

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Som vernepleier kan man i sitt arbeid møte personer med depresjon. Flere av de vi møter innen psykiatri eller rusomsorg kan være i en vanskelig periode i livet og dermed ofte også rammes av depresjon. For vernepleieren er det interessant å undersøke hvordan dette kan behandles. Fysisk aktivitet er en enkel behandlingsform da det ikke trenger å koste noe og har ingen bivirkninger.

**Mål:** Finne ut hvordan fysisk aktivitet kan brukes som en behandling for voksne personer med mild til moderat depresjon.

**Metode:** Litteraturstudie.

**Funn:** Denne studien har med hjelp av fem utvalgte forskningsartikler funnet ut at temaene fysisk aktivitet, årsak til sammenheng og motivasjon er viktig for at fysisk aktivitet skal kunne benyttes som behandlingsmetode mot depresjon.

## Summary

**Background:** As a social worker, you can meet people with depression. Several of those we encounter in psychiatry or when we work with substance abusers can be in a difficult period in life and thus often suffered from depression. It is interesting for the social educators to investigate how this can be treated. Physical activity is a simple treatment because it does not cost anything and has no side effects.

**Aim:** Find out how you can use physical activity as a treatment for adults with a mild to moderate depression.

**Method:** Literature study

**Result:** This study has with help from five selected articles, found out that the themes physical activity, cause of coherence and motivation is important for physical activity to be used as a treatment method for depression.

## **Innholdsfortegnelse**

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Definisjon av begreper	2
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2. Teori	4
2.1 Psykisk helse og depresjon	4
2.2 Fysisk aktivitet	5
2.3 Fysisk aktivitet og depresjon	5
3. Metode	7
3.1 Litteraturstudie som metode	7
3.2 Litteratursøk	7
3.3 Validitet og reliabilitet	7
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.5 Søkeprosessen	8
3.6 Analyse	10
3.7 Kildekritikk	10
4. Resultat	11
4.1 Fysisk aktivitet	11
4.2 Årsak til sammenheng	12
4.3 Motivasjon	13
5. Diskusjon	15
5.1 Fysisk aktivitet	15
5.2 Årsak til sammenheng	16
5.3 Motivasjon	18
6. Begrensninger	20
7. Oppsummering og konklusjon	21
8. Referanser	22
9. Vedlegg	27
9.1 Litteratormatrise	27

## 1. Innledning

I dette kapittelet beskrives bakgrunnen for oppgavens tema, problemstillingen, noen sentrale begreper og oppgavens oppbygging. Disse utdypes i 1.1) Bakgrunn for valg av tema, 1.2) Hensikt, 1.3) Problemstilling, 1.4) Definisjon av begreper, og 1.5) Oppgavens disposisjon.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Halvparten av verdens befolkning vil på et eller annet tidspunkt i løpet av livet oppleve å bli rammet av en psykisk lidelse (Martinsen, 2018). En mye utbredt psykisk lidelse er depresjon, og verdens helseorganisasjon skrev i 2014 at depresjon antakelig kommer til å bli den nest mest ledende årsaken til sykdom (WHO, 2014). Flere studier viser positive sammenhenger mellom fysisk aktivitet og mental helse (Mammen og Faulkner, 2013; Song, Lee, Baek, & Miller, 2012), og det har blitt et mer og mer populært behandlingsalternativ som benyttes for mild til moderat depresjon (Parker og Crawford, 2007). Det er enkelt for vernepleiere å tilrettelegge og motivere for dette på arbeidsplassen vi jobber, da det er lite kostbart, trengs ikke noe spesialutdannelse for å tilrettelegge for det og det er heller ingen bivirkninger som medisiner kan gi. I tillegg til at fysisk aktivitet både betraktes som effektiv og en lite kostbar behandlingsmetode, ble jeg som vernepleier nysgjerrig på hvordan dette kunne benyttes mot en av de mest vanlige psykiske lidelsene, som er depresjon (WHO, 2014).

### 1.2 Hensikt

Gjennom praksisperioder opplevde jeg at mange pasienter og brukere ved ulike boenheter og liknende, er deprimerte. Brukerne satt ofte innendørs i sine egne boliger å røyket, var stillesittende, og de hadde ofte et relativt dårlig kosthold. Dette stemmer ifølge en studie som rapporterer om at pasienter med depresjon er svært tiltaksløse og det kan være vanskelig å få de til å ønske og gjøre noe fysisk aktivt (Hummelvoll, 2004). I disse situasjonene blir vernepleieren nysgjerrig på hvordan man kan bidra til å endre disse vanene og motivere til en sunnere livsstil med mer fysisk aktivitet og bedre helse. Derfor er hensikten med oppgaven å finne ut hvordan fysisk aktivitet kan brukes for å redusere symptomene på depresjon.

### 1.3 Problemstilling

Hvordan fysisk aktivitet kan benyttes for å redusere symptomene på depresjon ble et for bredt spørsmål. For å få mer nøyaktige resultater valgte jeg å avgrense forskningen til voksne mennesker (18 år og eldre) med mild til moderat depresjon. Temaet for litteraturstudien fokuserer derfor på hvordan fysisk aktivitet kan benyttes som behandling mot mild til moderat depresjon for personer som er voksne. Problemstillingen jeg skal forsøke å besvare er:

*“Hvordan kan fysisk aktivitet benyttes som behandling for voksne med mild til moderat depresjon?”.*

### 1.4 Definisjon av begreper

De mest brukte og sentrale begrepene i oppgaven defineres videre for å gi dem ensbetydende tolkning gjennom hele oppgave.

**Depresjon** refererer til et bredt spekter av mentale helseproblemer som karakteriseres etter fravær av positive følelser (Cooney et al., 2013). Depresjon deles ofte inn i unipolare affektive lidelser (kun depresjonsepisoder) og bipolare affektive lidelser (depresjonsepisoder og maniske episoder) (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2009). I denne oppgaven fokuseres det kun på depresjon innen de unipolare affektive lidelsene. Depresjon klassifiseres også ofte ved å bruke fjerde utgave av “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)”. Den er spesielt mye brukt i Norge (WHO, 1992; Kjellmann et al., 2009), som er årsaken til at denne definisjonen blir benyttet videre i oppgaven. Dersom du har mild depresjon har du 5 eller flere milde symptomer, hvis du har moderat depresjon har du symptomer som ligger mellom mild og alvorlig. Dersom du har alvorlig depresjon er opplevet tilnærmet alle symptomer, enten med eller uten psykotiske symptomer (Cooney et al., 2013).

**Fysisk aktivitet** kan forveksles med flere andre ord, som blant annet mosjon, kroppsøving og trening. I denne oppgaven benyttes fysisk aktivitet for å inkludere alle former for fysisk aktivitet, og defineres som en persons bevegelser som fører til at den får høyere energiforbruk enn ved hvile (Henriksson & Sundberg, 2009). I oppgaven innbefatter altså begrepet all fysisk aktivitet, enten det er intensiv aerob aktivitet eller gåtur (Chalder, Wiles, Campbell, Hollinghurst & Searle, 2012).

**Voksne** er et ord som har varierende betydning og definisjon, fra blant annet person til person, og land til land. I denne oppgaven karakteriseres en voksen som en person som er 18 år eller eldre.

**Psykiske lidelser** er et samlebegrep som brukes om flere ulike diagnoser eller tilstander (First, 2017). De mest vanlige psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser (Folkehelseinstituttet, 2018).

**Atferdsaktiveringsbehandling** er en delkomponent av kognitiv atferdsterapi. Det er en strukturert, psykoterapeutisk tilnærming som skal øke engasjement i aktiviteter som er knyttet til opplevelsen av glede og mestring, det skal redusere engasjement i aktiviteter som opprettholder depresjon eller øker risikoen for depresjon (Soucy et al., 2017).

## 1.5 Oppgavens disposisjon

Bacheloroppgaven er delt inn i syv hovedkapitler. 1) Innledning, 2) Teori, 3) Metode, 4) Resultat, 5) Diskusjon, 6) Begrensninger og 7) Oppsummering og konklusjon. I innledningen beskrives bakgrunnen for oppgavens tema, problemstillingen, noen sentrale begreper og oppgavens oppbygging. Det andre kapittelet tar for seg teori med hovedfokus på fysisk aktivitet og depresjon. Videre gjøres det rede for søkeprosess og metodevalg i kapittel 3. I kapittel 4, resultat, presenteres 5 artikler som benyttes i studien og de viktigste funnene fra disse. Deretter knyttes teori og resultat sammen i kapittel 5, diskusjon, etterfulgt av oppgavens begrensninger i kapittel 6. Til slutt i kapittel 7 konkluderes oppgaven og problemstillingen besvares.

## 2. Teori

Dette kapitlet tar for seg teoridelen av oppgaven. Først beskrives 2.1) Psykisk helse og depresjon, deretter forklares 2.2) Fysisk aktivitet mer i dybden, etterfulgt av 2.3) Fysisk aktivitet og depresjon.

### 2.1 Psykisk helse og depresjon

En av de mest vanlige psykiske lidelsene blant voksne er depresjon (Folkehelseinstituttet, 2018). Mange med depresjon forklarer at de mangler energi, de rapporterer om konstant utmattelse, og sier det ofte oppleves som tap av interesse og fornøyelse i hverdagen (Cooney et al., 2013). I tillegg rapporteres det om at tankene fylles med negativitet rettet mot seg selv, som blant annet verdiløshet, håpløshet og skyldfølelse (Nolen-Hoeksema, 2008).

Depresjon identifiseres eller diagnostiseres ofte ved at man har minst 5 av symptomene listet nedenfor (American Psychiatric Association, 2013; Kjellmann et al., 2009):

- 1) Humøret er nedtrykt nesten hele dagen.
- 2) Manglende interesse og glede.
- 3) Vekttap eller vektøkning.
- 4) Sover mer eller mindre enn normalt.
- 5) Treg reaksjonsevne.
- 6) Mangel på energi.
- 7) Tanker om verdiløshet og/eller skyldfølelse.
- 8) Konsentrasjonsvansker og/eller ubesluttsomhet.
- 9) Følelser av håpløshet og selvmordstanker som er tilbakevendende.

Det kreves i tillegg ifølge klassifiseringssystemene at symptomene må påvirke hvordan personen fungerer i det daglige, og at symptomene ikke kommer som en respons på en eller flere negative hendelser (American Psychiatric Association, 2013). I Norge er det ICD-10 og DSM-IV som er de mest brukte klassifiseringssystemene (WHO, 1992; Kjellmann et al., 2009).

## 2.2 Fysisk aktivitet

Henriksson & Sundberg rapporterer om at alle bør være i fysisk aktivitet i minst 30 minutter per dag, da det har store helsemessige gevinster (Henriksson & Sundberg, 2009; Kjellmann et al., 2009). Dette kan være gevinster som er knyttet direkte mot den fysiske aktiviteten som gjennomføres som for eksempel koordinasjon, balanse og reaksjonsevne. I tillegg kan det føre til økt selvtillit, selvfølelse og økt velvære (Henriksson & Sundberg, 2009).

Fysisk aktivitet deles ofte inn i disse tre områdene (Nerhus, Anderssen, Lerkelund & Kalle, 2011):

1. *Intensitet* som igjen deles inn lav, moderat og høy, og betyr i hovedsak energiforbruk per tidsenhet eller andel av maksimal kapasitet.
2. *Frekvens* betyr hvor mange ganger en person trener i løpet av en gitt tidsperiode.
3. *Varighet* omhandler hvor mye tid man benytter på den fysiske aktiviteten.

## 2.3 Fysisk aktivitet og depresjon

Det har vist seg at fysisk aktivitet kan bidra til reduksjon av lettere psykiske lidelser, som blant annet depresjon (Helsedirektoratet, 2014; Henriksson & Sundberg, 2009). Videre rapporteres det om at det kan gi bedre søvnkvalitet (Martinsen, 2018; Helsedirektoratet, 2014), og gjør personer mer rustet til å takle stress og gir mer energi (Helsedirektoratet, 2014). Videre sies det at fysisk aktivitet fører til positive effekter ved depresjon, både for å hindre episoder av depresjon, men også for å behandle de permanent (Kjellmann et al., 2009).

Det rapporteres om at det er for få tjenesteapparater eller for få deler av dem som benytter fysisk aktivitet som en del av behandlingen mot psykiske lidelser, som blant annet depresjon (Helsedirektoratet, 2014), selv om det også rapporteres om at det har god effekt og bidrar til å forebygge lettere psykiske plager.

Det er en sammenheng mellom mye fysisk aktivitet som utføres både på jobb og i egen fritid og mindre depresjonssymptomer når man følger opp personer i 5 år, men denne

sammenhengen finner man ikke dersom de følges opp i 10 år eller mer (Wiles, Haase, Gallacher, Lawlor & Lewis, 2007). En annen studie gjort med 184 mennesker i alderen 65 til 85 år, der det ble brukt skritteller for å måle fysisk aktivitet, rapporterte forskerne at det var en stor sammenheng mellom fysisk aktivitet og økt depresjon (Yoshiuchi et al., 2006).

Kjellmann og hans medforfattere (2009) spør om det er den fysiske inaktiviteten som fører til depressivitet, eller er det depresjonen som fører til inaktivitet. De mener man i flere tilfeller bør ta utgangspunkt i friske personer og deretter finne ut hvem som blir syke, og se om det er sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og sykdom.

Andre studier påpeker at fysisk aktivitet bidrar til redusert depresjon som en indirekte konsekvens, og kalles ofte en form for atferdsterapi (Beck, 1995; Salmon, 2001). Det blir skrevet at fysisk aktivitet betyr endring av atferd. Dette kan føre til at personer som vanligvis er preget av passivitet og isolasjon og som velger å endre denne atferden, kan få følelser som er annerledes og kanskje mer positive. De kan dermed også oppleve bedre selvtillit (Beck, 1995).



## 3. Metode

I dette kapittelet beskrives metoden som er brukt i oppgaven. Metode blir betegnet som fremgangsmåten man bruker for å innhente og verifisere kunnskap. Hvilken metode som bør benyttes velges ut ifra problemstillingen for studien (Dalland, 2017). I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. I første delkapittel gjøres det rede for 3.1) litteraturstudie som metode, deretter beskrives 3.2) litteratursøk etterfulgt av 3.3) validitet og reliabilitet, 3.4) inklusjons- og eksklusjonskriterier, 3.5) søkeprosessen, 3.6) analyse og til slutt 3.7) kildekritikk.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie blir brukt for å samle informasjon på en systematisk måte. Når man gjennomfører en litteraturstudie skal man identifisere en problemstilling, som for denne oppgaven er *“Hvordan kan fysisk aktivitet benyttes som behandling for voksne med mild til moderat depresjon?”*. Deretter skal relevant litteratur søkes etter og analyseres på en systematisk måte for å kunne besvare problemstillingen (Aveyard, 2014).

### 3.2 Litteratursøk

Et litteratursøk gjøres ved å sette noen nøkkelbegreper og bruke ulike søkemotorer og databaser for å utføre søk etter relevant litteratur (Dalland, 2017). Databasene og søkemotorene benyttet i denne oppgaven er Oria og PubMed. Søkeprosessen og nøkkelbegrepene benyttet i oppgaven er beskrevet mer i detalj i 3.5) Søkeprosessen.

### 3.3 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet går ut på at oppgaven må være pålitelig og relevant (Dalland, 2017). En relevant oppgave betyr at dataene som er samlet inn og som benyttes er relevant for problemstillingen. Dette gjelder uavhengig av hvilken metode som benyttes, enten data samles inn gjennom et litteratursøk eller via intervjuer (Dalland, 2017). Det er skapt relevans ved å blant annet finne søkeord som er relevante for å besvare problemstillingen. En pålitelig oppgave bygger på relevansen. Selv om dataene i oppgaven er relevante må de ulike delene i

metoden være uten feil og unøyaktighet, slik at dataens innsamlingsmetode er pålitelig (Dalland, 2017). Påliteligheten i oppgaven er fokusert på ved å dokumentere søkeprosessen og metodevalg underveis.

### 3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er i denne oppgaven valgt ut for at det skal bli enklere å identifisere hvilke studier som kan bidra til å besvare problemstillingen på en god måte. Dalland (2017) rapporterer om viktigheten av å sette gode søkekriterier for å ikke drukne i de store mengdene informasjon og kunnskap som finnes. Kriteriene som er satt, med problemstillingen som grunnlag, settes med andre ord for å begrense søket. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene benyttet i oppgaven vises i tabell 1) inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artiklene må omhandle mild til moderat depresjon og fysisk aktivitet	Artikler som ikke omhandler mild til moderat depresjon og fysisk aktivitet
Artiklene må omhandle voksne	Artikler som omhandler personer som ikke er voksne
Artiklene må være publisert siste 10 år	Artikler som er eldre enn 10 år
Artiklene må være fagfelleverderte	Artikler som ikke er fagfelleverderte
Artiklene må være originale	Artikler som er review

### 3.5 Søkeprosessen

Jeg ønsket å finne ut om fysisk aktivitet hadde positiv effekt på depresjon. Etter å ha lest flere sammendrag og artikler fant jeg fort ut at mye forskning tydet på at det hadde en positiv effekt. Hvordan det kunne bli brukt som behandling mot depresjon visste jeg fortsatt lite om. Var det fysisk aktivitet alene som hadde positiv effekt på depresjon? Var det samholdet i aktiviteten som hadde innvirkning? Hvilken form for trening hadde effekt? Var det distraksjonen fra tankene som påvirket? Var det samtalene med den som tilrettela treningen som hadde effekt? Til slutt kom jeg fram til en problemstilling som er som følger: *“Hvordan kan fysisk aktivitet benyttes som behandling for voksne med mild til moderat depresjon?”*. Jeg

bestemte meg tidlig for å begrense problemstillingen til å inkludere personer med mild til moderat depresjon, da dette er mest vanlig (WHO, 2014), og til voksne mennesker. Jeg forsøkte også å tilse at studiene hadde en jevn fordeling av kjønn da dette kunne være med å påvirke resultatene.

For å innhente relevant litteratur er det blitt gjort systematiske litteratursøk i søkedatabasen Oria og i søkemotoren PubMed. Søkene startet bredt med å søke på noen av de store søkeordene depression AND physical activity. Jeg fikk da ekstremt mange treff og skimleste titlene for å se om noen kunne være aktuelle. Etter å bli mer sikker på min problemstilling og hva jeg ville undersøke bestemte jeg meg for å inkludere søkeordet behavioral AND treatment for jeg visste at dette var en kjent behandling mot depresjon og ønsket å sammenligne fysisk aktivitet opp mot det for å se hvilken effekt det hadde. Jeg fikk fortsatt ganske mange treff, så for å begrense det enda mer tok jeg med noen nye inklusjonskriterier og la til NOT review som eksklusjonskriteria. Etter å ha funnet tre kvantitative studier på dette området ble jeg mer nysgjerrig på årsaken til at det kunne brukes som behandling og bestemte meg for å søke etter kvalitative studier. Jeg fortsatte å bruke søkeordene depression AND physical activity, men la til qualitative. I søkematrisen (tabell 2) nedenfor vises en full oversikt over hvilke søkeord og ekskluderinger jeg gjorde for å velge hver enkelt artikkel.

Tabell 2. Søkematrise

Søkeord	Database	Antall	Inklusjonskriteria	Utvalgte artikler
Depression AND Physical Activity[title] AND Behavioral AND Activation AND Treatment NOT review	PubMed	10	-2009-2019 -Fra fagfelleverdert tidsskrift	(Soucy et al., 2017)
physical activity AND depression AND qualitative AND mild AND Moderate AND treatment AND adult NOT meta[Title] NOT review	PubMed	3	- 2009-2019 - Fra fagfelleverdert tidsskrift	(Searle et al., 2011)
Depression AND Physical Activity[title] AND Behavioral AND Treatment AND rct NOT review	Oria	30	-2009-2019 -Fra fagfelleverdert tidsskrift	(Nyström et al., 2017)

Depression AND Physical Activity[title] AND Behavioral AND Treatment NOT review AND rct	PubMed	22	-2009-2019 -Fra fagfelleverdert tidsskrift	(Hallgren et al., 2015)
Physical activity AND depression AND qualitative NOT review NOT meta	Oria	57	-2009-2019 -Fra fagfelleverdert tidsskrift	(Searle et al., 2014)

### 3.6 Analyse

I analyseprosessen ble temaene som var sammenfattende for hver av artiklene identifisert. Disse ble identifisert ved å lese hver av de fem artiklene svært nøye og flere ganger og ved å bruke markeringstusj med forskjellige farger. For hver gang en artikkel ble lest og et tema gjentok seg ble disse gruppert ved å markere de med en spesifikk farge. Etterhvert ble grupperingene tydeligere og tydeligere da artiklene i hovedsak var farget i blå (fysisk aktivitet), oransje (årsak til sammenheng) og gul (motivasjon). Den kritiske lesningen bidro i tillegg til at de identifiserte temaene i oppgaven har tydelig relevans og at de er tett knyttet mot problemstillingen.

### 3.7 Kildekritikk

De fem utvalgte artiklene er hentet fra ulike søkedatabaser og har ulike styrker og svakheter. Styrker og svakheter innen hver enkelt av de utvalgte artiklene kan ses oppsummert i 9.1) Litteratormatrise. En kritisk gjennomgang av de fem utvalgte artiklene er gjort ved å benytte sjekklister som hjelpemiddel. Det ble benyttet ulike sjekklister basert på hvilken metode studien var gjort på. På de randomiserte kontrollerte undersøkelsene (Soucy et al., 2017; Hallgren et al., 2015; Nyström et al., 2017) ble det benyttet en sjekklister for denne metoden (Critical Appraisal Skills Programme, 2018b) for å kritisk vurdere kilden. På de to kvalitative studiene (Searl et al., 2011; Searl et al., 2014) ble en sjekklister for kvalitative studier benyttet (Critical Appraisal Skills Programme, 2018a). I tillegg er det viktig at kildene som benyttes følger etiske retningslinjer og at de er godkjent av etiske komiteer (Polit & Beck, 2014). Alle de utvalgte artiklene er sjekket om de er etiske, om de er godkjent av en etisk komité, at deltakerne i de kvalitative intervjuene har gitt samtykke til det som er skrevet og at deltakerne i samtlige studier har gitt skriftlig samtykke (Hallgren et al., 2015; Searle et al., 2011; Searle et al., 2014; Nyström et al., 2017; Soucy et al., 2017).

## 4. Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene som utgår fra funnene i de fem utvalgte artiklene. En oppsummering av resultatene er lagt til som vedlegg i kapittel 9.1) Litteratormatrise.

Sammenfatningen av resultatene presenteres innen de tre ulike temaene 4.1) Fysisk aktivitet, 4.2) Årsak til sammenheng, og 4.3) Motivasjon for å forsøke å besvare problemstillingen; *“Hvordan kan fysisk aktivitet benyttes som behandling for voksne med mild til moderat depresjon?”*.

### 4.1 Fysisk aktivitet

Nyström og hans medarbeidere skriver at når alle gruppene som var med i undersøkelsen ble sammenlignet med kontrollgruppen, sank depresjonssymptomene hos alle bortsett fra gruppen som kun mottok fysisk aktivitet uten begrunnelse (Nyström et al., 2017).

Det blir rapportert om at fysisk aktivitet ble oppfattet av studiens deltakere som en akseptabel behandlingsmetode for depresjon (Searle et al., 2011). De fant flere faktorer ved fysisk aktivitet som forbedret deltakernes humør, som biokjemiske forklaringer, distraksjon fra negative tanker og det å bringe en form for hensikt inn i hverdagen. De deltakerne som mente at det var de biokjemiske faktorene som ga mest effekt, hadde mest tro på trening med høyere intensitet, mens de deltakerne som fikk mest effekt ut av å distrahere tankene, kunne like gjerne gå en spasertur eller liknende med lavere intensitet. Andre deltakere i studien forklarte derimot at fysisk aktivitet spilte en negativ rolle inn på deres velvære og humør. En deltaker forklarer *“...I have absolutely no upper body strength so it was - I didn't like it, it made me feel like I was inadequate”* (Searle et al., 2011, s. e153).

Det ble gjort en studie med 946 deltakere der en tredjedel av deltakerne ble plassert i en gruppe som skulle motta fysisk aktivitet som behandlingsform (Hallgren et al., 2015). Alle i gruppen fikk mulighet til å møte en personlig trener hver uke, dersom de ikke møtte opp ble de kontaktet via telefon. Resultatene viser at gruppen som drev fysisk aktivitet forbedret seg betraktelig på en skala som målte depresjon. Gruppen gikk fra å være på gjennomsnitt på moderat depresjon til å ligge på normal/ikke deprimert - mulig/mild depresjon etter 3 måneder (Hallgren et al., 2015).

Deltakerne i studien til Searle et al. følte seg mer vel når de trente regelmessig og når de ble fulgt opp av en personlig trener (Searle et al., 2014). En av deltakerne forklarer at kunnskap om fysisk aktivitet og dens sammenheng til depresjon også har bidratt til at han ønsker å være fysisk aktiv. Han forklarer *“I do understand now that there is a relationship between, like if I continue to do nothing for too long, then I will sink, you know, and it’s no good to do that”* (Searle et al., 2014, s. 1437).

Soucy og medforfatterne sammenlignet atferdsaktivering, fysisk aktivitet og kontroll over en periode med tre sjekkpunkter (før, midtveis og etter) (Soucy et al., 2017). De rapporterte om at depressive symptomer ble redusert etter hvert av sjekkpunktene, og over en periode på åtte uker. Deltakerne i studien rapporterte at de trente i gjennomsnitt 3,61 ganger i løpet av en uke med en gjennomsnittstid på 183,74 minutter per uke. Deretter sammenlignet de atferdsaktivering og fysisk aktivitet over en periode med fire sjekkpunkter (før, midtveis, etter og oppfølging). Her ble det også funnet at depresjonssymptomene minsket gjennom studien, men det ble ikke funnet noe reduksjon i depresjonssymptomer mellom sjekkpunktene “etter” og “oppfølging”. De foreslår at videre forskning bør inkludere en oppfølgingsperiode som varer over lengre tid enn to måneder (Soucy et al., 2017).

#### 4.2 Årsak til sammenheng

Nyström et al. rapporterer om stor forskjell på gruppen som hadde teori og forklaring rundt fysisk aktivitet og gruppen som kun hadde fysisk aktivitet som behandling. I denne forskningen kunne gruppen som ble tildelt fysisk aktivitet med teori vise til signifikant reduksjon i depresjonssymptomer i forhold til kontrollgruppen (Nyström et al., 2017).

En av deltakerne i Searle og medforfatternes forskning forklarer *“When you are doing activity, you are more pumped up, the adrenaline is going, the excitement is back, the pleasure is back. I’m a lot clearer [after physical activity] on what I want to do. I get more focused on things, mental tasks”* (Searle et al., 2011, s. e153). Noen av deltakerne uttrykte frykt mot medisiner, og benyttet fysisk aktivitet som alternativ til dette. En av deltakerne forklarer *“...I know a few people with depression and who are actually on antidepressants, and they’ve got it for quite a few years and it’s hard to get off”* (Searle et al., 2011, s. e154).

En annen deltaker forklarer at man på samme måte kan bli avhengig av fysisk aktivitet og at dette kan påvirke negativt da det blir for ekstremt. Deltakeren sier “...*like a lunatic, just trying to achieve that high all the time*” (Searle et al., 2011, s. e154).

Hallgren og forfatterne skriver at deltakerne i studien må kunne rapportere om noe arbeidskapasitet da en persons vilje og evne til å jobbe er viktige faktorer med tanke på resultatene i studien. I denne studien fikk deltakerne mulighet til å vurdere sin egen arbeidskapasitet før studien startet og etterpå. Alle rapporterte selv om at deres arbeidskapasitet hadde blitt bedre i takt med studiens varighet (Hallgren et al., 2015).

Searle og medforfatterne rapporterer om at deltakerne, gjennom interaksjon med sin fasilitator for fysisk aktivitet, forstod viktigheten av forholdet og sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjon (Searle et al., 2014). En deltaker forklarer “...*when I was, you know, younger and fitter and so on, I can do them proportionately in the future. So yeah, I feel a lot more positive*” (Searle et al., 2014, s.1437).

Soucy et al forklarer i sin studie at forskjellige former for aktivering i en persons daglige rutiner er med på å redusere depresjonssymptomer (Soucy et al., 2017).

### 4.3 Motivasjon

I studiet til Nyström et al ble det som nevnt rapportert om nedgang i depresjon ved fysisk aktivitet. I denne studien fikk deltakerne uavhengig av hvilken gruppe de tilhørte kun 15 minutter ukentlig med terapeuten sin. Hver gruppe skulle gjennom ulikt antall moduler hvor de mottok ulik behandlingstype (Nyström et al., 2017).

I Searle et al rapporteres det om at enkelte deltakere mener medisiner er en mye mer pålitelig og stabil behandling enn fysisk aktivitet. Det er mye enklere å ta en tablett sammenlignet med det å motivere seg til å gjøre noe fysisk aktivt (Searle et al., 2011). En av deltakerne forklarer “*There’s no excuse for you not to being able to take them [tablets], whereas for exercise you have to be a bit more sporadic sometimes, there are other things that will consume your time*” (Searle et al., 2011, s. e154). Mange deltakere i dette studiet rapporterte om lav motivasjon og lav selvtillit som barrierer for å utføre fysisk aktivitet (Searle et al., 2011).

Hallgren og medforfatterne skriver i sin undersøkelse at deltakerne hadde ukentlig kontakt med personlig trener ansikt til ansikt og personer som ikke møtte ble kontaktet på telefon av treneren og forsøkt motivert med videre. Gruppen hvor flest måtte avslutte undersøkelsen var i gruppen med vanlig behandling hos allmennlegen som ikke hadde noen til å følge opp og motivere. 80 av 312 personer i denne gruppen måtte avslutte prosessen (Hallgren et al., 2015).

Searle og medforfatterne rapporterer om ulik grad og bruk av en fasilitator for deltakernes fysiske aktivitet. Denne fasilitatoren hadde som hovedmål å støtte deltakeren. De studerte relasjon med en slik fasilitator og arenaen for hvordan slik fasilitering ble gjort (f.eks. ansikt-til-ansikt eller via telefon) (Searle et al., 2014).. En deltaker fortalte “...*being motivated to do something about it has sort of helped quite a lot. Because you're not quite so alone...*” (Searle et al., 2014, s.1435). Det å møte en person ansikt-til-ansikt minst én gang var viktig for å skape tillit og få et fjes på fasilitatoren (Searle et al., 2014).

Soucy et al rapporterer om at gruppen i undersøkelsen som har fått veiledet selvhjelp innen atferdsaktivering og fysisk aktivitet hadde en signifikant større reduksjon i depresjon enn hva kontrollgruppen som var på venteliste hadde. De skriver videre at fysisk aktivitet som for eksempel å gå på tur med hunder, eller å sykle til jobb krever mindre motivasjon enn for eksempel deltakelse på et treningssenter som koster penger. Studiens forskere rapporterer om at kontrollgruppen ble bedt om å ikke endre på deres livsstil, det vil si at de ikke kunne være mer eller mindre fysisk aktive i undersøkelsesperioden enn tidligere, og at gruppen likevel reduserte symptomene på depresjon (Soucy et al., 2017).



## 5. Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres resultatene fra de fem utvalgte artiklene. Diskusjonen baserer seg på kapittel 4) Resultat, og benytter deler av kapittel 2) Teori for å underbygge diskusjonen. Videre i dette kapittelet diskuteres og drøftes temaene 5.1) Fysisk aktivitet, 5.2) Årsak til sammenheng, og 5.3) Motivasjon.

### 5.1 Fysisk aktivitet

I flere av forskningsartiklene viser det seg at fysisk aktivitet har en positiv virkning på depresjon sammenlignet med kontrollgruppene (Nyström et al., 2017; Hallgren et al., 2015; Soucy et al., 2017). I Searle et al og Soucy et al rapporteres det om at fysisk aktivitet har en positiv virkning på behandling av depresjon, at deltakerne aksepterer det som behandlingsmetode og det kan måle seg og være like effektivt som annen behandling (Searl et al., 2011; Soucy et al., 2017). I tillegg rapporterer Helsedirektoratet om at det er for få tjenesteapparater som benytter fysisk aktivitet som behandlingsmetode (Helsedirektoratet, 2014). Det er en svært travel jobb å jobbe med psykisk helse i 2019, og det antas at dette bare kommer til å øke i årene framover (Martinsen, 2018; WHO, 2014). Er det tidsmangel som gjør at fysisk aktivitet er et vanskelig behandlingsalternativ å implementere? Henriksson & Sundberg rapporterer om at man behøver 30 minutter per dag for å oppnå helsegevinster (Henriksson & Sundberg, 2009), og Hallgren et al rapporterer om at studiens deltakere som trente 180 minutter i uken (Hallgren et al., 2015), og deltakerne i studien til Soucy et al som trente i gjennomsnitt 183,74 minutter per uke (Soucy et al., 2017), opplevde reduksjon i depresjon (Henriksson & Sundberg, 2009; Hallgren et al., 2015; Soucy et al., 2017). Helsesektoren i Norge bør ta dette på alvor, spesielt da brukerne selv rapporterer om at det er en god behandlingsmetode (Searle et al., 2011; Soucy et al., 2017).

I det kvalitative studiet til Searle og medforfatterne viste resultatene at en deltaker syntes fysisk aktivitet påvirket henne negativt. Hun opplevde at hun ikke hadde styrke i overkroppen og forklarte at klatreøvelsen hun ble satt til å gjøre fikk henne til å føle seg ubrukkelig. Det kan virke som at den fysiske aktiviteten ikke var rett for denne deltakeren, og at hun ikke opplevde noen form for mestring (Searl et al., 2011). Det er ikke overraskende at dette gir negativt utslag når forventningen om mestring er sentralt i sosial kognitiv teori. Mennesker vil

gjærne velge oppgaver og aktiviteter som man tror man klarer, og man forsøker å unngå å velge de oppgavene vi er usikre på om vi mestrer (Bandura, 1997; Skaalvik & Skaalvik, 2012). Dette er viktig kunnskap å ta med seg videre dersom man skal veilede innen fysisk aktivitet og psykisk helse. Kan det være lurt å påvirke brukerne til å velge en fysisk aktivitet man vet de mestrer de første gangene? Hvor stor konsekvens hadde det for denne deltakeren at en av de første opplevelsene var så negativ? Deltakere som går inn i en ny form for aktivitet bygger opp en del forventninger til seg selv og andre, og forventningen om mestring har svært stor betydning for følelser som sikkerhet, trygghet og trivsel (Bandura, 1997; Skaalvik & Skaalvik, 2012). Disse følelsene bør man forsøke å ivareta for personer med depresjon, da de veldig ofte har motsatte følelser som tap av interesse og fornøyelse (Cooney et al., 2013), og andre negative tanker som verdiløshet, håpløshet og skyldfølelse (Nolen-Hoeksema, 2008). Det er også bevist at type aktivitet spiller stor rolle på om utslaget er positivt eller negativt, og det varierer fra person til person hvilken type man foretrekker. I Searle et al splittes mange av deltakerne på om de liker tung fysisk aktivitet eller om de liker en roligere aktivitet som å for eksempel gå en tur (Searle et al., 2011).

I samtlige av de utvalgte artiklene rapporteres det om reduksjon av depresjonssymptomer ved fysisk aktivitet under undersøkelsesperioden (Nyström et al., 2017; Hallgren et al., 2015; Soucy et al., 2017; Searle et al., 2011; Searle et al., 2014). Kan fysisk aktivitet være en løsning som fungerer akkurat der og da? Ønsker deltakerne å motivere seg kun for undersøkelsen og forskerne sin skyld? Har de en indre giv som gjør at de kommer til å fortsette den gode retningen de er i etter studiens slutt? Eller går de tilbake til gamle vaner? I følge Soucy et al der de sammenlignet depresjonssymptomer gjennom fire sjekkpunkter, fant de ingen reduksjon i depresjon mellom "etter" og "oppfølging" (Soucy et al., 2017). Annen teori påpeker at det er sammenheng mellom fysisk aktivitet og mindre depresjonssymptomer når personer følges opp etter en periode på 5 år, men at dette ikke lenger er gjeldende etter 10 år (Wiles, Haase, Gallacher, Lawlor & Lewis, 2007). Det blir også nevnt at dette området har behov for mer forskning, spesielt på oppfølgingsperioder over lengre tid (Soucy et al., 2017).

## 5.2 Årsak til sammenheng

At fysisk aktivitet er positivt for depresjon er nevnt flere ganger tidligere, men aspekter som årsakssammenheng og egen påvirkning, virker også å være svært sentralt på om fysisk aktivitet skal fungere som behandling mot depresjon (Lindström & Eriksson, 2015). I

Hallgren et al sin studie vurderte deltakerne selv egen vilje, evne og arbeidskapasitet fra studiens start til slutt. Disse tallene økte i takt med studiens varighet (Hallgren et al, 2015). Dette er svært viktig ved en salutogen tilnærming, som fokuserer på menneskets aktive evne til egen tilpasning, egenkraft og egen aktivitet for å oppnå god psykisk og fysisk velvære (Lindström & Eriksson, 2015).

Nyström et al og Searle et al rapporterer om at årsakssammenheng har påvirket deres resultat på at fysisk aktivitet reduserer depresjonssymptomer (Nyström et al., 2017; Searle et al., 2014). Depresjonssymptomene sank når deltakerne fikk teori og begrunnelse med fysisk aktivitet (Nyström et al., 2017), og gjennom samtaler med fasilitator og kunnskapsbygging kunne deltakerne forstå sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjon (Searle et al., 2014). Dette påpekes også som svært viktig i teorien om salutogenese da det å få en opplevelse av sammenheng er meningsfullt (Lindström & Eriksson, 2015). Har alle like gode forutsetninger for å forstå disse sammenhengene? Hvordan kan man få en deprimert person som ofte er tiltaksløs (Hummelvoll, 2004), isolerer seg, er passiv (Beck, 1995), og som sjeldent ønsker å gjøre noe fysisk aktivt (Hummelvoll, 2004), til å forstå at for å kunne få det bedre og oppleve mer positivitet, så kan det være lønnsomt å drive fysisk aktivitet. Eller på en annen måte, som en deltaker i Searle et al nevnte, var at hun nå visste at hvis hun droppet fysisk aktivitet kom hun til å føle seg mye dårligere etterpå (Searle et al., 2014). I studien til Searle et al (2011) rapporterte mange om flere positive årsakssammenhenger, blant annet det at fysisk aktivitet bidrar til bedre søvnmønster, at det bidrar til å bli mer sosialt aktiv og at det er lettere å kontrollere vekten (Searle et al., 2011).

I alle studiene har forskerne tatt utgangspunkt i personer med depresjon. Er dette riktig? Bør man i flere tilfeller ta utgangspunkt i friske mennesker også? I teorien stilles det spørsmål om det er den fysiske inaktiviteten som fører til depresjon, eller om depresjon fører til inaktivitet (Kjellmann et al., 2009). Kan fysisk aktivitet også ha sammenheng med negative følelser og økt depresjon? Dette temaet tas også opp i Searle et al sin studie. En deltaker fortalte i studien om en frykt for å bli avhengig av fysisk aktivitet. Han mente det førte til negative følelser da han hele tiden jaget et "dopaminrush". For denne deltakeren ble den fysiske aktiviteten for ekstrem, og det førte med seg negative følelser (Searle et al., 2011). Hvordan skal man håndtere denne type følelser som vernepleier? Bør man be en deltaker slutte å drive fysisk aktivitet? Skal man tviholde på all teori og forskning som beskriver at fysisk aktivitet fører til

nedgang i negative følelser og depresjon? Det viktigste vi som vernepleiere kan gjøre er å sette brukeren i sentrum og forstå at alle mennesker er forskjellige og har ulike behov.

### 5.3 Motivasjon

Mange deltakere i det kvalitative studiet (Searle et al., 2011) rapporterte om lav motivasjon og lav selvtillit som barrierer for å utføre fysisk aktivitet. I tillegg blir dette med motivasjon nevnt i flere av artiklene (Nyström et al., 2017; Hallgren et al., 2015; Soucy et al., 2017; Searl et al., 2011; Searl et al., 2014), enten fra deltakerne selv eller som en del av studien i form av en fasilitator, personlig trener eller en terapeut. Om man skal kunne svare på forskningsspørsmålet om hvordan fysisk aktivitet kan fungere som behandling mot depresjon må vi derfor trekke inn motivasjon som faktor. I Hallgren et al sin studie har deltakerne ukentlig kontakt (ansikt-til-ansikt) med en personlig trener. De som ikke møtte opp til disse møtene ble kontaktet via telefon og forsøkt motivert med videre. I samme studie hadde en av gruppene kun møter med psykolog, og de hadde ingen som fulgte dem opp på den fysiske aktiviteten. I denne gruppen var det svært mange, hele 80 av 312 personer, som hoppet ut av studien. De som ikke hoppet av opplevde som nevnt tidligere nedgang i depresjonssymptomer (Hallgren et al., 2015). Dette forteller noe om hvor viktig det er for mennesker å ha en fasilitator eller en personlig trener som kan veilede og motivere til økt fysisk aktivitet. Som vernepleier kan dette utføres ved å oppfordre bruker til å ta positive valg.

I en annen studie (Searle et al., 2014) blir det påpekt viktigheten av å ha en god relasjon til den personen som skal motiveres. Som vernepleier kunne dette blitt løst ved å sette seg ned sammen med bruker og i fellesskap utarbeide mål og planer for brukeren. Hva ønsker brukeren å oppnå med fysisk aktivitet? Hvordan ønsker brukeren å oppnå målene sine? Hva forventer brukeren av vernepleieren? Hva forventer vernepleier av bruker? Ved å danne konkrete mål, forventninger og planer i fellesskap har man skapt en felles forståelse for hva brukeren ønsker. I tillegg har man noe konkret å følge opp og måle progresjon på. Det er viktig at vernepleieren tilpasser seg etter brukerens behov, lytter til brukernes ønsker og motiverer og veileder i forhold til dette. Motivasjonen for aktivitetene vil være mye høyere når det er aktiviteter brukeren selv er med å velge ut (Kaufmann & Kaufmann, 2015).

Som vernepleier kan det å trekke fokuset vekk fra den fysiske aktiviteten, dersom dette er noe brukeren synes er tøft og vanskelig å komme i gang med, være nødvendig. Det kan da være nyttig å fokusere på brukerens indre og ytre motivasjonsfaktorer. Den indre motivasjonen omhandler brukerens følelsesmessige gevinst, interesse og engasjement med tanke på oppgaven som skal utføres (Kuvaas & Dysvik, 2012). Man bør som vernepleier forsøke å finne ut hva den indre drivkraften til brukeren er. Hva er det som gjør at brukeren ønsker å komme i gang med fysisk aktivitet? Kanskje det er andre motivasjoner enn nedgang i depresjon? Her må man lytte til brukeren og benytte det brukeren forteller om motivasjon. De ytre motivasjonsfaktorene beskriver situasjoner der kilden til motivasjon og driften til å handle, ligger utenfor det å utføre aktiviteten (Kuvaas & Dysvik, 2012).

## 6. Begrensninger

I dette kapitlet drøftes oppgavens begrensninger. Dette er begrensninger som blant annet språk, hvordan de 5 utvalgte artiklene har påvirket resultatet for denne oppgaven og muligheter for videre forskning.

En begrensning for studien er at alle de fem utvalgte artiklene er skrevet på engelsk. Dette er en begrensning ettersom informasjonen må oversettes før den brukes. I denne prosessen kan man eventuelt miste noe informasjon og man kan legge til uriktig informasjon dersom teksten tolkes eller oversettes feil. For å sikre kvalitet i forhold til denne begrensningen er Google translate blitt benyttet ved usikkerhet og fagterminologi er søkt opp på internett for å være sikker på at det er riktig oversatt.

En annen begrensning er lengden på de 5 utvalgte artiklene sine studier. Dette er en begrensning det er skrevet om i de utvalgte artiklene, så denne studien er utformet med dette i bakhodet. Det hadde likevel vært svært interessant å følge opp deltakerne i lengre perioder for å se hvordan depresjonssymptomene utviklet seg underveis. Dette foreslås som videre forskning for forsknings kollegaer som er interesserte i samme tema.

For å avgrense omfanget og for å få tydelige resultater fokuserer studien på voksne mennesker med mild til moderat depresjon. En begrensning for studien kan være at to av artiklene (Searl et al., 2011, Searl et al., 2014), inkluderte både mild til moderat og alvorlig depresjon. Selv om det var tydelige skiller mellom deltakerne og hvilket depresjonsnivå de hadde, og at det var få deltakere med alvorlig depresjon, kan dette ha påvirket resultatet. En annen begrensning er vekting av kjønn i den ene artikkelen (Soucy et al., 2017). I denne artikkelen var det 73% kvinner. For helt nøyaktige resultater hadde det mest optimale vært en tilnærmet 50% fordeling i alle de 5 artiklene.

## 7. Oppsummering og konklusjon

I dette kapittelet konkluderes oppgaven, og forskningsspørsmålet; “*Hvordan kan fysisk aktivitet benyttes som behandling for voksne med mild til moderat depresjon?*” blir besvart. Konklusjonen baseres på funn fra de kvantitative studiene, som tar for seg hvordan fysisk aktivitet kan benyttes som behandling mot depresjon og hvordan det fungerer i forhold til andre behandlingsmetoder. I tillegg baserer det seg på funn fra kvalitative studier der personer ble intervjuet og spurt om deres egne tanker angående fysisk aktivitet og depresjon. I oppgaven er tre temaer belyst for hvordan fysisk aktivitet kan benyttes som behandlingsmetode. Disse tre temaene er 1) fysisk aktivitet, 2) årsak til sammenheng, og 3) motivasjon.

I denne studien kommer det tydelig frem at fysisk aktivitet kan benyttes som behandlingsmetode mot depresjon. I samtlige studier rapporteres det om at fysisk aktivitet gir god effekt og reduserer depresjonssymptomer betraktelig. Et annet viktig funn var at helsevesenet ikke i stor nok grad aksepterer fysisk behandling som et reelt behandlingsalternativ, og dette bør i første omgang implementeres og begynnes med i flere tjenestetilbud.

Det viser seg derimot at fysisk aktivitet alene ikke gir store utslag på reduksjon av depresjonssymptomer. Det ble derfor viktig å nevne årsak til sammenheng som tema. Dette kom tydelig frem i alle de fem utvalgte artiklene som viktig i forhold til fysisk aktivitet som behandling. Det viste seg at de som forstod sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjonssymptomer hadde stor nedgang i depresjon. I tillegg ble det påvist at selvbestemmelse, egen drivkraft og egenvilje gjennom studien også økte i takt med fysisk aktivitet, og var viktig med tanke på behandlingen.

Det å tilrettelegge for mestring for hver enkelt bruker uansett hvilke psykiske eller fysiske utfordringer de har, kan en vernepleier bidra med, og det som gjentok seg opptil flere ganger i alle de 5 utvalgte artiklene er hvor mye oppfølging deltakerne fikk. Det å få moralsk støtte og motivasjon hadde tydelig påvirkning på resultatet i alle artiklene. Det å føle at den fysiske aktiviteten gir mening, finne indre og ytre motivasjonsfaktorer og det å ha en fasilitator eller en veileder viste seg å ha stor betydning for effekten av den fysiske aktiviteten på depresjon.

## 8. Referanser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.Utg.). Washington, DC.

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3.utg.). England: Open University Press.

Beck J. S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers.

Chalder M., Wiles N., Campbell J, Hollinghurst S. & Searle A. (2012). A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *National institute for health research*, 45(5).

<https://doi.org/10.3310/hta16100>

Cooney, G. M., Dwan K., Greig C. A., Lawlor D. A., Rimer J., Waugh F. R., ...Mead G.E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>

Critical Appraisal Skills Programme. (2018a). *CASP Qualitative Checklist*. Hentet fra <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>

Critical Appraisal Skills Programme. (2018b). *CASP Randomised Controlled Trial Checklist*. Hentet fra [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Randomised-Controlled-Trial-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Randomised-Controlled-Trial-Checklist-2018_fillable_form.pdf)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.



First, M. B., Kendler, K. S., & Leibenluft, E. (2017). The Future of the DSM: Implementing a Continuous Improvement Model. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 115-116.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3004>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet 09.05.2018 fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Hallgren, M-, Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindefors, N., Zeebari, Z., Kaldo, V. & Forsell, Y. (2015). Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*. 207(3), 227-34.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160101>

Helsedirektoratet. (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*.

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/\\_/attachment/download/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-](https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/_/attachment/download/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf)

[6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/_/attachment/download/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf)

Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2009). *Generelle effekter av fysisk aktivitet*. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 8 - 36). Oslo: Helsedirektoratet

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7.Utg.). Gyldendal: Norsk Forlag AS.

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5.Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2012). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser: evidensbasert HRM* (2.Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kjellmann, B., Martinsen, W. M., Taube, J. & Andersson, E. (2009). *Depresjon*. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 275 - 282). Oslo: Helsedirektoratet.

Lindström, B & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mammen, G. & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649-657.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>

Martinsen, E.W. (2018). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Nerhus, K. A, Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E. & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi*, 20(2), 149-152.

<https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1335>

Nolen – Hoeksema, S. (2008). It is not what you have; it is what you do with it: Support for Addi's gendered responding framework. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 178-181.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00128.x>

Nyström, M. B. T., Stenling, A., Sjöström, E., Neely, G., Lindner, P., Hassmén, P., ... Carlbring, P. (2017). Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 215(1), 85-93.

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

Parker, G. & Crawford, J. (2007). Judged Effectiveness of differing antidepressant strategies by those with clinical depression. *SAGE journals*, 41(1), 32-37.

<https://doi.org/10.1080/00048670601057726>

Polit & Beck. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence of Nursing Practice* (8. Utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity of stress. A unifying theory. *Clin Psychol Rev.* 21(1). 33-61.

[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00032-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00032-X)

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. *The British Journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(585), 149-56.

<https://doi.org/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), 1430-42.

<https://doi.org/10.1177/1359105313493648>

Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2012). *Skolen som arbeidsplass. Trivsel, mestring og utfordringer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Song, M. R., Lee, Y. S., Baek, J. D., & Miller, M. (2012). Physical activity status in adults with depression in the national health and nutrition examination survey, 2005–2006 *Public Health Nurs*, 29(3), 208-217.

<https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.00986.x>

Soucy, I., Provencher, M. Fortier, M., & McFadden, T. (2017). Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 493-506.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1337806>

Wiles J. N, Haase M. A, Gallacher J, Lawlor D. A & Lewis G. (2007). Physical activity and common mental disorders. Results from the Caerphilly study. *Am J Epidemiol.* 165(8). 946-54.

<https://doi.org/10.1093/aje/kwk070>

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hentet 27.04.16 fra [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

Yoshiuchi, K, Nakahara R, Kumano H, Kuboki T, Togo F, Watanabe E, ...Aoyagi, Y. (2006). Yearlong physical activity and depressive symptoms in older Japanese adults. Cross-sectional data from the Nakojana study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 14(7). 621-4.

<https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000200602.70504.9c>

## 9. Vedlegg

### 9.1 Litteratormatrise

Nr. 1: Referanse	Nyström et al., 2017
Hensikt/ Problemstilling	<p>Studiens mål var å sammenligne 4 grupper og en kontrollgruppe for å se hvilke grupper som hadde best effekt i å redusere symptomer på depresjon.</p> <p>Gruppe 1: Fysisk aktivitet uten behandlingsbegrunnelse.          Gruppe 2: Fysisk aktivitet med behandlingsbegrunnelse.          Gruppe 3: Atferdsaktiveringsbehandling uten begrunnelse.          Gruppe 4: Atferdsaktiveringsbehandling med begrunnelse.          Kontrollgruppe: Denne gruppen ble satt på venteliste i 12 uker før behandling.</p>
Intervensjonstid	12 uker
Metode	Kvantitativ forskningsmetode. Randomisert kontrollert studie.
Utvalg/populasjon	<p>n = 286</p> <p>Rekrutteringsplattform: aviser, sosiale medier, Facebook</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Alder: 18 +</p> <p>Diagnose: Mild - moderat depresjon</p>
Resultater	Gruppene som fikk atferdsaktiveringsbehandling og trening med begrunnelse hadde signifikant større reduksjon i depresjon enn kontrollgruppen. Mens treningsgruppen som ikke fikk behandlings begrunnelse, var ikke signifikant forskjellig fra kontrollgruppen.
Styrker/Svakheter	<p><b>Styrker:</b> Mange deltagere med. Ingen differanse på hvor mye tid man hadde sammen med terapeut da behandlingen foregikk over nett. Dette er en faktor som har påvirket resultatet i mange andre av studiene på feltet.</p> <p><b>Svakheter:</b> Behandlingen var over internett hvor hver deltaker fikk moduler å jobbe med. Forskjellen på hvor mange moduler deltakerne fikk å jobbe med basert på hvilken gruppe de var på kan ha påvirket resultatene, da de som fikk mer materiale kan ha følt en større støtte enn de andre.</p>

Nr. 2: Referanse	Hallgren et al., 2015
Hensikt/ Problemstilling	Målet med studien var å sammenligne effekten av 3 behandlingstyper og se hvor effektive de var på redusere symptomer på depresjon:  Gruppe 1: Fysisk aktivitet. Gruppe 2: Internettbasert kognitiv terapi. Gruppe 3: Vanlig behandling hos allmennlegen.
Intervensjonstid	12 Uker.
Metode	Kvantitativ forskningsmetode. Randomisert kontrollert studie
Utvalg/populasjon	n = 946 Rekrutteringsplattform: Helsetjenester Land: Sverige Alder: 18 + Diagnose: Mild - moderat depresjon
Resultater	<b>Gruppe 1: Fysisk aktivitet:</b> Betydelig reduksjon i symptomer på depresjon. <b>Gruppe 2: Internettbasert kognitiv terapi:</b> Betydelig reduksjon i symptomer på depresjon. <b>Gruppe 3: Vanlig behandling hos allmennlegen.</b> Lite reduksjon i symptomer på depresjon sammenlignet med de to andre gruppene.
Styrker/Svakheter	<b>Styrker:</b> En av forskningene med flest deltagere som er gjort på dette temaet. <b>Svakheter:</b> Noen av deltakerne gikk på medisiner når studien ble gjennomført. Noen av deltakerne fikk oppfølging/motivasjon fra helsepersonell. Studien hadde ikke med noen kontrollgruppe.

Nr. 3: Referanse	Soucy, Provencher, Fortier & McFadden, 2017
Hensikt/ Problemstilling	Målet med studien var å sammenligne to selvhjelpsgrupper som fikk veiledning og en kontrollgruppe. Gruppene ble målt opp mot hverandre for å se hva som var effektivt på å redusere symptomer på depresjon.  Gruppe 1: Fysisk aktivitet Gruppe 2: Atferdsaktiveringsbehandling

	Kontrollgruppe: Venteliste
Intervensjonstid	8 uker
Metode	Kvantitativ forskningsmetode. Randomisert kontrollert studie
Utvalg/populasjon	n = 59 Rekrutteringsplattform: Plakater på universitet og sykehus, avisannonser og radiomeldinger. Land: Sverige Alder: 18 + Diagnose: Mild - moderat depresjon
Resultater	Begge gruppene, gruppe 1 og gruppe 2, fikk redusert mer symptomer på depresjon enn kontrollgruppen.
Relevans/ kildekritikk	<b>Svakheter:</b> Få deltakere. Kjønnfordeling ikke jevn - det var 73% kvinner i studien.

Nr. 4: Referanse	Searle et al., 2011
Hensikt/ Problemstilling	Utforske pasientens syn på fysisk aktivitet som behandling av depresjon.
Metode	Kvalitativ forskningsmetode. Intervju.
Populasjon/utvalg	n = 33 Rekrutteringsplattform: Primærhelsetjenesten Land: England Alder: 18 + Diagnose: Mild (n=7) moderat depresjon (n=21) Alvorlig (n=5)
Resultater	De fleste deltakerne mente at fysisk aktivitet var en akseptabel behandling på depresjon.  1: De som mente at depresjonen deres kom fra biokjemiske forklaringer i hjernen rapporterte at aktiviteter som fikk hjertet deres til å pumpe fort hadde størst effekt. De mente at dette var god distraksjon fra negative tanker. 2: Deltakere som mente at depresjon var situasjonsbasert rapporterte at de så mest

	fordeler med roligere aktiviteter som f.eks. det å gå tur. 3: Mange deltakere rapporterte lav motivasjon og lav selvtillit som barrierer for å utføre fysisk aktivitet.
Styrker/Svakheter	<b>Svakheter:</b> 5 av deltagerne (15%) i studien hadde alvorlig depresjon. Dette anses ikke som en stor svakhet da hver deltaker var tydelig markert med diagnose. Intervjuene til deltakerne med alvorlige depresjon ble ikke tatt med i egen forskning.

Nr. 5: Referanse:	Searle et al., 2014
Hensikt/ Problemstilling	Intervjuer for å finne ut hvilken effekt tilrettelagt fysisk aktivitet har på depresjon.
Metode	Kvalitativ forskningsmetode Intervju: Etter 4 måneder og etter 12 måneder.
Populasjon/utvalg	n = 19 Rekrutteringsplattform: Primærhelsetjenesten Land: England Alder: 18 + Diagnose: Mild (n=5) Moderat depresjon (n=12) Alvorlig (n=2)
Resultater	Deltakerne uttalte at psykologiske faktorer man er avhengig av for å ha det bra ble bedre etter deltakelsen i studiet. Det var også utslag på at tilretteleggeren hadde klart å støtte pasientene til å få mer autonomi og selvbestemmelse enn før.
Styrker/Svakheter	<b>Styrker:</b> Hadde et oppfølgingsintervju etter 12 uker.  <b>Svakheter:</b> 2 av deltakerne i studien hadde alvorlig depresjon. Dette anses ikke som en stor svakhet da hver deltaker var tydelig markert med diagnose. Intervjuene til deltakerne med alvorlige depresjon ble ikke tatt med i egen forskning.