

Anonym

# Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til god effekt av fysisk aktivitet i behandling av ungdom med depresjon innlagt på institusjon?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7616

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021



Anonym

# **Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til god effekt av fysisk aktivitet i behandling av ungdom med depresjon innlagt på institusjon?**

Litteraturbachelor

Antall ord: 7616

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag:

**Bakgrunn:** Det siste tiåret har psykiske plager blant ungdom steget, og temaet har fått økt fokus i samfunnsdebatten. Depresjon peker seg ut som den lidelsen med mest markant økning. Forskning viser at fysisk aktivitet har en positiv virkning på depresjon, og flere retningslinjer anbefaler trening som en del i behandling av lidelsen.

**Hensikt:** Hensikten med studiet er å undersøke hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til behandlende eller helsefremmende effekt av fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet for ungdom med depresjon innlagt på institusjon.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie basert på tre langsgående kohortstudier, tre tverrsnittstudier og en kvalitativ studie.

**Resultat:** Analysen av forskningsartiklene avdekket i hovedsak to type funn. Det første var funn som omhandler faktiske endringer i ungdommenes depresjonsdiagnose eller symptombylde. Det kunne være følelsesmessige, kognitive eller fysiske endringer. Det andre var funn som omhandler *andre faktorer* som påvirker fysisk aktivitet som intervensjon for depresjon. For eksempel sosial kontekst, hyppighet, intensitet eller motivasjon.

**Konklusjon:** For å bidra til helsefremmende og behandlende effekt av fysisk aktivitet, kan sykepleierens rolle blant annet være å bevisstgjøre pasienten på hvordan fysisk aktivitet kan være en motstandsressurs i deres liv, som igjen kan bidra til å styrke andre motstandsressurser. På den måten kan fysisk aktivitet brukes når sykepleieren jobber med empowerment blant ungdommene. For å få til dette er sykepleier avhengig av et veletablert menneske-til-menneske forhold med pasienten. Sykepleier kan også drive motivasjonsskapende arbeid blant annet ved hjelp av helsefremmende undervisning. Det vil også være hensiktsmessig at sykepleier tilrettelegger treningsøktene, slik at de gir ønsket effekt på psykisk helse og blir en positiv opplevelse for ungdommene.

**Nøkkelord:** ungdom, depresjon, fysisk aktivitet, trening, sykepleie

## Innhold

<b>Kapittel 1 Introduksjon</b> .....	1
1.1 Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap .....	1
1.2 Hensikt og problemstilling .....	2
1.3 Teori .....	3
1.3.1. Psykisk helse og salutogeneseteori:....	3
1.3.2. Depresjon: .....	3
1.3.3. Hva vet vi om fysisk aktivitet og psykisk helse fra før?.....	4
1.3.4. Ungdomstid som livsfase: .....	4
1.3.5. Sykepleiers pedagogiske rolle og empowerment: .....	4
1.3.6. Joyce Travelbee: Menneske-til-menneske-forholdet og helsefremmende undervisning:.....	5
<b>Kapittel 2. Metode</b> .....	6
2.1 Beskrivelse av metode.....	6
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
2.3. Søkehistorikk/søkestrategi .....	7
2.4. Utvelgelse og vurdering av artikler .....	8
2.5. Analyse av forskningsartiklene.....	9
<b>Kapittel 3 Resultat</b> .....	10
3.1. Artikkelmatiser:.....	10
3.2. Presentasjon av resultater .....	17
DEL 1. Endring:.....	17
3.2.1. Diagnostisk forandring hos ungdommene: .....	17
3.2.2. Kognitiv forandring hos ungdommene: .....	17
3.2.3. Følelsesmessige forandringer hos ungdommene:.....	17
3.2.4. Fysiske endringer hos ungdommene:.....	18
Del 2. Andre aspekter: .....	18
3.2.5. Sosial kontekst har innvirkning på treningsintervensjonen: .....	18
3.2.6. Mengde og intensitet har innvirkning på treningsintervensjonen: .....	18
3.2.7. Fysisk aktivitet gir økt motivasjon: .....	19
<b>Kapittel 4 Diskusjon</b> .....	20
4.1 Drøfting .....	20
4.1.1. Sykepleier kan bidra til en salutogen utvikling: .....	20
4.1.2. Sykepleier kan bruke fysisk aktivitet i arbeidet med empowerment styrke pasientens mestringstro: .....	21
4.1.3. Sykepleier kan bidra til indre motivasjon og helsefremmende undervisning: .	22
4.1.4. Sykepleier kan tilrettelegge konteksten og innholdet i treningsøktene: .....	23
4.2 Styrker og svakheter med litteraturstudiet .....	24
4.3. Konklusjon .....	25

# Kapittel 1 Introduksjon

## 1.1 Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap

Sykepleieren har et samfunnsmandat som omfatter å gi pleie til mennesker som trenger hjelp av ulike årsaker, og å bidra til å fremme helse og forebygge at sykdom kan oppstå eller forverres. Igjennom sin helsefremmende og behandlende funksjon kan en sykepleier bistå et individ, en familie eller et samfunn med dette (Kristoffersen et al., 2016). Det siste tiåret har psykiske plager blant ungdom steget betraktelig og temaet har fått økt fokus i samfunnsdebatten. Det blir sett en økende forekomst av symptomer på depresjon og angst blant ungdom, og mange får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av sin barndom og ungdomstid (Folkehelseinstituttet, 2018). Disse unge menneskene trenger psykiatrisk behandling og forebyggende tiltak, og med utviklingstrenden rundt psykisk helse blant ungdom i dag, blir viktigheten av sykepleierens helsefremmende og behandlende funksjon tydeliggjort og aktualisert.

Tematikkens relevans i tiden vi lever i illustreres av tall fra Folkehelseinstituttets rapport *Psykisk helse i Norge*. Den avdekker at andelen tenåringsjenter med psykiske plager har økt fra 2012-2016 fra 5 til 7 % (Folkehelseinstituttet, 2018). Statistikk fra barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2019) viser at nesten 3 av 10 jenter i videregående skole opplever et høyt nivå av depresjonssymptomer. Lignende funn blir sett blant studentenes Helse- og trivselsundersøkelse (2018), der hver sjette student rapporterte om alvorlige psykiske plager i 2010, mens hver fjerde student rapporterte om alvorlige psykiske plager i 2018. (Knapstad, 2018)

Generelt er andelen med psykiske plager betraktelig mye høyere i ungdomstiden enn hos yngre barn (Folkehelseinstituttet, 2018a) Depresjon peker seg ut som den lidelsen med mest markant økning i disse årene (Bakken, 2018). Før puberteten er forekomsten av depresjon like stor hos gutter og jenter. Etter puberteten øker hyppigheten hos begge kjønn, men har en signifikant økning blant tenåringsjenter (Folkehelseinstituttet, 2018).

Depresjon rammer mennesker i hele verden og i alle aldre. Ifølge Verdens helseorganisasjon (u.å.) er mer enn 264 millioner mennesker rammet av lidelsen, som er den ledende årsaken til funksjonssvikt. Depresjon bidrar i stor grad til verdens sykdomsbyrde, og fører ofte til personlig lidelse og tap av livskvalitet (WHO, u.å. -b). Ofte fører depresjon til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet, noe som igjen fører til omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger (Sanden, 2020). Ifølge Folkehelseinstituttet (2018b) bidrar depresjon og angst mest til sykefraværet i Norge i dag.

Samtidig som forekomsten av depresjon rapporteres oftere, ser man at aktivitetsnivået blant barn og ungdom i Norge i dag er for lavt (Folkehelseinstituttet, 2019). Tall fra Folkehelseinstituttet (2019) viser at aktivitetsnivået nærmest halveres fra barndom til tenårene. Funnt fra studier viser at 15 år gamle jenter er de mest inaktive, der kun 40% oppfyller minstekravet om 60 minutter moderat til hard fysisk aktivitet hver dag (Folkehelseinstituttet, 2019). På verdensbasis er 80% av ungdomsbefolkningen utilstrekkelig fysisk aktiv ifølge WHO, og forskning viser at inaktiv ungdom har 75% høyere sjanse for å føle seg mer nedstemt enn de som trener fast (Ma et al., 2020; WHO, 2020). Flere retningslinjer anbefaler fysisk aktivitet i behandling av depresjon, fordi det har vist seg både å ha forebyggende, behandlende og langtidseffekt på lidelsen. (Folkehelseinstituttet, 2014; Helsedirektoratet, 2008). Helse Norge foreslår at fysisk

aktivitet kan anvendes i behandling for å forebygge enkelte psykiske plager, og at det kan brukes parallelt med andre behandlingsintervensjoner (Helse Norge, u.å.).

Rundt 5% av befolkningen i Norge mellom 0-18 år blir behandlet i barne- og ungdomspsykiatrien hvert år. I 2019 var 29 785 barn og unge i behandling i psykisk helsevern, hvorav 3 173 av disse var på døgnopphold på institusjon (Helsedirektoratet, 2020). Selv ble jeg gjort oppmerksom på fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten da jeg var i psykiatrisk praksis på ungdomsavdelingen for *Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin*. Klinikken hadde et eget stort treningsrom hvor ungdommen kunne delta på treningsøkter faste dager i uken som ble ledet av en av de ansatte. Inntrykket jeg satt igjen med var at pasientene opplevde treningen som en verdsatt og lystbetont del av behandlingsforløpet. Jeg syntes det var interessant å se at en så tilgjengelig ressurs som fysisk aktivitet, ble så godt mottatt av ungdom i behandling. Deretter ble jeg nysgjerrig på hvordan jeg som sykepleier kan bruke dette til min fordel i helsefremmende og behandlede arbeid med ungdom på institusjon.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Forskningen, som er tatt i bruk i dette litteraturstudiet, utforsker en rekke tenårings opplevelse av fysisk aktivitet i behandling av depresjon, og hvilken virkning fysisk aktivitet har på depresjonssymptomer hos ungdom. Ut fra ungdommenes erfaringer og resultater i forskningsartiklene samt perspektiver fra innledningskapittelet og valgt teori, er hensikten denne oppgaven å se på hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til behandlende eller helsefremmende effekt av fysisk aktivitet når det er en del av behandlingstilbudet for ungdom med depresjon innlagt på institusjon; samt se på hvilke implikasjoner dette gir for praksis. Problemstillingen lyder som følger:

Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til god effekt av fysisk aktivitet i behandling av ungdom med depresjon innlagt på institusjon?



## 1.3 Teori

I de påfølgende avsnittene blir ulike teoretiske som er relevante for å belyse problemstillingen presentert. Begrepene psykisk helse, depresjon, fysisk aktivitet og ungdomstid er blitt definert og teori om salutogenese, depresjon, sykepleiers pedagogiske rolle og utvalgte fragmenter av Joyce Travelbee sin teori blir presentert.

### 1.3.1. Psykisk helse og Antonovsky's teori om salutogenese

WHO (2018) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet». I tråd med salutogenese-teori handler ikke psykisk helse bare om fravær av sykdom, men også om tilstedeværelse av psykisk velvære (Espenes & Lindstrøm, 2014).

Begrepet salutogenese er todelt, og kommer av ordene *salus* (gresk for helse) og *genesis* (latin for opprinnelse) (Espenes & Lindstrøm, 2014). Fokuset i den salutogene forståelsen av psykisk helse handler om å se på hva som skaper god helse, ikke hva som skaper sykdom (biomedisinsk tilnærming). Den anerkjente sosiologen Aron Antonovsky så i sin forskning at noen mennesker på tross av ekstremt belastende negative påkjenninger og stress, klarte å bevare god helse. Han konkluderte med at disse menneskene måtte ha noen iboende generelle motstandsressurser som andre ikke hadde (Espenes & Lindstrøm, 2014). Ved å identifisere og ta i bruk disse motstandsressursene som mennesket har i eller rundt seg, kan individet utvikle god helse, et godt liv og oppleve god livskvalitet (Espenes & Lindstrøm, 2014). Eksempel på generelle motstandsressurser kan være selvbilde, kapasitet, kunnskap, sosial støtte, penger, eksistensielle forhold, religion og lignende (Lindstrøm et al., 2015). Motstandsressurser kan blant annet være av psykisk, fysisk, kognitiv, sosial eller materiell art. Antonovsky mente at helse avhenger av hvor mye motstand og store stressorer du har i livet i kombinasjon med motstandsressursene du har for å håndtere dem (Espenes & Lindstrøm, 2014).

### 1.3.2. Depresjon:

Trond Aarre (2018 s. 136) definerer depresjon i boken *Psykiatri for helsefag* som «en tilstand som kjennetegnes av senket sinnstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledeløshet». Lidelsen kategoriseres ofte i episoder eller som kronisk depresjon (dystymi). Vanlige symptomer i en depressiv episode er nedstemthet, interesse- og gledeløshet, pessimisme, selvmordstanker og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet (Aarre, 2018). Andre symptomer som forekommer ofte er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (WHO, 1999). Symptombildet vil variere mye fra individ til individ, og atypiske symptomer som angst, bekymringer og motorisk agitasjon forekommer hyppigere i ungdomstiden enn i voksen alder (WHO, 1999). Både hos barn og ungdom med depresjon opptrer suicidale tanker hyppig. Men dødeligheten er høyere hos ungdom enn hos barn (Skansen, 2020).

Det er imidlertid viktig å skille mellom depresjonssymptomer og den kliniske diagnosen depresjon. Kriterier for å bli diagnostisert med depresjon, er at symptomene er i den grad at de fører til funksjonsnedsettelse, gir implikasjoner for behandling og har vart i en tidsperiode på mer enn to uker (Aarre, 2018). For å begrense omfanget på oppgaven blir det ikke gått nærmere inn på grader av depresjon, depressive episoder og dystymi.

### 1.3.3. Hva vet vi om fysisk aktivitet og helse:

Fysisk aktivitet defineres av WHO (2020) som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelett og muskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket (WHO, 2020). Anbefalt mengde fysisk aktivitet blant barn og unge er minimum 60 minutter hver dag, hvor varigheten og intensiteten bør være både moderat og hard (Helsedirektoratet, 2019). Helseeffektene av fysisk aktivitet er mange. Ved siden av de fysiologiske forandringene som økt hjerteslagvolum, økt lungekapasitet, redusert mengde fettsyrer i blodet, senket blodtrykk og høyere forbrenning, har fysisk aktivitet også psykiske og sosiale konsekvenser (Helsedirektoratet, 2008). Den kan blant annet være med på å fremme mestring og tilhørighet som kan være gunstig i forebygging av den psykiske helsen (Helsedirektoratet, 2008). Det er blitt sett sammenheng mellom fysisk aktivitet og økt energi, bedret humør, søvn og redusert opplevelse av stress (Helsenorge, u.å.). Gjennom forskning har det også vist seg at hjernen blir påvirket ved fysisk aktivitet. En hypotese sier at fysisk aktivitet er med på å normalisere signalstoffene i hjernen som serotonin, noradrenalin og dopamin hos individer med depresjon på samme måte som medikamenter gjør. (Eyre, 2012, sitert i Martinsen, 2018, s. 72).

### 1.3.4. Ungdomstid som livsfase:

Det finnes flere ulike måter å definere ungdom på. Øhlckers et al., (2020) omtaler ungdom i boken *Ungdom og psykisk helse* som individer i alderen 13-18 år. WHO definerer ungdom som personer i aldersgruppen 10-19 år, mens «unge» defineres som individer mellom 15-24 år (WHO, u.å. -a).

Ungdomstiden er en livsfase som er preget av endring både fysiologisk og mentalt (Stänke, 2020). De unge menneskene går igjennom en rekke hormonelle og fysiologiske forandringer parallelt med kognitive og mentale endringsprosesser. Blant annet utvikler de sin mentale kapasitet som selvfølelse, identitet, relasjoner til jevnaldrende og forholdet til sin egen kropp/ seksualitet (Stänke, 2020). I tenårene blir man mer oppmerksom på seg selv og mer selvkritisk. Generelt skjer det en reforhandling av relasjonen til seg selv og sine omsorgsgivere (Gustin & Strømsnes, 2016). Mange oppdager nye roller og ressurser hos seg selv, noe som fører til utfordringer av tidligere verdsatte sammenhenger og testing av grenser (Gustin & Strømsnes, 2016).

### 1.3.5. Sykepleiers pedagogiske rolle og empowerment:

I arbeid med ungdom med depresjon innlagt på institusjon, kan sykepleiers pedagogiske virksomhet komme til nytte. Målet med sykepleierens pedagogiske virksomhet er å styrke pasientenes ressurser gjennom å gi dem tro på seg selv og evnen til å mestre (Kristoffersen, 2016). Dette kan kalles empowerment som på norsk omtales som myndiggjøring, og handler om å igangsette en prosess som setter individer i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres egen helse (Kristoffersen, 2016). Blant annet dreier dette seg om utvikling av personers mestringsevne, motivasjon og mestringstro (Kristoffersen et al., 2016).

I det pedagogiske grunnsynet snakker man ofte om to hovedtyper motivasjon (Kristoffersen, 2016). Ytre motivasjon kommer fra en kilde utenfor oss selv, som for eksempel god lønn for en jobb, eller arbeidsgivere som sier vi må yte vårt beste. Indre motivasjon oppstår inn i oss selv. Her trengs det ingen ytre forsterkere, man får brukt sine

ressurser og arbeidet føles interessant i seg selv (Kristoffersen, 2016). Endring og læring skjer best når den som skal lære er indre motivert. Når en sykepleier arbeider med motivasjon, handler det ofte om å skape en indre motivasjon, eller å gjøre en ytre motivasjon om til en indre motivasjon (Kristoffersen, 2016).

For å lykkes med en endringsprosess er det nødvendig at pasienten har tro på at han/hun klarer det. Dette kalles mestringstro. Begrepet rommer ikke det samme som generell selvtillit, men heller at pasienten har tro på at han/hun kan mestre en bestemt oppgave (Kristoffersen, 2016). Gjennom dialog bygd opp på et pedagogisk ideal, kan sykepleier skape motivasjon for læring og endring (Kristoffersen, 2016).

### 1.3.6. Joyce Travelbee: Menneske-til-menneske-forholdet og helsefremmende undervisning:

Joyce Travelbee sin teori om sykepleie er svært omfattende. For å begrense oppgavens omfang blir to aspekter ved hennes teori trukket frem som er av relevans i denne oppgaven; menneske-til-menneske-forholdet og helsefremmende undervisning.

Travelbees grunntanke om hva sykepleie er, samsvarer med det vi i dag omtaler som sykepleierens samfunnsmandat. Travelbee definerer sykepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2017a, s. 29). For at sykepleieren skal kunne nå sitt mål om å bidra til mestring eller forebygging av sykdom, mener Travelbee at en etablering av menneske-til-menneske-forhold er avgjørende. Menneske-til-menneske-forholdet handler om at «pasient» og «sykepleier» skal kunne se bort fra sine roller og heller se på hverandre som individer. Kun om partene i relasjonen lykkes med det, kan en genuin relasjon dannes der sykepleie kan nå sitt mål (Travelbee, 2017b).

Forskning viser til at sykepleier-pasient-relasjonen, som Travelbee omtaler som menneske-til-menneske-forholdet, har innflytelse på pasienters opplevelse av mening og håp (Haugan, 2014). Dette underbygger Travelbee i sin teori om helsefremmende undervisning. Den går ut på at sykepleierens undervisende virksomhet handler om mer enn å gi informasjon eller avklare pasientens behov for informasjon. Det dreier seg i all hovedsak om å hjelpe individer til å finne *mening* i sykdom, eller de tiltakene som må settes i verk for å bevare eller fremme helse (Travelbee, 2017a). Om pasienten ikke finner meningen med å gjøre det som kreves for å nå målet om bedring eller bevaring av helsen, er sannsynligheten stor for at pasienten opplever at veien ikke er verdt målet.

## Kapittel 2. Metode

Følgende kapittel inneholder en beskrivelse av litteraturstudie som metode, presentasjon av inklusjons- og eksklusjons kriterier, redegjørelse av søkestrategi og hvordan forskningsartikler er vurdert, utvalgt og analysert.

### 2.1 Beskrivelse av metode

I denne oppgaven er det benyttet systematisk litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av ulike litteratur relatert til et bestemt tema. Når man skal gjennomføre en litteraturstudie formuleres en problemstilling som en tilstreber å svare på gjennom systematisk analyse av den relevante litteraturen og dataene som er funnet (Aveyard, 2014b).

Selve forskningsprosessen i litteraturstudien er delt oppi fire deler. Forberedelsesfasen, datainnsamling, dataanalyse og rapportering (Christoffersen et al., 2015). I forberedelsesfasen startet jeg med å sette meg inn i hvilken kunnskap som allerede eksistere om temaet jeg ønsket å skrive om, og formulerte problemstillingen (Christoffersen et al., 2015). Gjennom systematiske søk i de ulike databasene på Oria NTNU-biblioteket fant jeg seks kvantitative (tre langsgående kohortstudier og tre tverrsnittstudier) og en kvalitativ forskningsartikkel, som sammen med faglitteratur og pensumbøker utgjør litteraturen i oppgaven.

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ungdom, skoleelever, studenter og unge voksne</li><li>- Depresjon alle grader, depresjonssymptomer</li><li>- Fagfellevurdert (peer-reviewed)</li><li>- Kulturelt overførbart</li><li>- Nordisk eller engelsk språklig</li><li>- Følger IMRAD struktur</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Barn, voksne (middelaldrende), eldre</li><li>- Ikke kulturell overførbart</li><li>- Annet språk enn nordisk eller engelsk språklig</li><li>- Publisert før 2009</li><li>- Følger ikke IMRAD struktur</li></ul>

### 2.3. Søkestrategi

Andre del av forskningsprosessen er datainnsamling (Christoffersen et al., 2015). Søk etter data ble gjort ved hjelp av PICO rammeverket i databasene MEDLINE (Ovid), CINAHL complete og SveMed+. PICO representerer en måte å dele opp forskningsspørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2012b). P står for pasientgruppe eller problem, som i problemstilling er ungdom og depresjon. I handler om hvilken intervensjon man vil undersøke, som i dette studiet er fysisk aktivitet eller trening. C og O står for sammenligning og utfall (Nortvedt et. al., 2012). Å gjøre en sammenligning var ikke relevant i min søkeprosess, derfor har jeg utelatt bruk C- kolonnen. Etter å ha gjort flere prøvesøk i de ulike databasene ble PICO skjema seende slik ut:

P	I	C	O
<b>CINAHL Complete:</b>			
Adolescence <b>OR</b> Youth <b>OR</b> Young Adult <b>AND</b> Depression <b>OR</b> depressive disorder <b>OR</b> Affektive disorder	Exercise <b>OR</b> Physical Activity <b>OR</b> exercise and mental health		
<b>MEDLINE</b>			
Adolescence <b>OR</b> Youth <b>AND</b> Depression <b>OR</b> depressive disorder <b>OR</b> Affective disorder	Exercise <b>OR</b> Physical Activity <b>OR</b> exercise and mental health		Directive Counseling <b>OR</b> nursing guidance.
<b>SveMed+</b>			
Adolescence <b>OR</b> Youth <b>OR</b> Young Adult  <b>AND</b>  Depression <b>OR</b> depressive disorder <b>OR</b> major depressive disorder <b>OR</b> depressive symptoms	Exercise <b>OR</b> Physical Activity		

**CINAHL Complete:** I dette søket kombinerte jeg med «AND», ordene i P og I kolonnen. Med avgrensingene «adolescents 13-18», «peer reviewed» og «2010-2021» endte jeg opp med 1694 treff, blant annet fire av forskningsartiklene brukt i min litteraturstudie. For å snevre inn søket, fylte jeg ut O kolonnen med nøkkelord ordene «coping» OR «self-

efficacy» OR «motivation», og kombinerte disse i det eksisterende søket med «AND». Her fikk jeg få og kun irrelevante treff. I et forsøk på å finne resultater direkte knyttet til sykepleie, fylte jeg ut O kolonnen med ordene «Directive Counseling» OR «nursing guidance» OR «nursing intervention». Også her endte jeg med for få og irrelevante treff. Etter mislykkede forsøk med å spisse søkene, leste jeg gjennom overskriftene på de 150 første søkene og noterte meg de som kunne være av interesse. Jeg fant fire forskningsartikler som var relevant i min studie.

**MEDLINE:** I dette søket ble ordene i P, I og O kolonnen kombinert med «AND», med avgrensninger 2009-2021 der jeg fikk ti treff der en av artiklene ble brukt i min studie. Det var ingen egen funksjon for å huke av «peer reviewed».

**SveMed+:** I dette søket ble søkeordene i P og I kolonnen kombinerte med «AND», med avgrensningene 2009-2021 og «peer reviewed». Det fikk syv treff hvorav en av artiklene var relevant for litteraturstudiet. Jeg kombinerte ikke med søkeord i O kolonnen da søket var innsnevret nok fra før.

**Manuelt søk:** Siste artikkel fant jeg gjennom et manuelt søk i Google Scholar med tittelen til en relevant forskningsartikkel jeg fant i en masteroppgave med lignende tema som min litteraturstudie.

Søketabell legges ved nederst i litteraturstudien.

## 2.4. Utvelgelse og vurdering av artikler

Videre i forskningsprosessen må forskeren velge ut artikler og sørge for at dataene som skal brukes er pålitelige og relevante for problemstillingen (Christoffersen et al., 2015). Utvelgelse av artikler ble gjort i to omganger. I første vurderingsrunde startet jeg med å lese overskriftene og sammendragene til de ulike artiklene. Publiserings årstall og formål med studiene ble også vurdert, for å se om det passet hensikten med dette litteraturstudie og korresponderte med utvalgte inklusjons- og eksklusjons kriterier.

I andre vurderingsrunde gikk jeg mer nøye til verks. TONE-prinsippet ble fulgt, som innebærer ulike spørsmål man kan spørre seg angående artikkelens Troverdighet, Objektivitet, Nøytralitet og Egnethet, for å vurdere dataenes kvalitet (NTNUbibliotek, 2017). Etter anbefaling fra NTNU sin bibliotekjeneste, vurderte jeg også artiklene etter følgende åtte punkter: Formål, utgivelsesår, fagfelleverdert og publisert i et vitenskapelig tidsskrift, forfatterens institusjonstilknytning, IMRAD-struktur, forskningsmetode godt beskrevet, vises det til annen forskning og god validert litteraturliste til slutt (Universitetsbiblioteket, 2021).

Jeg inkluderte også «Sjekkliste - kvalitativ metode» og «Sjekkliste - tverrsnittstudie» i boken *Jobb kunnskapsbasert* samt sjekklisten «Kohortstudie» fra helsebiblioteket sine nettsider, for å vurdere artiklene (Helsebiblioteket, 2016; Nortvedt et al., 2012a).

## 2.5. Analyse av forskningsartiklene

I arbeidet med å analysere forskningsartiklene valgte jeg å benytte meg av Evans' (2002) analysemodell. Her beskrives analyseprosessen med fire etterfølgende steg.

Første steg: Er å samle inn data (Evans, 2002). Etter å ha kritisk valgt ut hvilke syv artikler jeg ville bruke etter kriteriene beskrevet tidligere i metoddelen, startet jeg med å lese nøye gjennom alle forskningsartiklene for å finne relevant data til min litteraturstudie.

Andre steg: Er identifisering av hovedfunnene fra hver studie (Evans, 2002). Dette gjorde jeg ved å lese igjennom studiene en gang til for å identifisere hovedfunnene og få med meg nyanser og detaljer som ikke ble plukket opp ved første gjennomlesing.

Tredje steg: Er sammenligning og sortering av funn på tvers av studiene. Målet med å sammenligne forskningsartiklene var å finne nye innfallsvinkler og et bredere perspektiv enn når man betrakter artiklene individuelt. (Aveyard, 2014a) Jeg brukte tre ulike fargekoder for å markere og systematisere funn som omhandlet de samme fenomenene i de ulike studiene slik tabellen under illustrerer. (Evans, 2002)

Endringer	Andre faktorer	Implikasjoner for sykepleie
Jeg markerte med gul tusj de faktiske endringer av depresjon og symptomer som ble sett hos ungdommene i forbindelse med trening	Jeg markerte med oransje tusj andre faktorer som virket på treningens effektivitet og intervensjon	Jeg markerte med grønn tusj funn som indikerte implikasjoner for praksis/sykepleie
<ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnostisk forandring</li><li>- Kognitiv forandring</li><li>- Følelsesmessig forandring</li><li>- Somatisk forandring</li><li>- Mestringstro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sosial kontekst</li><li>- Hyppighet og intensitet</li><li>- Motivasjon</li></ul>	Spl.'s motiverende rolle Kunnskap Spl.'s helsefremmende funksjon Spl.'s pedagogiske virksomhet Ect.

Fjerde steg: Er å slå sammen de like funnene for å lage en beskrivelse av problemet, og en syntese av funnene (Evans, 2002). Funnene ble slått sammen som tabellen viser og beskrevet i løpende tekst (se presentasjon av resultater i neste kapittel).

## Kapittel 3 Resultat

Dette kapittelet inneholder presentasjon av artikkelmatriser til de syv utvalgte artiklene og en sammenfatning av resultatene fra de ulike studiene i løpende tekst.

### 3.1. Artikkelmatriser

<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Søk i Cinal artikkel nr 6:</p> <p>Ma, L., Hagquist, C., Kleppang, A., L., (2020).</p> <p>Leisure time physical activity and depresjonssymptoms among adolescents in Sweden</p> <p><i>BMC Public Health</i>, 20:997.</p> <p><a href="https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-02009022-8">https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-02009022-8</a></p>	<p>Hensikten med studiet var å utforske hvordan fysisk aktivitet i fritiden hadde sammenheng med depresjonssymptomer blant ungdom i Sverige.</p>	<p>Langsgående kohortstudie</p> <p>Utvalg: 3787 Svenske åttendeklassinger i alderen 14-15 år som var barn av immigranter.</p> <p>Datainnsamling: Analyse av data fra en langsgående undersøkelse i Sverige der målinger ble gjort først i 2011 og oppfølgende i 2012. Målingene ble gjort ved hjelp av ulike spørre- og avkrysnings skjemaer.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ungdom som trente hyppigere rapporterte mindre forekomst av nedstemthet og mistrivsel enn de som trente sjeldent.</li><li>• Ungdom som trente hyppigere rapporterte bedre psykisk helse enn de som trente sjeldent.</li><li>• Inaktiv ungdom hadde 75% større sannsynlighet for å rapportere at de ofte følte seg nedstemt</li></ul>	<p>Taler for at intensiteten ikke er det avgjørende i trening, men heller at hyppigheten er det.</p>



<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Søk i Cinal artikkel nr. 27:</p> <p>Shannon D., Bonne, M., Brausch, A. M. (2016).</p> <p>Physical Activity, Exercise Motivations, Depression, and Nonsuicidal Self-Injury in Youth.</p> <p><i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i> 46, 625 -633</p> <p><a href="https://doi.org/DOI.10.1111/sltb.12240">https://doi.org/DOI.10.1111/sltb.12240</a></p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere sammenhengen mellom fysisk aktivitet, depresjonssymptomer og selvskading, samtidig å undersøke hvordan treningsmotivasjon var relatert til selvskading.</p>	<p>Tverrsnittstudie</p> <p>Utvalg: 166 deltagere mellom 14-25 år, hvor en kohort var rekruttert fra en ungdomsskole og en kohort var rekruttert fra en videregående skole i Central Regionen i USA.</p> <p>Datainnsamling: Fem ulike selvrapporterings skjemaer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utseendefiksert motivasjon med usunne mål som å gå ned i vekt eller endre utseende var forbundet med høyere grad av depresjon og selvskading enn trening der motivasjonen kom fra sunne mål som fysisk og psykisk bedring.</li> <li>• Fysisk aktivitet førte til mindre ønske om å skade seg selv.</li> <li>• Fysisk aktivitet førte til mindre selvmordstanker.</li> <li>• Høyintensitetstrening var forbundet med lavere nivåer av depresjon og selvskading.</li> </ul>	<p>Sykepleier bør være oppmerksom på hva ungdommenes motivasjon for trening er, eventuelt bistå med å endre retningen fra en ytre til en indre motivasjon.</p> <p>I sykepleierens meningssskapende arbeid, kan sykepleier i helsefremmende undervisning ta for seg risikoen med usunne mål for treningen.</p> <p>Høyintensitetstrening var forbundet med størst helsegevinst og noe sykepleier kan ta med seg i en tilrettelegging eller undervisning.</p>

<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Søk i Cinal artikkel nr. 30</p> <p>Charter. T., Morres. I., Repper. J., Callaghan. P. (2016).</p> <p>Exercise for adolescents with depression: valued aspects and perceived change.</p> <p><i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 23, 37-44</p> <p><a href="https://doi.org/0.1111/jpm.12261">https://doi.org/0.1111/jpm.12261</a></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske ungdom med depresjon sine opplevelser samt opplevd effekt av en treningsintervensjon der de fikk velge intensitet på treningen selv.</p>	<p>Kvalitativt studie</p> <p>Utvalg: 26 personer mellom 14-17 år som var i aktiv behandling for depresjon.</p> <p>Data innsamling: Semistrukturerte intervju og klinisk overvåkning under treningsøktene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosial kontekst var en verdsatt setting blant ungdommene.</li> <li>• At ungdommene fikk velge intensitet og innhold i treningene selv var et verdsatt aspekt.</li> <li>• Ungdommene opplevde bedret humør, følelse av å oppnå ting, glede og flere andre helsemessige fordeler.</li> <li>• Treningen førte til økt mestringstro og motivasjon.</li> <li>• Ungdommene opplevde somatiske endinger som bedret søvn og økt energi.</li> </ul>	<p>Studien viser hvordan fysisk aktivitet fører til økt mestringstro som taler for at sykepleier kan bruke fysisk aktivitet i empowermentarbeidet med ungdommene.</p> <p>Sosial kontekst er et verdsatt aspekt blant ungdommen, sykepleieren kan tilrettelegge konteksten for trening i en miljøterapeutisk setting.</p> <p>Resultater i studien som opplevd økt mestringstro og motivasjon kan brukes som eksempel på hvordan fysisk aktivitet styrker indre motstandsressurser.</p> <p>Forskning viser at ungdommene opplevde flere helsemessige fordeler kan brukes i helsefremmende undervisning.</p> <p>At ungdommen får velge intensitet og innhold i treningsøktene selv var et verdsatt aspekt ved treningen.</p>

<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Søk i Cinal artikkel nr. 32</p> <p>Dorè, I., O`Loughlin, L., Beauchamp, G., Martineau, M., Fournier, L. (2016).</p> <p>Volume and social context of physical activity in association with mental health, anxiety and depression among youth.</p> <p><i>Preventive Medicine</i>, 91, 344-350.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.006">https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.006</a></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske mengde og kontekst i forhold til fysiske aktiviteter og disse faktorene sin innvirkning på mental helse, angst og depresjon blant unge.</p>	<p>Tverrsnittstudie</p> <p>Utvalg: 1527deltagere mellom 16-24 år rekruttert fra videregående og fra universitetsprogram i Quebec i Canada.</p> <p>Datainnsamling: Avkryssingsskjemaer, to ulike selvrapporterings skjemaer samt måling av metabolsk ekvivalent/kliniske målinger under treningsøktene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De som trente i organisert gruppesport rapporterte om mindre symptomer på depresjon og bedre psykisk helse enn de som trente i mindre uformelle grupper.</li> <li>• De som trente i mindre uformelle grupper rapporterte om mindre symptomer på depresjon og bedre psykisk helse enn de som trente individuelt.</li> </ul>	<p>Studiet viser til at sosial kontekst og intensitet har innvirkning på fysisk aktivitet sin virkning på symptomer på depresjon og psykisk helse blant unge. Sykepleier kan bruke denne kunnskapen ved tilrettelegging av treningsøktens kontekst og innhold.</p>

<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Søk i Medline, artikkel nr. 1:</p> <p>Nasstasia, Y., Baker, A. L., Lewin, T. J., Halpin, S. A., Hides, L., Kelly, B. J., &amp; Callister, R. (2019).</p> <p>Differential treatment effects of an integrated motivational interviewing and exercise intervention on depresjonssymptom profiles and associated factors: A randomized controlled cross-over trial among youth with major depression.</p> <p><i>Journal of Affective Disorders, Volume 259, 413-423</i></p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.035">https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.035</a></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke effekten av økt fysisk aktivitet hos ungdom og unge voksne med alvorlig depresjon.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie (RCT)</p> <p>Utvalg: 26 gutter i alderen 15-25 år med alvorlig depresjon rekruttert fra videregående og høyskoler/universitet i Newcastle i Australia.</p> <p>Intervensjon: Motiverende intervju+12 ukers treningsintervensjon. Kontroll- og intervensjonsgruppe. 13 deltagere i hver gruppe.</p> <p>Datainnsamling: Kliniske målinger og selvrapporterings-skjemaer før, i og etter treningsintervensjonen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostisk forandring. 61% av intervensjonsdeltagerne nådde ikke diagnostiske kriteriene for alvorlig depresjon etter treningsperioden.</li> <li>• Kognitiv forandring. Særlig redusert forekomst av negative automatiske tanker.</li> <li>• Mindre selvmordstanker.</li> <li>• Følelsesmessig/affektiv forandring. Økt interesse, mindre irritabel.</li> <li>• Somatisk/fysisk forandring. Økt styrke, energi, og interesse.</li> </ul>	<p>Viser hvordan fysisk aktivitet både kan være en ytre motstandsressurs og hvordan fysisk aktivitet kan styrke indre motstandsressurser.</p> <p>Resultantene fra denne studien kan sykepleier bruke i helsefremmende undervisning.</p> <p>Viser til en faktisk diagnostisk forandring. Kan brukes som kunnskapsgrunnlag for hvorfor sykepleie kan/bør vektlegge fysisk aktivitet i pleien.</p>

<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Søk i SveMed artikkel nr. 4</p> <p>Fløtnes, I., S., Nilsen, T., I., L., Augestad, L., B., (2011).</p> <p>Norwegian adolescents, physical activity and mental health: The Young-HUNT study.</p> <p><i>Norsk Epidemiologi</i>, 20(2), 153-161</p> <p><a href="https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1336">https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1336</a></p>	<p>Studiets hensikt var å undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet, sportsutøvelse og kroppssammensetning og risikoen for mentale helseproblemer i større grupper norske tenåringer.</p>	<p>Tverrsnittstudie</p> <p>Utvalg: 2000 norske ungdommer mellom 13 – 19 år rekruttert fra ungdom og videregående skoler i Nord-Trøndelag.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet inn over en 4 års periode ved bruk av avkrysnings og selvrapporteringsskjemaer om temaene mental helse, fysisk aktivitet og kroppssammensetning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble sett en sammenheng med hvor mange timer ungdommene trente ukentlig og forekomst av symptomer på depresjon.</li> <li>• De som var ukentlig aktiv, hadde mindre sannsynlighet for å føle seg nedstemt.</li> <li>• Sammenheng mellom kroppsbilde og risiko for symptomer på angst og depresjon.</li> <li>• Utseende og selvpoppfatning viser seg å være en viktig faktor for ungdommens mentale helse enn deres faktiske kroppssbygning.</li> </ul>	<p>Studiet taler for at hyppigheten av fysisk aktivitet og ikke bare intensiteten har innvirkning på ungdommens psykiske helse og depresjons symptomtrykk.</p> <p>Kroppsfasong og utseende ser ut til å være viktig i ungdomstiden.</p>

<b>Søk og referanse:</b>	<b>Hensikt/mål:</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Relevans for problemstilling:</b>
<p>Manuelt søk</p> <p>White, K., Kendrick, T., Yardley, L. (2009).</p> <p>Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change.</p> <p><i>Mental Health and Physical Activity.</i></p> <p><a href="https://doi.org/doi:10.1016/j.mhpa.2009.03.001">https://doi.org/doi:10.1016/j.mhpa.2009.03.001</a></p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke hvordan depresjon, selvtillit, selvoppfatning, positive og negative affekter forandret seg over tid hos deprimerte individer som økte sin fysiske aktivitet.</p>	<p>Langsgående kohortstudie</p> <p>Utvalg: 39 universitetstudenter fra 18 år og oppover med forhøyede symptomer på depresjon ble rekruttert gjennom et universitet i Southam i Storbritannia. Gjennomsnittsalder på studiedeltagerne var 21 år.</p> <p>Datainnsamling: Langsgående studie over en åtte ukers periode der målinger ble gjort før intervensjonstart og i uke en, tre og ved intervensjons slutt ved hjelp av ulike screening verktøy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostisk forandring. 14 av deltagerne nådde ikke de samme kriteriene diagnostiske kriteriene som før treningsperioden.</li> <li>• Redusert negative følelser og økt positive følelser i løpet av treningsperioden.</li> <li>• Studiet viser til at fysisk aktivitet førte til økt mestringstro og bedre selvtillit hos ungdom med forhøyede symptomer på depresjon.</li> <li>• Studie viser at ungdommens ble mer motivert og klarte å trene lenger med tiden.</li> </ul>	<p>Viser hvordan fysisk aktivitet både kan være en ytre motstandsressurs og hvordan fysisk aktivitet kan styrke mestringstro og indre motstandsressurser.</p> <p>Resultatene vil kunne ha relevans i sykepleierens empowerment, meningskapende og motivasjonsarbeid med ungdommen.</p>

## 3.2. Presentasjon av resultater

I de syv utvalgte forskningsartiklene er det to type resultater som skiller seg fra hverandre. Resultater som omhandler *endringer* i diagnose eller symptomer hos ungdommene, og resultater som omhandler *andre faktorer* som påvirker fysisk aktivitet som intervensjon for depresjon. Resultatene vil derfor bli presentert i to deler; endring og andre faktorer.

### DEL 1. Endring:

#### 3.2.1. Diagnostisk forandring hos ungdommene:

I flere studier ble det sett en samtidig endring i diagnose og symptomtrykk ved økt fysisk aktivitet. 60% av ungdommene i Nasstasia et al. (2019) sin studie nådde ikke kriteriene for alvorlig depresjon etter 12 uker med økt fysisk aktivitet. Lignende funn ble registrert i White et al. (2009) sine resultater, der 14 av 39 deltakere ikke lenger kunne diagnostiseres med moderat eller mild depresjon etter å ha trent hyppigere enn før i åtte uker. Symptomendringer ble også sett i Charter et al. (2016) sin studie der ungdommene fortalte om økt stemningsleie, humør og motivasjon i forbindelse med trening. Dorè et al. (2016) og Shannon et al. (2016) sine resultater viser til lavere rapportering av symptomer på depresjon ved økt fysisk aktivitet.

#### 3.2.2. Kognitiv forandring hos ungdommene:

Funn i studien til Nasstasia et al. (2019) viser en parallell redusering av negative automatiske tanker og negativt selvkonsept ved økt fysisk aktivitet. 67% av deltakerne rapporterte om tydelig kognitiv forbedring med mindre selvkritikk, pessimisme, tanker om verdiløshet, dårlig selvtillit og selvmordstanker (Nasstasia et al., 2019). Lignende funn blir sett i studien til Shannon et al. (2016) der det blir sett sammenheng mellom økt fysisk aktivitet, mindre selvmordstanker og redusert trang til selvskadingstrang. Funn i White et al. (2009) viser en sammenheng mellom fysisk aktivitet og økt *selvtillit* og *mestringstro*. Økt mestringstro opplever også flere ungdommer i Channon et al. (2016) sin studie:

*" F1: I think I have become more confident as well.*

*Researcher: In what way?*

*F1: Because I`m not as anxious around my friends now, I can just be more calm and I`m not really bothered of what people have to say or what they have to think anymore."*  
(Channon et al., 2016, s.42)

#### 3.2.3. Følelsesmessige forandringer hos ungdommene:

I Nasstasia et al. (2019) rapporterte 43% av ungdommene tydelig reduksjon i områder som tap av interesse, ubesluttsomhet og irritabilitet når fysisk aktivitet ble brukt i behandling. Nøkkelfunn hos White et al. (2009) viser en tydelig nedgang av negative affekter og en øking av positive affekter i løpet av en åtte ukers treningsperiode. Bedret humør, sinnsstemning og endret sosial atferd ble fremhevet i studien til Charter et al. (2016), noe som hadde en smitteeffekt på andre aspekter i livet:

*Knowing I had something to do I had something to focus on during the day, and I kept telling myself that because it made me happier if I was sad the night before, then I thought, well, if I go through the session then I'd be happy the next day*

*and the next day after that. I don't know it just kept me happy knowing that was going to happen (Charter et al. 2016 s. 42).*

### 3.2.4. Fysiske endringer hos ungdommene:

Både i studiene til Nasstasia et. al. (2019) og Charter et al. (2016) registreres en positiv fysisk endring. Ungdommene rapporterte om økt energi og bedre søvn. I Nasstasia et al. (2019) rapporterte ungdommen om økt aktivering og økt interesse. Som funn i White et al., (2009) også viste, ble ungdommene i bedre fysisk form i intervensjonsperioden, og det førte til bedre motivasjon, mestringstro og økt selvtillit.

## Del 2. Andre aspekter:

### 3.2.5. Sosial kontekst har innvirkning på trenings som intervensjonen:

Resultater fra studien til Dorè et al. (2016) viser at ungdommer som trente i grupper rapporterte om mindre symptomer på depresjon og bedre psykisk helse enn de som trente individuelt, og at de trente mer intenst. Shannon et al. (2016) fremhever som svakhet i deres studie at de faste sosiale møtepunktene som treningsintervensjonen medførte, kan være bidragsytende til de gode resultatene. Charter et al. (2016) anerkjenner også at den positive konsekvensen kan føre til økt terapeutisk kontakt, som vil kunne påvirke resultatene.

I studien til Charter et al. (2016) trakk tre fjerdedeler av ungdommene frem å møte andre gjennom treningene, som et verdsatt og støttende aspekt:

*I just liked kind of getting together with people that were going through similar things to me and even though we didn't speak to each other it was just knowing that I'm not the only one.*

### 3.2.6. Mengde og intensitet har innvirkning på trenings som intervensjonen:

Dorè et al. (2016) foreslår at høyintensitetstrening er gunstigst for ungdom med depresjon, da deres resultater viste at jo mer intenst ungdommene trente, jo bedre score hadde de på mental helse og depresjon. Ma et al. (2020) sin studie har imidlertid motstridende funn. Deres resultater viser at hyppigheten av trening, var det som hadde innvirkning på det depresjonssymptomtrykket, ikke intensiteten (Ma et al. 2020). Lignende funn ble sett i Shannon et al. (2016). Her registreres en sammenheng med hvor ofte ungdommene trente og nivået av depresjon, selvmordstanker og selvskading (Shannon D. et al., 2016). I følge Ma et al.(2020) hadde inaktive ungdom 75% høyere sannsynlighet for å føle seg deprimeret enn de som trente månedlig, ukentlig eller på daglig basis. Ungdommene i Charter et al. (2016) sin studie uttrykker at det å kunne bestemme intensiteten og innholdet i øktene selv var et verdsatt aspekt

*I liked that it wasn't sort of pressured, it was more free to do what you want, like if it was do that exercise for 2 minutes, but it was more like choose one and then do it but if you get tired stop and I liked the freedom of it (Charter et al., 2016 s. 40).*



### 3.2.7. Fysisk aktivitet gir økt motivasjon:

Resultater fra studiet til Nasstasia et al. (2019) viste at de deprimerte ungdommene i etterkant av intervensjonsperioden ble mer motivert til å øke treningsdeltakelsen og fortsette med trening. Omtrent to tredjedeler av deltakerene i Charter et al. (2016) sa at treningen medførte at de opplevde økt motivasjon rundt andre aspekter i livet, for eksempel til å sosialisere, delta i utdanning og å gjøre positive forandringer:

*I think just the dramatic change from being so upset and depressed to feeling really happy all the time it just made me want to turn everything around and just that little spark of making me feel happy just kind of set me off feeling happy and I wanted to carry that on so I just wanted to do more. (D3)*

Fløtnes et al. (2011) kaster lys på at utseende og framtoning er av stor betydning for ungdommene og deres psykiske helse. Det ble rapportert om høyere nivåer av depresjonssymptomer hos dem som var misfornøyd med kroppen sin (Fløtnes et al., 2011). Shannon et al. (2016) drøfter at motivasjonen for trening spiller en avgjørende rolle for effekt i behandling av depresjon. Det blir avdekket betydelig høyere nivåer av depresjon og selvskading blant ungdom som trener av utseendefikserte årsaker, enn ungdom som trener for å forbedre fysisk eller psykisk helse, sosialisere eller stressmestring (Shannon D. et al., 2016).

## Kapittel 4 Diskusjon

En fellesnevner i samtlige forskningsartikler er at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt hos ungdom med depresjon. Det kommer tydelig fram blant annet i studiene til Nasstasia et al. (2019) og White et al., (2009), der ungdommer med alvorlig, moderat og mild depresjon opplevde å ikke lenger nå de samme diagnostiske kriteriene etter en periode med økt fysisk aktivitet. En symptomendrende effekt av fysisk aktivitet ble også sett i flere av studiene, blant annet avdekkes reduksjon i negative og økning i positive følelser, økt energi og interesse, bedre sinnsstemning og økt opplevelse av glede blant ungdommer som trente (Charter. et al., 2016; Nasstasia et al., 2019; White et al., 2009). Dette viser til en helhetlig forbedring av det Aarre (2018) omtaler som kjernesymptomene på depresjon.

I lys av presentert bakgrunnskunnskap og valgt teori, vil jeg diskutere resultatene fra de syv utvalgte forskningsartiklene opp mot min valgte problemstilling:

Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til god effekt av fysisk aktivitet i behandling av ungdom med depresjon innlagt på institusjon?

### 4.1 Drøfting

For å strukturere drøftingsdelen er den delt opp i fire ulike underkategorier basert på sentrale funn i henhold til teorien og implikasjoner for sykepleie. I første del blir det sett nærmere på hvordan sykepleier kan bidra til en salutogen utvikling, i andre del er fokuset på hvordan sykepleier kan bruke fysisk aktivitet i empowerment, i tredje del fokuseres det på sykepleierens motiverende rolle, og i side del er fokuset på tilrettelegging av fysisk aktivitet.

#### 4.1.1. Sykepleier kan bidra til en salutogen utvikling:

Som beskrevet i teoridelen handler helse i et salutogent perspektiv om tilstedeværelse av trivselsfaktorer, og fokuset er på hva som skaper god helse heller enn fravær av sykdom (Espenes & Lindstrøm, 2014). Salutogen utvikling omhandler helsefremmende utvikling, og utvikling mot god helse. Antonovsky snakker om generelle motstandsressurser som en suksessfaktor å oppnå god psykisk helse og livskvalitet, og nødvendig for å oppnå salutogen utvikling av helse (Espenes & Lindstrøm, 2014). Sett ut fra dette perspektivet kan fysisk aktivitet i seg selv være en motstandsressurs i menneskets liv, da forskning viser at det både har diagnose- og symptomendrende virkning (Charter. et al., 2016; Lindström et al., 2015). Et eksempel på dette er at fysisk aktivitet viste seg å redusere forekomsten av negative automatiske tanker samt bedre pasientenes selvkonsept. Det kan tenkes at pasienten klarer å stå sin situasjon, samt håndtere depresjonen bedre når fysisk aktivitet synes å lede til redusert symptomtrykk (Nasstasia et al., 2019). Derfor kan det antas at ungdom som trener fast vil ha større sjanse til en salutogen utvikling og bedring av lidelsen, enn de som ikke trener fast.

Fysisk aktivitet er imidlertid ikke bare en motstandsressurs i seg selv, men kan også bidra til å styrke en rekke andre motstandsressurser. Dette ser man blant annet i Charter et al. (2016) sin studie der ungdommene fortalte at de opplevde økt energi og interesse, bedret søvn og stemningsleie, følelse av oppnåelse og glede sammen med en rekke andre

helsefordeler i forbindelse med trening. Disse funnene sammenfaller med det inntrykket jeg satt igjen med etter praksis i *Klinikk for rus og avhengighetsmedisin* der det virket som at ungdommene ble distraheret fra sine hverdagslige utfordringer og opplevde glede og bedret humør i forbindelse med treningsøktene. Et annet eksempel er at det ble rapportert om mindre negative følelser og flere positive følelser hos individer som trente fast, enn hos de som ikke gjorde det (Fløtnes et al., 2011). Dette blir også belyst i Nasstasia et al. (2019) sin studie der 61% av studiedeltakerne rapporterte om en tydelig forbedring i ulike kognitive fenomener, økt selvtillit, mestringstro, mindre selvkritikk, pessimisme og redusert følelse av verdiløshet. Alle disse nevnte fenomenene er iboende motstandsressurser hos ungdommene, og eksemplene illustrerer at fysisk aktivitet kan styrke disse. Ved å styrke slike motstandsressurser kan det tenkes at ungdommene får økt motstandskraft til å stå imot psykisk stress og andre type påkjenninger. Det kan trolig medføre at ungdommene blir bedre rustet til å håndtere sin depresjon.

Et annet relevant punkt er at om ungdommene skal kunne benytte seg av motstandsressursene må hun/han være klar over at de er der, og hvordan hun/han kan bruke dem. (Lindström et al., 2015). Her kan det tenkes at sykepleier kan spille en rolle ved å bevisstgjøre ungdommene om hvilke motstandsressurser de har i og rundt seg, men også hvilke stressorer de har i livet. Deretter veilede dem i hvordan de kan bruke sine motstandsressurser for å stå imot stress, og med det klare å bevare helsen. Dette vil bli en del av sykepleierens pedagogiske virksomhet som handler nettopp om å styrke pasientens ressurser (Kristoffersen, 2016). Om sykepleier lykkes med dette vil trolig ungdommene kunne bruke fysisk aktivitet som redskap for å mestre sin situasjon bedre, og det vil trolig kunne føre til salutogen utvikling.

#### 4.1.2. Sykepleier kan bruke fysisk aktivitet i arbeidet med empowerment:

Sett fra en annen synsvinkel kan sykepleierens bevisstgjøring og veiledning av ungdommenes motstandsressurser trolig være med på å styrke pasientens myndiggjøring eller empowerment. Som nevnt handler empowerment i korte trekk om å igangsette prosesser som gjør mennesket i stand til å håndtere sin situasjon bedre, noe som sammenfaller med effekten motstandsressurser kan ha i menneskets liv. (Espenes & Lindström, 2014; Kristoffersen, 2016). Styrkning av pasientens motstandsressurser og arbeidet med empowerment har med andre ord flere likhetstrekk. For at sykepleier skal lykkes med empowerment hos ungdommene slik at de kan håndtere sin situasjon selvstendig, er deres tro på å mestre avgjørende. Funn fra Charter et al., (2016) og White et al., (2009) viser at ungdommene ved bruk av fysisk aktivitet i behandling av depresjon, opplevde økt mestringstro.

I White et al. (2009) sin studie var mestringstro forbundet med deltakernes tro på å mestre øvelsene i treningsøktene. Ungdommenes deltakelse og prestasjoner i treningsøktene økte for hver uke som gikk (White et al., 2009). Mestringstroen viste seg imidlertid ikke til kun å handle om tro på å mestre trening. I studien til Charter et al. (2016) fortalte halvparten av studiedeltakerne at den økte mestringstroen hadde smitteeffekt på andre aspekter i livet, blant annet skole, sosiale settinger og i relasjoner.

For at ungdommene skal lykkes med å ta i bruk fysisk aktivitet med formål om en helsefremmende eller behandlende effekt, må de ha tro på at de klarer det (Kristoffersen, 2016). Sykepleiers rolle i en slik setting kan være å styrke pasientens opplevelse av å mestre trening gjennom sosial støtte i et veletablert menneske-til-menneske-forhold. I et slikt genuint gjensidig forhold vil sykepleieren stå i posisjon til å kunne møte pasientens

behov, se pasienten som individ samt hva som trengs for styrke pasientens tro på seg selv (Travelbee, 2017b). På den måten vil sykepleier trolig kunne være en god støttespiller på veien til god helse. En annen måte sykepleier kan styrke pasientens mestringstro på, er å tilrettelegge treningsøktene slik at ungdommene erfarer å mestre, slik det ble sett i studiet til Charter et al. (2016). Resultatene viste at når ungdommene erfarte å mestre øvelser de ikke trodde de skulle klare, fikk de mestringstro i forhold til andre øvelser, og det førte til økt treningsmotivasjon og bedret selvtillit (Charter. et al., 2016).

Dette funnet sammenfaller med Nasstasia et al. (2019) sine funn, som viser til en sammenheng mellom mestringstro og treningsmotivasjon. Resultatene deres belyser at når ungdommene opplever å mestre treningsøvelsene, blir de mer motivert til å delta på treningene og til å trene hyppigere og lengre enn det de gjorde før.

#### 4.1.3. Sykepleier kan bidra til indre motivasjon og helsefremmende undervisning:

Det er imidlertid ingen garanti for at mestringstro vil føre til utvikling av sunn motivasjon for trening. Ungdomstiden er en sårbar fase, der flere blir mer selvbevisste og selvkritiske (Stänke, 2020). Studier viser at kroppsbilde og utseende er viktige faktorer for psykisk helse i ungdomstiden (Fløtnes et al., 2011). Dette sammenfaller med funn fra Shannon et al. (2016) som viser at ungdom som trener for å gå ned i vekt eller andre utseendefikserte årsaker, rapporterer høyere nivåer av depresjon og selvskading enn de som trener for økt psykiske, fysiske eller sosiale helsegevinster (Shannon D. et al., 2016). I slike tilfeller kan det tenkes at fysisk trening ikke vil ha en salutogen virkning, men heller det motsatte. Det kan derfor trolig være hensiktsmessig at sykepleieren er bevisst på pasientens drivkraft til fysisk aktivitet. Sykepleier kan stille seg spørsmål om det er ytre motivasjon som for eksempel å gå ned i vekt og se annerledes ut, eller om det er et indre ønske om faktisk å få det bedre og oppleve økt velvære som er drivkraft for trening hos individene. Hvis pasienten har en utseendefixert årsak til trening, vil det trolig være hensiktsmessig at sykepleieren arbeider med å snu pasientens motivasjon til et indre ønske om å få det bedre, da all endring skjer bedre om individet er indre motivert (Kristoffersen, 2016).

Videre kan også sykepleierens motivasjonsarbeid handle om å skape et ønske om endring hos pasienten. For å skape et ønske om endring er kunnskap nødvendig (Kristoffersen, 2016). Motivasjonssamtalen er et passende samtaleverktøy for et slikt formål. Den har som hensikt å skape et ønske om forandring hos den andre parten gjennom en dialog bygd opp på et pedagogisk ideal (Kristoffersen, 2016). Slik kan sykepleier undervise om helsemessige gevinster som de ulike studiene avdekker. For eksempel kan sykepleier undervise om temaer som mer energi, bedre søvn, bedre humør og selvtillit, færre negative automatiske tanker og selvhat. Sykepleier kan også fremheve at ungdom som er inaktive har 75% høyere sannsynlighet for å føle seg nedstemt enn de som trener. (Charter. et al., 2016; Ma et al., 2020; Nasstasia et al., 2019).

På en annen side kan det være at kunnskap ikke er tilstrekkelig for å skape et ønske om endring blant ungdommene. For at ungdommene skal implementere fysisk aktivitet i livene sine, må det ha en mening for dem. Om ikke pasienten finner *mening* i de tiltakene hun/han blir oppfordret til å gjøre for å bevare eller fremme helse, er det sannsynlig at pasienten opplever at tiltakene ikke er verdt målet over tid (Travelbee, 2017a). For å unngå at dette skal skje kan sykepleier bistå ungdommene med å finne *mening* med økt fysisk aktivitet i livene deres ved hjelp av helsefremmende undervisning (Travelbee, 2017a). Om pasienten selv finner mening med å implementere fysisk aktivitet som ledd i å bevare eller fremme

helse er det trolig større sannsynlighet for at fysisk aktivitet vil ha en langvarig positiv effekt og salutogen virkning i ungdommenes liv.

En slik helsefremmende undervisning og motivasjon kaster også lys på viktigheten av menneske-til-menneske-forholdet. Kun når partene i relasjonen klarer å se bort fra hverandres roller, og sykepleieren klarer å se den enkelte ungdommen som et individ, vil pleieren kunne møte den enkeltes behov og kunne tilpasse sykepleien etter dette (Travelbee, 2017b). I denne settingen kan det tenkes at det kun er gjennom en slik relasjon at sykepleier kan få kjennskap til hvordan trening kan få mening i den enkelte pasientens liv, og bruke den for å bistå med meningsskapning.

#### 4.1.4. Sykepleier kan tilrettelegge konteksten og innholdet i treningsøktene:

Forskning viser at den sosiale konteksten kan ha innvirkning på effekten av fysisk aktivitet som intervensjon i behandling av depresjon (Dorè et al., 2016). Dore et al. (2016) sine resultater viser at ungdommer som trente i grupper rapporterte lavere nivåer av depresjon og bedre psykisk helse enn de som trente individuelt. Selv om ungdomstiden er en sårbar fase der mange blir selvkritiske og sammenligner seg med andre, viser det seg at den sosiale konteksten var verdsatt blant ungdommene (Charter. et al., 2016). Dette sammenfaller med mine egne erfaringer fra praksis i *Klinikk for rus og avhengighets medisin* der jeg opplevde at den sosiale konteksten rundt treningen skapte et samhold i pasientgruppen, og en felles interesse blant deltakerne. Flere av deltakerne i studien til Charter et. al. (2016) trakk frem følelsen av å ikke være alene og en opplevelse av aksept, som verdifulle opplevelser når de trente i en sosial kontekst. Basert på funnene til Dore et al. (2016) , Charter et al. (2016) og erfaringer fra praksis, kan det tenkes at det vil være hensiktsmessig at sykepleier i en miljøterapeutisk setting legger til rette for fysisk aktivitet i en sosial kontekst, heller enn individuell trening.

Dorè et al. (2016) belyser imidlertid resultatene fra en annen vinkel. De foreslår at årsaken til at ungdommene som trente i grupper rapporterte mindre symptomer på depresjon enn de som trente individuelt, hadde sammenheng med at de som deltok i grupper trente med høyere intensitet. Funnene deres taler for at høyintensitetstrening er mer gunstig i behandling av depresjon, fordi det førte til mindre rapportering av symptomer på depresjon enn hos de som trente med lavere intensitet (Dorè et al., 2016). Om sykepleierens tilrettelegging av treningsøktene hadde basert seg på disse funnene, kan det se ut som det ville være hensiktsmessig å oppfordre ungdommene til å drive høyintensitetstrening.

På en annen side taler funn i Ma et al. (2020) sin studie imot dette. Funnene taler for at det er hyppigheten av treningen som har noe å si for ungdommenes symptomtrykk heller enn intensiteten. Resultatene viser til at jo oftere ungdommene trener, jo mindre sannsynlig er det for at de rapporterer mistrivsel og nedstemthet (Ma et al., 2020). To tredjedeler av deltakerne i studiet til Charter et al. (2016) formidler at det å selv kunne velge intensitet og innhold i treningsøktene, var et verdsatt aspekt ved treningene. Hvis tilrettelegging av treningsøktene skal basere seg på funn fra studiene til Ma et al. (2020) og Charter et al. (2016), kan det virke som at det å legge til rette for at ungdommene kan trene ofte heller enn intenst, samt å gi dem frihet til å velge intensitet og innhold i øktene, vil være hensiktsmessig i behandlingstilbudet til de unge med depresjon.

## 4.2 Styrker og svakheter med litteraturstudiet

I denne oppgaven er systematisk litteraturstudie brukt som metode. Jeg har brukt Dalland (2017), Christoffersen et al. (2015), Aveyars (2014), Nordtvedt et al. (2012) og Evands (2004) for å sette meg godt inn i hva en litteraturstudie er, og hvordan det systematisk skal gjennomføres.

PICO-skjemaet presenteres i litteraturstudiet, mens søketabellen legges ved som vedlegg. Dette er fordi PICO-skjemaet ble brukt aktivt i søkeprosessen, og den presenterer mer oversiktlig og konkret hvordan jeg systematisk har gått frem i søkeprosessen, bedre enn det søketabellen gjør.

En styrke i dette litteraturstudie er at forskningen som er brukt kommer fra tidsperioden 2009 til dags dato, noe som vil si at det er nyere forskning. Jeg har også sørget for at all forskning er fagfellevurdert, for å sikre en viss standard. For at resultatene skal kunne være gjeldene i norsk kontekst, har jeg hatt som inklusjonskriterium at resultatene skal være kulturelt overførbare.

Majoriteten av forskningen som er brukt i dette litteraturstudiet er vinklet fra pasientperspektivet. Det var imidlertid ønsket å supplere med forskning fra sykepleieperspektivet; forskning som var mer spesifikt rettet mot sykepleierens rolle i en institusjon eller miljøterapeutisk setting. Dette prøvde jeg på i flere prøvesøk i de ulike databasene blant annet ved å inkludere søkeord som «nursing intervention», «nursing», «directive counseling» og «nursing guidance», men lyktes ikke med å finne relevante artikler. Derfor har jeg tatt i bruk ulik teori og bakgrunnskunnskap for å vinkle oppgaven mot sykepleierens rolle, og hvilke indikasjoner resultatene fra forskningsartiklene gir for sykepleie i praksis. Selv om en svakhet ved studien er at det ikke har med forskning fra sykepleieperspektivet eller om sykepleiers rolle, vil jeg trekke fram som en styrke at pasientperspektivet er godt representert.

En annen styrke er at det er blitt tatt i bruk svært lite sekundære kilder i denne studien. En sekundærkilde er benyttet i løpet av oppgaven. Denne er tydelig henvist til som sekundærkilde med sidetall og boken den er hentet fra.

En svakhet er imidlertid at alderen målgruppen når jeg skriver «ungdom» er noe uklart definert. I boken *Ungdom og psykisk helse* omtaler forfatterne ungdommer som individer i alderen 13-18 år, mens *unge* blir definert av WHO som individer i alderen 15 – 25 år. Altså omhandler resultatene i forskningsartiklene mine både ungdom og unge. Ung voksnen var også inkludert som søkeord for å treffe bredere i søkeprosessen. Det er imidlertid ingen av forskningsartiklene jeg bar tatt i bruk som omhandler unge voksne eksplisitt.

### 4.3. Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å se på hva sykepleier kan bidra til bedring av depresjon eller helsefremmende virksomhet ved bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet for ungdom med depresjon innlagt på institusjon.

Analyse av samtlige forskningsartikler avdekker at fysisk aktivitet har en positiv effekt på ungdom med depresjon, eller på depresjonssymptomer hos ungdom generelt. Diskusjon av resultatene fra forskningen opp mot valgt teori og bakgrunnskunnskap, avdekker en rekke måter sykepleier kan bruke fysisk aktivitet for å medvirke til bedring av depresjon eller utføre helsefremmende virksomhet.

Sykepleier kan synliggjøre fysisk aktivitet som en generell motstandsressurs, og bevisstgjøre ungdom på hvordan trening påvirker indre motstandsressurser. Slik kan sykepleier bruke fysisk aktivitet i arbeidet med empowerment og økt mestringstro blant ungdom. I pedagogiske tilrettelagte samtaler, for eksempel motiverende intervju, kan sykepleier bidra til endringsmotivasjon, og med helsefremmende undervisning. For at dette skal ha en optimal virkning må et relasjonen kunne i et genuint menneske-til-menneske-forhold. Sykepleier bør være oppmerksom på ungdommens motivasjonskilde for trening. Ytre motivasjon drevet av et ønske om endret utseende eller vektnedgang, er forbundet med høyere nivåer av depresjon, og viser ingen helsefremmende effekt. I slike tilfeller kan sykepleier bistå i å endre retningen på motivasjonen for å oppnå en salutogen utvikling. Til slutt kan sykepleier tilrettelegge den fysiske aktiviteten til en sosial kontekst der ungdommene selv kan velge intensitet og innhold da dette viser seg ha best behandlingseffekt, og å være et verdsett aspekt blant ungdommen.

## Referanseliste:

- Aveyard, H. (2014a). How do I analyse my findings? In *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*
- (Third edition. ed., pp. 136-156). Open University Press.
- Aveyard, H. (2014b). Why do a literature review in health and social care? In *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (Third edition. ed., pp. 1-18). Open University Press.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018*. (NOVA Rapport 8/18).
- <http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf>
- Charter., Morres. I., Repper. J., & Callaghan. (2016). Exercise for adolescents with depression: valued aspects and perceived change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 37-44.
- <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/jpm.12261>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). Hva er forskning? In *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (pp. 15-20). Abstrakt forl.
- Dorè, I., O'Loughlin, L., Beauchamp, G., Martineau, M., & Fournier, L. (2016). Volume and social context of physical activity in association with mental health, anxiety and depression among youth. *Preventive Medicine*, 91, 344-350.
- <https://doi.org/><https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.006>
- Espenes, G. A., & Lindstrøm, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 26-37). Cappelen Damm.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2), 22-26.
- <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fløtnes, I., S., , Nilsen, T., I., L.,, & Augestad, L., B.,. (2011). Norwegian adolescents, physical activity and mental health: The Young-HUNT study. *Norsk Epidemiologi*, 20(2), 153-161.
- <https://doi.org/><https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1336>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Fysisk trening for depresjon*. Retrieved 01.05 from <https://www.fhi.no/publ/2014/fysisk-trening-for-depresjon/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Barn og unge: Livskvalitet og psykiske lidelser. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Barn og unge er ikke nok fysisk aktive*. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/barn-og-unge-er-ikke-nok-fysisk-aktive/>
- Gustin, L. W., & Strømsnes, H. (2016). Fra vugge til grav. In *Psykologi for sykepleiere*



Fagbokforl.

Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. In G. Haugan & T. Rannstad (Eds.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 199 - 215). Cappelen Damm.

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (R. Bahr, Ed.)

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/\\_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf)

Helsedirektoratet. (2019). *1. Fysisk aktivitet for barn og unge*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-barn-og-unge#barn-og-unge-bor-vaere-i-fysisk-aktivitet-minimum-60-minutter-hver-dag>

Helsedirektoratet. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019*.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf/\\_attachment/inline/b71fe600-1f08-4882-b3d2-fb299b855658:76e926a9eea50b459f9a0ae5162282ef050d192d/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf/_attachment/inline/b71fe600-1f08-4882-b3d2-fb299b855658:76e926a9eea50b459f9a0ae5162282ef050d192d/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf)

Helsenorge. (u.å.). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Retrieved 4. mai from

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>

Knapstad, M., Heradstveit O, Sivertsen B. (2018). *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018*.

<https://shotstorage.blob.core.windows.net/shotcontainer/SHOT2018.pdf>

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. In N. J. Kristoffersen (Ed.), *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. ed., Vol. b. 3, pp. 349 - 402). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug, & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? . In N. J. Kristoffersen (Ed.), *Grunnleggende sykepleie: B.1: Sykepleie - fag og funksjo* (3. utg. ed., Vol. b. 1, pp. 15 - 27). Gyldendal akademisk.

Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.

- Ma, L., Hagquist, C., & Kleppang, A., L.,. (2020). Leisure time physical activity and depressive symptoms among adolescents in Sweden. *BMC Public Health*, 20:997.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-020-09022-8>
- Nasstasia, Y., Baker, A. L., Lewin, T. J., Halpin, S. A., Hides, L., Kelly, B. J., & Callister, R. (2019). Differential treatment effects of an integrated motivational interviewing and exercise intervention on depressive symptom profiles and associated factors: A randomised controlled cross-over trial among youth with major depression. *Journal of Affective Disorders*, Volume 259, 413-423. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.035>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012a). Kritisk vurdering In *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed., pp. 67-158). Akribe.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012b). Spørsmålsformulering. In *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed., pp. 29-39). Akribe.
- NTNUbibliotek. (2017, 13. jan. 2017). *Kildekritikk av artikler: T-O-N-E prinsippet* [Video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=rs5PFX5SIHc>
- Shannon D., Bonne, M., & Brausch, A. M. (2016). Physical Activity, Exercise Motivations, Depression, and Nonsuicidal Self-Injury in Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 46, 625 -633.  
<https://doi.org/DOI: 10.1111/sltb.12240>
- Skansen, A. (2020). Ungdom og depresjon. In L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Eds.), *Ungdom og psykisk helse*. Fagbokforlaget.
- Stänke, L. I. (2020). Ungdomstid som utviklingsfase. In L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Eds.), *Ungdom og psykisk helse* (pp. 55-65). Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (2017a). Hva er Sykepleie? In *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (pp. 27-48). Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (2017b). Menneske-til-menneske-forholdet. In *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (pp. 169 - 217). Gyldendal akademisk.
- Universitetsbiblioteket. (2021). *SØKEKURS: BA sykepleie - HSYK3003 Kull 2018 - Litteraturstudie*. Retrieved 05. mai from [https://learn-eu-central-1-prod-fleet01-xythos.learn.cloudflare.blackboardcdn.com/5def77a38a2f7/9589345?X-Blackboard-Expiration=1623283200000&X-Blackboard-Signature=Xlex%2B0TI4ZFDq0xDbA5dY77pgkTWrGEIUGT165z5WOU%3D&X-Blackboard-Client-Id=303508&response-cache-control=private%2C%20max-age%3D21600&response-content-disposition=inline%3B%20filename%2A%3DUTF-8%27%27Presentasjon\\_BA-oppgaven\\_kull2018\\_LittstudieApril2021.pdf&response-content-type=application%2Fpdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Date=20210609T180000Z&X-Amz-](https://learn-eu-central-1-prod-fleet01-xythos.learn.cloudflare.blackboardcdn.com/5def77a38a2f7/9589345?X-Blackboard-Expiration=1623283200000&X-Blackboard-Signature=Xlex%2B0TI4ZFDq0xDbA5dY77pgkTWrGEIUGT165z5WOU%3D&X-Blackboard-Client-Id=303508&response-cache-control=private%2C%20max-age%3D21600&response-content-disposition=inline%3B%20filename%2A%3DUTF-8%27%27Presentasjon_BA-oppgaven_kull2018_LittstudieApril2021.pdf&response-content-type=application%2Fpdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Date=20210609T180000Z&X-Amz-)

[SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=21600&X-Amz-Credential=AKIAZH6WM4PL5M5HI5WH%2F20210609%2Feu-central-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Signature=d0d5fddc5c5846e25abd2f2d6cb220b2eb91508042bf115b82e69bd3a4ec6f11](#)

White, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activit.* <https://doi.org/doi:10.1016/j.mhpa.2009.03.001>

WHO. (30. mars 2018 ). *Mental health: strengthening our response.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser* (S.-o. helsedirektoratet, Ed.). Gyldendal akademisk [https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka/\\_attachment/inline/2940e18d-9320-4536-b627-0f6289e362f6:6875a2309af7447a26d9731a6e7ff2cba814c14e/ICD-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelse%20kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer.pdf](https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka/_attachment/inline/2940e18d-9320-4536-b627-0f6289e362f6:6875a2309af7447a26d9731a6e7ff2cba814c14e/ICD-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelse%20kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer.pdf)

WHO. (2020). *Physical activity.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

WHO. (u.å. -a). *Adolescent health in the South-East Asia Region.* Retrieved 08.05 from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>

WHO. (u.å. -b). *Depression.* Retrieved 21. april from [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1)

Øhlckers, L. R., Heradstveit, O., & Sand, L. (2020). Introduksjon. In *Ungdom og psykisk helse* (pp. 15-32). Fagbokforlaget.

Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser In *Psykiatri for helsefag* (2. utg. ed., pp. 135-155). Fagbokforl.

## Vedlegg 1.

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
<b>CINAHL complete</b>	02.05	S1	(MH "Depression+")		119,127	
		S2	"depressive disorder"		70,635	
		S3.	(MH "Affective Disorders+")		125,935)	
		S4.	(MH "Adolescence+") OR (MH "Young Adult")		666,013	
		S5.	"exercise and mental health" OR (MH "Mental Health")		42,482	
		S6	(MH "Exercise+") OR "exercise"		212,750	
		S7	(MH "Physical Activity")		43,793	
		S8	S1 OR S2 OR S3		127,981	
		S9	S5 OR S6 OR S7		284,425	
		S10	S8 AND S9			
		S11	S8 AND S9 AND S4		2,379	
		S12	S8 AND S9 AND S4	2010-2021 Peer reviewed Adolescent: 13-18 years	1,694	<b>Nr. 6, 27, 30 og 32</b>
<b>MEDLINE (Ovid)</b>	12.04	S1.	depression.mp. or exp Depression/		425165	
		S2.	depressive disorder.mp. or exp Depressive Disorder/		123403	
		S3.	affective disorder.mp. or exp Mood Disorders		129632	
		S4.	adolescence.mp. or exp Adolescent/		2111776	
		S5.	youth.mp. or exp Adolescent/		2111776	
		S6.	exp Exercise/ or exercise.mp		428954	
		S7.	physical activity.mp. or exp Exercise/		281173	
		S8.	(exercise and mental health).mp.		5247	
		S9.	young adult.mp. or exp Young Adult/		936239	
		S10.	mental health.mp. or exp Mental Health/		210622	
		S11.	1 or 2 or 3		472641	
		S12.	4 or 5 or 9		2569168	

		S13.	6 or 7 or 8		487248	
		S14.	Directive Counseling.mp. or exp Directive Counseling/		4503	
		S15.	nursing guidance.mp.		47	
		S16.	14 or 15		4550	
		S17.	11 and 12 and 13 and 16	2009 -2021	10	<b>Nr. 1</b>
<b>SveMed+</b>	02.05	S1.	adolescent		9997	
		S2.	youth		9939	
		S3.	young adult		2930	
		S4.	1 OR 2 OR 3		11638	
		S5.	depression		1966	
		S6.	depressive disorder		1237	
		S7.	major depression		148	
		S8.	depressive symptoms		1383	
		S9.	5 OR 6 OR 7 OR 8		1981	
		S10.	physical activity		2776	
		S11.	exercise		3350	
		S12.	10 OR 11		3645	
		S13.	4 AND 9 AND 12	2009 - 2021 Peer reviewed	7	<b>Nr. 4</b>
<b>Manuelt søk</b>						
<b>Google scholar</b>	15.04	S1.	Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change		1	<b>Nr. 1</b>



