



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Filosofie kandidatexamen

**Betydelsen av fysisk aktivitet för att lindra depressiva besvär hos ungdomar**

En litteraturöversikt

---

**The importance of physical activity to relieve depressive symptoms in adolescents**

**A Literature Review**

Författare: Lina Andersson och Madeleine Tallberg

Handledare: Fatumo Osman

Examinator: Jan Florin

Granskare: Ingrid From

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Poäng: 15 högskolepoäng

Betygsdatum: 130115

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
Sweden  
Tel 023-77 80 00

## Sammanfattning

**Syfte:** Att utifrån litteratur belysa betydelsen av fysisk aktivitet för att lindra depressiva besvär hos ungdomar. **Design:** Studien har utförts som en litteraturöversikt. **Metod:** Litteratur som publicerats mellan 2001-2012 söktes fram i databaserna PsycINFO och CINAHL.

Sammanlagt 14 vetenskapliga artiklar har granskats och använts i litteraturöversikten.

**Resultat:** Fysisk aktivitet har visat sig ha en positiv effekt på depression hos ungdomar.

Fysisk aktivitet visade på en dämpande effekt på depressiva symtom, och påvisade att viktiga effekter av fysisk aktivitet ger en lindring av depressiva symtom. Skillnader mellan yngre tonåringar och äldre tonåringar är att de yngre tenderar att ha högre deltagande i fysisk

aktivitet gentemot de äldre, varav mängden fysisk aktivitet minskar från de tidiga tonåren till de äldre. Familjefaktorer har ett starkt samband med fysisk aktivitet. Ungdomar som har en

god relation med sina föräldrar har också ett större deltagande i olika fysiska aktiviteter. Flickor löper större risk än pojkar att drabbas av depression. Förebyggande strategier

avseende fysisk aktivitet kan vara framgångsrika, och det är viktigt att ha fokus på ungdomar med en historia av psykisk ohälsa och hälsoriskbeteenden för att minska risken för fortsatt

utveckling av psykiska problem. **Slutsats:** Depression hos ungdomar skapar en sämre livskvalitet. Fysisk aktivitet är en viktig del av välmåendet och bör framhävas i relation till

psykisk ohälsa hos unga. Att uppmärksamma flickors tendenser till ett sämre mående är en viktig del i omvårdnadsarbetet. Det är viktigt att som sjuksköterska ha vetskap om sambandet

mellan fysisk aktivitet och depressiva symtom för att kunna arbeta preventivt och applicera kunskapen i det dagliga arbetslivet och i möten med ungdomar.

**Nyckelord:** *Depression, Fysisk aktivitet, Hälsa, Ungdomar*

**Keywords:** *Adolescence, Depression, Health, Physical activity*

## Innehåll

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Introduktion .....   | 1  |
| 1:1   | Bakgrund .....   | 1  |
| 1:1:1 | Hälsa .....  | 1  |
| 1:1:2 | Depression .....   | 2  |
| 1:1:3 | Fysisk aktivitet .....   | 3  |
| 1:1:4 | Sociala faktorer .....   | 4  |
| 1:1:5 | Sjuksköterskans omvårdande roll.....   | 4  |
| 1:2   | Problemformulering .....   | 5  |
| 1:3   | Syfte .....  | 6  |
| 1:4   | Frågeställning.....  | 6  |
| 1:5   | Definition av centrala begrepp.....  | 6  |
| 2     | Metod .....  | 6  |
| 2:1   | Design .....   | 6  |
| 2:2   | Urval av litteratur .....  | 6  |
| 2:2:1 | Inklusions- och exklusionskriterier.....   | 7  |
| 2:3   | Värdering av artiklarnas kvalitet .....  | 7  |
| 2:4   | Tillvägagångssätt .....  | 7  |
| 2:5   | Analys .....   | 8  |
| 2:6   | Forskningsetiska aspekter.....   | 8  |
| 3     | Resultat.....  | 9  |
| 3:1   | Positiva effekter mellan depression och fysisk aktivitet .....                   | 11 |
| 3:2   | Olika samband mellan depression och fysisk aktivitet.....                        | 13 |
| 3:3   | Sociala faktorer har betydelse för fysisk aktivitet och lindring av depression . | 13 |
| 3:4   | Skillnader mellan kön vid fysisk aktivitet och depression hos ungdomar.....      | 14 |
| 4     | Diskussion.....  | 15 |
| 4:1   | Huvudresultat .....  | 15 |
| 4:2   | Resultatdiskussion .....   | 15 |
| 4:3   | Metoddiskussion.....   | 18 |
| 4:4   | Konklusion.....  | 19 |
| 4:5   | Förslag till vidare forskning .....  | 19 |
|       | Referenslista .....  | 20 |
|       | Bilaga 1   |    |

# 1 Introduktion

Idag lever 6-10 % av världens ungdomar i åldern 13-17 år med diagnosen depression och symtomen tenderar att öka. I höginkomstländerna är psykisk ohälsa en av de vanligaste sjukdomsorsakerna. Globalt sett har cirka 20 % av barn och ungdomar olika psykiska funktionsnedsättningar. En av de vanligaste anledningarna till ett försämrat hälsotillstånd är psykisk ohälsa (Wirback, Björklund, Lind & Engström, 2012). För den som drabbas och för nära anhöriga innebär en depression ett stort lidande. Varför vissa drabbas är egentligen oklart, men en ökad negativ stress och sårbarhet ses ofta som orsakssamband. Sårbarheten hos personer är skiftande. Riskfaktorer som kan skapa en ökad sårbarhet är bland annat separationer i barndom, somatiska faktorer och psykiska trauman. Hur människor lever, deras livsstil påverkar också risken att drabbas av en depression. En stor riskfaktor i livsstilen är fysisk inaktivitet. En deprimerad person har ett beteende som är kännetecknat av inaktivitet, ensamhet och isolation. Vid fysisk aktivitet kan det ske en förändring av ett gammalt beteende som påverkar tankar och känslor på ett positivt sätt (Kjellman, Egil, Taube & Andersson 2008).

## 1:1 Bakgrund

### 1:1:1 Hälsa

En grundläggande vision enligt WHO är att alla människor i världen bör ha rätt till en god hälsa. WHO:s hälsodeklaration tar upp faktorer som är avgörande för att reda ut ojämlikheten inom begreppet hälsa. Betoningen ligger på avgörande fysiska, psykiska och sociala faktorer, och några värderingar såsom religion eller politiska åsikter ska inte ha någon avgörande betydelse gällande människans hälsa. Definitionen av hälsa är inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder utan innefattar även fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (WHO, 2003 ).

Hälsa innefattar många dimensioner. Att ”vara vid god hälsa” är individuellt och även beroende av olika tidpunkter i livet. Hälsa betecknas utifrån hela människan och beskrivs enligt Katie Eriksson (1996) som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Ett viktigt begrepp som Eriksson lyfter är ”att vara hälsa” vilket innebär att människan ska fungera på olika nivåer. Dessa innefattar biologiska och psykologiska delar samt delaktighet i ett socialt system som styrs av interaktioner mellan arv och miljö. Att ”ha god hälsa” kan

liknas vid att känna sig hel och uppleva mening i livet, därmed inte sagt att frånvaro av sjukdom är ett måste för att ha en god hälsa.

### **1:1:2 Depression**

*Depression* är en vanlig psykisk sjukdom som uppvisar nedstämdhet, förlust av intresse eller glädje, känslor av skuld eller låg självkänsla, störd sömn eller aptit, låg energi och dålig koncentration. Vid depression finns uttalade känslor av trötthet som kan tolkas och förstås som en förlust av personens livsvärld, värdet av att vara är förlorat. Detta kan leda till en ökad känsla av obehag och minskad energi som inte försvinner genom varken vila eller sömn (Lilja, Hellzén, Lind & Hellzén, 2006; (World Health Organisation [WHO], 2012). I ungdomsåren kan mer ospecifika symtom, såsom till exempel nedstämdhet vara mer framträdande (Läkemedelsverket, 2005). För att människan ska må bra och ha en känsla av sammanhang måste biologiska, psykologiska och sociala faktorer vara i balans med varandra (Levander, Adler, Gefvert & Tuninger, 2008). I Sverige är depression hos flickor i åldern 15-24 år upp till tre gånger vanligare än hos pojkar i samma ålder, i England är det upp till fem gånger vanligare att flickor drabbas av en depression i jämförelse med pojkar. Under barndomen är skillnaden mellan könen ytterst få, men stiger snabbt i samband med puberteten. Studier visar att skillnaden och risken att drabbas är störst i åldern 16-24 år (Bremberg, 2009a).

En depression är antingen långvarig eller återkommande. Vid svåra depressioner måste personen behandlas med läkemedel och professionellt stöd av psykolog, men vid lättare depressioner kan icke-farmakologiska behandlingsmetoder ha stor effekt (WHO, 2012). För att klassificera en depression används DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som underlag för diagnostisering. DSM är multiaxialt, det vill säga att patientens tillstånd bedöms utifrån axlarna I-V som anger flera infallsvinklar och patientens hela livssituation (Blume & Sigling, 2008). Klassificering av depression enligt DSM-IV-kriterierna (Läkemedelsverket, 2004) är att under två veckor ska minst fem av symtomen ha förekommit samt att symtom ett eller två måste finnas med:

1. Nedstämdhet
2. Klart minskat intresse eller minskad glädje
3. Betydande viktnedgång
4. Sömnstörning

5. Psykomotorisk agitation eller hämning
6. Svaghetskänsla eller brist på energi
7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor
8. Minskad tanke- och koncentrationsförmåga
9. Återkommande tankar på döden eller återkommande självmordtankar.

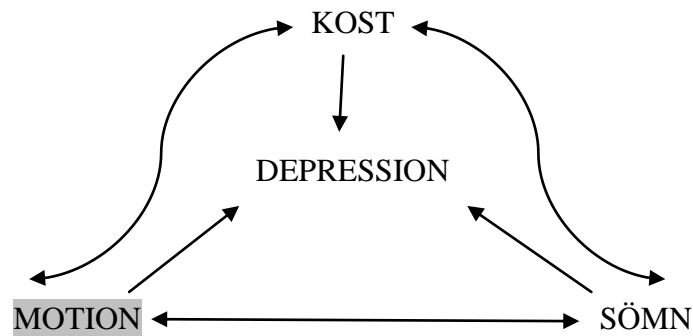
### **1:1:3 Fysisk aktivitet**

Den fysiska hälsan är kopplat till individens välmående. Idag sker forskning kring sambandet mellan fysisk aktivitet och depression. Studier har gjorts bland annat om intensitet/regelbundenhet kontra fysisk aktivitet (Craft, Freund, Culpepper & Perna, 2007) samt även om eller hur depression kan minskas eller hävas av en viss mängd motion. Studier konstaterar även att om BMI-värdet (Body Mass Index) är över medel eller högt, skapas en svårare och djupare depression hos individen (Kubicek, 2008).

Definitionen på fysisk aktivitet enligt Sveriges Folkhälsoinstitut innebär en kroppsrörelse som gör att skelettmuskulaturen drar ihop sig och i sin tur ger en ökad energiförbrukning. Fysisk aktivitet innefattar allsidiga aktiviteter för att skapa en god kondition, snabbhet, rörlighet och muskelstyrka (Lindeskog, 2012). För att fysisk aktivitet ska räknas som hälsofrämjande så bör individen förbruka 150 kcal/dag, vilket innebär cirka 30 minuters aktivitet/dag utöver den normala förbränningen, för ungdomar är rekommendationen för fysisk aktivitet omkring 60 minuter varje dag, variationer bör även finnas mellan måttlig och hård aktivitet. Ett övergripande mål inom den svenska folkhälsopolitiken är att främja barns och ungdomars långsiktiga hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Kubicek (2008) lyfter begreppet basalt självmohändertagande. Begreppet påtalar vikten av ett gott samband mellan kost, motion och sömn vid en depression, se figur 1. Vid en depression påverkas självmohändertagandet negativt och aktivitetsnivån blir ofta lägre.

**Figur 1: Sambandet mellan kost, motion och sömn vid depression.**



Kubicek, 2008.

Vid otillräcklig fysisk aktivitet ökar risken för ohälsa och detta genomsyras av dagens samhälle där datorer, tv-spel, internet och så vidare tar en stor del av ungdomars aktiviteter i vardagen (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

### **1:1:4 Sociala faktorer**

Barn och ungdomar som kommer från en lägre socioekonomisk grupp i samhället ser mer på tv, tränar mer sällan och är mindre aktiva än barn från en högre socioekonomisk grupp. Dessa sociala skillnader skapar olika förutsättningar för barn och ungdomar och innebär att vissa grupper löper högre risk att drabbas av ohälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Den miljö ungdomar lever i har betydelse för hur väl de klarar av motgångar av olika slag. Upplever ungdomar trygghet i familj, skola och vänner har de bättre förutsättningar att inte drabbas av en depression (Klasén - McGrath, 2012). Ett gott samspel mellan föräldrar och barn som skapar en trygg familjesituation med få konflikter ger ett skydd mot framtida depressioner (Bremberg, 2009b). Wiklund (2003) lyfter ett hälsobegrepp kallat ”resurser” som syftar till både inre resurser som att kunna hantera sina egna tankar och känslor, men även yttre resurser som till exempel stöd av omgivningen och struktur i tillvaron.

Enligt Bremberg, (2009b) skapar detta, relaterat till depression hos unga, ett faktum om hur viktig omgivningen är och hur tillvaron ser ut för en ungdom som drabbats av depression. Om det finns en gynnsam social position för individen i samhället, minskar risken för depression.

### **1:1:5 Sjuksköterskans omvårdande roll**

Som yrkesverksam sjuksköterska kommer blivande möten med ungdomar och vuxna som lever med en depression att vara en del av vårddyrket (Socialstyrelsen, 2010). Sjuksköterskan

ska främja hälsa genom att se det friska hos patienten, stödja dennes egna resurser samt respektera patientens upplevelser av situationen. Som sjuksköterska inom hälsofrämjande omvårdnad ligger fokus på att försöka förstå vad som skapar och bevarar hälsa hos en patient trots sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). En målsättning i omvårdnaden är att patienten som vårdas ska vara självständig och oberoende i den mån som det är möjligt. Det är viktigt att finna en balans i omvårdnadsrelationen så att patient och närstående känner en delaktighet, trygghet och upplever respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Hälsofrämjande omvårdnad kopplas ofta samman med prevention, som syftar till att påverka livsstilsfaktorer. Prevention delas upp i primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention syftar till att förhindra uppkomst av ohälsa, sekundär prevention syftar till att hindra att redan etablerad sjukdom utvecklas och tertiär prevention syftar till att minska komplikationer av etablerad sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Depression är ett allvarligt problem som skapar ett stort lidande och som i värsta fall kan leda till självmord. Det är viktigt att öka kunskapen om hur dessa patienter ska bemötas och stödjas i omvårdnadsarbetet. Enligt Socialstyrelsen ska en aktiv uppföljning av aktuella symtom vid depression hos barn och ungdomar göras av vårdpersonal. Detta sker i form av en stödjande kontakt till barnet/ungdomen för att öka den egna förmågan till att förstå och kunna handskas med livssituationen. Rådgivning avseende mat, motion, droger, vila med mera ska ges till ungdomar, denna kan även innefatta hjälpmedel som fysisk aktivitet på recept, stegräknare och dagbok. Det är viktigt att tänka på är att barnet/ungdomen ska vara i fokus för samtalsbehandlingen. Övrig familjs psykiska hälsa ska också beaktas och dessa ska erbjudas behandling/hjälp vid behov (Socialstyrelsen, 2010).

## **1:2 Problemformulering**

Idag är förekomsten av ungdomar i åldern 13-17 år som lever med en depression 6-10 % i världen. Psykisk ohälsa är en av de vanligaste faktorerna till ett försämrat hälsotillstånd och globalt sett har 20 % av alla barn och ungdomar någon form av psykisk funktionsnedsättning. Depression är ett allvarligt problem som tenderar att öka världen över. För att ungdomar ska må bra måste en balans finnas mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Risken för psykisk ohälsa hos ungdomar ökar vid otillräcklig fysisk aktivitet som till exempel vid internetaktiviteter, som genomsyrar dagens samhälle. Som yrkesverksam sjuksköterska kommer sådana möten med ungdomar som lider av depression att förekomma. Det är viktigt att ha kännedom om bemötande och sin stödjande roll inom denna del av omvårdnadsarbetet.



Som sjuksköterska är det också viktigt att öka kunskapen om samband mellan depressiva symtom och de faktorer som påverkar detta, för att kunna utöva en preventiv och säker vård.

### **1:3 Syfte**

Syftet med studien var att belysa betydelsen av fysisk aktivitet för att lindra depressiva besvär hos ungdomar och om sociala faktorer samt könsskillnader har betydelse.

### **1:4 Frågeställningar**

- Vilken betydelse har fysisk aktivitet vid depression hos ungdomar?
- Har sociala faktorer betydelse vid fysisk aktivitet och depression hos ungdomar?
- Finns könsskillnader vid fysisk aktivitet och depression hos ungdomar?

### **1:5 Definition av centrala begrepp**

*Fysisk aktivitet* kan definieras som en aktivitet som påverkar skelettmuskulaturen genom sammandragningar och som ger en ökad energiförbrukning (Karlsson, Jansson & Ståhle, 2009).

*Ungdomar* i litteraturöversikten avser åldern 13-17 år.

## **2 Metod**

### **2:1 Design**

Studien har genomförts som en systematisk litteraturöversikt. En systematisk litteraturöversikt är en sammanställning av redan utförda vetenskapliga studier, där material har granskats och sammanställts (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

### **2:2 Urval av litteratur**

De vetenskapliga artiklarna har sökts fram genom Högskolans Dalarnas bibliotek och databaserna Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL) och PsycINFO som tillhandahålls av the American Psychological Association. För att få en avgränsad sökning mot studiens syfte har relevanta sökord valts ut; *depression, physical activity, adolescence, health, exercise, therapy, adolescent*. Via tabell 1 visas de utvalda sökorden för respektive artikelsökning samt databas. I sökningar där artikeltiteln har visat sig intressant och passande mot studiens syfte har abstract granskats. Vidare, om abstract funnits intressant, har artikelgranskning genomförts.

**Tabell 1.**

| Databas,<br>datum för<br>sökning | Sökord  | Antal<br>träffar | Antal lästa<br>abstrakt | Antal lästa<br>artiklar | Antal<br>utvalda<br>artiklar |
|----------------------------------|---|------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| CINAHL<br>121002                 | Depression <b>and</b> physical activity   |                  |                         |                         |                              |
|                                  | <b>and</b> adolescence  | 176              | 54                      | 4                       | 0                            |
|                                  | <b>and</b> health   | 122              | 17                      | 1                       | 1                            |
| CINAHL<br>121002                 | Depression <b>and</b> exercise  | 481              | 0                       | 0                       | 0                            |
|                                  | <b>and</b> therapy  | 219              | 87                      | 4                       | 0                            |
| PsycINFO<br>121012               | Depression <b>and</b> physical activity   |                  |                         |                         |                              |
|                                  | <b>and</b> adolescence  | 89               | 47                      | 5                       | 5                            |
|                                  | <b>and</b> health   | 10               | 3                       | 1                       | 1                            |
| PsycINFO<br>121015               | Depression <b>and</b> adolescent<br><b>and</b> exercise                             | 190              | 72                      | 5                       | 5                            |
| PsycINFO<br>121025               | Depression <b>and</b> physical activity<br><b>and</b> adolescents <b>and</b> health | 40               | 21                      | 2                       | 2                            |

### **2:2:1 Inklusions- och exklusionskriterier**

Kriterierna för att artiklarna ska inkluderas är att de ska vara vetenskapliga, publicerade under 2000-talet, användbara mot syftet och publicerade i en vetenskaplig tidskrift (Polit & Beck, 2008). Artiklarna ska även vara skrivna på svenska eller engelska. Artiklar kommer att exkluderas om de inte är aktuella mot studiens målgrupp och om depressionen är sekundär till annan fysisk sjukdom. Artiklar som tar upp andra behandlingsmetoder som exempelvis KBT eller farmakologisk behandling kommer även de att exkluderas.

### **2:3 Värdering av artiklarnas kvalitet**

De utvalda artiklarnas kvalitet har granskats genom Högskolan Dalarnas granskningsmall för kvantitativa studier, som är en modifierad version av Willman et al. (2006) och Forsberg & Wengström (2008) (Bilaga 1). Granskningsmallen består av 29 frågor som kan besvaras med ja eller nej. Kvaliteten delas in i hög, medel eller låg beroende på antal ja-svar. Vid hög kvalitet är antalet ja-svar 80 % eller mer, vid medel är antalet ja-svar 60-79 % och vid en låg kvalitet är antalet ja-svar lägre än 60 %.

### **2:4 Tillvägagångssätt**

En uppdelning av materialet gjordes, vilket delades lika mellan författarna som i sin tur granskade och sammanställde resultatet av valda artiklar. Vidare delade var och en med sig av

de fakta som sammanställts och viktiga delar underströks för vidare diskussion mellan parterna. Efter att varje skribent var klar med sin del av grundmaterialet granskades den andre motpartens artiklar och en ytterligare granskning skedde för att säkerställa resultatets utfall. Stor noggrannhet har genomsyrat hela arbetsprocessen för att kunna garantera resultatets trovärdighet och att det svarat mot studiens syfte. Skribenterna har tillsammans diskuterat och utvärderat resultatet som sammanställts i en relevant text.

## **2:5 Analys**

De artiklar som har valts ut till den här litteraturöversikten har granskats enligt godkända granskningsmallar med kvalitetskriterier som modifierats enligt version av Willman et al. (2006) och Forsberg & Wengström (2008) (Bilaga 1).

De utvalda artiklarnas resultat analyserades tillsammans av författarna. Stycken och meningar passande mot syfte och frågeställningar markerades och lyftes ut. Tabellerna i artiklarna analyserades noggrant och därigenom kunde studiernas resultat utläsas. Vidare sorterades materialet efter dess innehåll och viktiga faktorer som var betydande mot studiens syfte lyftes fram. Därefter gjordes ytterligare analys av innehållet för indelning i kategorier med relevant innehåll. Resultatet sammanställdes sedan i löpande text för exakt presentation i litteraturöversikten.

## **2:6 Forskningsetiska aspekter**

Etiska överväganden som har gjorts i valet av artiklar var att samtliga skulle ha ett godkännande från en etisk kommitté eller ha etiska överväganden. Etiska överväganden kan vara att deltagarna i studien ska vara skriftligt och/eller muntligt informerade om hur all data kommer att behandlas, att personuppgifter skyddas och rätten av att avbryta (Polit & Beck, 2008). I resultatet eftersträvades att presentera fakta sanningsenligt utan att förvränga betydelsen i redovisade artiklar. Ett objektiva förhållningssätt har använts mot den valda litteraturen, granskningen och analysen av vetenskapliga artiklar samt vid sammanställningen av resultat. Referenser har skrivits korrekt efter The American Psychological Association och språköversättningen från engelska till svenska har utförts noggrant.

### 3 Resultat

**Tabell 2.** Presentation av artiklar som ligger till grund för resultatet.

| Författare, år, land   | Syfte   | Design  | Urval   | Kvalitet |
|--|---|---|---------|----------|
| Ammouri, Kaur, Neuberger, Gajewski, & Choi 2007, Jordanien.                                    | Beskriva de direkta och indirekta effekterna av oberoende variabler på fysisk aktivitet.  | Kvantitativ empirisk design.                          | N=300   | Hög.     |
| Birkeland, Torsheim & Wold, 2009, Norge.   | Undersöka sambandet mellan fysisk aktivitet och depression/nedstämdhet.   | Kvantitativ prospektiv, 10-årig longitudinell studie. | N=924   | Hög.     |
| Clark, Haines, Head, Klineberg, Arephin, Viner, Taylor, Booy, Bhui & Stansfeld, 2006, England. | Undersöka om fysisk hälsa och hälsoriskbeteenden hos unga människor är riskfaktorer för psykisk stress och depressiva symtom under en 2-årsperiod.  | Kvantitativ prospektiv kohorts studie.                | N=1615  | Medel.   |
| De Moor, Beem, Stubbe, Boomsma & De Geus 2006, Nederländerna.                                  | Undersöka om regelbunden motion är förknippat med ångest, depression och personlighet.  | Kvantitativ populationsbaserad studie.                | N=19288 | Hög.     |
| Duncan, Seeley, Gau, Strycker, & Farmer 2011, USA.   | Undersöka om olika sätt att utöva fysisk aktivitet kan skilja sig mellan ungdomar med förhöjda depressiva symtom, gentemot de som inte lider av det | Kvantitativ kohort-sekventiell studie                 | N= 371  | Medel.   |
| Field, Diego & Sanders, 2001, San Diego.   | Undersöka om fysisk aktivitet bidrar till ungdomars välbefinnande.  | Kvantitativ empirisk design.                          | N=89    | Medel.   |
| McKercher, Schmidt, Sanderson, Dwyer & Venn, 2012, Australien & USA.                           | Undersöka samband mellan fysisk aktivitet och nedstämdhet under barndomen och ungdomsåren.  | Kvantitativ empirisk design.                          | N=6070  | Medel.   |

|   |  |   |        |        |
|---|--|---|--------|--------|
| McPhie & Rawana, 2012, Canada   | Undersöka sambandet mellan fysisk aktivitet och depressiva symtom, och om detta helt eller delvis präglas av självkänsla.                    | Kvantitativ empirisk design.              | N=4204 | Medel. |
| Patten, Williams, Lavorato & Eliasziw, 2009, Canada.                  | Undersöka om depressiva symtom är förknippade med aktiva och inaktiva fritidsaktiviteter.  | Kvantitativ longitudinell kohorts studie. | N=8422 | Hög.   |
| Shields, Spink, Chad & Odnokon 2008, Canada.                          | Undersöka om fysisk aktivitet påverkar depressionssymtom och självkänsla hos elever i skolåldern.  | Kvantitativ prospektiv studie.            | N=668  | Medel. |
| Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Sigurdsson & Gudjonsson, 2011, Island.   | Undersöka relationen mellan fysisk aktivitet och nedstämdhet relaterat till familjeförhållanden.   | Kvantitativ totalpopulationsstudie.       | N=7232 | Medel. |
| Stavrakakis, Jonge, Ormel & Oldehinkel, 2012, Nederländerna.          | Undersöka mönster och samband mellan fysisk aktivitet och depressiva symtom; affektiva och somatiska.  | Kvantitativ prospektiv kohorts studie.    | N=2230 | Medel. |
| Sund, Larsson & Wichstrøm, 2010, Norge.                               | Undersöka om nivåer av fysisk aktivitet eller stillasittande aktivitet är riskfaktorer för utveckling av depressiva symtom i tidiga tonåren. | Kvantitativ longitudinell studie.         | N=2464 | Hög.   |
| Wiles, N., Haase, A., Lawlor, D., Ness, A. & Lewis, G, 2011, England. | Undersöka sambandet mellan fysisk aktivitet och depressiva symtom hos ungdomar.  | Kvantitativ longitudinell kohorts studie. | N=2951 | Medel. |

Litteraturöversikten baseras endast på kvantitativa artiklar. Två populationsbaserade studier ingår varav en hade ett deltagande på 7232 ungdomar ur årskurs nio och årskurs ett på gymnasiet. Enkätfrågor innehållande kärnfrågor om fysisk aktivitet och depression ingick. Den andra populationsbaserade studien hade ett totalt deltagande på 19288 personer där både

barn och föräldrar deltog. Indelning skedde med femårsintervaller från tio år och uppåt och baserades på ingående enkätfrågor.

En artikel var av kvantitativ empirisk design och där gjordes en sekundäranalys från en tvärsnittundersökning av 300 ungdomar mellan 10-19 år. En kvantitativ kohort-sekventiell studie finns med i resultatet, där ingick 371 ungdomar i åldern 12-27 år som fick svara på enkätfrågor och använda stegräknare för insamlande av data. Ungefär 700 deltagare fanns med i en kvantitativ prospektstudie som innefattade enkätundersökningar bland barn och ungdomar.

Via frågeformulär svarade 2230 ungdomar frågor kring fysisk aktivitet, depression och sociala faktorer i en kvantitativ prospektiv kohortsstudie. Även en prospektiv epidemiologisk kohortstudie ingick som baserades på enkätundersökningar från 1615 ungdomar mellan årskurserna sju upp till andra året på gymnasiet. Vidare användes ytterligare tre kvantitativa studier med ett deltagande på 6070 ungdomar, 4204 ungdomar samt 89 ungdomar. Alla baserades på enkätfrågor/frågeformulär.

I litteraturöversikten finns även fyra longitudinella studier. En tioårig longitudinell studie där analyser ur olika frågeformulär fanns beskrivna från 924 ungdomar, samt en tvåårig longitudinell studie där 2951 ungdomar med en medelålder på 13,8 år deltog. Dessa studier baserades på enkätfrågor och aktivitetsräknare. Den tredje longitudinella studien som använts har ett representativt urval på 2464 ungdomar mellan 12-15 år där resultat mättes ur bedömda frågeformulär under ett års tid. Ytterligare en 10-årig longitudinell kohorts studie finns med i litteraturöversikten, där antalet deltagare var 8422 personer.

### **3:1 Positiva effekter mellan depression och fysisk aktivitet**

Flera studier har visat på att fysisk aktivitet har en positiv effekt vid depression (Ammouri, Kaur, Neuberger, Gajewski & Choi, 2007; Birkeland, Torsheim & Wold, 2009; McKercher, Schmidt, Sanderson, Dwyer & Venn, 2012; Shields, Spink, Chad & Odnokon, 2008; Sigfusdottir, Asgeirdottir, Sigurdsson & Gudjonsson 2011). Det har även visat sig att fysisk aktivitet har en förebyggande effekt mot depression (Birkeland et al., 2009; Patten, Williams, Lavorato & Eliasziw, 2009; Wiles, Haase, Lawlor, Ness, & Lewis, 2011).

Brist på fysisk aktivitet beskrevs ha ett samband med depression av betydande marginal hos ungdomar. Konsekvensen av fysisk aktivitet har visat sig medföra en lindring av depressiva symtom och därför är det viktigt att betona främjandet av fysisk aktivitet bland ungdomar (Ammouri et al., 2007; De Moor, Beem, Stubbe, Boomsma & De Geus, 2006; Duncan, Seeley, Gau, Strycker & Farmer, 2012; Field, Diego & Sanders, 2001; Shields et al., 2008; Sigfusdottir et al., 2011; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2010). Fysisk aktivitet var mer uttalat positiv för ungdomar som hade depressiva symtom än de som inte hade det (Shields et al., 2008).

Det har visat sig att fysisk aktivitet har en dämpande effekt på depressiva symtom hos ungdomarna. De ungdomar som led av depressiva symtom hade lägre nivåer av fysisk aktivitet och uppvisade högre nivåer av ångest och sociala problem. Ungdomar i studierna som utövade fysisk aktivitet var i genomsnitt mindre oroliga och rapporterade även på mindre depressiva symtom. Fysisk aktivitet var mer uttalat positiv för de elever som hade depressiva symtom än de som inte hade det. Betoning ligger i resultatets påvisande om hur viktigt fysisk aktivitet är för att minska psykisk ohälsa hos ungdomar (De Moor et al., 2006; Duncan et al., 2012; Field et al., 2001; Shields et al., 2008). Motion kan betraktas som en förnuftig och delvis effektiv del av depressionsbehandlingen och kan tjäna det dubbla syftet att förbättra den psykiska hälsan och samtidigt förhindra uppkomsten av en inaktiv livsstil (Pattern et al., 2009).

Mängden fysisk aktivitet visar sig minska mellan de tidiga tonåren till de sena tonåren med en stor marginal. Äldre tonåringar rapporterades ha ett lägre deltagande i fysisk aktivitet än de yngre tonåringarna, och detta styrker det faktum att depression ökar genom tonårstiden (Birkeland et al., 2009; Duncan et al., 2012; Shields et al., 2007; Sigfusdottir et al., 2011). Genetiska skillnader och olika personligheter påverkar varför vissa ungdomar gynnas av fysisk aktivitet vid depression medan andra inte alls tycks påverkas. (Stavrakakis, Jonge, Ormel & Oldehinkel, 2012). Risken för övergång från ett fysiskt aktivt mönster till ett inaktivt mönster är lägst i de yngsta åldrarna mellan tolv till arton år (Pattern et al., 2009).

Ungdomar med psykisk ohälsa var mer benägna att uppleva psykisk utmattning eller depressionssymtom gentemot dem utan psykisk ohälsa. Detta tyder på att förebyggande strategier kan vara framgångsrika genom att fokusera på ungdomar med en historia av psykisk ohälsa samt hälsoriskbeteenden. Genom att ändra inriktning av dessa beteenden med hjälp av

fysisk aktivitet kan leda till att en bättre psykisk hälsa uppnås (Clark, Haines, Head, Klineberg, Arephin, Viner, Taylor, Booy, Bhui & Stansfeld, 2006).

### **3:2 Olika samband mellan depression och fysisk aktivitet**

Det fanns inget konkret samband mellan någon specifik fysisk aktivitet och depressiva symtom, utan resultatet svarade mot ett samspel mellan olika eller varierad aktivitet (Shields et al., 2008). Det påvisades att varken individens personliga egenskaper eller erfarenheter påverkade de faktorer som hade ett signifikant samband med deltagande i fysiska aktiviteter (Ammouri et al., 2007). Studien visade på effekt av fysisk aktivitet på affektiva och somatiska depressiva symtom. Under affektiva symtom ingår förlust av glädje, självskadebeteende, suicidtankar, känslor av värdelöshet, skuld-känslor och sorg. Somatiska symtom innebär aptitlöshet, trötthet, sömnsvårigheter och brist på energi. Vid affektiva depressiva symtom var sambandet positivt, medan det vid somatiska depressiva symtom inte visade något samband. (Stavrakakis et al., 2012).

Högre nivåer av kraftiga/intensiva aktiviteter var förknippade med en starkare minskning av depressiva symtom när nivåerna av stressande händelser var höga (Sund et al., 2010). Ungdomar som hade högre nivåer av total fysisk aktivitet i genomsnitt per dag vid lätt, måttlig eller kraftig intensitet löpte minskad risk för depressiva symtom. Intensiteten av fysisk aktivitet förknippades inte med depression, det vill säga att intensiteten inte är viktigast utan istället den fysiska aktiviteten över lag (Wiles et al., 2011).

### **3:3 Sociala faktorer har betydelse för fysisk aktivitet och lindring av depression**

Faktorer som fanns relaterade till ungdomar med depressiva symtom var familjekonflikter, föräldrar med depression, låginkomsttagare och en försämrad familjesituation. Hos de som levde med föräldrar med en hög inkomst sågs minskade depressiva symtom och en högre grad av fysisk aktivitet gentemot de som levde i hem med låg inkomst (Duncan et al., 2012; Field et al., 2001). Enligt Clark et al. (2011) hade dock den socioekonomiska statusen inte någon större inverkan på depressiva symtom hos ungdomar. Ungdomar som avstod från negativa faktorer i samhället var mer aktiva när det gällde den fysiska aktiviteten i både intensitet och tid (Wiles et al., 2006; Clark et al., 2011).

Resultatet påvisade att familjefaktorer hade ett starkt samband med fysisk aktivitet. De ungdomar som rapporterade en positiv relation med föräldrarna hade en högre medverkan i



fysisk aktivitet och upplevde sambanden till föräldrarna på ett positivt sätt. Vidare påvisades att ungdomar ägnade sig åt mycket fysisk aktivitet hade en bättre relation till sina föräldrar än de som ägnade sig åt fysisk aktivitet i låg utsträckning. En bättre relation med föräldrarna innebar mer stöd samt fördelar som närhet, beröring och detta gav en bra självkänsla. Flertalet studier lyfter vikten av stöd från föräldrar för att främja fysisk aktivitet bland ungdomar med depressiva symtom. När familjekonflikter fanns ökade sannolikheten för den deprimerade att må sämre och därigenom ökade risken för minskad fysisk aktivitet. Effekterna av familjekonflikter och sambandet med nedstämdhet är starkare när fysisk aktivitet är låg än när den är hög. Detta visar på vikten av fysisk aktivitet för ungdomar med depressiva symtom som har en sämre familjesituation (Ammouri et al., 2007; Duncan et al., 2012; Field et al., 2001; Sigfusdottir et al., 2011 & Wiles et al., 2011). Högre nivåer av stillasittande aktiviteter ökade betydligt nivåerna av depressiva symtom (Sund et al., 2010).

Föräldrastödet uppfattades som en bidragande faktor till högre deltagande i fysiska aktiviteter hos ungdomarna oavsett depressionssymtom eller ej. Det visade sig även att när föräldrarna ökade sina motionsvanor och sitt deltagande i barnens fysiska aktiviteter, bidrog detta till en ökad fysisk aktivitetsnivå hos barnen (Duncan et al., 2012).

### **3:4 Skillnader mellan kön vid fysisk aktivitet och depression hos ungdomar**

I tidig ungdom visades inget samband mellan fysisk aktivitet och depression. I senare ungdomså kunde ett positivt samband mellan fysisk aktivitet och depression ses, framför allt hos flickor (McKercher et al., 2012; McPhie & Rawana, 2012). Flickor drabbas i större grad av depression och ägnar sig i lägre utsträckning åt någon form av fysisk aktivitet i jämförelse med jämnåriga pojkar (Birkeland et al., 2009; De Moor et al., 2006; Clark et al., 2006; McPhie et al., 2012; Sund et al., 2010; Wiles et al., 2011).

Varaktigheten och intensiteten av den fysiska aktiviteten har betydelse för effekten på nedstämdhet och detta ses främst hos pojkar (McKercher et al., 2012). Könsskillnaden bland ungdomar och deras intresse att delta i fysisk aktivitet kan jämföras med det egna intresset, exempelvis ville pojkar hellre delta i lagsporter och flickor utövade hellre dans eller aerobics. Flickor tenderade oftare ett samband mellan motion och viktkontroll gentemot pojkar som strävade efter en högre uppfattning om prestation inom aktivitetsmönstret (Ammouri et al., 2007). Mycket stillasittande aktiviteter och låga nivåer av fysisk aktivitet bland ungdomar var

en stor riskfaktor till att senare drabbas av depressiva symtom, och detta är en riskfaktor som är mer skadlig hos unga pojkar än unga flickor (Sund et al., 2010).

Det har undersökts huruvida fysisk aktivitet har betydelse för framtida hälsobeteenden hos ungdomar. Det påvisas att flickor hade större uppvisande av depressiva symtom jämfört med pojkarna, trots att flickorna hade börjat utöva fysisk aktivitet. Dock minskade symptomen totalt sett för flickorna och pojkarna under tidsintervallet från att inte utöva fysisk aktivitet till att utöva fysisk aktivitet regelbundet (Clark et al., 2006).

Det sociala samspelet som medföljer vid fysisk aktivitet är en viktig del för just flickor. Deltagande i fysisk aktivitet främjar hälsa genom underlättande av social kompetens och positiva sociala normer hos båda könen (McKercher et al., 2012)

## **4 Diskussion**

### **4:1 Huvudresultat**

Avsikten med litteraturöversikten var att undersöka betydelsen av fysisk aktivitet vid depression hos ungdomar samt om sociala faktorer och könsskillnader föreligger. Vid depression har fysisk aktivitet visat sig ha en positiv effekt hos ungdomar, däremot kunde inget konkret samband mellan någon specifik fysisk aktivitet och depressiva symtom ses. Det framkom att fysisk aktivitet har en förebyggande effekt och kan ge en lindring av depressiva symtom. Under de senare tonåren ses en minskning av fysisk aktivitet. Det föreligger en skillnad mellan pojkar och flickor, där flickor tenderar att i större grad drabbas utav psykisk ohälsa. Familjefaktorerna har visat sig utgöra en viktig roll.

### **4:2 Resultatdiskussion**

Då fysisk aktivitet har en positiv effekt vid depression hos ungdomar (Ammouri et al., 2007; Birkeland et al., 2009; McKercher et al., 2012; Sigfusdottir et al., 2011; Shields et al., 2008) samt även en förebyggande effekt (Birkeland et al., 2009) bör denna aspekt vara något som borde finnas med hos alla som arbetar med ungdomar. Det är viktigt att som yrkesverksam sjuksköterska ha väsentlig kunskap om sambandet mellan depression och fysisk aktivitet och hur detta verkar hälsofrämjande hos ungdomar med psykisk ohälsa. Svensk sjuksköterskeförening (2009) påtalar vikten av en god balans i omvårdnadsrelationen. Studierna (De Moor et al., 2006; Duncan et al., 2012; Field et al., 2001; Shields et al., 2008)

påtar att fysisk aktivitet hade en dämpande effekt hos ungdomar som led av depressiva symtom. Även en högre nivå av ångest och sociala problem sågs. Detta kan realteras till Eriksson (1996) som menar att människan fungerar på olika nivåer, vilka innefattar biologiska, psykologiska och en delaktighet i ett socialt system som styrs av interaktioner mellan arv och miljö. Människan bör ses i sin helhet, som en enhet av kropp, själ och ande.

Ett hälsofrämjande arbete inom psykisk ohälsa bygger på kunskap om risk och skyddsfaktorer. Riskfaktorer ökar risken för ohälsa medan skyddsfaktorer skyddar individen. Dessa olika faktorer samspelar ofta och finns i familjen, i skolan, bland kamrater, individuellt och i samhället (Bremberg, 2009c). Att ha kunskap om de olika faktorerna och hur de positiva kan uppmuntras och de negativa kan hämmas är en viktig aspekt för sjuksköterskans omvårdande roll. För sjuksköterska bör det hälsofrämjande arbetet fokusera på att stärka patientens möjlighet att påverka sin egen hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). För att skapa en förbättrad livssituation och ge patienten bättre förståelse är det betydelsefullt att sjuksköterskan fungerar som en stödjande kontakt. Kvaliteten i den dagliga omvårdnaden förutsätter att effekterna av de hälsofrämjande insatserna har utvärderats och följts upp (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I det hälsofrämjande arbetet ligger fokus på att få en förståelse för vad som skapar och bevarar hälsan hos patienten. Att som person känna sig hel och uppleva mening i livet kan enligt Eriksson (1996) liknas vid en god hälsa. Detta är en grundläggande del i omvårdandet.

Flera studier visar på att fysisk aktivitet till stor del avtar under tonåren (Birkeland et al., 2009; Duncan et al., 2012; Shields et al., 2007; Sigfusdottir et al., 2011) och samtidigt drabbas fler av depression och framför allt flickor i tonåren (Birkeland et al., 2009; De Moor et al., 2006; McPhie et al., 2012). Då sambandet mellan fysisk aktivitet och depression visar på en positiv effekt förefaller minskad fysisk aktivitet vara en bidragande faktor till den stora ökningen av depression bland ungdomar. Skillnader i resultatets utfall finns och styrkan av det positiva utfallet av fysisk aktivitet på depression genomsyrar den här litteraturöversikten. Enligt Kubicek (2008) är sambandet mellan komponenterna kost, motion och sömn av stor betydelse vid depression. Det basala självomhändertagandet kan vid depression påverkas negativt och skapar då ofta en försämring av de olika komponenterna. Det är viktigt att påtala och motivera patienten till att upprätthålla ett gott självomhändertagande. Eriksson (1996) beskriver hälsa som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet upplevs då

människan är psykiskt frisk och handlar på ett hälsofrämjande sätt, friskhet upplevs när alla kroppens organ fyller sin funktion och välbefinnande omfattar hälsans subjektiva upplevelse.

Enligt Wirback et al. (2010) är sannolikheten att drabbas av depression för en flicka nästan dubbelt så stor som hos en pojke. Lager (2009) belyser att det uppkommer skillnader i depression vid pubertetens start och försvinner samtidigt med infallande av menopaus. Detta skulle kunna ge en biologisk förklaring till könsskillnaderna och psykisk ohälsa.

Skillnaden som ses mellan depression och utövandet av fysisk aktivitet i låg- och höginkomstfamiljer (Duncan et al., 2012; Field et al., 2001) visar på att ekonomi spelar en stor roll om ungdomar har möjlighet att delta i fysiska aktiviteter. Ofta är ett deltagande i fysiska aktiviteter förknippat med höga kostnader, vilket tyvärr skapar en social skillnad. Undersökning visar att genomsnittskostnaden för en fysisk aktivitet är cirka 3000 kr per år, men skillnaderna varierar stort (Riksidrottsförbundet, 2004). Tidigare fanns aktiviteter både på landsbygden, i småstäder samt i de större städerna, men idag dras fler och fler aktiviteter in och de kvarvarande placeras ofta i lite större städer. Detta kan också vara en faktor som bidrar till en ökning av depression bland unga. Att delta i idrott skapar också högre kostnader såsom fler resor till träningar och bättre utrustningar (Riksidrottsförbundet, 2004). Depression hos ungdomar har under de senaste åren ökat radikalt och sambandet kan relateras till att färre har möjligheten att delta i aktiviteter på grund av ekonomi, indragningar och geografisk placering. Statens Folkhälsoinstitut (2011) påvisar att ungdomar som kommer från en lägre socioekonomisk familj ser mer på tv och är mindre aktiva jämfört med ungdomar från en högre socioekonomisk familj.

Enligt barnkonventionen (UNICEF, u.å.) ska alla barn, vilket innefattar alla under 18 år, ha samma rätt. Vidare står det angivet att staten ska utnyttja det yttersta av sina resurser gällande barnens ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Då flertalet av studierna (Ammouri et al., 2007; Birkeland et al., 2006; Duncan et al., 2012; Field, Diego et al., 2001; McKercher et al., 2012; Shields et al., 2008; Sigfusdottir et al., 2011; Sund et al., 2010; Wiles et al., 2011) funnit indikationer på de positiva fördelarna med fysisk aktivitet för ungdomar med depressiva symtom eller i förebyggande syfte, anses att samhället bör reagera, till exempel att från tidig ålder införa mer idrott i skolan samt att ge kommunerna bidrag till fysiska aktiviteter på fritiden för barn och ungdomar. Tidigare kunde egenkostnaderna för idrott hållas nere mycket på grund av att kommunerna byggde och tillhandahöll idrottsanläggningar

där verksamhet kunde bedrivas mot en låg eller ingen avgift. Under 1990-talet upphörde många kommuner med sitt stöd som i sin tur ledde till förhöjda avgifter och ökade kostnader för deltagande i olika idrotter (Riksidrottsförbundet, 2004). Om sociala skillnader påverkar barnens rätt till fysiska aktiviteter i vardagen finns ett stort problem där lösningar måste hittas för att främja barns hälsa i framtiden. Studierna (De Moor et al., 2006; Duncan et al., 2012; Field et al., 2001; Shields et al., 2008) lägger stor vikt vid hur viktigt det är med fysisk aktivitet för att minska psykisk ohälsa hos ungdomar. Ett viktigt mål som den svenska folkhälsopolitiken har är att främja barns och ungdomars långsiktiga hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

### **4:3 Metoddiskussion**

I litteraturöversikten valdes databaserna CINAHL och PsycINFO för sökning då dessa ansågs ge bäst resultat relaterat till de sökord som användes. Sökning gjordes även i PubMed och MedLine där mindre respons erhöles och därför exkluderades dessa databaser. Vid sökning av artiklar användes relevanta sökord för att få en väl avgränsad sökning mot studiens syfte. Depression, physical activity, adolescence, health, exercise, therapy och adolescent var sökorden som användes och det gav ett bra resultat i sökningarna och en stor överblick av vad som fanns till förfogande för studien. Artiklar med titlar och abstrakt som har svarat mot syftet, men inte funnits tillgängliga i fulltext, har beställts genom Högskolan Dalarnas bibliotek. De artiklar som utgör grunden i resultatet har haft en kvalitet på hög eller medel nivå. Många artiklar har exkluderats trots ett intressant innehåll som passade till syftet, då dessa har varit litteraturstudier. Många artiklar har även riktat sig mot andra behandlingsmetoder som exempelvis KBT eller farmakologisk behandling och då exkluderades även dessa.

Från början var utgångspunkten att hitta både kvalitativa och kvantitativa artiklar men snart visades att resultatet endast skulle bestå av kvantitativa artiklar. På grund av att det inte var överensstämmande med studiens syfte. Utifrån dessa har granskning av de tabeller som utgjorde en stor del av resultatet i materialet gjorts. De olika artiklarna har noggrant utlästs vad de betytt i relation till syftet och vidare här lyft fram viktiga resultat till litteraturöversikten. De teman som använts i indelningen av resultatet föll sig naturligt efter sammanställningen, då mycket visade på stora likheter. Att inte ha kvalitativa artiklar med kan ses som både en styrka och svaghet i litteraturöversikten. Resultatet baseras istället på konkreta fakta som utlästs ur artiklarna. Dock saknas uppgifter om vad ungdomarna själva

ansåg eller kände/upplevde. Då det område som valts att skriva om är ett relativt nytt intresseområde inom forskning har det funnits svårigheter att hitta artiklar som inriktar sig på ungdomar. Många har gjort studier där vuxna med depression har deltagit, men få har hittills inriktat sig på enbart ungdomar. Fördelen med att det är ett så pass nytt intresseområde är att de flesta artiklar som valdes är aktuella, vilket gör att resultatet baseras på relativt ny forskning. En av studiens styrkor är att den innehåller artiklar från många olika länder, vilket stärker faktumet att det är ett intresseväckande område att studera världen över. I Sverige liksom andra länder kan detta resultat överföras till vårdarbetet inom flertalet olika områden då det framkommer fakta som är globalt generellt. Att både psykisk ohälsa och ungdomar finns på alla ställen i världen, och att använda fysisk aktivitet som hälsofrämjande åtgärd kan överföras till den kliniska verkligheten oavsett geografisk plats.

#### **4:4 Konklusion**

Syftet med denna studie var att belysa betydelsen av fysisk aktivitet för att lindra depressiva besvär hos ungdomar. Studien påvisar vikten av fysisk aktivitet hos ungdomar med psykisk ohälsa. Många av de studier som gjorts är gjorda på senare år, vilket även det påvisar hur stor och viktig betydelse detta har för ungdomars välbefinnande. Att införa mer fysisk aktivitet i vardagen hos ungdomar är viktigt för att motverka en ökning av depressioner. Att som sjuksköterska ha vetskap om hur viktigt sambandet mellan fysisk aktivitet och depression är, kan vara avgörande för råd och hjälp vid mötet med ungdomar som uppvisar psykisk ohälsa.

#### **4:5 Förslag till vidare forskning**

Det finns flertalet studier om effekten av fysisk aktivitet vid depression, men dessa inriktar sig till stor del mot vuxna personer. Mer studier om det valda ämnet är att föreslå för framtida forskning. Förslagsvis borde en bredare forskning om intensitetens betydelse göras samt vilka former av fysisk aktivitet som har störst effekt vid depression. Vi anser att mer forskning kan vara till hjälp för att preventivt och i ett tidigt skede förhindra utveckling av depression hos ungdomar, innan denna blir för allvarlig och konsekvenserna alltför svåra. Det är också viktigt att prioritera mer forskning inom ämnet för att vi som sjuksköterskor ska kunna använda fysisk aktivitet som behandlingsmetod. En viktig plats för att etablera denna kunskap är inom skolhälsovården där sjuksköterskan dagligen möter ungdomar och har en stor möjlighet till ett hälsofrämjande arbete.

## Referenslista

Ammouri, A., Kaur, H., Neuberger, G., Gajewski, B. & Choi, W. (2007). Correlates of exercise participation in adolescents. *Public Health Nursing*, 24, 111-120.

Birkeland, M., Torsheim, T. & Wold, B. (2009). A longitudinal study of the relationship between leisure-time physical activity and depressed mood among adolescents. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 25–34. doi: 10.1016/j.psychsport.2008.01.005

Blume, B. & Sigling, IL. (2008). *Psykiatrins ABC* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Bremberg, S. (2009a). *Depression - förklaringar till skillnader mellan könen*. Hämtad 5 oktober, 2012, från Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Depressiva-besvar-och-oro---forklaringar-till-skillnader-mellan-konen/>

Bremberg, S. (2009b). *Depression – skyddsfaktorer*. Hämtad 5 oktober, 2012, från Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Depression---skyddsfaktorer/>

Bremberg, S (2009c). *Risk- och skyddsfaktorer - förebyggande och hälsofrämjande*. Hämtad 18 november, 2012, från Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Risk--och-skyddsfaktorer/>

Clark, C., Haines, M., Head, J., Klineberg, E., Arephin, M., Viner, R., Taylor, S., Booy, R., Bhui, K. & Stansfeld, S. (2006). Psychological symptoms and physical health and health behaviours in adolescents: A prospective 2-year study in East London. *Addiction*, 102(1), 126-135. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01621.x

Craft, L., Freund, K., Culpepper, L. & Perna, F. (2007). Intervention study of exercise for depressive symptoms in women. *Journal of Women´s Health*, 16(10), 1499-1509.

De Moor, MHM., Beem, AL., Stubbe, JH., Boomsma, DI. & De Geus, EJC. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study. *Preventive Medicine*, 42, 273–279.

Duncan, S., Seeley, J., Gau, J., Strycker, L. & Farmer, R. (2012). A latent growth model of adolescent physical activity as a function of depressive symptoms. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 57-65.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin.

Field, T., Diego, M. & Sanders, C. (2001). Exercise is positively related to adolescent's relationship and academics. *Adolescence*, 36(141), 105-110.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Karlsson, J., Jansson, E. & Ståhle, A. (2009). *Ordination motion: vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Bromberg.

Kjellman, B., Egil, M., Taube, J. & Andersson, E. (2008). Depression. YFA. (red). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (2. uppl.). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Klasén - McGrath, M. (2012). *Depression hos unga*. Hämtad 5 oktober, 2012, från Vårdguiden, <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Depression-hos-unga/>

Kubicek, H. (2008). *Fri från depression med kost, motion och sömn*. Stockholm: Fitnessförlaget.

Lager, A. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression?* (R, 2009:8). Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.



Levander, S., Adler, H., Gefvert, O. & Tuninger, E. (2008). *Psykiatri: En orienterad översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Lilja, L., Hellzén, M., Lind, I. & Hellzén, O. (2006). The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 269–278.

Lindeskog, P. (2012). *Rekommendationer för fysisk aktivitet*. Hämtad 8 oktober, 2012, från Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/Rekommendationer/>

Läkemedelsverket. (2004). *Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre: Behandlingsrekommendation*. Hämtad 5 oktober, 2012, från Läkemedelsverket, <http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/depressionvuxna.pdf>

Läkemedelsverket. (2005). *Läkemedelsbehandling av depression hos barn och ungdomar - en uppdatering av kunskapsläget*. Hämtad 9 oktober, 2012, från Läkemedelsverket, <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/allmanhet/att-anvanda-lakemedel/sjukdom-och-behandling/behandlingsrekommendationer---listan/depression-hos-barn-och-ungdomar/>

McKercher, C., Schmidt, M., Sanderson, K., Dwyer, T. & Venn, A. (2012). Physical activity and depressed mood in primary and secondary school-children. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 50-56. doi: 10.1016/j.mhpa.2012.03.004

McPhie, M. & Rawana, J. (2012), Unravelling the relation between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: A mediation analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 43-49. doi: 10.1016/j.mhpa.2012.03.003

Patten, S., Williams, J., Lavarato D. & Eliasziw, M. (2009). A longitudinal community study of major depression and physical activity. *General Hospital Psychiatry*, 31, 571-575. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.08.001

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Riksidrottsförbundet. (2004). *Kostnader för idrott. En studie om kostnader för barns idrottande 2003*. Hämtad 18 november, 2012, från Riksidrottsförbundet, [http://www.rf.se/ImageVault/Images/id\\_136/scope\\_128/ImageVaultHandler.aspx](http://www.rf.se/ImageVault/Images/id_136/scope_128/ImageVaultHandler.aspx)

Shields, C., Spink, K., Chad, K. & Odnokon, P. (2010). The confidence to get going: The moderating effects of depressive symptoms on the self-efficacy–activity relationship among youth and adolescents. *Psychology and Health, 25*, 43-53.

Sigfusdottir, IN., Asgeirsdottir, BB., Sigurdsson, JF. & Gudjonsson, G. (2011). Physical activity buffers the effects of family conflict on depressed mood: A study on adolescent girls and boys. *Journal of Adolescence, 34*, 895-902.

Socialstyrelsen. (2010). *Beskrivning av åtgärder: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad 9 oktober, 2012, från Socialstyrelsen, [http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4/Documents/Bilaga\\_2\\_Beskrivning\\_av\\_atgarder.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4/Documents/Bilaga_2_Beskrivning_av_atgarder.pdf)

Statens Folkhälsoinstitut. (2011). *Skolbarns vanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning*. Hämtad 5 oktober, 2012, från Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/PageFiles/11926/A2011-06-Skolbarns-halsovanor-fysakt-tv-dator-Ett-friskare-Sverige.pdf>

Stavrakakis, N., Jonge, P., Ormel, J. & Oldehinkel, A. (2012). Bidirectional prospective associations between physical activity and depressive symptoms. *Journal of Adolescent Health, 50*, 503–508. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.09.004

Sund, AM., Larsson, B. & Wichstrøm, L. (2010). Role of physical and sedentary activities in the development of depressive symptoms in early adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(5), 431-441. doi: 10.1007/s00127-010-0208-0

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Indikationer för hälsofrämjande omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

UNICEF. (u.å.). Barnkonventionen. Hämtad 29 oktober, 2012, från UNICEF, <http://unicef.se/barnkonventionen>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wiles, N., Haase, A., Lawlor, D., Ness, A. & Lewis, G. (2011). Physical activity and depression in adolescents: Cross-sectional findings from the ALSPAC cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1023-1033. doi: 10.1007/s00127-011-0422-4

Willman, A., Stoltz, B. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2. uppl.). Stockholm: Studentlitteratur.

Wirback, T., Björklund, G., Lind, S. & Engström, K. (2012). *Geografiska och sociala skillnader i ångest och depression bland ungdomar i Stockholms län* (KFA-rapport, 2012:16). Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.

World Health Organisation. (2003). *WHO - Definition of Health*. Hämtad 8 oktober, 2012, från World Health Organisation, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organisation. (2012). *Depression*. Hämtad 5 oktober, 2012, från World Health Organisation, <http://www.who.int/topics/depression/en/>

## Bilaga 1

### Granskningsmall för kvalitetsbedömning, kvantitativa studier

|       | Fråga  | Ja | Nej |
|-------|--|----|-----|
| 1.    | Motsvarar titeln studiens innehåll?                                      |    |     |
| 2.    | Återger abstraktet studiens innehåll?                                    |    |     |
| 3.    | Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?           |    |     |
| 4.    | Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?                   |    |     |
| 5.    | Är studiens syfte tydligt formulerat?                                    |    |     |
| 6.    | Är frågeställningarna tydligt formulerade?                               |    |     |
| 7.    | Är designen relevant utifrån syftet?                                     |    |     |
| 8.    | Finns inklusionskriterier beskrivna?                                     |    |     |
| 9.    | Är inklusionskriterierna relevanta?                                      |    |     |
| 10.   | Finns exklusionskriterier beskrivna?                                     |    |     |
| 11.   | Är exklusionskriterierna relevanta?                                      |    |     |
| 12.   | Är urvalsmetoden beskriven?  |    |     |
| 13.   | Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?                            |    |     |
| 14.   | Finns populationen beskriven?  |    |     |
| 15.   | Är populationen representativ för studiens syfte?                        |    |     |
| 16.   | Anges bortfallets storlek?   |    |     |
| 17.   | Kan bortfallet accepteras?   |    |     |
| 18.   | Anges var studien genomfördes?   |    |     |
| 19.   | Anges när studien genomfördes?   |    |     |
| 20.   | Anges hur datainsamlingen genomfördes?                                   |    |     |
| 21.   | Anges vilka mätmetoder som användes?                                     |    |     |
| 22.   | Beskrivs studiens huvudresultat?   |    |     |
| 23.   | Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?             |    |     |
| 24.   | Besvaras studiens frågeställningar?                                      |    |     |
| 25.   | Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet? |    |     |
| 26.   | Diskuterar författarna studiens interna validitet??                      |    |     |
| 27.   | Diskuterar författarna studiens externa validitet?                       |    |     |
| 28.   | Diskuterar författarna studiens etiska aspekter                          |    |     |
| 29.   | Diskuterar författarna studiens kliniska värde?                          |    |     |
| Summa |  |    |     |

**Maxpoäng:** 29

**Erhållen poäng:**

**Kvalitet:** Låg: 0-16p      Medel: 17-23p      Hög: 24-29p