>n=94</p> <p>Intervention: Åtta veckor av individuell M BCT eller CBT samt individuell</p>	<p><b>Primärt:</b> Både behandling med MBCT och KBT visade signifikanta förbättringar i depressiva symtom jämfört med kontrollgruppen. Skillnad i effekt mellan dessa grupperna hittades dock inte.</p>	Hög

Diabetes Care Netherlands		meditation hemma.	<b>Sekundärt:</b> Både MBCT och KBT visade på signifikanta förbättringar av ångest och diabetesrelaterad stress jämfört med kontrollgruppen. Även ökad livskvalitet visade sig i båda grupperna.	
5. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Co-Morbid Depression in Drug-Dependent Males. Hosseinzadeh Asl et al. (2014) Archives of Psychiatric Nursing Turkey	Att undersöka om MBCT som behandlingsmetod kan minska depressiva symtom hos narkotikaberoende män.	Kvantitativ metod RCT n= 35(33*) Intervention: Åtta veckors MBCT samt individuella övningar i hemmet.	<b>Primärt:</b> Signifikant minskning i depressiva symtom i MBCT-gruppen.	Hög
6. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. Fish et al. (2013) European Journal of Cancer Care Australia	Att utvärdera MBCSM:s inverkan på depression, ångest och stress hos patienter med cancer.	Kvantitativ metod Okontrollerad studie n=47(26*) Intervention: Åtta veckors MBCSM program samt individuella övningar i hemmet.	<b>Primärt:</b> Signifikant minskning av depressiva symtom hos deltagarna. <b>Sekundärt:</b> Signifikant minskning av ångest, men också signifikant ökning av mindfulness och livskvalitet.	Medel
7. Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment Chiesa et al. (2015) Psychiatry Research Italy	Att jämföra effekten av MBCT med en psykopedagogisk kontrollgrupp för att behandla patienter med depression.	Kvantitativ metod RCT n=50(43*) Intervention: Åtta veckors MBCT program samt individuella övningar i hemmet eller åtta veckor av psykopedagogiskt program.	<b>Primärt:</b> Signifikant förbättring av depressiva symtom både på kort och lång sikt jämfört med kontrollgruppen. <b>Sekundärt:</b> Signifikant minskning av ångest i båda grupperna men skillnad jämfört med de olika behandlingsmetoderna. Signifikant förbättring i livskvalitet i MBCT-gruppen jämfört med kontrollgruppen.	Hög
8. Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Reduces Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Veterans	Att undersöka om MBSR kan minska ångest, depression och självmordstankar hos krigsveteraner.	Kvantitativ metod Okontrollerad studie n=79(77*)	<b>Primärt:</b> Signifikant minskning av depressiva symtom. <b>Sekundärt:</b>	Medel

Serpa et al. (2014) Medical Care USA		Intervention: Nio veckors MBSR program samt individuella övningar i hemmet.	Signifikant minskning av ångest och förbättring av den generella mentala hälsan.	
9. A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed Patients  Michalack et al. (2015)  Journal of Consulting and Clinical Psychology  Germany	Att undersöka effekten av MBCT tillsammans med TAU eller CBASP tillsammans med TAU jämfört med endast TAU hos patienter med kronisk depression.	Kvantitativ metod RCT n=106(86*)  Intervention: Åtta veckors MBCT program med individuella övningar i hemmet eller åtta veckors CBASP program.	<b>Primärt:</b> ”Treatment as usual” (TAU) och MBCT visade båda signifikant minskning i depressiva symtom. Men MBCT visade sig inte ge signifikant <i>bättre</i> effekt än TAU. CBASP visade dock en signifikant bättre effekt än TAU.  <b>Sekundärt:</b> Både MBCT och CBASP visade på små till medel förbättringar gällande social funktion och livskvalitet.	Medel
10. A Randomized Study of the Effects of Mindfulness Training on Psychological Well-being and Symptoms of Stress in Patients Treated for Cancer at 6-month Follow-up  Bränström et al. (2012)  International Society of Behavioral Medicine  Sweden	Att undersöka effekten av ett modifierat MBSR-program hos patienter med cancer	Kvantitativ metod RCT n=71(58*)  Intervention: Modifierat MBSR-program i åtta veckor.	<b>Primärt:</b> Inga signifikanta skillnader i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.  <b>Sekundärt:</b> Signifikant skillnad i mindfulness jämfört med kontrollgruppen.	Medel
11. The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Public Mental Health Intervention for Adults with Mild to Moderate Depressive Symptomatology: A Randomized Controlled Trial  Pots et al. (2014)  PLOS ONE  USA	Att utvärdera MBCT som behandling för vuxna med mild till medelsvåra depressiva symtom.	Kvantitativ metod RCT n= 151(139*)  Intervention: Åtta veckors MBCT-program samt individuella övningar i hemmet.	<b>Primärt:</b> Signifikant minskning i depressiva symtom ( $p=0,001$ ). Även kontrollgruppen fick genomgå MBCT och även de fick signifikant minskning gällande depressiva symtom. Interventionsgruppen bibehöll minskade symtom vid follow-up.  <b>Sekundärt:</b> Signifikant minskning i ångest och ökat välmående.	Hög
12. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized	Att undersöka MBSR:s effekt på den mentala hälsan hos anhöriga till patienter	Kvantitativ metod RCT	<b>Primärt:</b> Signifikant skillnad i depressiva symtom i interventionsgruppen	Medel

controlled trial. Hou et al. (2014) Psychotherapy and Psychosomatics China	med kronisk sjukdom	n=141(113*) Intervention: Åtta veckors MBSR-program samt individuella övningar i hemmet.	jämfört medkontrollgruppen direkt efter interventionen.	
13. Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. Gallego et al. (2014) Spanish Journal of Psychology Spain	Att undersöka hur MBCT påverkar stress, ångest och depression hos universitetsstudenter	Kvantitativ metod RCT n= 125 Intervention: En grupp fick genomgå ett åtta veckors MBCT-program med individuella övningar i hemmet och grupp två fick genomgå ett åtta veckors träningsprogram med övningar i hemmet.	<b>Primärt:</b> Signifikant minskning av depressiva symtom i MBCT-gruppen jämfört med kontrollgruppen. <b>Sekundärt:</b> Signifikant minskning av ångest och stress i MBCT-gruppen jämfört med kontrollgruppen.	Hög
14. The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: A randomized controlled trial Lever Taylor et al. (2014) Behavior Research and Therapy United Kingdom	Att undersöka MBCT-SH:s effekt på studenters depression, stress och ångest.	Kvantitativ metod RCT n= 80(76*) Intervention: Individuell läsning, övning och meditation (ekvivalent med MBCT-kurs) i hemmet med hjälp av litteratur och CD.	<b>Primärt:</b> Signifikant minskning i depression i MBCT-SH-gruppen jämfört med kontrollgruppen. <b>Sekundärt:</b> Signifikant skillnad jämfört med kontrollgruppen i minskning av ångest och stress samt ökning av mindfulness och livskvalitet.	Hög
15. Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: the moderating roles of age and depressive symptoms severity Gallegos et al. (2013) Aging & Mental Health USA	Att undersöka om det finns ett samband mellan ålder, grad av depressiva symtom och eventuella effekter av ett MBSR-program hos äldre.	Kvantitativ metod RCT n= 100 Intervention: Åtta veckors MBSR-program.	<b>Primärt:</b> Undersökningen kommer fram till att MBSR-programmet ger bäst effekt hos äldre över 70 år och som haft milda depressiva symtom vid interventionens början.	Hög

n = Antal deltagare i studien

\* = Antal deltagare efter bortfall.



## Bilaga 2: Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
161007	(MH "mindfulness") AND (MH "depression")	Peer reviewed Research Article	49	13	13	6

## Bilaga 3: Söktabell PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
161007	("mindfulness"[MeSH Terms] AND "depression"[MeSH Terms])	10 years  English	132	40	40	9

## Bilaga 4: Söktabell PsycINFO

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
161010	SU.EXACT("Depression (Emotion)") AND SU.EXACT("Mindfulness" )	Peer reviewed  English  10 years	38	5	5	0

## Bilaga 5: Granskningsmall enligt Friberg (2012)

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur har urvalet gjorts?
7. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder? Var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras i så fall metoden? T.ex. vad gäller generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?