

Camilla Therese Staven

Kan voksne med depresjon oppnå bedring av sin psykiske helse med fysisk aktivitet som et supplement i behandling?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Sylvia Aasen Viken

Mai 2019

Camilla Therese Staven

Kan voksne med depresjon oppnå bedring av sin psykiske helse med fysisk aktivitet som et supplement i behandling?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Sylvia Aasen Viken
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

Forord

Denne bacheloroppgaven er den avsluttende oppgaven på studiet bachelor i vernepleie våren 2019. Dette er en individuell oppgave og jeg håper at både vernepleiere, studenter og andre kan ha nytte av å lese den.

Valget falt på depresjon og fysisk aktivitet fordi jeg synes det er et spennende tema å lære mer om. Jeg har i denne litteraturstudien fått god innsikt i depresjon, fysisk aktivitet og hva det kan gjøre for mennesker som sliter psykisk.

Jeg vil takke min veileder Sylvia Aasen Viken for god veiledning i denne perioden.

Sammendrag

Introduksjon/Bakgrunn: Halvparten av befolkningen vil en gang i løpet av livet få en behandlingstrengende psykisk lidelse. Depresjon har blitt den nye folkesykdommen. De mest brukte formene for behandling er kognitiv terapi og medikamenter. Kostnadene for behandling øker, og omfanget av lidelsene gjør at helsevesenet aldri kan dekke behandlingsbehovet i befolkningen. Selvhjelpsstrategier som fysisk aktivitet, kan være nyttig for mange for å oppnå bedring.

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å finne artikler som er med og belyser min problemstilling: Kan voksne med depresjon oppnå bedring av sin psykiske helse med fysisk aktivitet som et supplement i behandling?

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det er gjennom strukturerte søk etter nyere forskningslitteratur funnet 5 artikler som er inkludert.

Resultater: Moderat intensitet ved fysisk aktivitet kom frem som et godt resultat ved mild/moderat depresjon. Fysisk aktivitet sammen med ordinær behandling, kan for mange virke bedre enn kun medisin og/eller kognitiv behandling. Det å begynne med fysisk aktivitet, kan være en utfordring for mennesker som har depresjon. Ytre påvirkninger som strukturert trening og tett oppfølging vil for mange være nødvendig for å kunne komme i gang, og opprettholde aktivitet over tid. Studien har 2 hovedtemaer:

1. Fysisk aktivitet i behandling av depresjon
2. Strukturert trening og oppfølging

Konklusjon: Fysisk aktivitet viser seg å være godt supplement i behandling for mild/moderat depresjon. Det er viktig med et strukturert treningsprogram og tett oppfølging for noen for å kunne komme i gang.

Introduction/background: Half of worlds population will at least once in their lifetime be in need of treatment for a mental health issue. Depression has become the new widespread disease world wide. The most common treatments are medication and cognitive therapy. Costs for treatment are increasing along line with the need, the extent of the suffering makes it almost impossible for health care system to keep track. Individual selfhelp strategi can be useful to achive improvement.

Purpose: The purpose of this bachelor assigment is to find articles that will help me to inlighten my aim: Can adults with depression achive a better mental health with help of physical activity as a supplument in their treatment?

Method: This bachelorstudy is a litteraturstudy. In structure research for newer litterture i found five articles of research that i have included here.

Results: Moderate intensity physical acticity stands out as a good reusult in treatment against mild to moderate depression. Physical activity adjunct with ordinary treatment will for many work better than only using medicine or/ and cognitiv therapy. Starting with physical activity can be a challenges for people suffering of depression. Influence such as structure training and strict follow up will for many be nessecary to get started and to maintain physical activity over time. This study has two main themes:

1. Physical activity in treatment of depression
2. Structured training and strict follow up

Conclusion: Physical activity has proven to be a good supplement in treatment against mild to moderate depression. It is important to maintain a structured training program and close follow up to be able to get started.

Innhold

1.0 Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	3
1.3 Begrepsforklaringer	3
1.4 Oppgavens innhold	3
2.0 Teoridel	4
2.1 Depresjon	4
2.1.2 Hamilton Depression Rating Scale.....	4
2.2 Symptomer	5
2.2.1 Kognitive symptomer.....	5
2.2.3 Kroppslige symptomer.....	5
2.2.4 Atferdsmessige symptomer	6
2.3 Årsaker	6
2.4 Psykofarmaka og kognitiv terapi.....	7
2.5 Fysisk aktivitet	8
2.5.1 Generelle virkninger av fysisk aktivitet.....	9
2.5.2 Motivasjon for fysisk aktivitet	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Søkeprosessen.....	11
3.3 Kildekritikk og analyse	15
4.0 Resultat.....	16
4.1.Fysisk aktivitet som et supplement i behandling av depresjon	21
4.2 Strukturert treningsform og oppfølging	22
5.0 Drøfting	23
5.1 Fysisk aktivitet som et supplement i behandling av depresjon	23
5.2 Strukturert treningsform og oppfølging	25
6.0 Metodiske overveielser og forskningsetikk.....	27
7.0 Konklusjon	28
Litteraturliste	29

1.0 Innledning

Helsepersonell kan spille en viktig rolle i livet hos mennesker med depresjon. Psykiske lidelser øker i befolkningen og selvhjelpsstrategier som fysisk aktivitet kan være en viktig del av behandlingen hos mennesker som opplever depresjon. Det er ikke alle som responderer like godt på ordinær behandling, slik som medikamenter og kognitiv terapi. Forskning på området viser til gode resultater når det kommer til fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Halvparten av befolkningen vil en gang i løpet av livet få en behandlingstrengende psykisk lidelse. Martinsen (2011) skriver at depresjon har blitt den nye folkesykdommen. De mest brukte formene for behandling er kognitiv terapi og medikamenter. Kostnadene for behandling øker, og omfanget av lidelsene gjør at helsevesenet aldri kan dekke behandlingsbehovet i befolkningen (Cheung & Lee, 2018). Det er godt dokumentert at en depresjon vil forkorte levetiden (Martinsen, 2011).

Virksomme selvhjelpsstrategier vil kunne være viktige (Martinsen, 2011). Blant de som får diagnosen depresjon, er det ikke alle som ønsker å søke hjelp. Noen får medisiner og kognitiv terapi, og det kan være noen som ikke responderer på behandling (Pereira et al. 2011, Searle A., Calnan M., Lewis G., Campbell J., Taylor A., & Turner K 2011). Derfor kan det være et stort behov for metoder som er lett tilgjengelig og enkle, slik at mennesker med depresjon selv kan bruke disse for å bedre sin situasjon. Fysisk aktivitet kan være en slik metode (Martinsen, 2018).

Som vernepleier kommer jeg helt sikkert til å møte mennesker som er deprimerte, og som ønsker hjelp til å bli bedre. Jeg synes det er svært interessant å se hvordan fysisk og psykisk helse henger sammen. Som kommende vernepleier er jeg oppriktig interessert i å se hele mennesket.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Kan voksne med depresjon oppnå bedring av sin psykiske helse med fysisk aktivitet som et supplement i behandling? I denne oppgaven fokuserer jeg ikke på de vanligste behandlingsmetodene for depresjon, men jeg vil nevne noen for å skildre de vanlige fra fysisk aktivitet. Jeg fokuserer mest på mild og moderat depresjon.

Jeg har valgt å nevne hvorfor motivasjon er viktig, men ikke gått dypere inn på teorier om dette, grunnet oppgavens lengde. Jeg vet at angst og depresjon har en nær sammenheng, men jeg velger å avgrense til kun depresjon, men angst blir nevnt i forbindelse med depresjon.

1.3 Begrepsforklaringer

I oppgaven blir noen begreper brukt flere plasser. Jeg velger å nevne disse her.

Selvtillit: Individets tro på seg selv til å prestere. I denne oppgaven bruker jeg selvtillit som det å ha tro på seg selv, å ha tro på at man klarer å prestere.

Velvære: Det å føle seg vel, kunne nyte tilværelsen og være tilfreds med eget liv. Dette gjelder da både fysisk og psykisk helse.

Psykisk lidelse: Samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. I denne sammenheng, er det depresjon.

Mestringsfølelse: Brukes som at individet håndterer oppgaver og utfordringer som man kan støte på i løpet av livet (Martinsen, 2018).

1.4 Oppgavens innhold

Kapittel 2- Her kommer teori om depresjon, fysisk aktivitet og psykofarmaka og kognitiv terapi. Her presenteres HAM-D skalaen.

Kapittel 3- Her beskriver jeg hvilken metode jeg har brukt.

Kapittel 4- Presentasjon av resultater i artikkelmatriser og en sammenfatning.

Kapittel 5- Drøfting av funn fra studiene opp mot teori og mine refleksjoner.

Kapittel 6- Metodiske overveielser og forskningsetikk om artiklene jeg har valgt.

Kapittel 7- Konklusjon, her forteller jeg om konklusjon jeg har kommet frem til, så svarer på min problemstilling.

2.0 Teoridel

I denne delen vil jeg presentere relevant teori for oppgaven som kan være med på å hjelpe meg til å finne svar på problemstillingen min.

2.1 Depresjon

Depresjon er en stemningslidelse. Med stemningslidelse mener vi at det er en psykisk lidelse som viser seg ved at humøret endres, eller våre stemninger. Det å være deprimert, rammer ikke bare stemningsleie og humør, det kan ramme hele kroppen. Styrkegrad og omfanget av en depresjon varierer stort fra person til person. Depresjon på sitt verste kan være med å ødelegge både drømmer, ekteskap, karriere og mennesker (Eknes, 2006).

Mennesker som er deprimerte opplever ofte at tilværelsen er svart eller grå. Det å se fremtiden kan være vanskelig. Det som før var enkelt å gjøre, kan nå virke helt uoverkommelig. Vi kan alle kjenne på følelser som håpløshet, tretthet, irritasjon, nedtrykthet, ubeslutsomhet og ha nedsatt konsentrasjonsevne. Det er en del av livet, å en del av det å være menneske. Men hos noen mennesker får disse følelsene og tankene en varighet, omfang og styrkegrad langt utover det som kan kalles for normalt. Hvis disse følelsene og tankene blir en belastning i hverdagen over lengre tid, kan man vurdere om det kan dreie seg om en depresjon i den diagnostiske betydningen. Når betegnelsen depresjon blir brukt som diagnose, skal det forstås som en type sykdom eller en psykisk lidelse (Eknes, 2006). De mest alvorlige syke har vansker med å se meningen med livet. Noen forsøker å ta livet sitt, andre gjennomfører det (Martinsen, 2018).

Ifølge ICD 10, som er en internasjonal sykdomsklassifisering utgitt av verdens helseorganisasjon deles depresjon opp i mild, moderat og alvorlig. Mild depresjon gjør at de som opplever dette normalt er bekymret over symptomene og har utfordringer i vanlig arbeid og sosiale aktiviteter, de slutter likevel ikke helt å fungere. Personer med moderat depressiv episode kan ha store problemer med sine vanlige aktiviteter, sosialt, arbeid eller hjemme (Helsedirektoratet, 2015).

2.1.2 Hamilton Depression Rating Scale

(HAM-D) har vist seg å være nyttig i mange år som en måte å se pasientens nivå av depresjon før, under og etter behandling (Eknes, 2006). Det skal administreres av en kliniker med erfaring i å jobbe med psykiatriske pasienter (Hamilton, 1960).

Selv om HAM-D-formen viser 21 elementer, er scoringen basert på de første 17.

Poengsummen fra skalaen fra de 17 første:

0-7= Normal

8-13= Mild depresjon

14-18= Moderat depresjon

19-22= Alvorlig depresjon (Hamilton, 1960).

2.2 Symptomer

Depresjon er multidimensjonal, det vil si at det påvirker både kognisjonen, følelsene og det fysiske. De vanligste symptomene på en depresjon er at man får et depressivt stemningsleie, manglende glede og interesse over ting som gjorde de glade før. Mennesker som får depresjon vil også kunne kjenne på tap av energi som gjør at man blir mer trøtt enn ellers, og får et redusert aktivitetsnivå (Eknes, 2006).

Andre typiske symptomer kan være; nedstemthet; tap av gleder og interesser, tretthet og nedsatt aktivitet, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og følelse av verdiløshet, pessimisme, tanker på selvsykdom og selvmord, søvnforstyrrelser og nedsatt matlyst. Når man blir deprimert mister man livsgnisten som man før hadde (Eknes, 2006).

2.2.1 Kognitive symptomer

Det kognitive går på tanker, følelser og hukommelse. Man kan føle seg trist, ha nedsatt konsentrasjonsevne og redusert oppmerksomhet til det som foregår rundt. Man kan få negative tanker, pessimisme er ikke uvanlig. Man kan føle seg verdiløs, og ser ikke fremtiden som lys. Man kan tenke at andre tenker dårlig om deg, og styre tankene i en negativ retning. Det å være fokusert når man er deprimert kan være vanskelig for mange, det kan for eksempel være at man kan føle en indre uro. Tanker om at man ikke er bra nok, og ikke strekker til er heller ikke uvanlig. Det kan for mange gå utover selvtilliten og selvbildet, hvordan man ser på seg selv, og hvordan man føler seg (Eknes, 2006).

2.2.3 Kroppslige symptomer

Fysiske plager kan også forekomme ved en depresjon. En del av de som blir rammet av depresjon vil kunne oppleve kroppslig stress og muskelspenninger. Det kan bidra til at ryggen blir vond, nakken verker, og man kan oppleve andre fysiske smerter i andre deler av kroppen. Når mennesker rammes av slike smerter, har det sjelden opphav i depresjonen.

Dette kan bidra til at det fysiske overskygger det psykiske, ved at man tar opp kun det fysiske når man for eksempel er til legen, eller snakker med noen i nettverket. Når man er deprimert føler man også tap av energi. Det som før var enkelt å utføre i dagliglivet, kan oppleves som utfordrende under en depresjon. Det er lett å utsette gjøremål, for man føler man ikke har nok energi. Det forsterker følelsen av utilstrekkelighet, og dermed også depresjonen.

Søvnforstyrrelser kan forekomme, innsovningsvansker om kvelden. Behovet for intimitet kan bli nedsatt, og noen kan føle de trenger mer nærhet (Eknes, 2006, s. 39-40).

2.2.4 Atferdsmessige symptomer

Man kan bli likegyldig til omgivelsene sine. Tap av glede og interesser kan forekomme. Det som ga glede i hverdagen før, blir nå et ork. Når man ikke har overskudd til å være sammen med andre mennesker og mangler evne til å føle glede og lett føler seg overveldet av stimuli og krav som stilles i sosialt samvær, er det lett å trekke seg tilbake og unngår sosiale sammenkomster. Et annet symptom ved atferden er at man kan bli lettere irritert og eller lei seg. Dette kommer av at man er i en sårbar situasjon, og at man kan bli mer nærtagen og selvsentrert enn hva man ellers er. Det kan være vanskelig å ha overskudd til andre, når man ikke har overskudd til seg selv engang. Uansett om man prøver å skjule at man er deprimert, kommer det spesielt til uttrykk ovenfor de nærmeste. Hvis noen spør om du vil finne på ting, og du stadig sier nei, fordi du ikke har overskudd, kan man bli oppfattet som sur og vanskelig. Det kan gjøre at andre blir mer tilbakeholden ovenfor den personen som har depresjon. Det kan av den som er deprimert oppfattes som en bekreftelse på at han eller hun er mislykket, mislikt og ikke strekker til (Eknes, 2006, s.40-45).

2.3 Årsaker

Årsaken til depresjon er ikke bare en, men kan utløses av mange faktorer. Ved førstegangs depresjon er det stor sannsynlighet for at man trigger en depresjon ved ytre belastning. Ved ytre belastning menes miljømessige forhold som påvirker livet vårt. Det kan oppstå i barndommen ved at man for eksempel ikke etablerer verken trygghet eller gode relasjoner til sine omsorgspersoner. Kriser, traumer og omsorgssvikt kan være ytre belastninger og som kan være en faktor for sårbarhet for depresjon. Man kan også ha økt sårbarhet for en depresjon hvis man for eksempel er eller blir funksjonshemmet, får hjerneslag eller utsettes for vold og/eller overgrep (Eknes, 2006, s.53-59). Det kan igjen kan påvirke personen ved å få vansker med å skape relasjon til andre, utvikler dårlig selvbilde og selvtilit.

Mangelen på tette og gjensidige relasjoner bidrar ofte direkte til depresjon. Ytre belastninger kan oppstå når som helst i livet. Det kan være kriser i livet som tap av mennesker man er glade i, alvorlig sykdom, skilsmisse eller at man mister jobben. Hva som trigger en depresjon er veldig individuelt. Ved andre eller tredjegangs depresjon, kan det oppstå en psykologisk og nevrologisk sårbarhet som senere kan bidra til at en depresjon utløses, da uten særlig påvirkning av ytre påvirkninger (Eknes, 2006). Depresjon er ikke kun knyttet til psykologiske forhold, eller kun kjemi. Det kan forstås som et samspill mellom hvordan kroppen og hjernen reagerer på stress (Eknes, 2006).

2.4 Psykofarmaka og kognitiv terapi

Antidepressiva er en fellesbetegnelse for medikamenter mot psykiske lidelser, i hovedsak rettet mot blant annet depresjon (Martinsen, 2018). Kognitiv terapi anbefales som førstevalg når man har mild til moderat depresjon. Målet med kognitiv terapi er å avdekke negative tanker og lære seg å bearbeide dem til et mer konstruktivt syn både på seg selv og verden rundt seg. Antidepressiva virker stemningsstabiliserende på følelseslivet. Det kan ta en stund før man opplever ønsket effekt av legemidlene, derfor er det viktig at man tar legemidlene til man føler seg bedre (Helsenorge, 2018). Vanlige bivirkninger av antidepressiva er munntørrhet, svimmelhet, søvnvansker eller urolig mage. Den mest alvorlige bivirkningen av medikamentet er økt selvmordsfare i oppstartsfasen (Helsenorge, 2018). Beroligende medikamenter brukes for å dempe angst og uro. Hypnotika eller sovetabletter brukes ved søvnforstyrrelser (Martinsen, 2018). Teoretisk kan det tenkes at det er mange virkninger av det å skulle kombinere fysisk aktivitet og medikamenter (Martinsen, 2018).

Ifølge Martinsen (2018) har fysisk aktivitet samme virkning som antidepressive ved depresjon (s. 143). For personer som ikke responderer tilfredsstillende på antidepressiva, kan fysisk aktivitet være et godt alternativ til medisin (Pereira et al., 2011). Overføringen av impulser mellom ulike nerveceller skjer ved signalstoffer. Medisiner som antidepressiva påvirker i hovedsak balansen mellom og konsentrasjonen av ulike signalstoffer i hjernen, og psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke de samme forholdene (Martinsen, 2011).

2.5 Fysisk aktivitet

I litteraturen er det vanlig å skille mellom fysisk aktivitet og fysisk trening. Der fysisk aktivitet blir definert som enhver kroppslig aktivitet som er forårsaket av at man bruker skjelettmuskulatur som medfører at man har et energiforbruk. Det måles ved kilokalorier som forbrukes per tidsenhet. Fysisk trening er en form for fysisk aktivitet, som da består av ulike aktiviteter som er strukturert, planlagt og kroppslig aktivitet som stadig gjentas. Det utføres for å vedlikehold eller forbedre kroppens fysiske form eller helse. Fysisk trening kan deles inn i noe som kalles for akutt, som da vil si at man har en treningsøkt, eller kronisk, som vil si at man gjentar trening over tid (Martinsen, 2011, s. 35-36). Jeg vil bruke denne forståelsen i oppgaven min, men begrepene fysisk aktivitet og trening vil bli litt brukt om hverandre.

Fysisk form forteller oss noe om hvor stor kapasitet man har til å utføre fysisk aktivitet. Dette inkluderer hjerte- og lungekapasitet, muskulær styrke, utholdenhet, fleksibilitet og kroppssammensetning. For å finne ut hvor god form man er i måler man den aerobe kapasiteten. Den forteller oss noe om hvor stor evne kroppen vår har til å ta opp og bruke oksygen. Man skiller mellom aerob og anaerob kapasitet. Aerob betyr med oksygen, mens anaerob er uten oksygen (Martinsen, 2015, s 37). Hvis den maksimale tiden du klarer å fortsette med en aktivitet, er over to minutter er aktiviteten aerob. Dette er en treningsform som er mer langvarig, som for eksempel jogging, svømming og dansing som styrker blant annet hjerte kapasiteten. Hvis den maksimale tiden du klarer å holde på med en aktivitet er under to minutter, er kapasiteten anaerob. Det er en mer kortvarig form for trening, melkesyren blir etter hvert så høy at det blir smertefullt (umulig) å fortsette med like høy intensitet. Det kan for eksempel være styrketrening, sprint eller intervaller med høy intensitet (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 10-11). Voksne anbefales å være fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag, med en intensitet som tilsvarer rask gange (Regjeringen, 2013).

2.5.1 Generelle virkninger av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en rekke helsefordeler. Det styrker hjertet, og reduserer også risikoen for å bli utsatt for hjerte og- karsykdommer. Skjelettet blir også sterkere ved fysisk aktivitet.

Beinvevet omdannes kontinuerlig gjennom nedbrytning og oppbygging, slik at beinvevet blir sterkere. Ved fysisk aktivitet vil man få bedre lungekapasitet og respirasjonsvolumet øker.

Noen kan gå ned i vekt ved regelmessig fysisk aktivitet, dermed så øker også forbrenningen, og man kan få bedre kroppsholdning. Fordøyelsen kan også påvirkes ved at man trener regelmessig (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 8-36).

Funn fra flere studier har vist at fysisk trening kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse, og andre viktige oppfatninger om hvordan man ser på seg selv og føler seg, slik som kroppsbildet (Martinsen, 2018). Det er flere ulike former for aktivitet hvor endringer kan oppstå. Særlig ved kondisjonstrening og styrketrening har det vist seg at det skjer endring av selvfølelsen. Det oppstår størst endring ved fysisk selvoppfatning, som igjen er et aspekt av den totale selvfølelsen (Martinsen, 2011, s.59).

Andre positive virkninger av fysisk aktivitet er at det er en buffer mot stress. Det kan handle om at mennesker som er fysisk aktive raskere kan komme tilbake til hvilepuls. I befolkningsundersøkelser er det rapportert om at mennesker som er fysisk aktive regelmessig har bedre søvnkvalitet, har mindre søvnproblemer og føler seg mindre trettede på dagtid, sammenliknet med mennesker som er inaktive. Fysisk aktivitet medfører også mindre risiko for muskulære spenninger i kroppen (Martinsen, 2011, s 60).

Noen kan oppleve at man blir mer kreativ ved fysisk aktivitet. Det kan tenkes at man får en liten pause fra det man driver med, å klarer å tenke annerledes. Runner's high er et populært begrep som bygger på observasjoner som mange mennesker har gjort under fysisk aktivitet. De fleste rapportene kommer fra løpere. Det de beskriver er relativt ensartede. Flere av løperne opplevde en slags euforisk tilstand, en slags ruslignende tilstand. Sansinntrykkene ble forsterket, trettheten forsvinner, og man føler at man kan sprengte grensene både av tid og rom. En følelse som stimulerer til økt aktivitet. Det kan tenkes at det skyldes blodets innhold av endorfiner som økes under fysisk aktivitet (Martinsen, 2011, s 63).

2.5.2 Motivasjon for fysisk aktivitet

Mange mennesker som får en depresjon kan være ambivalente til fysisk aktivitet, og arbeid med motivasjon kan derfor være svært nyttig. Ulike forhold kan gjøre det vanskelig å starte med fysisk aktivitet. Det kan for eksempel være lav selvfølelse og mestringstro, og angst som kan være forbundet med depresjon. Dette kan bidra til at selv de minste krav, kan føles uoverkommelig. Mennesker som er deprimerte kan mangle tro på at fysisk aktivitet kan være til hjelp til å håndtere sykdomsbildet sitt og bidra til å bedre livskvaliteten. De fleste kan trenge hjelp og oppfølging for å kunne klare å komme i gang. Når man får støtte over lengre tid, kan det bidra til positive endringer. Når man har noen som ser og stimulerer deres ressurser over tid, kan de etter hvert selv få en indre kraft til å være fysisk aktive på egen hånd. Når de selv føler at de mestrer det, har aktiviteten blitt forsterket av dem selv, og da er trenger ikke ytre påvirkning lenger å være like nødvendig (Martinsen, 2018). Flere med depresjon kan i utgangspunktet være lite motivert for aktiviteten i seg selv. Men de kan være opptatte av det de kan oppnå ved å være fysisk aktiv, slik som sosial kontakt, bedre helse, og muligheten for å gjøre noe som er meningsfullt, noe som gir glede, og får dem til å koble av fra andre tanker (Martinsen, 2018).

Oppfølging og deltakelse fra helsepersonell og andre viktige personer som kan bidra til endring er viktig. Man må kunne se forskjell på det å mase, presse, tvinge og aktivt motivere. Behandlere som skal motivere mennesker som er deprimerte må føle seg fram, og være bevisste på at alle mennesker er forskjellige med forskjellig utgangspunkt. Det som virker på en person, trenger ikke å virke på andre (Martinsen, 2018).

3.0 Metode

Metoden forteller oss hvordan vi bør gå til verks som å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s.51).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, gjennom søk etter forskningsartikler ble det etter hvert plukket ut 5 artikler som skal hjelpe med til å svare på min problemstilling; Kan voksne med depresjon oppnå bedring av sin psykiske helse med fysisk aktivitet som et supplement i behandling? En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Når man systematiserer samler man inn litteratur, går kritisk gjennom den, og til slutt skal man sammenfatte det hele. Man har systematisk tilnærming i alle trinn i hele prosessen (Thidemann, 2015).

Oppbyggingen av en vitenskapelig artikkel innenfor medisin og helsefag følger som regel en kjent struktur IMRaD-strukturen. Strukturen samsvarer med forskningsprosessen. Tidsskrifter som publiserer forskningsartikler, pålegger forskerne og følge denne strukturen. Noen ganger finnes det unntak. Noen tidsskrifter kan tillate studier med kvalitative design og avvike fra IMRad-strukturen. IMRad står for Introduction/Introduksjon, Method/Metode, Results/Resultater, And/Og, Discussion/Diskusjon. Med denne strukturen blir det lettere å finne ut om det er forskningsartikler (Thidemann, 2015).

3.2 Søkeprosessen

For å finne artikler som var relevant for min problemstilling, gjorde jeg søk i ulike databaser. Jeg har lagt vekt på å finne gode søkeord som gir de resultatene jeg ønsker, samtidig som resultatene avgrenses (Thidemann, 2015). Utvalget av søkeord kommer på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg hadde i oppgaven.

Inklusjonskriterier

- Peer review
- Norsk, engelsk, svensk og dansk
- Fra 2008-2019
- Voksne over 18

Eksklusjonskriterier

- Ikke eldre enn 2008
- Barn, ungdom og eldre
- Alvorlig depresjon
- Review

-Artiklene bør følge IMRaD struktur

-Fysisk aktivitet

-Depresjon

-Trening

-Kvalitativ og kvantitativ metode

Jeg begynte søkeprosessen på biblioteket, for å finne relevant teori. Jeg har også søkt litt på internett etter relevant litteratur jeg kan bruke. I første omgang lånte jeg bøker på biblioteket, for å deretter gå ut i databaser for å finne relevante fagfelleverderte artikler som kunne hjelpe meg for å svare på problemstillingen min. For å presisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar kan rammeverket PICO benyttes (Thidemann, 2015). Jeg satt opp en oversikt for meg selv og brukte PICO. PICO står for Patient/Problem, Intervention, Comparison, og Outcome. Der sorterte jeg ut hvilke ord jeg kunne bruke for å begynne søkene mine i databaser.

For å finne svar på min problemstilling kan fysisk aktivitet bidra til bedring av depresjon for voksne over 18 år som er i behandling, og hva kan være viktig i oppstarten av fysisk aktivitet? brukte jeg strukturerte søk. Strukturerte søk gir en god oversikt og kontroll over søkene (Thidemann, 2015). Søkeordene jeg brukte var: Depresjon, behandling, fysisk aktivitet, trening, exercise for depression, physical activity, aerobic exercise, motivasjon, treatment resistant, moderate exercise. Jeg delte søkeordene opp og brukte AND, og OR, så delte jeg opp søkene mine i flere felt i oria og i idunn. Det er anbefalt å bruke AND for å avgrense søk (Thidemann, 2015).

Søkene er gjort i databaser. Databasene jeg søkte i var Idunn, Norart, Oria, Cinahl og Svedmed+. Jeg fant flest artikler på engelsk.

Fire av artiklene bruker kvalitativ metode. Det er en som er kvantitativ. Hensikten med kvalitativ metode er å få frem hvordan mennesker selv opplever noe, man går mer i dybden. Hensikten å få kunnskap om menneskets egenskaper, meninger, og opplevelser. Tanker, motiver og holdninger kommer også frem, det handler om å få frem nyanser (Thidemann, 2015).

I kvantitative metoder benytter man ofte spørreskjema med for eksempel faste svaralternativer. Kvantitative data er målbare enheter, slik som for eksempel tall og objektive data, da har man eksakt fakta kunnskap.

Når man skal gjennomføre litteratursøk, er det viktig å dokumentere søkehistorikken (Thidemann, 2015). Nedenfor viser jeg min søkehistorikk i tabeller.

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste	Antall artikler utvalgt
29.04.10	Idunn	Fysisk aktivitet og depresjon Noen av disse ordene: Behandling	Fra 2008-2019	43	5	0
29.04.19	Idunn	Fysisk aktivitet og depresjon Noen av disse ordene: Behandling, voksne, fysisk trening	Fra 2008-2019	36	2	0
29.04.19	Norart	Depresjon AND fysisk aktivitet	2008-2019 Vitenskapelige artikler	2	2	0
29.04.19	Norart	Depression AND physical activity	2008-2019 Vitenskapelige artikler	5	3	1.Physical activity in the prevention and treatment og anxiety and depression
30.04.19	Oria	Linje 1: Aerobic exercise Linje 2: Depression Linje 3: Adult	2009-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter” “Artikler” “Engelsk” “Norsk (bokmål)”	6678	5	1.A randomized controlled trial on aerobic exercise programme for depression outpatients
30.04.19	oria	Fysisk aktivitet og depresjon Linje nr 2: Behandling	2008-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter” “Artikler”	35	7	0
30.04.19	Cinahl	Ord 1: Depression Ord 2: psysical activity AND adult	2009-2019 Peer reviwed Adult Full text	24	5	0

			Subject: Major heading depression Physical activity			
30.04.19	Oria	Running versus weight lifting				
30.04.19	Oria	The antidepressive effects og exercise	2008-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter”	928		
30.04.19	Oria	Exercise for depression	2008-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter” “Artikkel” “Engelsk” “Norsk”	222 207	6	0
01.05.19	Svedmed+	Depression AND physical activity AND adult	“Peer review” “Artikkel” 2009-2019	9	4	1.Impact of exercise on patients with depression and anxiety 2. Depressive symptoms, major depressive episodes and cognitive test performance- what is the role of physical activity?
01.05.19	Oria	Motivasjon og fysisk aktivitet	2008-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter” “Artikler”	157	3	0
02.05.19	Oria	Linje1: Moderate exercise Linje2: Depression Linje3: Treatment-resistant	2008-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter” “Artikler” “Norsk(bokmål)” “Engelsk”	1172	5	1.Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder.
03.05.19	Oria	Linje 1: Physical activity Linje 2: Treatment Linje 3: Depression	2009-2019 “Fagfelleverderte tidsskrifter” “Artikler”	65 030	4	1.Patients’ views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study.

		Linje 4: Patients views	Norsk, engelsk, svensk og dansk.			
--	--	-------------------------	----------------------------------	--	--	--

3.3 Kildekritikk og analyse

Det er viktig med kvalitetsvurderinger av vitenskapelige artikler, kunnskap om forskningsmetoder generelt og om metodene man skal inkludere spesielt (Thidemann, 2015). Metodene skal gi troverdig kunnskap, noe som betyr at kravene til validitet og reliabilitet er oppfylt (Dalland, 2017, s. 40). For å kvalitetssikre artiklene ble sjekklister for kvalitative studier og RCT studier tatt i bruk fra helsebiblioteket (2016). Sjekklisene ble tatt i bruk for å granske nøye gjennom artiklene, og for å se om de kunne være relevante for oppgaven min. Noen artikler ble inkludert, mens andre ble ekskludert. Jeg leste overskriften til artikkelen, synes jeg den var relevant så leste jeg sammendraget. På den måten fant jeg fort ut om denne kunne være relevant for meg eller ikke.

Når man analyserer en tekst, gransker den man nøye for å finne ut hva teksten forteller, og man tolker teksten for å forsøke å forstå den (Thidemann, 2015). Jeg valgte å bruke forskningsspørsmålet som veiviser og analyseredskap i teksten. Jeg konkretiserte hva jeg skulle se etter i tekstene, og markerte mine funn med markeringstusjer i forskjellige koder med farger for å kategorisere funnene. På denne måten fikk jeg god oversikt, å kunne gå tilbake for å finne det jeg skulle bruke i analysen. Slik gjorde jeg med alle artiklene jeg har med i teksten.

Videre i analysearbeidet har jeg gransket hver tekst, sett etter forskjeller og likheter, samtidig som jeg har vurdert kvaliteten på hver enkelt artikkel. Jeg laget tabellmatriser for å kunne få en bedre oversikt over artiklene mine. En tabellmatrise er et hjelpemiddel i fasen når man arbeider med innholdsforståelsen i artiklene, og for å få en visuell oversikt (Thidemann, 2015, s 93). Artikkelmatisene vil bli presentert i kapittel 4.Resultat.

Jeg endte tilslutt opp med 2 hovedtemaer som skal belyse min problemstilling:

- Fysisk aktivitet som supplement i behandling av depresjon
- Strukturert treningsform og oppfølging

4.0 Resultat

I denne delen presenterer jeg artikkelmatriser, som gir en ryddig oversikt over artiklene. Etter de kommer sammenfatningen av artiklene.

Artikkel 1- A randomized controlled trial on an aerobic exercise programme for depression outpatients. Cheung, L.K & Lee, S. (2018).	
Hensikt/Problemstilling	Har aerob trening positiv effekt hos mennesker som er deprimerte? Hensikten bak studiet var å finne ut om aerob trening kan ha en positiv effekt på mennesker som lider av depresjon. Enten kun trening eller med både behandling og trening?
Metode	Randomisert kontrollert studie. Kvalitativ metode, der de har benyttet seg av strukturert intervju, med maler og logger. 12 ukers aerob treningsprogram med trener. Utvalget ble plassert tilfeldig i 2 grupper. En gruppe skulle følge et 12 ukers aerob treningsprogram sammen med behandling de hadde fra før. De fikk tilbud om en time trening i uken sammen med en personlig trener, og ble motivert for å nå maks puls på 60% gjennom økten. Videre ble de oppfordret til å trene alene minst 2 økter i uken på 30 minutter med aerob treningsform. Dette gjelder både medisiner og terapi (Intervensjons gruppen). Den andre gruppen skulle kun fortsette å gå i den behandlingen de gikk (kontroll gruppen).
Utvalg/populasjon	Pasienter mellom 18-65 år. 34 personer som hadde moderat depresjon og var i behandling hos psykiatere. For å være kvalifisert måtte de ha en HAM-D score på minst 14. 17 i hver gruppe, en kontrollgruppe og en intervensjon gruppe. Pasientene som ble med i studien, måtte bli henvist av sin psykiater for å være med.
Hovedfunn/resultater	Resultatene fra studien viser at behandling sammen med fysisk aktivitet, har større effekt en kun behandling alene. Det var nedgang hos begge gruppen i HAM-D skalen. I intervensjons gruppen hadde de gått ned fra 18,5 til å score 9,8. I kontroll gruppen hadde de gått ned fra 19,5 til 14,5. Funnene viser at de som kombinerte fysisk aktivitet med behandling kom bedre ut av det enn de som kun gikk til behandling. Utfallet inkluderer depresjonssymptomer, søvn kvalitet, somatiske symptomer, stress nivå og angstsymptomer.
Kvalitets-vurdering/ Metode-kritikk? Styrker/ svakheter	HAM-D score har gått betydelig ned, og de skriver selv at dette burde forskes mer på. Hvordan er det med videre oppfølging av pasientene? Er 34 personer nok til å kunne svare på studien?
Rede-gjort for etiske over-veielser?	Studien er anonym og oppgir ikke navn. Informert samtykke fra deltakerne. Alle vurderinger ble utført av hovedforsker som ikke viste hvilken gruppe som tilhørte hvor. Godkjent av Etisk komite i Kina.

Artikkel 2- Impact of exercise on patients with depression and anxiety.	
Oeland, A.M., Laessoe U., Olesen, A.V., Jørgensen P.M. (2010).	
Hensikt/Problemstilling	Om mennesker som sliter med depresjon og angst klarer å opparbeide seg et aktivitetsnivå på lik linje av resten av befolkningen etter WHO sine anbefalinger. Og om de gjør det, om det klarer å opprettholde en bedre livskvalitet og mer fysisk aktivitet i hverdagen.
Metode	Kvalitativ metode, Strukturert intervju, oppfølging av deltakere. Strukturerte gruppetreninger. Randomisert kontrollert studie. Hver deltaker ble intervjuet 3 ganger fra baseline til uke 20. Alle de tre intervjuene inneholdt psykologiske tester. Kontroll gruppen lurte på om de kunne trene på egen hånd, det var ingen restriksjoner på det. Intervensjonsgruppen får strukturert trening og behandling, mens kontroll gruppen får kun behandling. Med behandling menes kognitiv terapi og eller medikamenter.
Utvalg/populasjon	Intervensjonsgruppe: 27, 12 trekk seg. 20 Uker med gruppetrening, både aerob og anaerob trening. Alle deltakerne ble intervjuet og testet før de begynte, etter 20 uker og i uke 32. Kontrollgruppe: 21, 8 trekk seg oppfølging av 48 deltakere. Hadde 20 uker med grupptrening som besto av aerob trening og anaerob vektløfting. Alle ble intervjuet og testet, etter 20 uker og etter 32 uker (oppfølgingsperioden). Hele studieperioden var 32 uker.
Hovedfunn/resulater	Deltakerne ble delt opp i to grupper. Intervensjon gruppen økte fra start til uke 20 med 120 minutter med treningsmengde i uka. kun i ukene de hadde instruktør, fra uke 20-32 som var kontrollukene, sank det til 5 minutter i uken. sank med 115 minutter. Dette viser at det fungerer best med instruktør og struktur. Kontrollgruppen som trente på egen hånd, uten instruktør og oppfølging skulle utføre 20 treninger hjemme. Det ble bare utført 7/20 i hele perioden og resultatet ble at de var 60 minutter mindre aktive enn før. uten instruktør og oppfølging så vil ikke mennesker som er deprimerte ha likt aktivitetsnivå som resten av befolkningen. Resultatene ble fra 48-28 deltakere da til sammen 20 trakk seg. Uten instruktør og oppfølging så vil ikke mennesker som er deprimerte være like aktive som med.
Kvalitets-vurdering/ Metode-kritikk? Styrker/ svakheter	Er 28 deltakere nok? Alle deltakerne ble nøye testet gjennom psykologiske tester og intervjuet.
Rede-gjort for etiske over-veielser?	Studien er anonym. Informert samtykke fra deltakerne. Studien er godkjent av etisk komite for Viborg og Nord Jylland.

Artikkel 3- Depressive symptoms, major depressive episodes and cognitive test performance – What is the role of physical activity? Joutsenniemi, K., Tuulio-Henriksson, A., Elovainio, M., Härkänen, T., Sainio, P., Koskinen, S., Pirkola, S., Partonen, T. (2012).	
Hensikt/Problemstilling	Denne studien tar sikte på å undersøke om vanlig fysisk aktivitet forbinder med bedre verbal flyt og psykomotorisk hastighet hos deprimerte personer ved hjelp av en stor befolkningsbasert undersøkelse.
Metode	Kvantitativ metode. Her ble det utført to kognitive tester. Kognitiv testytelse ble vurdert ved dyrenavnstest og psykomotorisk hastighet med en enkel og flervalgs test for reaksjonstiden. Fysisk aktivitet var selvrapportert. Data ble hentet fra den befolkningsbaserte Finlands helse 2000-studien, samlet i 2000-2001. Depressive symptomer og depressive lidelser ble vurdert av Beck Depression Inventory (BDI) og Composite International Diagnostic Interview (CIDI) tilsvarende.
Utvalg/populasjon	Studien var i Finland. Det var til sammen 3658 som deltok. Menn: 1649 stk. Kvinner: 2009 stk. Komplette data ble oppnådd fra 3658 personer i alderen 30-64 år.
Hovedfunn/resultater	Regelmessig fysisk aktivitet knyttet til bedre ytelse i reaksjonstidstester og bedre verbal flyt blant menn med depressive symptomer eller med depressiv episode. Fysisk aktivitet som også er knyttet til kognitiv testytelse blant ikke-deprimerte menn og kvinner, men blant dem var forskjellene mellom de fysiske aktivitetsgruppene mindre.
Kvalitets-vurdering/ Metode- kritikk? Styrker/ svakheter	Dette er en studie som er gjort med mange deltakere. Det er interessant å se forskjeller og likheter. Det som kan være en svakhet i denne studien er at den nettopp er så stor, og man får ikke samme innblikk som i en kvalitativ studie. Jeg valgte å inkludere denne fordi den gir et innblikk i hvordan fysisk aktivitet påvirker det kognitive ved en depresjon.
Rede-gjort for etiske over-veielser?	Godkjent av etikkutvalget for epidemiologi og folkehelse i sykehusdistriktet Helsinki og Uusimaa i Finland.

Artikkel 4- Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder.

Mota-Pereira, J., Silvero, J., Carvalho, S., Ribeiro, J.C., Fonte, D. & Ramos, J. (2011).

Hensikt/Problemstilling	Studien vil finne ut om fysisk aktivitet kan virke sammen med pasienter antidepressive ikke har virket på. Denne studien vurderte effekten på depresjon og funksjonsparametere av et moderat intensitets treningsprogram, som et supplement for farmakoterapi, i behandlingsresistente deprimerte pasienter.
Metode	Kvalitativ metode. Randomisert kontrollert studie. Kontrollgruppen fikk kun farmakoterapi, mens intervensjonsgruppa fikk et strukturert treningsprogram, sammen med farmakologiterapi. Et 12 ukers hjemmebasert treningsprogram på 30-45 min / 5 dager i uken. Sammenliknet resultatene opp mot hverandre.
Utvalg/populasjon	33 deltakere som er resistent mot antidepressive medikamenter. En kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe.
Hovedfunn/resultater	Moderat intensitetsøvelse kan være et nyttig og effektivt supplement til behandling for behandlingsresistent depresjon. Gruppen som kun hadde medisin viste ingen tegn på bedring. De som gikk på medisiner sammen med trening viste tegn til bedring. Folk som ikke reagerer på medisin burde få trening som en del av behandlingen. Få som blir friske. Moderat, men intenst treningsprogram som de mestrer er det som har gitt resultater.
Kvalitets-vurdering/ Metode- kritikk? Styrker/ svakheter	De har inkludert og ekskludert deltakere, noe som kan være bra, med tanke på forskjeller i sykdomsbildet. Er 33 deltakere nok?
Rede-gjort for etiske over- veielser?	Hentet inn informert samtykke fra deltakere. Godkjent av sykehuset de Magalhães institusjonelle gjennomgang i styret.

Artikkel 5. Patients' views of physical activity as treatment for depression.

Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011).

Hensikt/Problemstilling	Å utforske pasienters syn på fysisk aktivitet for behandling av depresjon i sammenheng med primærhelsetjenesten.
Metode	Kvalitativ metode ble brukt, med dybdeintervju. randomisert kontrollert studie. Deltakerne skulle ta del i en prøveutredning for å finne ut av effektiviteten av fysisk aktivitet forbehandling av depresjon. Intervjuer ble holdt med deltagere som deltok i TREAD (Trial of Exercise And Depression), en pågående pragmatisk, randomisert, kontrollert studie av moderat fysisk aktivitet sammen med vanlig behandling som medikamenter og kognitiv terapi. Den tilrettelagte fysisk aktiviteten ble skreddersydd på individuell basis og besto av atferdsendring og motivasjonssamtaler med intervjueteknikker. Det ble skrevet aktivitetslogger av deltakeren selv.
Utvalg/populasjon	33 deltakere. Alle pasienter i alderen 18-69 år som også nylig hadde startet på antidepressiva (innen 4 uker av deres vurdering og følger en antidepressiv-fri periode på minst 1 måned), eller som ikke var for øyeblikket på antidepressiva, men hadde nylig konsultert sin lege for depresjon og hadde oppfylt den internasjonale klassifiseringen av ICD-10 av depresjon.
Hovedfunn/resultater	De fleste deltakerne oppfattet fysisk aktivitet for å være en akseptabel behandling for depresjon. Deltakerne som uttrykte en tro på at deres depresjon var forårsaket av biokjemiske mekanismer, rapporterte aktivitet som økte hjerteslagene som det mest fordelaktige. De som trodde depresjonen va situasjon utløst, hadde en tendens til å antyde fordelene med mindre aerobiske aktiviteter, som å for eksempel gå tur. Mange deltakere rapporterte om lav motivasjon og mangel på selvtillitt som barrierer for å drive fysisk aktivitet. Disse pasientene foreslo at medisinerer kan være nyttig for å starte og opprettholde fysisk aktivitet.
Kvalitets-vurdering/ Metode- kritikk? Styrker/ svakheter	Er 33 deltakere nok?
Rede-gjort for etiske over- veielser?	Hentet inn skriftlig samtykke fra deltakere. Godkjent av etisk komite.

4.1. Fysisk aktivitet som et supplement i behandling av depresjon

Helsevesenet klarer ikke å følge opp etterspørselen og behandlingstiden kan være lang, derfor forsket de på om selvhjelpsmetoder som fysisk aktivitet kunne fungere sammen med tradisjonell behandling (Cheung & Lee, 2018). Det viser seg at pasientene synes medikamentell behandling sammen med fysisk aktivitet hadde størst effekt (Searle et al., 2011).

Deltakerne i studien foreslo selv at medisinerer kan være nyttig for å starte og det å kunne opprettholde aktivitet (Searle et al., 2011). Resultatene fra studien viser at behandling sammen med fysisk aktivitet, har større effekt enn kun behandling alene. Det var nedgang hos begge gruppene i HAM-D skalen. I intervensjons gruppen hadde de gått ned fra 18,5 til å score 9,8, og i kontrollgruppen hadde man gått fra 19,5-14,5 (Cheung & Lee, 2018). Det var større reduksjon på depresjonssymptomer hos intervensjon gruppen som både fikk medikamentell behandling, og regelmessig fysisk trening, enn kontrollgruppen som kun fikk ordinær behandling, uten regelmessig strukturert fysisk aktivitet (Cheung & Lee, 2018., Pereira et al., 2011., Searle et al., 2011).

Resultatene viser til at aerob trening kan kombineres med både farmakologi og kognitiv terapi når man lider av depresjon (Cheung & Lee, 2018). Pasienter som hadde gått i behandling i over lengre tid, både kognitiv terapi og med farmakologi og ikke hadde blitt noe bedre, merket bedring med fysisk aktivitet (Pereira et al., 2011). Flere av deltakere rapporterte om lav motivasjon og mangel på selvtillit som barrierer for å drive med fysisk aktivitet. Disse pasientene foreslo at medisinerer kan være nyttig for å starte og det å kunne opprettholde fysisk aktivitet. Både aerob og anaerob ble brukt som treningsform (Searle et al., 2011). Deltakerne i studiene synes det var en rekke fordeler med det å være fysisk aktiv. De kunne merke forbedring i humør, de ble lettere til sinns. Noen av deltakerne rapporterte at de fikk bedre selvtillit av å trene, kunne kontrollere matinntaket, noen spiste og sov bedre. Noen merket også at det å engasjere seg i fysisk aktivitet, gjorde at de ble mer sosiale (Searle et al., 2011).

Deltakere som uttrykte en tro på at deres depresjon var forårsaket av kjemiske mekanismer, rapporterte at aktiviteter som øker hjerteslagene som mest fordelaktig. Mens de som trodde at depresjonen sin var situasjonelle, hadde en tendens til å antyde fordelene med mindre aerobiske aktiviteter (Searle et al., 2011). Pasientene fikk bedre søvnkvalitet sammen med fysisk aktivitet (Cheung & Lee, 2018). Deltakerne som både brukte aerob og anaerob treningsform merket en økning i forbedring av kondisjonen.

Sammen med fysisk aktivitet og medikamentell behandling og kognitiv terapi, ble det nedgang i depresjonssymptomene (Oeland, Laessoe, Olesen & Jørgensen, 2010). En annen studie viser at regelmessig fysisk aktivitet, sammen med antidepressiva har god effekt på kognitive ferdigheter til mennesker som er deprimerte. Reaksjonstiden ble bedre for de som drev med fysisk aktivitet regelmessig (Joutsenniemi et al.,2012).

4.2 Strukturert treningsform og oppfølging

Deltakere som deltok i strukturert og overvåket treningsprogram klarte å oppnå fysisk aktivitet i samsvar med helsedirektoratets anbefalinger (Oeland et al., 2010). Mennesker med depresjon står i fare for å være mindre aktiv enn resten av befolkningen (Oeland et al., 2010). Uten instruktør/instruksjon og oppfølging vil ikke mennesker med depresjon ha tilsvarende aktivitetsnivå som resten av befolkningen. Det overordnede funnet er at fysisk aktivitet og forbedring depresjonssymptomer og helse relaterte problemer er avhengig av instruktørens tilstedeværelse. Fra baseline til uke 20, fikk intervensjonsgruppen personlig trener 2 ganger i uken. Da kunne man se at deltakerne som deltok med fysisk aktivitet og strukturert treningsprogram gikk til å være aktive i 120 minutter i uken. I oppfølgingsperioden fra uke 20-32, uten trener og oppfølging så stoppet forbedringen opp (Oeland et al., 2010). Da var det ingen forskjell på intervensjon og kontroll gruppen.

Det var bare 4 av 13 deltakerne som fullførte 18-21 hjemmebaserte øvelser (av 24 øvelser) på en 12 ukers periode. Etter endt deltakelse så man at pasientene ble mer apatiske og stillesittende (Cheung & Lee, 2018). Resultater kommer ikke hvis pasientene selv ikke er motiverte. Det å motivere pasienter til å være fysisk aktive, er ikke lett (Cheung & Lee, 2018). Cheung & Lee (2018) mener det bør forskes mer på hvordan man motiverer deprimerte.

Moderat intensitet på fysisk aktivitet kan være et nyttig og effektivt supplement i behandlingen av mennesker som er resistent mot medikamentell behandling. Men da ser man at det trengs oppfølging og hjemmebaserte øvelser av deltakerne (Pereira et al., 2011). For å kunne opparbeide seg et likt aktivitetsnivå som er anbefalt av helsedirektoratet, er mennesker med depresjon avhengig av at noen følger opp i starten (Oeland et al.,2010).

5.0 Drøfting

I denne delen skal jeg diskutere funnene i artiklene, som er relevant for å få svar på problemstillingen min, sette det opp mot teori og mine refleksjoner rundt dette.

5.1 Fysisk aktivitet som et supplement i behandling av depresjon

I flere av studiene rapporterte deltakerne om lav selvtillit og tiltaksløshet når det kommer til å begynne med fysisk aktivitet. Bare det å skulle komme seg ut av døren for å ta seg tid til seg selv ble vanskelig (Searle et al., 2011). Flere av deltakere rapporterte om lav motivasjon og mangel på selvtillit som barrierer for å drive med fysisk aktivitet. Disse deltakerne foreslo at medisiner kan være nyttig for å starte og det å kunne opprettholde aktivitet (Searle et al., 2011). Overføringen av impulser mellom ulike nerveceller skjer ved signalstoffer. Medisiner som antidepressiva påvirker i hovedsak balansen mellom og konsentrasjonen av ulike signalstoffer i hjernen, og psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke de samme forholdene (Martinsen, 2011, s 182).

Kombinering av medikamentell behandling og fysisk aktivitet kan også ha mange uheldige virkninger. Bivirkningene av medisinene kan gjøre det vanskelig å komme i gang og opprettholde fysisk aktiviteter (Martinsen, 2011). Men på den andre siden så kan fysisk aktivitet være med på å redusere behovet for medikamentell behandling (Martinsen, 2011). Flere funn i studiene viser at etter deltakerne ble mer fysisk aktiv, fikk de også bedre søvnkvalitet (Searle et al., 2011, Cheung & Lee, 2018). Da mange som er deprimerte sliter med søvn, kan det å være fysisk aktiv ha en positiv påvirkning på blant annet søvnen (Martinsen, 2011).

Dørstokkmilen tror jeg ofte kan virke lang, men når man først kommer i gang og kjenner at man klarer å mestre noe, få styring i eget liv, så tror jeg at mange som sliter med å komme seg ut av en depresjon kan oppnå bedre selvtillit og mestringsfølelse av det å være fysisk aktiv. Men man må like det man driver med, så det å finne en balanse å se hvert enkelt individ tror jeg er en nøkkel. Ikke alle liker å drive med kondisjonstrening, noen liker bedre å løfte vekter eller ha en annen form for fysisk aktivitet, slik som å gå seg en tur (Martinsen, 2018). Noen synes det å gå på medisiner kombinert med fysisk aktivitet kan være bedre å starte med. Det kan jo være fordi de er vant til å gå på medisiner, og merker at det letter på sinnsstemningen (Searle et al., 2011). Fysisk aktivitet kan være med å forebygge og bedre en depresjon som er mild til moderat (Martinsen, 2011).

Det er individuelt og kommer an på hvilken treningsform og motivasjon hver enkelt har. Det bør kanskje også sees i sammenheng med hvor syke man er. I en annen studie sier en deltaker at det er lettere å ta medisin, fordi det er ingen unnskyldning for å ikke gjøre det (Searle et al., 2011). Noen andre sier at man er redd for å bli avhengig av antidepressive medikamenter, og noen er redde for å bli for opptatt av utseende og avhengig av fysisk aktivitet (Searle et al., 2011). Kanskje er de som begynner på medikamentell behandling redde for å må gå på det hele livet, og ikke blir bedre uten? Det å bli avhengig av fysisk aktivitet, kan også ha uheldige sider. Man kan føle at man har enda en ting å skulle prestere i, og noen kan utvikle et usunt kroppsbilde (Martinsen, 2018). Derfor er det foreslått at man har en moderat treningsform, med moderat intensitet (Pereira et al., 2011) Det å finne en balanse mellom sunt og usunt når det kommer til trening tror jeg vil være en fordel.

Flere funn i studien viser at det er en rekke helsefordeler for mennesker med depresjon å være fysisk aktive. De som deltok i studien som var resistent mot medikamentell behandling, merket bedring ved at de drev med fysisk aktivitet i tillegg til medikamenter (Pereira et al., 2011). Moderat treningsform med moderat styrke kan sees å være til hjelp for de som er resistente for antidepressiva (Pereira et al., 2011). Hvordan kan dette ha en sammenheng? Teoretisk kan det tenkes at det er mange virkninger av det å skulle kombinere fysisk aktivitet og medikamenter (Martinsen, 2018). Kan det være virkningen sammen som utgjør at depresjonssymptomene blir mindre?

Det er ikke lagt frem i noen av studiene at fysisk aktivitet har påvirket negativt. Men (Martinsen, 2018) mener at fysisk aktivitet kan ha noen ulemper. Man får jo enda et krav, det kan være at man kan føle på at det er enda en ting man ikke kan klare. Hva hvis deprimerte får enda et krav til, så klarer de ikke å opprettholde aktiviteten over tid? Er det da bra og ha fysisk aktivitet som et supplement i kombinasjon med vanlig behandling? Ut ifra forskning og teori tror jeg tror det er stor individuell forskjell fra person til person. Mange kan ha en utrolig sterk viljestyrke til å klare å komme seg ut fra en depresjon, enten med vanlig behandlingsform eller med fysisk aktivitet. Noen kan kombinere begge, og det kan se ut som om at det har god virkning på de som ikke reagerer kun på vanlig behandling. Har man mild eller moderat depresjon, kan det tenkes at sammen med moderat fysisk aktivitet kan bidra til bedring.

Kan det være at de som driver med fysisk aktivitet som et supplement i behandling etter hvert kan slutte med medisiner og terapi? Med tanke på økende forekomst, og lange ventetider, så har ikke helsetjenestene mulighet til å hjelpe alle (Martinsen, 2018).

5.2 Strukturert treningsform og oppfølging

Deltakere som deltok i strukturert og overvåket treningsprogram klarte å oppnå fysisk aktivitet i samsvar med helsedirektoratets anbefalinger (Oeland et al., 2010). Pasienter som har tro på fysisk aktivitet som et supplement i behandlingen, kan ha hatt en mer positiv holdning til fysisk aktivitet og kan derfor ha vært villige til å prioritere tid og gjøre ordninger etter behov (Oeland et al., 2010). Fra baseline til uke 20 var det oppfølgingsperiode, da hadde intervensjonsgruppen oppfølging med trener og et program de skulle følge (Oeland et al., 2010) når deltakere fra gruppen ikke møtte opp, ble de oppringt av treneren sin for å bli motivert og få god oppfølging (Cheung & Lee, 2018). Resultatet fra studien viste at aerob trening sammen med terapi ga bedring i depresjonsskår for deltakerne i Kina, i motsetning til de som kun fikk terapi (Cheung & Lee, 2018). Her handler det igjen om hvor motivert hver enkelt er (Cheung & Lee, 2018).

Flere av deltakerne tok antidepressive medikamenter på den tiden de ble intervjuet og noen av disse deltakerne foreslo at medisin var til god hjelp for å starte og vedlikeholde fysisk aktivitet (Searle et al., 2011). Øvelsesgruppen viste forbedring av alle depresjons- og funksjonsparametere, som indikert ved lavere HAMD17 ved siste observasjon, sammenlignet med både baselineverdier og kontrollgruppe. På slutten av studien viste ingen av deltakerne i kontrollgruppen reaksjon eller remisjon, mens i øvelsesgruppen viste 21% av deltakerne respons og 26% remisjon (Pereira et al., 2011). Det kan ha noe med at deltakerne følte seg motiverte og fikk lyst til å trene fordi de fikk en personlig trener, og hadde noen som viste hva de drev med.

Det at noen bryr seg, og vil at du skal lykkes, kan bety mye for en person som er deprimert. Jeg tror at når du ikke engang klarer å se deg selv klart, eller livet ditt, så kan det hjelpe at noen andre er der for deg. For det trenger ikke å være en selvfølge at alle mennesker har. For mange som sliter med depresjon kan det bli vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet. Små krav kan oppleves som store i forhold til hva de selv synes og orke. De kan tro at de ikke klarer å delta i fysisk aktivitet, og om de hadde klart det, kommer det ikke til å hjelpe dem (Martinsen, 2011., oeland et al., 2010).

Hjelp og støtte over lengre tid kan bidra til positive endringer over tid (Martinsen, 2011). Det at noen ser og stimulerer deres ressurser, kan de etter hvert føle på en indre drivkraft, å ytre stimuli er ikke lenger nødvendig (Martinsen, 2011). Jeg tror at når man selv kan kjenne mestring, glede og en følelse av velvære av å være fysisk aktiv, kan det bidra til et bedre utgangspunkt enn det å stå helt alene i starten.

Det kan også hende at flere som er deprimerte kanskje ikke har noe lyst til å være fysisk aktiv, eller rett og slett ikke klarer selv om man har et treningsopplegg. Kanskje det ikke passer for mange å være fysisk aktiv, med tanke på familiesituasjon for eksempel (Searle et al, 2011). Kanskje man da kan begynne i det små, hjemme med noen lette øvelser? Ut ifra artiklene og teori kan det se ut som det kan være et godt utgangspunkt for mange å starte slik. Kanskje mange får troen på seg selv igjen, å kan bygge seg opp etter hvert. Men det som er viktig er at man tar utgangspunkt i hva hvert enkelt menneske klarer, å ikke stiller for høye krav. Hadde utfallet blitt det samme hvis de ikke har oppfølging? Det er ifølge Martinsen (2018) svært viktig at mennesker med depresjon får tett oppfølging og hjelp til å begynne med fysisk aktivitet. På bakgrunn av dette kan de se ut som om at mennesker med depresjon kan ha bedre utgangspunkt for bedring, hvis de har noen som har kunnskap, erfaring og er støttende. Det å ha store forventninger og krav kan gjøre til at man ikke engang vil begynne (Martinsen, 2018). Nettopp fordi depresjon er så individuelt er det viktig å se personen bak individet, å ikke kun en diagnose.

Mangel på kunnskap om egen helse kan være en årsak til at mennesker som er deprimert ikke klarer helt å komme i gang med fysisk aktivitet. Det er ikke alle som vet hvor mye eller hvordan man skal komme i gang, og da kan det for mange være vanskelig å begynne, å gjennomføre (Oeland et al., 2010). Hva hvis disse pasientene kunne fått oppfølging og opplæring i tråd med folkehelseanbefalinger? Med tanke på både teori og artiklene tror jeg det kan være mange årsaker til at mennesker med depresjon sliter med å komme i gang med fysisk aktivitet. Ikke bare sliter de med mangel på selvtillit og motivasjon for å komme i gang, men også en kunnskap og innsikt i egen helse kan være en forutsetning for å bli motivert. Ut ifra dette tror jeg at det kan være lettere å starte hvis man er flere, så man ikke føler så mye på ensomheten og det ukjente som ofte kan være skummelt.

6.0 Metodiske overveielser og forskningsetikk

De 5 artiklene som ble brukt i denne oppgaven har vært på engelsk. Jeg har oversatt disse til norsk, for å kunne bruke de i denne litteraturstudien. Dette kan være en kilde til feiltolkning både i teksten og tolkningen av artiklene under analysen. I denne oppgaven ble det brukt kvalitative studier, og en kvantitativ, disse er med på å kunne svare på min problemstilling. Kombinasjonen av artiklene viser både likheter, og ulikheter i forhold til hvordan aktivitet som kan bidra til bedre livskvalitet, og kognitive ferdigheter. Det ble brukt primærkilder, da dette gir en mindre risiko for feiltolkning.

Før man begynner med forskningsstudier må man innhente etisk godkjenning fra den aktuelle etiske komiteen før de begynner studien World Medical Association har utviklet Helsinkierklæringen som en erklæring om etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker, herunder forskning om identifiserbart menneskelig materiale og data (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). «*Forskningen skal fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning*» (Helseforskningsloven, 2008, § 1). Deltakerne i studiene må gi sitt samtykke til å delta, Samtykke skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart, og deltakere kan når som helst trekke seg (Helseforskningsloven, 2008, § 13).

I flere av studiene nevnes det at det er blitt hentet inn skriftlig informert samtykke fra deltakerne (Cheung & Lee, 2018; Pereira et al., 2011; Oeland et al., 2010; Searle et al., 2011). I dette samtykket var det beskrevet at det er bevis for at fysisk aktivitet kan være nyttig i behandlingen av depresjon, men at bevisene er begrenset. Det sto også at deltakerne kan bli intervjuet om deres synspunkter på fysisk aktivitet som behandling for depresjon (Searle et al., 2011). Alle studiene er godkjent av etisk komite. Gjennom det å se nærmere på den etiske godkjenningen, har hver artikkel blitt vurdert å være av god kvalitet.

7.0 Konklusjon

Det viser seg gjennom forskning og teori at fysisk aktivitet kan bidra til bedring av depresjon med mild til moderat grad. Deltakerne i studien gikk i ordinær behandling, som vil si enten antidepressiva og/eller kognitiv terapi. Fysisk aktivitet sammen med dette, viste bedring av depresjonssymptomene i forhold til kun de som gikk i ordinær behandling. Så lenge mennesker med depresjon er motivert, føler at det gir helsegevinst, og får opplæring og støtte til de føler seg klare til å beherske fysisk aktivitet selv, er det gode muligheter for at fysisk aktivitet kan brukes som et supplement i behandling av depresjon. Det er viktig å vite at alle mennesker er forskjellige, tross alt om de har fått den samme diagnosen. Det trenger ikke å virke på alle. Det går ikke an å tvinge på noen noe de ikke liker, så det å se hvert enkelt og ta det etter deres tempo er viktig.

Det er også viktig å tenke over at man ikke skal stille så høye krav, da kan det gå utover motivasjon og mestringsfølelsen, og de kan føle seg mer mislykket enn hva de gjorde i utgangspunktet. Aktiviteten opprettholdes med god oppfølging og strukturert trening, til personene er klare til å utføre dette på egen hånd. Hvordan man skal opprettholde aktivitet er fortsatt et spørsmål som er verdt å forskes videre på. Men at et strukturert treningsprogram og oppfølging i startfasen kan være viktig for mange, er det kanskje ikke noe tvil om.

Forskere mener at det bør være mer forskning på motivasjon når det kommer til å få mennesker i fysisk aktivitet. Det er mye forskning som er gjort på området, og kanskje kan det tenkes at det etter hvert vil bli flere tilbud som setter dette i fokus slik at mennesker med depresjon kan bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen, eller det å kunne forebygge til en ny depresjon. I noen studier ble det nevnt at dette med motivasjon for deprimerte mennesker, burde forskes mer på. Når psykiske lidelser øker i befolkningen, og depresjon er den nye folkesykdommen har det vært interessant å se at fysisk aktivitet kan brukes for mange ved depresjon.

Litteraturliste

- Cheung, L.K & Lee, S. (2018). A randomized controlled trial on an aerobic exercise programme for depression outpatients. *Sport Sci Health*,14:173, 173–181.Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s11332-017-0423-0>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (22. desember 2010, sist revidert: 2013).
Helsinkideklarasjonen: Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker.
Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23(1): 56–62. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC495331/>
- Helsebiblioteket. (2016, 3 juni). Sjekklistene for kvalitative og RCT studier. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2015). ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer (Norsk utgave). F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser). Helsedirektoratet: Oslo. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/1/0/0/-1>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsenorge. (2018, 13.04). Depresjon hos voksne. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne>
- Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 8-36). Bergen: Fagbokforlaget.

- Joutsenniemi, K., Tuulio-Henriksson, A., Elovainio, M., Härkänen, T., Sainio, P., Koskinen, S., . . . Partonen, T. (2012). Depressive symptoms, major depressive episodes and cognitive test performance- What is the role of physical activity? *Nordic journal of psychiatry*, volum 67, 265-273. Hentet fra https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2012.736533?casa_token=3fQWk4BQ97YAAAAA:D40PD6dWiii7GfcL20eRIBoQY3SGd7GbykeIJZQf76zBflZ8FiP78L2pJ4vgcNArvKAXmivVs-YwNg
- Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet-psykisk helse-kognitiv terapi* (2 utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E.W. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet-psykisk helse-kognitiv terapi* (3 utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mota-Pereira, J., Silvero, J., Carvalho, S., Ribeiro, J.C., Fonte, D. & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *Journal of psychiatric reserch*, volume 45, 1005-1011. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395611000367>
- Oeland, A. M., Laessoe, U., Olesen, A.V. & Jørgensen, P.M. (2010). Impact of exercise on patients with depression and anxiety. *Nordic journal of Psychiatry*, Volume 64, 210-217. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039480903511373>
- Psychiatry & behavioral health learning network. (u.å). Hamilton rating depression scale (HAM-D). Hentet 05.05.19 fra <https://www.psychcongress.com/hamilton-depression-rating-scale-ham-d>
- Regjeringen. (2013, 25. oktober). Fysisk aktivitet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/>
- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011). Patients views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 61 (585): 149-156. Hentet fra <https://bjgp.org/content/61/585/e149>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

