

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:84

Fysisk aktivitet som hälsobefrämjande omvårdnadsåtgärd
vid depression
En litteraturstudie

Malin Andersson
Frida Björk



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Fysisk aktivitet som hälsobefrämjande omvårdnadsåtgärd vid depression
Författare:	Malin Andersson & Frida Björk
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK13V
Handledare:	Claes Ekenstam
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Depression är ett globalt folkhälsoproblem med cirka 350 miljoner drabbade, där mindre än hälften av alla med diagnosen får behandling. Depression kan beskrivas med två huvudkriterier: nedstämdhet och minskat emotionellt engagemang. Behandlingen vid depression kan vara antidepressiva läkemedel, ECT-behandling och olika beteendeterapier. Fysisk aktivitet har positiva effekter på stämningsläge och livskvalité. Motiverande samtal kan användas för att uppnå en beteendeförändring hos en person. Omvårdnadsteoretikerna Virginia Henderson och Dorotea Orem har teorier för hur sjuksköterskans roll vid egenvård. Syftet med studien är att undersöka om sjuksköterskan kan använda fysisk aktivitet som omvårdnadsåtgärd vid depression för att främja livskvalité och välbefinnande. Kandidatuppsatsen är en litteraturstudie med utgångspunkt i Friberg (2012). Artiklarna är hämtade från tre databaser och är både kvantitativa och kvalitativa. Totalt användes 14 artiklar. Inklusionskriterierna var publiceringsdatum mellan 2005-2015 samt ungdomar och vuxna som har en depressionsdiagnos. Fysisk aktivitet vid depression ger ett ökat välbefinnande och en bättre livskvalité. Resultatet talar för att ha en mentor som stöd vid träningen samt gruppträning gav en bättre motivation och ett förbättrat humör. För sjuksköterskor är det viktigt att stödja patienten vid egenvård. Fysisk aktivitet kan ge ett ökat empowerment eftersom patienten kan utföra aktiviteten på egen hand. Sjuksköterska bör finnas med och motivera patienten till att nå uppsatta mål. För att hjälpa patienten att utvecklas är undervisning viktigt. Sjuksköterskan kan genom undervisning hjälpa patienten att bli fysisk aktiv och därigenom främja livskvalité och välbefinnande.

Nyckelord: *Depression, fysisk aktivitet, livskvalité, välbefinnande*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Depression	1
Depression i världen	1
Depressionssymptom	1
Depressionsdiagnos	2
Depressionsbehandling	2
Fysisk aktivitet	3
Biologiska effekter av fysisk aktivitet	4
Fysisk aktivitet på recept (FaR)	4
Motiverande samtal	5
Sjuksköterskans roll	6
Omvårdnadsteoretiker	6
Virginia Henderson	6
Dorotea Orem	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	9
Den fysiska aktivitetens påverkan på välbefinnande hos deprimerade personer	9
Den fysiska aktivitetens påverkan på livskvalité hos deprimerade personer	10
Positiv påverkan av en motiverande kontakt och social interaktion med andra människor	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
SLUTSATSER	15
REFERENSER	15
BILAGA 1	19
BILAGA 2	22

INLEDNING

Vi har under vår sjuksköterskeutbildning upplevt att depressionsproblematiken är utbredd i dagens samhälle. Vår upplevelse är att depression ofta behandlas med antidepressiva läkemedel utan kompletterande behandlingsmetod. Vi vill genom en litteraturstudie undersöka om fysisk aktivitet kan användas som en kompletterande omvårdnadsåtgärd hos personer med depression för att uppnå en ökad hälsa. Personer med depression är en utsatt grupp i samhället och därför tycker vi att det är viktigt att ta reda på hur olika behandlingar kan lindra depressionssymptomen. Målet med studien är att undersöka om fysisk aktivitet kan användas som omvårdnadsåtgärd vid depression för att främja livskvalité och välbefinnande. Genom att inneha kunskap om effekterna av fysisk aktivitet blir det lättare att motivera deprimerade patienter till att vara fysiskt aktiva.

BAKGRUND

Depression

Depression i världen

Depression är ett stort hälsoproblem över hela världen. Globalt beräknas det vara cirka 350 miljoner människor som lider av sjukdomen och det är ett ökande problem (WHO, 2015). Ungefär 20-30 procent av kvinnorna och 10-20 procent av männen i Västvärlden kommer någon gång under livet drabbas av minst en depressiv period (Kilander, 2011, s. 320). Depression, speciellt måttlig till svår, kan i värsta fall leda till självmord. Över 800 000 människor per år begår självmord, vilket det är den näst vanligaste orsaken till död bland 15-29 åringar (WHO, 2015). Därför är det viktigt att arbeta aktivt med självmordsförebyggande åtgärder (Skärsäter, 2012, ss. 71-72).

Trots att det idag finns effektiva behandlingar mot depression är det mindre än hälften av alla berörda i världen som får någon form av behandling. Hinder för effektiv behandling kan vara otillräckliga resurser, inte tillräckligt med utbildad vårdpersonal och stigmatisering som är associerad med psykisk ohälsa (WHO, 2015).

Depressionssymptom

En egentlig depression klassas som ett medicinskt tillstånd där tankar, känsloliv och beteende påverkas. Det kan beskrivas med två huvudkriterier, nedstämdhet och minskat emotionellt engagemang och många drabbas även av en ångestproblematik (Skärsäter, 2012, ss. 71-72). Andra symptom som är vanliga vid en depression är brist på glädje, nyfikenhet och energi. Många drabbas av en försämrad självkänsla, skuld känslor och nedsatt koncentrationsförmåga. Några symptom kan sammanfattas som en psykomotorisk hämning. Det visar sig genom tafatthet, initiativlöshet, fåordighet, nedsatt ansiktsmimik och långsamt rörelsemönster. En annan grupp kallas för vegetativa

symptom och det kännetecknas av aptitlöshet, sömnstörning och förstoppning. Många med depression upplever en dygnsvariation där symptomen oftast är mer påtagliga på morgonen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 320).

Det finns olika grader av depression: lindrig, måttlig och svår. En lindrig depression är oftast snabbt övergående men den kan också vara en början på en svårare depression med risk för återfall. Vid en svår depression är symptomen mer omfattande och varaktiga med en nedsatt livskvalité (Skärsäter, 2012, ss. 71-72). Begreppet livskvalité kan beskrivas ur både subjektiva och objektiva perspektiv. När livskvalitén beskrivs som subjektiv är den enskild och kan betyda olika saker för olika personer. Det blir därför den enskilde personen som avgör vad som är god livskvalité och vad som är dålig livskvalité. En objektiv livskvalité rör aspekter som kan appliceras på alla människor. Den brukar innebära att kroppens fysiologiska funktioner fungerar och de basala materiella behoven är tillfredsställda. Att använda en objektiv syn är enklare eftersom behoven kan mätas och rangordnas till skillnad från en subjektiv syn där patienten ska vara med och prioritera vårdhandlingar (Birkler, 2007, s. 101).

Depressionsdiagnos

För att få en depressionsdiagnos krävs att personen är nedstämd och/eller visar ett minskat intresse för omgivningen under större delen av dagen under minst två veckors tid (Skärsäter, 2012, s. 71). När en läkare diagnostiserar en patient med depression är det en sammantagen bild av anamnes från patienten, och i vissa fall även från anhöriga. Det görs även en iakttagelse under samtal med patienten. Dessutom ska sociala förhållanden, kroppsliga sjukdomar, läkemedelsbehandling, ärftlighet, eventuella tidigare depressiva episoder samt eventuellt missbruk tas med i anamnesen (Kilander, 2011, s. 329).

Det finns olika typer av skattningsformulär för att diagnostisera en depression och ett av dem är Montgomery-Åsbergs skala (MADRS) som innehåller tio skattningspunkter som vårdpersonal fyller i (Kilander, 2011, s. 329). Punkterna som behandlas är: nedstämdhet, sänkt grundstämning, ångestkänslor, minskad nattsömn, minskad aptit, koncentrationssvårigheter, initiativlöshet, minskat känslomässigt engagemang, depressivt tankeinnehåll och livsleda och självmordstankar (Psykiatristöd, 2015). För att personen själv ska kunna skatta sig används en skala som utgår från MADRS som heter MADRS-S. Självskattningsskalan innehåller nio av de tio skattningspunkterna som MADRS behandlar (Åsberg & Mårtensson, 2010, s. 312).

Depressionsbehandling

Det finns flera olika behandlingsmetoder för depression som ofta kombineras med varandra. Vid lindrig och måttlig depression bör psykoterapi, exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT), erbjudas i första hand. Men det finns få psykoterapeuter inom den offentliga vården. Det gör att läkemedel istället skrivs ut till patienterna (Ottosson & Ottosson, 2007, s. 95).

Syftet med KBT är att ersätta negativa tankar, känslor och beteenden som antas vara grunden till psykisk ohälsa och på så vis minska symptomen. Metoden baseras på en

form av inlärningsteori som handlar om hur mänskliga beteenden och miljöer samspelar. Dessutom uppmärksammas hur tankar kan påverka känslor och beteenden. Patienten kartlägger, ihop med en terapeut, vad det är som utlöser problemen och vad som gör att problemen kvarstår. Kartläggningen bildar sedan utgångspunkt för en behandlingsplan som innehåller både träffar med terapeut under 5-20 veckor och hemuppgifter (Socialstyrelsen, 2013a).

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av KBT som från början syftade till att minska självskadebeteende hos personer med emotionell instabil personlighetsstörning. Terapin används numera även vid depression, missbruk, posttraumatiskt stressyndrom och ätstörningar. Även DBT handlar om inlärningsteori och kognitiv teori men har ett extra fokus på emotionsteori. Behandlingen innehåller träning i grupp som syftar till att lära sig hantera svåra situationer utan att ta till en destruktivt beteende. Dessutom används individuella träffar med terapeut som behandlar de problem som är aktuella. Behandlingen sker normalt under ett år med två träffar per vecka (Socialstyrelsen, 2012).

Psykodynamisk psykoterapi är en terapi med behandlingsfokus på arbete med självinsikt och relationer till andra. Det görs för att minska psykiska problem. Terapin har sin grund i den psykoanalytiska terapin och bygger på ett humanistiskt synsätt. Grundtanken med terapin är människans omedvetna inre liv, som formas av relationer under uppväxten. Det är sedan relationerna som vägleder under livet. Mötet sker ihop med en psykoterapeut 1-2 dagar i veckan under ett eller flera år (Socialstyrelsen, 2013b).

Läkemedelsbehandling används och det finns flera olika antidepressiva läkemedel. Gemensamt för antidepressiva läkemedel är att de förstärker impulsöverföringen i serotonin- och noradrenalin-synapserna i hjärnan. Det tar oftast minst två veckor, ibland mer, innan den antidepressiva effekten märks medan eventuella biverkningar uppkommer betydligt tidigare (Ottosson & Ottosson, 2007, s. 96). Antidepressiva läkemedel har många biverkningar och de varierar beroende på vilken typ av läkemedel som används. Några vanliga biverkningar är muntorrhet, förstoppning, förvirring, illamående, sömnbesvär, viktuppgång och urinretention (Tågerud, 2015, ss. 143-146).

Vid måttliga och svåra depressioner kan elektrokonvulsiv terapi (ECT) användas som behandlingsmetod. En ECT-behandling innebär att patienten blir nedsövd under en kort period samt muskelavslappnad och via elektrisk ström framkallas ett epileptiskt anfall. Det finns ingen förutbestämd behandlingstid utan antalet behandlingar kan variera. Det vanligaste är mellan sex och tolv behandlingar fördelade på tre behandlingar i veckan. Även ECT-behandling har biverkningar där de vanligaste är huvudvärk efter genomförd behandling och en minnesstörning, som oftast försvinner efter avslutad behandling (Mårtensson, 2010, ss. 539-540).

Fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet avses all aktivitet som gör att skelettmuskulaturen dras samman och energiförbrukningen ökar. Fysisk aktivitet omfattar bland annat vardagsaktiviteter, promenader, fysisk belastning i arbetet, friluftsliv, lek, motion och fysisk träning.

Motion är en strukturerad fysisk aktivitet vars mål är att förbättra eller upprätthålla en eller flera komponenter av fysisk kondition. Det innefattar syreupptagningsförmåga, balans, rörlighet, koordination och kroppssammansättning. Fysisk träning syftar till en klar målsättning med att öka prestationsförmågan inom olika idrottsgrenar, ofta i tävlingssyfte. Fysisk prestationsförmåga kan delas in i hälsorelaterad prestationsförmåga och funktion. Till den hälsorelaterade prestationsförmågan hör aerob kapacitet det vill säga syreupptagningsförmågan, muskulär uthållighet, rörlighet, kroppssammansättning och muskelstyrka. Till funktion hör vighet, balans, hastighet, koordination, kraft och reaktionshastighet (Statens folkhälsoinstitut, 2011, s. 27)

De svenska rekommendationerna, som antogs 2011 för vuxna, innebär någon form av fysisk aktivitet med minst 150 minuter i veckan. Aktiviteten ska innehålla en pulshöjning och en ökad andning. I träningen bör en muskelstärkande fysisk aktivitet ingå minst två gånger i veckan (Statens folkhälsoinstitut, 2011, ss. 36-37).

Biologiska effekter av fysisk aktivitet

De flesta av våra organ påverkas av arbete och svarar på och vänjer sig vid fysisk aktivitet. Människokroppen är byggd för rörelse. Ett enstaka träningspass med fysisk aktivitet har mätbara effekter på stämningsläge, kondition, blodsockerkontroll och blodtryck. Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för förtidig död och sjukdomar. Den påverkar även livskvalité, stämningsläge, kognition och fysisk kapacitet positivt. Regelbunden fysisk aktivitet påverkar ett flertal mekanismer i kroppen. Aerob fysisk aktivitet ger minskad risk för hjärt-och kärlsjukdomar. Vilket kan förklaras som en påverkan på kända riskfaktorer som låggradig inflammation, koagulation, body mass index (BMI) och blodtryck (Martinsen, Hovland, Kjellman, Taube & Andersson, 2015, s. 1).

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

FaR utgår från den sociala kognitiva teorin där det betonas att det finns en interaktion mellan beteende, omgivning och individ. För att nå en beteendeförändring och få en ökad fysisk aktivitet finns det tre viktiga komponenter. Den första är att individen själv har en tilltro till den egna förmågan. Den andra är att ha en målsättning för att öka sin egna fysiska aktivitet. Den tredje är att personen dokumenterar sin fysiska aktivitet och sedan reflekterar över den (Statens folkhälsoinstitut, 2011, s. 103).

En annan utgångspunkt för FaR är den transteoretiska modellen som handlar om ett förändringsstadium där ett förändringsarbete är i fokus. Modellen delas in i fem olika stadier. Det första kallas för "ej beredd" och innebär att personen inte har något intresse i att förändra sitt beteende. Den andra kallas för "begrundande/osäker" där personen har börjat fundera över att förändra sitt beteende men ännu inte påbörjat processen. I den tredje fasen som kallas "förberedelse" har personen bestämt sig för en förändring i beteendet men ännu inte påbörjat den. Fjärde stadiet är "handling" där personen kommit igång med sin förändring. I det sista stadiet, "vidmakthållande" är tanken att personen ska behålla sina goda vanor och undvika att falla tillbaka i gamla vanor igen (Statens folkhälsoinstitut, 2011, s. 104).

Det finns olika nivåer på förskrivning av FaR. I nivå ett finns de personer som redan utvecklat en sjukdom eller skada. De bedöms behöva delta i FaR-aktiviteter inom hälso- och sjukvården, exempelvis sjukgymnastik. De personer som har en förhöjd risk för att utveckla sjukdom eller skada hamnar under nivå två. Där ingår ett skriftligt FaR med lågintensiv träning som exempelvis gruppträning. Det är oftast frivillig organisationer, privat aktörer och folkhälsovården som håller i den här typen av träning. Nivå tre och fyra används om personen anses vara lämplig till att delta i det ordinarie utbudet av aktiviteter i föreningslivet. Men personen bör vara motiverad och kapabel att genomföra rekommendationen på egen hand, ha förmåga att kunna öka den fysiska aktiviteten på ett säkert sätt samt att hälsotillståndet inte kräver ett skraddarsytt träningsprogram med handledning (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2007, ss. 18-19).

De som får ordinera FaR är legitimerad personal inom hälso- och sjukvården som har kunskap om patientens aktuella hälsoläge och om hur fysisk aktivitet används som behandling. De ska även känna till hur FaR fungerar och de lokala rutiner som finns i verksamheten, samt ha kunskapen om hur ett patientcentrerat samtal fungerar. Inom vissa verksamheter kan förskrivningen delegeras till icke legitimerad personal (Statens folkhälsoinstitut, 2011, s. 167). Det är den som förskrivit receptet som är ansvarig för att en uppföljning sker via exempelvis återbesök, telefonkontakt eller brev. En uppföljning är viktig för att motivera patienten till fortsatt aktivitet samt ha möjlighet att kunna justera dosen av fysisk aktivitet. Att utvärdera om den önskade hälsoeffekten blivit uppnådd eller inte samt undersöka orsaken till varför eller varför inte den är uppnådd är en viktig del i uppföljningen. Dessutom undersöks det om rätt aktivitet är ordinerad. Det kontrolleras även att inga negativa sidoeffekter har uppstått som behöver remitteras till annan vårdinstans (Statens folkhälsoinstitut, 2011, ss. 182-183).

Motiverande samtal

År 1983 började motiverande samtal (MI) användas som en korttidsbehandling vid alkoholmissbruk för att uppnå en beteendeförändring. Sedan 1990 används MI vid andra hälsoproblem där en förändring av beteendet och motivation är viktigt (Rollnick, Miller & Butler, 2009, s. 27). Vid ett motiverande samtal används fyra vägledande principer. Dessa är att motstå rättningsreflexen, utforska och förstå patientens motivation, lyssna till patienten och empowerment. Att motstå rättningsreflexen handlar om att tygla viljan till att ställa saker till rätta. Många inom vården vill bota, förhindra skada och främja välbefinnande hos patienten vid samtal (Rollnick, Miller & Butler, 2009, ss. 31-34). Livsvärld är ett centralt begrepp för att förstå begreppet välbefinnande. Begreppet livsvärld kan beskrivas som världen som den erfars och är därför unik och personlig för varje individ (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 128). Välbefinnande är en subjektiv upplevelse som handlar om patientens inre upplevelser. Det betyder inte alltid att patienten är sund och frisk utan handlar om den egna känslan kring det egna allmäntillståndet och kan ses som en helhetskänsla (Eriksson, 1996, s. 37).

I ett motiverande samtal är det viktigt att få patienten att själv argumentera för den förändring som behövs. Detta utan att som vårdare lägga fram färdiga argument (Rollnick, Miller & Butler, 2009, ss. 31-34). Om en patient får information om redan färdiga argument blir oftast svaret nej till beteendeförändring eftersom han/hon själv inte hunnit fundera över eventuell förändring (Statens folkhälsoinstitut, 2011, s. 155).

Att utforska och förstå patientens motivation handlar om individens egna skäl till att uppnå en beteendeförändring. Den tredje principen är att lyssna till patienten där svaren till en beteendeförändring oftast finns inom personen. Det kräver ett aktivt lyssnade från vårdaren för att hitta dem. Den sista principen är empowerment som innebär att patienten ska kunna känna makt över sitt eget liv. Om patienten får vara delaktig i sin vård blir behandlingsresultatet oftast bättre (Rollnick, Miller & Butler, 2009, ss .31-34). Ett motiverande samtal ska vara målinriktat där patienten och vårdaren gemensamt kommit fram till ett behandlingsmål. Det är viktigt han/hon känner sig accepterad i sitt nuvarande tillstånd för att förhindra att ett negativt synsätt (Statens folkhälsoinstitut, 2011, ss. 154-155).

Tillvägagångssättet vid ett motiverande samtal är att använda öppna frågor som leder samtalet vidare. Att använda reflektion är bra för att återge det som patienten sagt. Vårdaren bör sammanfatta vad som sagt flera gånger under samtalet för att ge personen en chans till att förtydliga och korrigera otydligheter. Bekräftelse är en viktig del vid ett motiverande samtal för att uppmärksamma beteendeförändringar som skett (Statens folkhälsoinstitut, 2011, ss. 156-158).

Sjuksköterskans roll

För sjuksköterskor är det viktigt att stödja patienten till förändringar som kan leda till en ökad hälsa med en förbättrad livskvalité. Det är viktigt att se till patientens livsvärld och vara medveten om patientens utsatthet på grund av de depressiva symptomen. Patienten ska bli bemött på sina egna villkor och sjuksköterskan bör vara medveten om sin egen förförståelse i mötet. Ett aktivt lyssnade och uppmuntran från sjuksköterskan är viktigt. Där patienten kan få hjälp att sätta ord på känslor, frustration och skuld. Sjuksköterskans uppgift är uppmuntra patienten till aktivitet trots att patienten upplevs tillbakadragen och undviker kontakt (Skärsäter, 2010, ss. 80-82).

Omvårdnadsteoretiker

Virginia Henderson

Virginia Henderson levde mellan 1897 och 1996. Hennes omvårdnadsteori har inspirerat många, bland annat Dorotea Orem. Henderson ansåg att kropp och själ har ett nära förbund och att människan har några grundläggande behov. Behoven hon beskriver är mat, kärlek, erkännande, känsla av att vara till nytta, en ömsesidig samhörighet och ett beroende av andra människor. Varje enskilds behov skapar sedan ett livsmönster som är subjektivt (Kristoffersen, 2008, ss. 33-35).

Henderson anser att begreppet hälsa är viktigt och är något mer än frånvaro av sjukdom. Livet måste innehålla förströelser, sociala kontakter och meningsfulla sysselsättningar. Målet med omvårdnaden är att hjälpa den enskilde individiden att så tidigt som möjligt återfå förmågan att själv utföra sysslor relaterade till dem grundläggande behoven. Enligt Henderson är sjuksköterskans roll att hjälpa patienten att utföra de sysslor som varit möjliga om personen haft resurser till det. Sjuksköterskans förståelse för hur varje patientens behov bäst tillgodoses är avgörande vid omvårdnad. För att förstå patienten måste sjuksköterskan förstå individens livsvärld (Kristoffersen, 2008, ss. 35-37).

Dorotea Orem

Dorotea Orem kallar sin teori för den generella teorin om egenvårdsbrist som sedan kan delas in i tre underkategorier. Den första är teorin om egenvård och beskrivs som målinriktade aktiviteter som patienten utför efter eget initiativ. Egenvård syftar till att främja normal funktion, hälsa, utveckling och välbefinnande. För att fördjupa egenvårdsbegreppet använder Orem teorin om egenvårdsbrist som en andra underkategori. Teorin beskriver egenvårdshandlingarnas syften och mål. De är att säkerställa normal mänsklig funktion, hälsa och utveckling. Den sista delen är teorin om omvårdnadssystem som handlar om hur sjuksköterskan identifierar omvårdnaden hos en patient utifrån de brister som finns i egenvården (Kristoffersen, 2008, ss. 38-39).

Orem beskriver sjuksköterskans omvårdnad som en hjälpinsats där hänsyn tas till patientens personlighet och livssituation. För att sjuksköterskan ska kunna tillgodose egenvård beskriver Orem fem hjälpmetoder. Den första är att göra något eller handla för en annan person som innebär att sjuksköterskan tar initiativ till specifik omvårdnad. Omvårdnaden tas över av sjuksköterskan för att uppnå bestämda mål. Om patienten är adekvat och vid medvetande är det viktigt att inkludera patienten i omvårdnaden i den mån det går. Den andra är att handleda en annan person där sjuksköterskan finns med som stöd vid egenvårdshandlingar.Handledningen kan bestå av en tillsyn, råd, förslag och instruktioner med mera. Ett fysisk och psykologiskt stöd är den tredje där sjuksköterskan deltar i patientens strävan för att uppnå sina mål. Det görs genom uppmuntran och hjälp för att förhindra att patienten misslyckas. Den fjärde hjälpmetoden är att skapa en miljö som främjar utveckling. För att patienten ska bli motiverad till att ha mål och ta initiativ till handling är omgivningen viktig. En utvecklande miljö innebär en ömsesidig respekt med en tro på, tillit för och acceptans av enskild utveckling. Den sista är undervisning där sjuksköterskan motiverar personen till lärande genom att få han/hon att inse betydelsen av ny kunskap. För att själv kunna utföra egenvård behövs ny kunskap som leder till personlig utveckling (Kristoffersen, 2008, ss. 49-50).

PROBLEMFORMULERING

Under vår sjuksköterskeutbildning har vi uppmärksammat att depressionsproblematiken utgör ett stort och växande problem i dagens samhälle. Det är ett globalt problem med ungefär 350 miljoner drabbade runt om i världen. Trots att det idag finns behandling mot depression är mindre än hälften behandlade för sin depression. Behandlingen som används främst idag är antidepressiva läkemedel. Det finns fler behandlingar som ECT-behandling, KBT, DBT och psykodynamisk psykoterapi men dessa används i mindre utsträckning. Vi vill genom vår kandidatuppsats undersöka om fysisk aktivitet ger positiva effekter, som förbättrad livskvalité och välbefinnande, hos personer med depression. Fysisk aktivitet har flera positiva fördelar som färre biverkningar jämfört med antidepressiva läkemedel. Att som sjuksköterska använda motiverande samtal kan vara verksamt för att främja fysisk aktivitet. Deprimerade personer har ofta svårt att ta sig för saker och därför behövs någon som motiverar och stöttar. Undervisning och motivation är också en viktig sjuksköterskeuppgift för att handleda patienten till att nå uppsatta mål.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka om fysisk aktivitet kan användas som omvårdnadsåtgärd vid depression för att främja livskvalité och välbefinnande.

METOD

Metoden är en litteraturstudie som syftar till att skapa en översikt över ett aktuellt problem. En litteraturstudie bygger på vad publicerade forskningsartiklar och rapporter studerat inom ett visst område. Det innebär att ta reda på vad aktuell forskning säger om det som ska studeras. En litteraturstudie används för att skapa ett strukturerat arbetssätt över ett valt forskningsområde (Friberg, 2012, s. 133-134). Som sjuksköterska är det viktigt att inneha ny kunskap för att främja en kompetensutveckling (Dahlborg Lyckhage, 2012, s. 24)

Litteratursökning

De artiklar som används i resultatet har sökts i databaserna Cinahl, Pubmed och PsycINFO. Databaserna valdes för att de är inriktade på vård, folkhälsa, medicin och psykologi. Vi har även använt en sekundärkälla till en vald artikel.

De sökord som använts i litteraturstudien är *physical activity* och *depression* och dessa ord valdes utifrån syftet med litteraturstudien. Synonymer till *physical activity* som *exercise*, *physical therapy* och *physical health* användes också för att få fler träffar. Synonym till "*depression*" som "*depressive disorder*" användes. Sökorden *quality of life* och *well-being* användes även för att mer exakt besvara syftet på vår litteraturstudie. I Cinahl användes Major Headings (MM) och i Pubmed Medical Subject Headings [MeSH]-termer för att få mer exakta sökningar. I PsycINFO användes Subject headings: Major Subject (MJSUB) och Keyword (IF). Hur sökorden har kombinerats och hur inklusionskriterierna används finns beskrivet i **bilaga 1**.

Inklusionskriterier i alla databaserna var att abstrakt skulle vara tillgängligt och alla artiklarna skulle vara vetenskapliga. Artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2005 och 2015. Exklusionskriterier var studier som undersökte depression och fysisk aktivitet i anknytning till någon annan sjukdom som till exempel diabetes, multiple skleros och stroke. Artiklar som inte hade depression i fokus och som var enbart medicinska valdes bort. Vi exkluderade även artiklar som enbart undersökte äldre över 80 år eftersom de ofta har somatiska sjukdomar som hindrar fysisk aktivitet

Vid varje sökning läste vi först titeln på artikeln. Här exkluderades många artiklar eftersom de inte hade depression som huvuddiagnos. I stället behandlades andra sjukdomar i relation till fysisk aktivitet. De titlar som hade depression och fysisk aktivitet som huvudfokus undersöktes ytterligare genom abstrakt. Även här valdes artiklar bort eftersom de hade medicinskt fokus eller var meta-analyser.

De artiklar vars abstrakt och syfte överensstämde med vår litteraturstudie valdes ut för närmare granskning (urval 1). 12 artiklar valdes ut till urval 1 där vi läste igenom varje artikel och användes oss av en granskningsmall för kvantitativa artiklar och en för

kvalitativa artiklar (Friberg, 2012, ss. 138-139). Fyra artiklar togs därefter bort då vi upplevde att kvalitén inte uppfyllde våra krav eller att artikeln inte svarade på vårt syfte. Vi gjorde därefter en till sökning och hittade ytterligare sex artiklar som lästes och granskade enligt vald granskningsmall (Friberg, 2012, s. 45). Dessa artiklar togs med och totalt användes således 14 artiklar i resultatet.

Dataanalys

För att få en tydlig översikt över artiklarna användes en artikelöversikt enligt Friberg (2012, s 45). Dessutom numrerades artiklarna 1-14 för att på ett enklare sätt hantera materialet. Efter översikten var det enkelt att se vad varje enskild studie kommit fram till. Artiklarna lästes igenom ännu en gång och användbart resultat markerades med olika överstrykningspennor. Sedan diskuterade vi innehållet med varandra och gemensamma nämnare i varje artikel uppmärksammades som var användbart för vårt syfte. Den artikelöversikt som sedan användes i kandidatuppsatsen hämtades ifrån Högskolan i Borås riktlinjer för kandidatuppsats eftersom den var mer kortfattad och lättöverskådlig, se **Bilaga 2** (Högskolan i Borås, 2015, s. 13). Utifrån gemensamma nämnare skapades kategorierna som används i resultatet.

RESULTAT

Utifrån artiklarna skapades tre relevanta kategorier som behandlade syftet. Den första kateorin behandlar relationen mellan fysisk aktivitet och välbefinnande hos deprimerade personer. Relationen mellan livskvalité och fysisk aktivitet behandlas i den andra kategorin. I den tredje behandlas vikten av mentorskap och social interaktion i relation till depression.

Den fysiska aktivitetens påverkan på välbefinnande hos deprimerade personer

Hos 6734 män och kvinnor undersöktes deras välbefinnande genom att använda skalan "The General Well-Being Schedule" (GWB). Den innehåller 18 stycken självskattningsfrågor relaterat till välbefinnande. Både hos män och kvinnor som var fysiskt inaktiva upplevdes ett lägre välbefinnande jämfört med de som hade en högre aktivitetsgrad. Även hos de män och kvinnor som hade en otillräcklig mängd fysisk aktivitet, enligt nationella riktlinjer, upplevdes ett lägre välbefinnande. Hos de som hade en bättre fysisk kondition sågs ett ökat välbefinnande och en minskning av de depressiva symptomen (Galper, Trivedi, Barlow, Dunn & Kampert, 2006, ss. 175-176).

I en studie undersöks om fysisk aktivitet har en god effekt endast vid ett träningspass jämfört med vila under 30 min hos personer med egentlig depression. För att mäta välbefinnandet användes en skala kallad "Subjective Exercise Experiences Scale" (SEES). Träningsgruppen visade ett signifikant förbättrat välbefinnande och även en ökad energinivå jämfört med vilogruppen där ingen förbättring uppmärksammades (Bartholomew, Morrisson & Ciccolo, 2005, ss. 2033-2034). Hos en grupp ungdomar

som utförde fysisk aktivitet uppmärksammades att mer än hälften av deltagarna fått en ökad energinivå. Det visade sig genom en ökad vakenhet och en ökad motivation till att fortsätta träna (Carter, Morres, Repper & Callaghan, 2015, s. 5).

En studie i Norge har också använt skalan SEES för att mäta välbefinnandet. Under två dagar undersöktes välbefinnandet efter ett enstaka högintensivt aerobt träningspass. Det visade sig även här att deprimerade patienter upplevde ett ökat välbefinnande tidigt efter avslutat träningspass. Resultatet jämfördes med en grupp psykisk friska personer och där upplevdes ingen förbättring i välbefinnandet (Heggelund, Kleppe, Morken & Vedul-Kjelsås, 2014, ss. 2-3). Hos personer som utförde tre träningspass på motionscykel med tre dagars mellanrum användes också SEES för att mäta deras välbefinnande. Resultatet visar att den typ av träning som utfördes har en positiv effekt på välbefinnandet. Graden av välbefinnandet ökade främst efter träningspass två och tre (Knäpen et. al., 2009, ss. 757-758)

I en kvalitativ studie rapporterade en deltagare att fysisk aktivitet gav ett ökat välbefinnande. Han mådde bra efter träningen och uppgav en positiv känsla av att utmana sig själv. Andra deltagare i studien uppgav ett ökat välbefinnande på grund av ökad social interaktion och förbättrade sömn- och kostvanor. Det ökade välbefinnandet gav även en ökad självkänsla hos flera personer (Searle et al., 2011, ss. 152-155). Den ökade självkänslan förklarade deltagare som positiv. De var stolta över att ha utfört och slutfört ett eller flera träningspass (Carter, Morres, Repper & Callaghan, 2015, ss. 4-5).

Den fysiska aktivitetens påverkan på livskvalité hos deprimerade personer

WHOQOL-Bref är en skala som används för att mäta livskvalité. Skalan behandlar frågor relaterade till fysisk hälsa, psykisk hälsa, sociala relationer och omgivande faktorer. Hos de kvinnor som utförde en fysisk aktivitet uppmärksammades en förbättrad poäng på WHOQOL-Bref relaterat till den fysiska livskvalitén jämfört med kontrollgruppen som endast behandlades med läkemedel. Däremot förändrades inte den upplevda psykiska livskvalitén under behandlingen hos deltagarna (Carta et al., 2008, u.p.).

Hos ineliggande patienter som kombinerade sin nuvarande behandling med fysisk aktivitet förbättrades både den fysiska och psykiska livskvalitén. Dessutom minskade de depressiva symptomen hos patienterna oavsett om de tillhörde träningsgruppen eller kontrollgruppen (Schuch et al., 2014, ss. 27-29). Hos kvinnor som blev diagnostiserade med depression år 2001 hade livskvalitén både vid höga och låga nivåer av fysisk aktivitet förbättrats vid en ny mätning efter 9 år. Resultatet jämfördes med kvinnor som inte utfört någon form av fysisk aktivitet (Heesch, van Gellecum, Burton, van Uffelen & Brown, 2015, ss. 283-284).

Livskvalitén undersöktes hos deprimerade personer. Både i interventionsgruppen och kontrollgruppen rapporterades en sämre livskvalité jämfört med övriga Europas befolkning. När studien avslutades hade både den fysiska och psykiska livskvalitén ökat i båda grupperna till en nivå över genomsnittet i Europa (Oeland, Laessoe, Olesen & Munk-Jørgensen, 2010, s. 215). När kvinnor fick utföra fysisk aktivitet efter egen

ambitionsnivå förbättrades humöret, känsla av välbefinnande, självförtroende och livskvalité. Dessutom förbättrades den fysiska hälsan. Det uppmärksammades att hos de kvinnor som själva fick välja träningsintensitet var antalet träningspass betydligt fler. Det jämfört med kontrollgruppen, vilken tränade enligt nationella riktlinjer (Kahlil, Callaghan, Carter & Morres, 2012, s. 982).

Fysiskt aktiva personer har en minskad risk för att få en låg livskvalité med ungefär 70 % jämfört med de som inte tränar. Det beror på att fysisk aktivitet och egentlig depression har ett starkt samband. Hos kvinnorna i studien var livskvalitén lägre generellt. Det uppmärksammades ingen skillnad i utbildningsgrad och civilstånd när det handlar om livskvalité. Att ha en låg fysisk aktivitet resulterade i ingen eller en obetydlig skillnad i livskvalitén hos deltagarna (Patten, Williams, Lavorato & Bulloch, 2013, ss. 3-4).

Positiv påverkan av en motiverande kontakt och social interaktion med andra människor

Det var positivt att ha kontakt med en mentor under träningsperioden. Att ha en utomstående person som lyssnar på ett icke-värderande sätt och som var intresserad av personens hälsa gav en ökad motivation. Många deltagare tyckte att reflektion ihop med mentorn kunde få främja positiva tankar. Det var även bra att någon annan uppmärksammande framsteg som skedde i träningen (Searle et al., 2014, ss. 1434-1436). Motiverande samtal tillsammans med en mentor användes i kombination med fysisk aktivitet. En kvinna ansåg att det var positivt att ha en mentor eftersom hon kunde samtala om saker som var svårt att tala om med familj och vänner. Positiva effekter som rapporterades av fysisk aktivitet samt kontakt med mentor var en ökad känsla av mening samt en distraktion från negativa tankar (Searle et al., 2011, ss. 150-152). Genom fysisk aktivitet kunde ungdomarna i stunden lättare koppla bort negativa tankar, problem och svårigheter som annars de bär med sig (Carter, Morres, Repper & Callaghan, 2015, s. 5).

Patienter som var dignostiserade med egentlig depression inom primärvården fick utöva fysisk aktivitet med stöd en psykoterapeut under 10 veckor. Vid studiens slut fick patienterna återigen fylla i MADRS-S och svara på frågor relaterade till MADRS där resultatet visade en signifikant förbättring. Resultaten jämfördes med en grupp som endast fått ett tillfälle med råd om fysisk aktivitet och med en grupp som utövade basal kroppskännedom (Danielsson, Papoulias, Petersson, Carlsson & Waern, 2014, ss. 101-103).

I en studie genomförde deltagarna ett träningsprogram två gånger i veckan med en instruktör. Stationerna under träningspasset var upplagda på ett sätt så deltagarna kunde kommunicera med varandra för att öka den sociala interaktionen. Trots interaktionen uppmärksammades ingen ökning av den sociala relationen hos kvinnorna under studien (Carta et al., 2008, u.p.). Deltagare som hade personer i sin närhet som kunde motivera dem under träningsperioden ökade sitt intresse för att utföra fysisk aktivitet (Searle et al., 2014, s. 1439).

Att träna ihop med andra med samma diagnos var positivt och värdefullt ansåg de flesta deltagarna. Det ökade förståelsen för andra i samma livssituation. Det underlättade det sociala samspelet genom att deltagarna kunna dela erfarenheter med varandra samt få råd och stöd (Carter, Morres, Repper & Callaghan, 2015, s. 4). Gruppträningen gjorde att deltagarna kände sig delaktiga, motiverade och fick stöd från andra i träningsgruppen. Det gav en ökad socialinteraktion genom att kvinnorna kunde samtala innan, under och efterträningen och knyta nya band med andra kvinnor (Kahlil, Callaghan, Carter & Morres, 2012, s. 984).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Depression och fysisk aktivitet är ett stort forskningsområde med många infallsvinklar. För att begränsa sökningarna valdes artiklar som publicerades för max 10 år sedan. Sökningarna skedde i tre olika databaser för att få en bred sökning eftersom allt inte publiceras i enbart en databas. Genom att använda synonymer till *depression* och *physical activity* kunde andra artiklar sökas fram som behandlade området. Dessutom kombinerades sökorden med varandra och några av dem användes som MESH-terms eller som major subject för att specificera sökningen. Detta förfarande var positivt eftersom det gav fler relevanta träffar som behandlade syftet. Flertalet av artiklarna undersöker sambandet mellan depression och fysisk aktivitet ur en medicinsk synvinkel. Därför användes *quality of life* och *well-being* som sökord. Med hjälp av dessa sökord uppkom fler artiklar med en vårdvetenskaplig inriktning.

Under sökprocessen sorterades artiklar bort som hade rubrik med annat fokusområde än depression som exempelvis någon somatisk sjukdom. Det kan ses som något negativt eftersom viktig fakta kan ha förlorats. Dock var fokus att undersöka hur fysisk aktivitet kan användas vid just depression. Med största sannolikhet hade det varit svårt att använda resultatet om artikeln behandlat en somatisk sjukdom. Den nuvarande forskning som behandlar syftet var inriktade på ungefär samma socioekonomiska status, det vill säga länder med liknande förutsättningar. Det gjorde att resultatet i artiklarna kändes trovärdiga eftersom det var få kulturella skillnader mellan de länder där studierna gjorts.

Kravet var att alla artiklar skulle finnas med i vetenskapliga tidsskrifter och vara peer-reviewed för att ge ett mer tillförlitligt resultat. Artiklarna kvalitetsgranskades först med hjälp av en granskningsmall för att få en bild av innehållet. Det gjordes för att kontrollera giltighet och relevans i förhållande till syfte. För att undvika att viktig information missades läste vi om artiklarna flera gånger och överstrykningspennor användes för lätt hitta relevant fakta att använda i studiens resultat. Det upplevdes vara ett bra tillvägagångssätt för att få fram relevanta artiklar med god kvalitet.

Totalt användes 14 artiklar för att få ett tillförlitligt resultat då färre antal artiklar hade gett tunnare resultat. Svagheten med resultatet är att det kan upplevas som otillräckligt. Det beror med största sannolikhet på att flertalet av artiklarna är kvantitativa. I de olika databaserna som använts finns betydligt fler kvantitativa än kvalitativa artiklar.

Resultatet i kvantitativa artiklar är ofta mer kompakt och mindre utförligt jämfört med kvalitativa studier. Samtidigt som kvantitativa studier kan omfatta ett större antal personer och därför representerar en större population. Fördelen med kvalitativa studier är att det blir mer personliga åsikter eftersom deltagarna ofta blir intervjuade. Det är därför positivt att både kvantitativa och kvalitativa artiklar finns med i resultatet eftersom det ger en bredare kunskap. Ett önskemål hade dock varit att flera kvalitativa artiklar hittats och bidragit till ett bredare resultat med fler infallsvinklar.

Kategorierna som användes i resultatet formades utifrån artiklarnas resultat. Gemensamma nämnare hittades i flera artiklar som sedan användes som kategori. Kravet var att kategorierna behandlade antingen livskvalité eller välbefinnande för att relatera till studiens syfte. Dessutom uppmärksammades mentorskap och social interaktion som en gemensam nämnare i flera artiklar. Därför skapades en kategori utifrån det eftersom det är ett relevant område.

Artiklarna som vi valt att ha med i resultatet är oftast positivt inställda till fysisk aktivitet. Det finns få artiklar som tar upp svårigheter och negativa aspekter av fysisk aktivitet för deprimerade. Det hade varit intressant att även ha den aspekten men eftersom få artiklar som överensstämde med syftet behandlade detta användes inte det som en kategori.

Resultatdiskussion

Deprimerade patienter har ofta en nedsatt förmåga till egenvård. En vanlig egenvårdbrist hos deprimerade är oförmåga att ta sig för saker som leder till en ökad isolering och låg fysisk aktivitet. Det kan göra att extra stöd från en sjuksköterska behövs för att exempelvis utföra en fysisk aktivitet. Enligt omvårdnadsteoretikern Dorotea Orem behöver sjuksköterskan identifiera vilka behov varje enskild patient har utifrån deras brister i egenvården för att främja hälsa.

I resultatet framkommer det att personer som får stöd under träningstiden får en ökad motivation att genomföra fysisk aktivitet. Deprimerade personer har ofta svårt att ta initiativ på grund av deras sjukdomstillstånd. Det är ofta svårt för personer med depression att regelbundet utföra fysisk aktivitet. Sjuksköterskan har som uppgift att fungera som mentor och stöd. Det är viktigt som sjuksköterska att ha kunskap om fördelarna med fysisk aktivitet för att kunna undervisa och motivera personen. Som hjälp kan motiverande samtal användas där sjuksköterskans mål är att individen själv ska inse vikten av fysisk aktivitet. Om sjuksköterskan lägger fram redan färdiga argument för fysisk aktivitet kan det förhindra beteendeförändring eftersom patienten inte får vara en del i sin vård. Dessutom får han/hon själv inte reflektera över vad som behöver förändras. Enligt Orem är det viktigt att sjuksköterskan stödjer patienten i sin egen strävan till att uppnå sina mål och förhindra att patienten misslyckas.

Idag skrivs det ut recept på fysisk aktivitet där personen på egen hand ska utföra någon form av aktivitet. FaR kan vara ett sämre alternativ för deprimerade personer eftersom många har svårt att utföra fysisk aktivitet på egen hand (Halliwel, 2005, s. 26). En positiv aspekt med FaR är att det blir konkret att få mängden fysisk aktivitet på ett recept. Det kan vara lättare att följa upp och korrigera receptet vid behov. För att öka

motivationen kan schemalagda träningspass med en instruktör vara ett alternativ (Danielsson et al., 2014, ss. 103-104).

Resultatet talar för att mentorskap kan vara positivt eftersom det ger en ökad motivation hos personer med depression. En mentor eller instruktör kan behövas som följer träningen, motiverar och är ett socialt stöd (Oeland et al., 2010, s. 215). En mentor kan även vara till hjälp för personen när det gäller den psykiska ohälsan. Personen kan få möjlighet att få samtala om tuffa saker och bli lyssnad på av en utomstående på ett icke-värderande sätt. I en studie användes telefonsamtal som stöd för att uppmuntra fortsatt fysisk aktivitet (Searle et al., 2014, s. 1435). Det kan vara positivt eftersom personen får en extra kontakt med ansvarig sjuksköterska.

En viktig uppgift för sjuksköterskan är att förstå vilka behov som varje enskild individ har samt hur de kan uppnås på bästa sätt för att främja välbefinnande och livskvalité. Enligt Orem är det viktigt att patienten i största möjliga mån blir inkluderad i sin egen vård. Fysisk aktivitet kan ge ett ökat empowerment och det leder oftast till ett bättre behandlingsresultat. Det är viktigt att deprimerade patienter får vara del av sin egen vård i den mån det är möjligt för att få känna en ökad kontroll i sin livssituation. Om sjuksköterskan upplever att patienten har en oförmåga att utföra egenvård måste hon/han hjälpa patienten att utföra specifik omvårdnad. Det kan vara att hjälpa patienten att komma upp ur sängen på morgonen. Det kan ses som att ta över eftersom patienten inte själv tar initiativ till att komma upp. Hos vissa patienter kan en del vara tillräcklig fysisk aktivitet att bara komma upp på morgonen och det kan vara ett stort steg i behandlingen.

En positiv aspekt som uppkom i resultatet är gruppträning där deltagarna fick känna sig som en del av ett sammanhang. Dessutom var det värdefullt att få stöd och råd av andra i likande situation. Gruppträningen gav även en ökad uppmuntran till fysisk aktivitet eftersom den gav en social interaktion. En studie undersökte fysisk aktivitet i relation till personer diagnostiserade med bipolär sjukdom och schizofreni. Att träna i en grupp gjorde att personerna kände sig involverade i ett socialt sammanhang. De fick också nya vänner som de kunde dela personliga erfarenheter med. Det var enklare att träna ihop med andra personer eftersom det ökade motivationen (Cullen & Mccann, 2015, s. 61).

Omvårdnadsteoretikerna Virginia Henderson skriver att till våra grundläggande behov hör sociala kontakter och meningsfulla sysselsättningar. En meningsfull sysselsättning kan exempelvis vara fysisk aktivitet eftersom det är positivt för både kropp och själ. Att utföra fysisk aktivitet är något som alla kan utföra efter sin egen nivå. Träning ihop med andra kan ge ökade sociala kontakter med en ömsesidig samhörighet. Sjuksköterskans uppgift är, enligt Henderson, att hjälpa patienten att så tidigt som möjligt återfå förmågan att utföra grundläggande sysslor. Sysslorna ska vara det patienten tidigare haft möjlighet att utföra på egen hand. För att hjälpa patienten på bästa sätt måste sjuksköterskan försöka förstå personens livsvärld. Det kan vara att den fysiska aktiviteten blir på patientens egen nivå och hon/han själv får välja intensitet på träningen.

En personcentrerad träning är en fördel där personens erfarenheter är i fokus. Utifrån det kan en relation byggas mellan mentor och patient (Danielsson, et al., 2014, s. 103-104). En person-centrerad träning ger ofta ett bättre resultat eftersom individen själv kan

planera träningen och dess intensitet. Det gör att träningen blir mer hanterbar och mindre negativ laddad (Carter et al., 2015, s. 4). Om patientens erfarenheter inte är i fokus kan kraven bli för höga och tuffa att hantera. Det kan göra att patienten ger upp fysisk aktivitet eftersom den blir för påfrestande att utföra. Därför är sjuksköterskan viktig för att lyssna in och känna av patientens behov för att på bästa sätt uppmuntra personen till fysisk aktivitet. Orem skriver i sin teori att egenvård är en målinriktad aktivitet som patienten utför efter eget initiativ. Egenvård syftar bland annat till att främja ett ökat välbefinnande, främja hälsa och utveckling. Hos en grupp kvinnor som själva fick välja träningsintensitet och utföra fysisk aktivitet efter egen ambitionsnivå ökade både livskvalitén och välbefinnandet. Dessutom deltog kvinnorna på fler träningspass jämfört med de som fick träna på en bestämd nivå (Kaglit et. al., 2012, s. 982).

I resultatet framkommer det att fysisk aktivitet ger ett ökat välbefinnande även efter enstaka träningspass (Bartholomew, Morrisson & Ciccolo, 2005, ss. 2033-2034). Humöret förbättras efter ett träningspass och det kan vara en bra motivation att använda som sjuksköterska. Välbefinnandet är en subjektiv upplevelse som inte alltid innebär att patienten är förbättrad i sin sjukdom. Det är en helhetskänsla som berör hela människan. Genom att ha kunskap om att fysisk aktivitet kan främja välbefinnandet hos deprimerade kan sjuksköterskan undervisa patienten. Orem skriver att det är viktigt att patienten själv inser betydelsen av ny kunskap för att han/hon ska kunna ta till sig undervisning. Hon skriver även att det är viktigt med ny kunskap för att främja den personliga utvecklingen. Genom en ökat välbefinnande vid fysisk aktivitet kan även den psykiska och fysiska livskvalitén förbättras (Oeland, Laessoe, Olesen & Munk-Jørgensen, 2010, s. 215).

SLUTSATSER

Fysisk aktivitet kan vara en bra omvårdnadsåtgärd vid depression om patienten får kontinuerligt med råd och stöd genom exempelvis telefonsamtal. Sjuksköterskan kan använda motiverande samtal med fokus på patientens erfarenheter. Att vara fysisk aktiv ger ett ökat välbefinnande och livskvalité på både lång och kort sikt. Där det finns möjlighet kan det vara bra med gemensam gruppträning dels för att få personerna fysisk aktiva men också för den sociala interaktionen.

REFERENSER

- Bartholomew, J., Morrison, D., & Ciccolo, J. (2005). Effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 37(12), ss. 2032-2037
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Carta, M.G., Hardoy, M.C., Pilu, A., Sorba, M., Floris, A.L., Mannu, F.A., Baum, A., Cappai, A., Velluti, C. & Salvi, M. (2008) Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), DOI: 10.1186/1745-0179-4-1.
- Carter, T., Morres. I., Repper, J & Callaghan, P. (2015) Exercise for adolescents with depression: valued aspects and perceived change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. ss. 1-8. DOI: 10.1111/jpm.12261
- Cullen, C. & Mccann, E. (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (22). ss. 58-64. DOI: 10.1111/jpm.12179
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling I Friberg, F. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur. ss. 23-35.
- Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E., Carlsson, J. & Waern, M. (2014). Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study. *Journal of affective disorders*. (168) ss. 98-106. DOI: 10.1016/j.jad.2014.06.049
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.
- Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A. & Lamming, P. (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR(r)) - en vägledning för implementering*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Fysisk-aktivitet-pa-recept-FaR--en-vagledning-for-implementering/> [2015-12-08]
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt I Friberg, F. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur. ss. 133-143.
- Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet I Friberg, F. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur. ss. 37-46.
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 38(1), ss. 173-178. DOI: 10.1249/01.mss.0000180883.32116.28

- Halliwell, E. (2005). Running for your life. *Mental Health today*. (5). ss. 25-27. DOI: 10.1007/BF01262916
- Heesch, K. C., van Gellecum, Y. R., Burton, N. W., van Uffelen, J. G. Z. & Brown, W. J. (2015). Physical activity, walking, and quality of life in women with depressive symptoms. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), ss. 281-291. DOI: 10.1016/j.amepre.2014.09.030
- Heggelund, J., Kleppe, K. D., Morken, G. & Vedul-Kjelsås, E. (2014). High aerobic intensity training and psychological states in patients with depression or schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 5(148), ss. 1-8. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00148
- Khalil, E., Callaghan, P., Carter, C. & Morres, I. (2012) Pragmatic randomised controlled trial of an exercise programme to improve wellbeing outcomes in women with depression: findings from the qualitative component. *Scientific Research*, 3(11), ss. 979-986. DOI: 10.4236/psych.2012.311147
- Kilander, L. (2011). Depression och bipolär sjukdom I Wahlund, L-O., Nilsson, C. & Wallin, A. *Kognitiv medicin*. Stockholm: Norstedts. ss. 320-333.
- Knapen, J., Sommerijns, E., Vancampfort, D., Sienaert, P., Pieters, G., Haake, P., Probst, M. & Peuskens, J. (2009). State anxiety and subjective well-being responses to acute bouts of aerobic exercise in patients with depressive and anxiety disorders. *British Journal Of Sports Medicine* (43). ss. 756-759. DOI: 10.1136/bjism.2008.052654
- Kristoffersen, N. (2008). Teoretiska perspektiv på omvårdnad I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grundläggande omvårdnad del 4*. Stockholm: Liber. ss. 13-101.
- Martinsen, E., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J. & Andersson, E. (2015). *Fysisk aktivitet vid depression*. http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Depression_Rev.pdf [2016-01-13]
- Mårtensson, B. (2010). Elbehandling och andra fysikaliska metoder I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur. ss. 539-544. .
- Oeland, A-M., Laessoe, U., Olesen, A. V. & Munk-Jørgensen, P. (2010). Impact of exercise on patients with depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*. 64(3) ss. 210-217. DOI: 10.3109/08039480903511373.
- Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H. & Bulloch, A. G. M. (2013). Recreation physical activity ameliorates some of the negative impact of major

depression on health-related quality of life. *Frontiers in psychiatry*. 4(22). ss. 1-5. DOI: 10.3389/fpsyt.2013.00022

Psykiatristöd. (2015). *Unipolär depression 2*. <http://viss.nu/Psykiatristod/Internadokument/Depression/> [2015-12-11]

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.

Schuch, F.B., Vasconcelos-Moreno, M., Borowsky, C., Zimmermann, A.B., Rocha, N.S. & Fleck, M.P. (2015). Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort, *Journal of psychiatric research*, (61), ss. 25-32. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.005.

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

Searle, A., Haase, A.M., Chalder, M., Fox, K.R., Taylor, A.H., Lewis, G. & Turner, K.M. (2014). Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care, *Journal of Health Psychology*, 19(11) ss. 1430-1442. DOI: 10.1177/1359105313493648.

Socialstyrelsen (2012). *DBT (Dialektisk beteendeterapi)*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/dbt> [2015-12-07]

Socialstyrelsen (2013a). *KBT (Kognitiv beteendeterapi)*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/kbtkognitivbeteendeterapi> [2015-12-07]

Socialstyrelsen (2013b). *Psykodynamisk psykoterapi*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/psykodynamiskpsykoterapi> [2015-12-11]

Statens folkhälsoinstitut (2011). *FaR(r) - Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri, själ - kropp - samhälle*. Stockholm: Liber.

Skärsäter, I. (2012). Förstämningssyndrom I Skärsäter, I. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur. ss. 67-93.

Tågerud, S. (2015). Psykisk sjukdom I Norlén, P. & Lindström, E. *Farmakologi*. Stockholm: Liber. ss. 135-148).

WHO (2015). *Depression*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> [2015-12-07]

Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2010). Förstämmingsyndrom I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur. ss. 305-334.

BILAGA 1

Databas	Sökord	Inkluderat	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl	Depression (MM) AND Physical activity(MM) AND exercise (SU)	Abstrakt, Peer review, english, år 2005-2015	13	1
Cinahl	Depressive disorder (fritext) AND exercise(SU)	Abstrakt, peer review, english, år 2005-2015	13	1
Cinahl	Depression(MM) AND exercise(fritext) AND quality of life OR well-being (fritext)	Abstrakt, peer review, english, år 2005-2015	77	1
Pubmed	Depressive disorder(meSH-major Topic) AND physical therapy(fritext)	Abstrakt, år 2005-2015, english	22	1
Pubmed	Depressive disorder (meSH-Major Topic) AND exercise (mesh-Major Topic) AND quality of life(fritext)	Abstrakt, år 2005-2015, english	10	2
PsycINFO	Depression(MJSUB) AND physical activity (MJSUB) AND exercise (IF)	År 2005-2015, peer-rewied,	49	1
PsycINFO	Depression(MJSUB) AND physical activity (MJSUB) AND physical health(fritext)	År 2005-2015, peer-rewied,	9	1
PsycINFO	Depression(MJSUB) AND	År 2005-2015,	16	2

	physical activity (MJSUB) AND quality of life OR well-being (IF)	peer-reviewed,		
PsycINFO	Depression(IF) AND exercise(IF) AND well-being (fritext)	År 2005-2015, peer-reviewed	103	2
PsycINFO	Depression(MJSUB) AND exercise(MJSUB) AND well-being(fritext)	År 2005-2015, peer-reviewed, ålder 18-65	24	1
Sekundärkälla	Artikel: Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care.			1

BILAGA 2

	Syfte	Metod och urval	Resultat
<p>Författare: Bartholomew, J. B., Morrison, D. & Ciccolo, J. Årtal: 2005 Titel: Effects of Acute Exercise on Mood and Well-Being in Patients with Major Depressive Disorder Tidsskrift: <i>American College of Sports Medicine</i></p>	<p>Studien har som syfte att undersöka om ett enstaka aerobt träningspass med måttlig intensitet påverkar humör och välbefinnande hos personer som behandlas för egentlig depression.</p>	<p>Metoden som är använd är "mixed factorial design". Totalt deltog 40 personer (25 kvinnor, 15 män) mellan 18-55 år. Deltagarna fick antingen gå raskt på ett promenadband i 30 min eller vila under 30 min. Mallar användes för att kontrollera mående före, under och efter aktiviteten. Analysen skedde via ANCOVA och Power Analysis and Sample Size software.</p>	<p>I båda grupperna reducerades värdena av psykisk stress, depression, förvirring, trötthet, spänning och ilska. Det var endast i träningsgruppen som en förbättring i välbefinnande och ökad energi.</p>
<p>Författare: Carta, M. G., Hardoy, M. C., Pilu, A., Sorba, M., Floris, A. L., Mannu, F. A., Baum, A., Cappai, A., Velluti, C. & Salvi, M. Årtal: 2008 Titel: Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of</p>	<p>Syftet är att undersöka om livskvalitén förbättras under 32 veckor hos deprimerade kvinnor som äter antidepressiva läkemedel med eller utan fysisk aktivitet.</p>	<p>Studien är randomiserad. 30 kvinnor deltog i studien. De blev indelade i två grupper. En grupp som endast åt antidepressiva läkemedel (20 st.) och en som kombinerade läkemedel och fysisk aktivitet 60 minuter x 2 per vecka (10 st.). Kvinnorna var mellan 40-60 år och hade otillräcklig effekt av minst ett antidepressivt läkemedel. Kvinnorna blev utvärderade innan studien och</p>	<p>Enligt skalan WHOQOL-Bref förbättrades graden av livskvalité hos träningsgruppen. Hos kontrollgruppen sågs ingen signifikant skillnad efter 8 månader. Men när kvinnorna tillfrågades upplevde ingen en förbättring av livskvalitén under studien.</p>

<p>major depressive disorder</p> <p>Tidsskrift: <i>Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health</i></p>		<p>efter 2, 4, 6 och 8 månader.</p>	
<p>Författare: Carter, T., Morres, I., Repper, J & Callaghan, P.</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Titel: Exercise for adolescents with depression: valued aspects and perceived change.</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</i></p>	<p>Syftet är att undersöka deprimerade ungdomars erfarenheter av individuell träning efter en intervention.</p>	<p>Ungdomarna var mellan 14-17 och rekryterades via Health and Social care services. Alla var behandlade för depression. Semi-strukturerade intervjuer gjordes efter interventionen. Intervjuerna transkriberades. Datan analyserades via NVivo qualitative data analyses software.</p>	<p>Att själv välja intensitet var värdefullt. Gruppträning var positivt eftersom det gav stöd från andra deltagare. Den fysiska aktiviteten var distraherande från negativa tankar och problem. Energinivåerna ökade hos flera av ungdomarna och humöret förbättrades.</p>
<p>Författare: Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E-L., Carlsson, J. & Waern, M.</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Titel: Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of</i></p>	<p>Syftet är att undersöka om träning och basal kroppskänedom kan användas som en tilläggsbehandling vid egentlig depression.</p>	<p>Studien är en kontrollerad randomiserad studie. Deltagarna rekryterades via två lokala morgontidningar. Lämplighet och hälsostatus kontrollerades via telefon eller mejl. 62 deltagare ansågs lämpliga och delades in i 3 grupper. Träningsgrupp som tränade med hjälp av maskiner, ex. gåband och roddmaskin.</p>	<p>Fysisk aktivitet har en bra funktion om det blir personcentrerad och om patientens tidigare erfarenheter reflekteras över. Resultaten blir bättre om träningen är schemalagd. Utförs ihop med en instruktör eftersom det ger en ökad motivation hos deltagarna.</p>

<i>Affective Disorders</i>		Grupp med basal kroppskänedom. Grupp som endast får träningsråd. MADRS användes under studiens 10 veckor för att skatta depressionen. All data analyserades med en pre-protokoll och sedan användes ANCOVA och för den slutgiltiga analysen användes Statistical Package for the Social Sciences.	
<p>Författare: Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B.</p> <p>Årtal: 2006</p> <p>Titel: Inverse Association between Physical Inactivity and Mental Health in Men and Women</p> <p>Tidsskrift: <i>Medicine & Science in Sports & Exercise</i></p>	Syftet är att ta reda på hur fysisk aktivitet kan minska depressiva symptom och ge ett ökat välbefinnande.	Deltagarna finns med i Aerobic Center Longitudinal Study. Alla deltagarna har genomgått en omfattande hälsoundersökning. För att delta ska personen vara över 18 år och ha möjlighet att komma till Cooper Clinic, Dallas. Totalt i studien deltog 5451 män och 1277 kvinnor. Ett frågeformulär användes där deltagarna fick svara på frågor om deras träning relaterat till antal km. Lägsta aktivitetsnivån var 1,6 km och högsta 32 km i veckan. ANCOVA användes när resultatet analyserades.	De män/kvinnor som är inaktiva uppvisar fler depressiva symptom än de som är fysisk aktiva. Fysisk aktivitet ger ett ökat välbefinnande dels på grund av en ökad syreupptagningsförmåga.
<p>Författare: Heesch, K. C., van Gellecum,</p>	Syftet är att undersöka sambandet mellan	Totalt deltog 1.904 kvinnor som blev diagnostiserade med	Resultatet visar att livskvaliteten hade förbättrats både vid låg

<p>Y. R., Burton, N. W., van Uffelen, J. G. Z. & Brown, W. J. Årtal: 2015 Titel: Physical activity, walking, and quality of life in women with depressive symptoms. Tidsskrift: <i>American Journal of Preventive Medicine</i></p>	<p>total fysisk aktivitet, promenader och livskvalité hos kvinnor mellan 50-55 som blev diagnostiserade med depression 2001.</p>	<p>depression år 2001. Kvinnorna fick undersökningar att svara på 2001, 2004, 2007 och 2010. SF-36 användes för att mäta livskvalitén. Resultaten analyserades med hjälpa av Stata.</p>	<p>och hög nivå av fysisk aktivitet. Den nya mätningen gjordes 2010, 9 år efter att kvinnorna fått en depressionsdiagnos.</p>
<p>Författare: Heggelund, J., Kleppe, K. D., Morken, G. & Vedul-Kjelsås, E. Årtal: 2014 Titel: High aerobic intensity training and psychological states in patients with depression or schizophrenia. Tidsskrift: <i>Frontiers in psychiatry</i></p>	<p>Syftet med studien är att undersöka förändringar i psykologiska parametrar vid högintensiv aerob träning hos deprimerande eller schizofrena i jämförelse med psykisk friska individer.</p>	<p>Totalt deltog 53 personer i studien som delades in i tre grupper. Under två träningsdagar fylldes ett frågeformulär i som handlade om positivt välbefinnande, psykisk stress och trötthet. Datan analyserades med hjälp av t-test och via ANCOVA.</p>	<p>Hos personer med depression ses ett ökat välbefinnande efter träning. Hos de med schizofreni och som var psykiskt friska sågs ingen skillnad i välbefinnandet.</p>
<p>Författare: Khalil, E., Callaghan, P., Carter, C. & Morres, I. Årtal: 2012 Titel: Pragmatic randomised controlled trial</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka om individuell träning leder till bättre fysisk, psykisk och socialt välbefinnande. Samt om det blir ett ökat deltagande jämfört med träning enligt</p>	<p>38 kvinnor deltog och hämtades ifrån en randomiserad kontrollerad studie gjord av samma författare. Kvinnorna delades in i två grupper och alla blev intervjuade om deras välbefinnande med</p>	<p>I experimentgruppen sågs en förbättring av humör välbefinnande, känsla av motivation och uppmuntran med hjälp av gruppträning.</p>

<p>of an exercise programe to improve wellbeing outcomes in women with depression: findings from the qualitative component.</p> <p>Tidsskrift: <i>Scientific Research</i></p>	<p>nationella riktlinjer.</p>	<p>mera efter träningsprogrammet. Intervjuerna transkriberades och datan analyserade med hjälp av framework analyses.</p>	
<p>Författare: Knapen, J., Sommerijns, E., Vancampfort, D., Sienaert, P., Pieters, G., Haake, P., Probst, M. & Peuskens, J.</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Titel: State anxiety and subjecive well-being reponses to acute bouts of aerobic exercise in patients with depressive and anxiety disorders.</p> <p>Tidsskrift: <i>British Journal Of Sports Medicine</i></p>	<p>Syftet är att undersöka effekterna av aerob träning, där deltagaren själv får välja intensitet, på ångestproblematik och subjektivt välbefinnande hos personer med depressiva symtom och/eller ångestproblematik.</p>	<p>19 män och 29 kvinnor deltog i studien. Alla hade KBT som behandling. De som exkluderades var bipolärsjukdom, psykosjukdom, panikångest och de som behandlades med beta-blockerare. De fick cykla tre gånger med tre dagars mellanrum mellan varje pass. Ångest och välbefinnande mättes 5 minuter före passet och 10 minuter efter. ANCOVA användes vid dataanalysen.</p>	<p>Resultatet visar att välbefinnandet förbättrades vid denna typ av träning. Efter pass ett sågs ingen större skillnad men efter pass två och tre uppmärksammades en signifikant skillnad.</p>
<p>Författare: Oeland, A-M., Laessoe, U., Olesen, A. V. & Munk-Jørgensen, P.</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Syftet är att undersöka om patienter med depression och/eller ångestproblematik kan uppnå den rekommenderade</p>	<p>Studien är en oblandad randomiserad studie. 48 personer rekryterades från specialistpsykiatrin. De blev indelade i två</p>	<p>Livskvalitén förbättrades i båda grupperna och ingen signifikant skillnad uppmärksammandes mellan grupperna. Innan studien var medelvärdet av livskvalitén under det</p>

<p>Titel: Impact of exercise on patients with depression and anxiety Tidsskrift: <i>Nordic Journal of Psychiatry</i></p>	<p>graden av fysisk aktivitet genom att öka den fysiska hälsan och få en bättre livskvalité med hjälp av ett träningsprogram.</p>	<p>grupper, en träningsgrupp som tränade med instruktör två pass i veckan och en grupp som tränade själva. Hypoteser skapades för resultatet. Kruskal-Wallis testet gjordes också. Analysen skedde med hjälp av mjukvaran Stata.</p>	<p>europiska snittet. Efter studien skattade sig 40 % i träningsgruppen över snittet och 60 % av kontrollgruppen.</p>
<p>Författare: Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H. & Bulloch, A. G. M. Årtal: 2013 Titel: Recreation physical activity ameliorates some of the negative impact of major depression on health-related quality of life. Tidsskrift: <i>Frontiers in psychiatry.</i></p>	<p>Syftet med studien är att undersöka om fritidsaktiviteter kan förbättra några av de depressiva symtomen och ge en ökad hälsorelaterad livskvalité.</p>	<p>Data är hämtad från National Population Health Survey. Personer blev intervjuade 1994/1995 och sedan varannat år fram till 2010. De skulle dessutom delta vid fysiska aktiviteter. Livskvalitén undersöktes genom Health Utility Index, Mark 3. 67,9 % var med vid alla intervjuer. STATA användes vid dataanalysen.</p>	
<p>Författare: Schuch, F.B., Vasconcelos-Moreno, M., Borowsky, C., Zimmermann, A.B., Rocha, N.S. & Fleck, M.P. Årtal: 2014</p>	<p>Syftet är att undersöka om tilläggsbehandling till standardbehandling har någon effekt på depressiva symptom samt om livskvalitén ökar med hjälp av fysisk</p>	<p>Deltagarna är inneliggande inom psykiatri i Brasilien. Efter ett MINI-test uppfyllde 106 st. kriterierna men endast 50 valde att delta. De hade sin standardbehandling under studiens gång.</p>	<p>Träningsgruppen som kombinerade fysisk aktivitet ihop med antidepressiva och/eller ECT-behandling uppvisade en ökad livskvalité.</p>

<p>Titel: Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in a inpatient cohort</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Psychiatric Research</i></p>	<p>aktivitet.</p>	<p>De delades in i en träningsgrupp och en kontrollgrupp. Träningsgruppen skulle träna 16,5 kcal x vikt fördelat på tre tillfällen i veckan. Innan studien fick de fylla i WHOQOL-Bref. Personerna var mellan 18-60 och ha förmågan att läsa och förstå information samt skriva under deltagandet. Studien analyserades med hjälp av ANCOVA. Dessutom testades resultatet mot Spearmans korrelationsteori.</p>	
<p>Författare: Searle A., Calnan M., Lewis G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K.</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Titel: Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study</p> <p>Tidsskrift: <i>British Journal of General Practice</i></p>	<p>Syftet är att ta reda på patienters syn på fysisk aktivitet som behandlingsmetod vid depression.</p>	<p>Intervjuer gjordes med personer (33 st) som ingick i TREAD som är en kontrollerad och randomiserad studie. Intervjuerna var semi-strukturerade. Deltagarna var mellan 18-69 år, hade nyligen fått en depressionsdiagnos, nyligen påbörjat en antidepressiv medicinering. Intervjuerna transkriberades och kodades via ATLAS.ti. Dataanalyserna och datainsamlingen skedde parallellt i och med att intervjuerna pågick mellan mars och november 2009.</p>	<p>De flesta ansåg att fysisk aktivitet kan vara en bra behandlingsmetod. De positiva effekterna var både biomedicinska men också en distraktion från negativa tankar och en känsla av mening. Många ansåg att hjärthöjande aktiviteter gav bäst effekt. Dock rapporterade flera deltagare en brist på motivation och en låg självkänsla som hinder för att utföra en fysisk aktivitet. Andra positiva aspekter var en ökad social kontakt, regelbundna sömn- och kostvanor.</p>

<p>Författare: Searle, A., Haase, A.M., Chalder, M., Fox, K.R., Taylor, A.H., Lewis, G. & Turner, K.M. Årtal: 2014 Titel: Participants’ experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care Tidsskrift: <i>Journal of Health Psychology</i></p>	<p>Syftet är att utforska deltagarnas acceptans och engagemang till lättare fysisk aktivitet samt att utforska deras syn och erfarenheter av lättare fysisk aktivitet genom att använda en individuellt guidad självhjälp med autonomi, kompetens och sammanhang.</p>	<p>Deltagarna hämtade från studien TREND som är en randomiserad och kontrollerad studie. Deltagarna fick en mentor som läst minst psykologi steg 1 samt fått utbildning av författarna. Intervjuer gjordes efter 4 månader och efter 12. Vid den första intervjun deltog 19 personer och vid den andra 12, tidsbrist angavs som argument. Datainsamlingen och analysen skedde parallellt med varandra. Intervjuerna var semi-strukturerade och transkriberades med hjälp av ATLAS.ti.</p>	<p>Många av deltagarna upplevde en positiv effekt av att ha en mentor. De kände att mentorn lyssnade på ett icke-värderande sätt och hade ett intresse för deras hälsa. Många kände sig bekväma och fick en bra relation med mentorn. De fick tid att reflektera över sina framsteg och få fram positiva tankar. Mentorn kunde hjälpa till att främja hälsa genom begreppen autonomi, kompetens och sammanhang.</p>
---	---	---	---