

Emilie Svendsen Dahl

Fysisk aktivitets bidrag i behandling av depresjon

Antall ord: 7396

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Kristin Espeland

Mai 2023

Emilie Svendsen Dahl

Fysisk aktivitets bidrag i behandling av depresjon

Antall ord: 7396

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Kristin Espeland
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Fysisk aktivitets bidrag i behandling av depresjon

Introduksjon/bakgrunn: Depresjon er en psykisk lidelse mange personer opplever og har behov for behandling for i løpet av livet. Tilgang til de kjente behandlingsoalternativene er begrenset. Fysisk aktivitet er også en behandlingsmetode som kan brukes i behandling av depresjon og som det stadig forskes på effekten av.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke på hvilken måte fysisk aktivitet kan bidra i behandling av depresjon.

Metode: Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie som inkluderer fem forskningsartikler og relevant teori til temaet.

Resultat: Resultatene av de fem forskningsartiklene viste funn av ulike effekter fysisk aktivitet medførte i behandling av en depresjon. Fysisk aktivitet fører til reduksjon av symptomer, å være sosial med andre mennesker og til å få en opplevelse av autonomi.

Konklusjon: Studiene kom frem til at fysisk aktivitet bidrar med ulike effekter i behandlingen av depresjon, noe som samsvarer med faglitteraturen om temaet. Effekten oppnås i ulike grader og hvilke effekter som oppnås er individuelt. Fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt og kan bidra til sosial deltakelse ved å gjennomføre aktiviteten sammen med andre, noe som også kan redusere symptomer. Studiene fokuserte på å legge til rette for selvbestemmelse og ansvarsfølelse i eget liv, noe deltakerne følte på. Dette er noe helsepersonell bidrar med. Derfor har vernepleier en viktig rolle i behandlingen ved bruk av fysisk aktivitet i form av tilrettelegging, støtte og motivasjon.

Nøkkelord: Depresjon, fysisk aktivitet, behandling, vernepleier

Abstract

Title: The contribution of physical activity in the treatment of depression

Introduction/background: Depression is a mental disorder many people experience and need treatment for during their lifetime. Access to the known treatment options is limited. Physical activity is also a treatment method that can be used in the treatment of depression and whose effects are constantly being researched.

Aim: The purpose of the thesis is to investigate how physical activity can contribute to the treatment of depression.

Method: This thesis is a systematic literature review that includes five research articles and relevant theory to the topic.

Result: The results of the five research articles showed findings of various effects physical activity caused in the treatment of depression. Physical activity leads to a reduction in symptoms, to be social with other people and to gain a sense of autonomy.

Conclusion: The studies concluded that physical activity contributes to different effects in the treatment of depression, which is consistent with the literature on the topic. The effect is achieved in different degrees and what effects are achieved are individual. Physical activity has an antidepressant effect and can contribute to social participation by carrying out the activity together with others, which can also reduce symptoms. The studies focused on facilitating self-determination and a sense of responsibility in their own lives, which the participants felt. This is something health professionals contribute to. Therefore, disability nurses have an important role in the treatment through the use of physical activity in the form of facilitation, support and motivation.

Keywords: Depression, physical activity, treatment, disability nurse

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 4 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 4 |
| 1.2 | Forforståelse | 5 |
| 1.3 | Oppgavens hensikt | 5 |
| 1.4 | Avgrensninger og presiseringer av problemstilling | 5 |
| 1.5 | Begrepsavklaring | 6 |
| 1.6 | Oppgavens disposisjon | 6 |
| 2 | Teoribakgrunn | 7 |
| 2.1 | Depresjon | 7 |
| 2.2 | Behandling av depresjon | 7 |
| 2.2.1 | Fysisk aktivitet som behandling av depresjon | 8 |
| 2.3 | Vernepleierens rolle i behandling | 9 |
| 3 | Metode | 11 |
| 3.1 | Systematisk litteraturstudie | 11 |
| 3.2 | Datainnsamling | 11 |
| 3.2.1 | Inklusjonskriterier | 11 |
| 3.3 | Søkeprosess | 12 |
| 3.4 | Kvalitetssikring av forskningsartiklene | 13 |
| 3.5 | Søkehistorikk | 14 |
| 3.6 | Litteratormatriser | 15 |
| 3.7 | Analyse | 20 |
| 3.7.1 | Tematabell | 21 |
| 4 | Resultat | 22 |
| 4.1 | Reduksjon av depressive symptomer | 22 |
| 4.2 | Sosiale faktorer og deltakelse | 23 |
| 4.3 | Opplevelse av autonomi | 24 |
| 5 | Diskusjon | 25 |
| 5.1 | Resultatdiskusjon | 25 |
| 5.1.1 | Reduksjon av depressive symptomer | 25 |
| 5.1.2 | Sosiale faktorer og deltakelse | 26 |
| 5.1.3 | Opplevelse av autonomi | 27 |
| 5.2 | Metodediskusjon | 28 |
| 6 | Konklusjon | 30 |
| 7 | Litteraturliste | 31 |

1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg introdusere hva som er bakgrunnen for valg av tema og hva som er hensikten og problemstillingen for oppgaven. Videre vil jeg belyse hvilke avgrensninger som er gjort for å ramme oppgaven. Jeg vil også avklare noen begreper fra problemstillingen som vil være gjennomgående relevant i oppgaven og presentere disposisjon for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er depresjon og fysisk aktivitet. Depresjon er en sykdom i form av en psykisk lidelse, som omtrent 20% av verdens befolkning vil få og ha behov for behandling for i løpet av livet (Holsten, 2020, s. 104).

Det er et relevant tema innenfor vernepleie fordi en vernepleier møter pasienter og brukere med depresjon på sine arbeidsplasser, eksempelvis i psykiatrien, bolig eller hjemmesykepleie. I arbeid med brukergruppen på slike steder er relasjon til tjenestemottaker viktig, og da står en av vernepleierens kjerne roller, *partnerrollen*, sentralt (Brask, et al., 2016, s. 41). En vernepleier har kunnskap til å yte gode tjenester ved å se mennesket og dets ressurser og begrensninger, og kompetansen med miljøarbeid er stor. Kunnskapen på området er viktig for å bistå mennesker som har en depresjon. Disse faktorene er viktige for gjennomføringen av fysisk aktivitet for en person med depressive symptomer. I arbeid med personer som har en diagnostisert depresjon vil en vernepleier være delaktig med å tilrettelegge og følge opp behandling. En del av dette kan være fysisk aktivitet, som stadig blir mere brukt som behandling hos personer med en psykisk lidelse (Brask et al., 2016, s. 23-24).

Med erfaring innenfor psykiatri, fra både jobb og praksis, hvor jeg har møtt personer som er i en depresjon har jeg vært delaktig iblant annet samtaleterapi, medikamentell behandling og elektroshokkbehandling. Den typen behandling er den mest vanlige og anerkjente, men likevel er det én av tre som ikke oppnår ønskelig effekt, og det er ventelister for behandling (Martinsen, 2020, s. 254). Fysisk aktivitet, som for eksempel å gå tur, har også vært en del av arbeidshverdagen jeg har opplevd med denne brukergruppen. Et slikt behandlingsalternativ er tilgjengelig for folk flest, og uten venteliste. Personer med depresjon kan ha stort behov for bistand til å starte opp og gjennomføre fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er «*et veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander*» (Helsedirektoratet, 2022, s.43). I en slik situasjon vil vernepleieren som helsepersonell være sentral (Moe & Martinsen, 2011). Jeg anser med bakgrunn av dette fysisk aktivitet som et interessant

tema for brukergruppen og ønsker derfor å undersøke teamet nærmere for å se om fysisk aktivitet har noen effekt og i så fall hvordan det kan være av betydning i behandlingen av en depresjon.

Jeg har med bakgrunn i dette kommet fram til følgende problemstilling: «*På hvilken måte kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?*».

1.2 Forforståelse

Fysisk aktivitet er en stor, viktig og avgjørende del av mitt liv. Det har en positiv innvirkning på både min fysiske og psykiske helse. I arbeid med pasienter og brukere synes jeg det er viktig å tilrettelegge for at de skal kunne være fysisk aktive som en del av hverdagen, ut ifra deres forutsetninger. I alle mine praksisperioder gjennom vernepleierstudiet har jeg observert at det er et fokus på forskjellige steder hvor vernepleiere kan jobbe, både for eldre og yngre tjenestemottakere. I siste praksisperiode innenfor psykiatri observert jeg viktigheten av dette hos personer med psykiske lidelser, særlig pasienter med depresjon. Fysisk aktivitet for personer med en depresjon er noe jeg har hørt om og vært oppmerksom på tidligere, gjennom ulike medier, både redaksjonelle og sosiale medier. Gjennom erfaringer og informasjon er det noe som har fanget oppmerksomheten min og som jeg ønsker å undersøke effekten av.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke på hvilken måte fysisk aktivitet kan bidra i behandling av depresjon. Dette er av vernepleierfaglig relevans da man kan møte brukere som har en depresjon og behov for behandling og tilrettelegging på alle områder i helse- og omsorgstjenesten.

1.4 Avgrensninger og presiseringer av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til voksne, altså personer over 18 år, med bakgrunn i at de fleste som får en depresjon vanligvis utvikler den i løpet av 20-årene (Holsten, 2020, s. 106). Jeg har ikke valgt å avgrense problemstillingen til en spesifikk grad av depresjon, grunnet begrensninger i litteratursøk og at jeg ønsker å undersøke effekten innenfor alle grader. Oppgaven vil derfor ta for seg både mild, moderat og alvorlig grad av depresjon. Innledningsvis har jeg omtalt personer med depresjon som «pasient» eller «bruker». De to begrepene kan bli brukt om personer med diagnosen videre i oppgaven, men tilknyttet forskningsartiklene vil begrepet «deltaker» i stor grad være gjentakende

grunnet at felles for alle deltakere i de fem forskningsartiklene er at de er diagnostisert med en depresjon.

Oppgaven vil fokusere på pasienter sine egne erfaringer i form av kvalitative studier og effekten av fysisk aktivitet i form av kvantitative studier.

1.5 Begrepsavklaring

Depresjon vil være eneste gjentakende begrep om diagnosen til personene som mottar behandling. Når de inkluderte nevnes som «deltakere» er de diagnostisert med en depresjon, enten i mild, moderat eller alvorlig grad.

Fysisk aktivitet vil stort sett bli brukt som begrep for å omtale behandlingsmetoden, men begrepet «trening» kan også bli nevnt.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er, inkludert innledning, delt inn i syv ulike kapitler. Først presenteres teori som er relevant for oppgavens problemstilling i kapittel 2. Videre er kapittel 3 redegjørelse for metode ved innhenting av forskningslitteratur og analyse av de inkluderte artiklene. Kapittel 4 inneholder resultatene av forskningen og dette diskuteres i diskusjonsdelen i kapittel 5. Avslutningsvis er kapittel 6 konklusjon av problemstillingen og kapittel 7 viser litteraturlisten.

2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil teori som er relevant for problemstillingen i oppgaven bli presentert.

2.1 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.utgave) definerer en psykisk lidelse som «*et syndrom karakterisert ved klinisk betydningsfull forstyrrelse av et individs kognisjon, følelsesregulering eller atferd som avspeiler en dysfunksjon i psykologiske, biologiske eller utviklingsmessige prosesser som ligger til grunn for psykisk fungering*» (Dahl, 2020, s. 9). Depresjon er en stemningslidelse, derav kjennetegnet med *senket stemningsleie* som et vanlig symptom, i tillegg til *manglende evne til å føle glede* og *depressivt tankeinnhold*. Fravær av evne til å ta initiativ og konsentrere seg er også vanlig. Det er ikke uvanlig at personer med depresjon ser depressive ut utad, opplever spenning inne i kroppen, får endret søvnmønster og matlyst eller har suicidale tanker. For at en diagnose skal kunne stilles må noen kriterier oppfylles. De nevnte symptomene må være til stede i to uker på rad, og de må være så alvorlige og betydelige at det svekker funksjonen i hverdagen. Depresjon kan opptre i tre ulike grader, mild, moderat og alvorlig (Holsten, 2020, s. 101-103).

Årsaken til at mennesker blir deprimerte kan være mange og forskjellige fra menneske til menneske. Depresjon kan være en komorbid sykdom, altså at den opptrer samtidig som en annen sykdom, da depresjon kan utvikles som følge av andre samtidige sykdommer. Andre faktorer kan for eksempel være genetikk, negative hendelser i livet, økonomi, arbeid eller rusmidler (Holsten, 2020, s. 104).

2.2 Behandling av depresjon

En depresjon behandles i ulike faser ut ifra behov. Noen ganger er det behov for akutt behandling, imens andre ganger vil forebyggende eller vedlikeholdsbehandling være nødvendig. Det finnes flere ulike behandlingsalternativer for depresjon. De mest brukte og kjente er blant annet behandling med psykoterapi, medisiner, lys og elektroshokk. Flere av disse er effektive alternativer. Med andre ord er depresjon en sykdom man kan bli frisk fra (Holsten, 2020, s. 104-105). Tilgangen på behandling er begrenset, så alternativer som fysisk aktivitet, som mennesker kan utføre selv uten en behandler eller medisiner, er nødvendig (Martinsen, 2018, s. 61).

2.2.1 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon

«Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå». Fysisk aktivitet kan altså være hverdagsaktivitet som en aktiv jobb, en gåtur eller det som blir sett på som trening, for eksempel kondisjon og styrketrening. Det blir brukt for å behandle sykdommer, både fysiske og psykiske. Behandling med kroppen som utgangspunkt er vanlig for å behandle sinnet (Martinsen, 2018, s. 34). Fysisk aktivitet blir brukt både forebyggende og som behandlingsmetode, ved akutt sykdom og på lengere sikt, ved depresjoner, og det viser god effekt (Kjellmann et al., 2015, s. 275). Den første artikkelen som omhandlet forskning på fysisk aktivitet som behandling for depresjon ble publisert i 1905, og det er siden den gang gjort mye forskning på området (Martinsen, 2018, s. 63).

Personer med psykiske lidelser er stort sett lite fysisk aktive. De fleste tror at den fysiske aktiviteten må være omfattende for å gi effekt, men forskning sier at det krever ikke mye, særlig ikke på generell basis for denne brukergruppen (Moe & Martinsen, 2011, s. 76). Anbefalingene for en god folkehelse er 30 minutter fysisk aktivitet om dagen, og det samme gjelder for å forebygge depresjon. Martinsen omtaler flere ulike forskninger som er gjort på temaet depresjon og fysisk aktivitet. Felles for de fleste forskningene er at de viser at fysisk aktivitet medfører en antidepressiv effekt, på lik linje som eksempelvis legemidler og samtaleterapi (Martinsen, 2018, s. 65). Fysisk aktivitet kan brukes alene som behandling, noe som stort sett gjøres når en depresjon har mild eller moderat grad, men kan også brukes samtidig med andre former for behandling, noe som er vanlig ved alvorlig depresjon (Martinsen, 2020, s. 254).

Fysisk aktivitet vil forbedre fysisk form, som er en gevinst for kroppens helse, både fysisk og psykisk. En stor del av fysisk aktive mennesker får økt selvtillit, føler seg sterkere og er mere glad (Moe & Martinsen, 2011, s. 77). Personer med depresjon har ofte et lavt energinivå og føler seg trøtte. Ved å trene er det naturlig at mennesket får en utskillelse av ulike hormoner, deriblant adrenalin og endorfin. Slik utskillelse er større hos personer som er lite trente. Adrenalin har en effekt på kroppen som gjør at man kvikner til og endorfiner gjør mennesker glade (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 29-30; Moe & Martinsen, 2011, s.81) For behandling av depresjon vil det være aktuelt å trene både utholdenhet, kondisjon og styrketrening. Det er ikke nødvendig at intensiteten er høy for å kunne oppnå effekt. Aktiviteten vil bidra til at de depressive symptomene endrer seg. En annen ting man ser er at personer med depresjon kan få økt livskvalitet av å være fysisk aktiv, da det å være fysisk aktiv kan gjøres sammen med andre og er dermed

sosialt, som kan være en positiv faktor for depresjon (Martinsen, 2020, s. 254-255). Moe og Martinsen omtaler en brukerundersøkelse hvor deltakerne beskriver at fysisk aktivitet ga dem muligheten til å ta i bruk egne ressurser, delta i noe sosialt, en stolthet og mere ro i både kropp og sjel (2011, s. 85-86). Ved bruk av fysisk aktivitet vil fokus på å delta, bestemme selv og bli ansvarliggjort være fokus framfor prestasjoner. Aktivitet sammen med andre, eksempelvis i grupper, kan gi pasienter mere energi og mulighet til å bli kjent med andre og bygge sosiale relasjoner (Moe & Martinsen, 2011, s. 81).

Depressive symptomer medfører liten evne til å være deltakende og utføre handlinger. En aktiv handling, som for eksempel fysisk aktivitet, kan derimot redusere depressive symptomer i form av at det følger ofte med både glede og mestring. For å oppnå dette er det avgjørende å finne og utføre aktiviteter som gir nettopp dette, og unngå de aktivitetene som gir negative effekter. Ved slik praksis kan det gi en følelse av å bestemme og tilrettelegge i eget liv og ha kontroll over egne tanker og følelser ved at man selv kan regulere tankene og følelsene med egne handlinger (Martinsen, 2018, s. 77-78). Kontroll i eget liv og evnen til å ta egne valg kan komme av å bli motivert å støttet av ytre faktorer. For å oppnå motivasjon og skape engasjement til å starte og opprettholde fysisk aktivitet vil det være behov for at helsepersonell kartlegger pasientens ferdigheter og interesser og hva de selv ønsker å oppnå (Moe & Martinsen, 2011, s. 81).

2.3 Vernepleierens rolle i behandling

Miljøarbeid, som er *«en faglig tilnærming for å påvirke både rammefaktorer og individuelle forutsetninger i retning av økt livskvalitet og mestringsevne hos brukeren»*, er et viktig redskap i arbeid med personer med depresjon (Brask et al., 2016, s. 23-24). Vernepleiere har bred kunnskap på flere områder. Eksempler på områder relevant til temaet depresjon og fysisk aktivitet er deriblant samarbeid, miljøterapeutisk arbeid, deltakelse og helsefremming (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2 og 3). En vernepleiers arbeid med pasienter skal jobbe ut ifra partnerrollen, som er en av vernepleierens kjerne roller. Partnerrollen omhandler samhandlingen med den enkelte pasient, hvor fokuset er på å tilrettelegge i et samarbeid med pasienten, og pasientens ønsker står i sentrum (Brask et al., 2016, s. 41). Arbeid med utgangspunkt i slike faktorer og bevisst bruk av partnerrollen til vernepleieren står sentralt når den fysiske aktiviteten skal iverksettes og opprettholdes hos personer med depresjon. Dette på grunn av pasienters svekkede evne til å ta initiativ og å utføre handlinger. Det krever at vernepleieren bistår med tilrettelegging og motivering i prosessen (Moe & Martinsen, 2011, s. 96). Pasienter med depresjon har stort behov for å

følges opp og motta hjelp for å kunne motiveres til å komme i gang (Moe & Martinsen, 2011, s. 84). Som vernepleier er det viktig å sette behovet til pasienter først og fokusere på behandlingen og de målene det foreligger et ønske om å oppnå. For å gjøre det må faktorer som deltakelse og motivasjon være tilstede, og aktivitetstilbud må tilrettelegges (Moe & Martinsen, 2011, s. 87). Alle mennesker har rett til å få oppfylt sin selvbestemmelsesrett og dermed ha en frihet til valg i eget liv. En vernepleier har et ansvar om å følge opp og tilrettelegge for at denne retten oppfylles (Befring, 2017, s. 51-53).

3 Metode

I dette kapittelet av oppgaven vil jeg presentere hvilken metode som er brukt for å besvare problemstillingen: «*På hvilken måte kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?*».

3.1 Systematisk litteraturstudie

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. At en oppgave er en systematisk litteraturstudie vil si at det har blitt gjort grundige søk etter relevant litteratur for så og gjennomgå det som er innhentet med et kritisk blikk og binde litteraturen sammen for å gi et svar på den konkrete problemstillingen som skal besvares. Målet med en slik studie er at den skal formidle kunnskap som er knyttet til den gitte problemstillingen.

Fremgangsmåten for denne litteraturstudien har tatt utgangspunkt fra kapittel 10 i Thidemann (Thidemann, 2020, s. 77-78).

3.2 Datainnsamling

Søket etter relevante forskningsartikler til problemstillingen begynte i mars 2023 og ble avsluttet i begynnelsen av mai 2023. I oppgaven er det inkludert fem fagfelleverderte forskningsartikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

3.2.1 Inklusjonskriterier

Det ble totalt sett gjort søk etter forskning publisert mellom 2011 og 2023.

Utgangspunktet var forskning siste ti år, men grunnet funn av lite relevante artikler ble søket utvidet til artikler fra og med 2011, da det ga treff på relevante artikler. Til å begynne med ble det gjort søk etter noen nyere artikler fra og med 2016, men grunnet få relevante treff ble søkene utvidet. Alle aktuelle artikler er fagfelleverderte og publisert på engelsk i vitenskapelige tidsskrifter. For å spesifisere problemstillingen ble det fokusert på voksne personer, altså personer over 18 år. Det forelå ingen begrensninger på land i søket, men det ble vurdert relevans ved gjennomgang av artiklene. Søk ble gjort etter både kvalitative og kvantitative artikler med IMRaD-struktur, av de inkluderte artiklene er 3 kvalitative og 2 kvantitative.

Til å begynne med var det usikkert om fokuset skulle være på en spesifikk grad av depresjon, eksempelvis alvorlig depresjon. Jeg har funnet noen artikler som fokuserer på en spesifikk grad, men også funnet flere artikler som tar for seg alle grader fra mild til alvorlig depresjon, og har derfor valgt at oppgaven skal gi et resultat for depresjon generelt.

3.3 Søkeprosess

Denne systematiske litteraturstudien har tatt i bruk artikler fra to ulike databaser, PUBMED og CINAHL. Det ble også gjort systematiske litteratursøk i MEDLINE, IDUNN og EMBASE, uten funn av aktuelle artikler. Grunnen til valget av nevnte databaser var at det er store databaser med et fokus innenfor helse, omsorg og medisin og et bredt spekter av artikler som dermed er relevante for denne oppgaven.

Når tema og problemstilling var formulert og klar ble det benyttet PICO-skjema (Population, Intervention, Comparison og Outcomes, med unntak av Comparison da det ikke var aktuelt) for å systematisere litteratursøket. PICO-skjema gjorde at det var enklere å komme fram til de relevante søkeordene.

Tabell 1: PICO-skjema (Thidemann, 2020, s. 84).

| Population (Konsept 1): | Intervention (Konsept 2): | Comparison: | Outcome (Konsept 3): |
|-----------------------------------|---------------------------|-------------|--|
| Personer over 18 år med depresjon | Fysisk aktivitet | Ingen | Behandling, effekt, pasientperspektiv |
| Depression, adult* | «Physical activity» | Ingen | Treatment*, effect*, «patient view», experience* |

Alle søk ble gjort med engelske søkeord. I begynnelsen ble det gjort noen brede søk for å bli kjent med databasene og hvor mye forskning som var på temaet. Søkene begynte med ordene «depression» og «physical activity» som ble brukt regelmessig og kontinuerlig i de fleste søk, da det er hovedbegrepene i problemstillingen. For å få treff på de konkret ønskede resultatene av forskning ble søkeordene «treatment» og «effect» i stor grad brukt. Det ga for det meste treff på kvantitative studier, som viser resultater i form av konkrete fakta, eksempelvis tall. Underveis i prosessen viste det seg å passe med en blanding av kvantitative og kvalitative studier for å i tillegg få med en vinkling på pasienters erfaring på behandlingen, da kvalitative studier har som hensikt å samle inn menneskers erfaringer (Thidemann, 2020, s. 75-76). For å få resultater på kvalitative studier ble det gjort søk på blant annet «patient view», «experience», «opinions» og konkret på «qualitative». Alle de nevnte søkeordene har blitt brukt i ulike kombinasjoner underveis i søkeprosessen for å finne fram til gode og relevante artikler.

Søkeordene har blitt satt sammen ved bruk av boolske operatører som «AND» og «OR». «NOT» har ikke blitt brukt. «AND» har blitt brukt når både det ene og det andre ordet som blir satt sammen skal være med i artikkelen og «OR» har blitt brukt når ønsket var at enten det ene eller det andre ordet, eller eventuelt begge, skulle være med i artikkelen. «AND» snevrer søket, imens «OR» gir et bredere søk. Ved søk med ord som «treatment» og «effect» som kan nevnes med ulike endinger, eksempelvis «effects» har søket blitt gjort med trunkering (*) for å få treff på artikler som bruker det gitte ordet med ulike endinger. Søkeordet har da sett slik ut «effect*». Et bestemt søkeord som er delt opp i to ord, for eksempel «physical activity» har blitt søkt på med anførselstegn for å få treff på artikler som har det stående sammen som et begrep (Thidemann, 2020, s. 87).

3.4 Kvalitetssikring av forskningsartiklene

Alle inkluderte artikler i oppgaven er kvalitetssikret. For å kvalitetssikre artiklene har det blitt gjort søk i kanalregisteret via Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å undersøke hvilket nivå tidsskriftet er på. En av artiklene (artikkelen fra British Journal of General Practice) er på nivå 2, imens resterende fire artikler er på nivå 1. Det vil si at alle artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter som publiserer fagfellevurderte artikler, og dermed er kvalifisert til å inkluderes i oppgaven.

Kvalitetssikringen har også omfattet bruk av sjekklister fra helsebiblioteket etter anbefaling fra Thidemann. *Sjekklister er pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler* (Thidemann, 2020, s. 91). Jeg har brukt to ulike sjekklister. En for randomiserte kontrollerte studier som er den benyttede forskningsmetoden for to av artiklene i oppgaven og en for kvalitative studier som er forskningsmetoden for tre av artiklene i oppgaven (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklistene har bidratt til at alle fem inkluderte artikler er kvalifiserte for oppgaven.

3.5 Søkehistorikk

Tabell 2: Søkehistorikk jf. Thidemann, 2020 (s.89).

| Søkedato og database | Søk nummer | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff | Leste abstract | Leste artikler | Artikler inkludert |
|----------------------|------------|---|--|--------------|----------------|----------------|---------------------------------|
| 14.04.2023 CINAHL | 1 | (depression AND adult*) AND physical activity AND treatment AND effect* | Årstall: 2014-2023 | 304 | 15 | 3 | Doose, M. et al. (2015) |
| 14.04.2023 CINAHL | 2 | (depression AND adult*) AND physical activity AND treatment AND effect* | Årstall: 2016-2023 | 253 | 10 | 2 | Toups, M., et al. (2016) |
| 25.04.2023 PUBMED | 3 | depression AND "physical activity" AND "patients views" | Årstall: 2011-2023 | 1 | 1 | 1 | Searle, A., et al. (2011) |
| 26.04.2023 CINAHL | 4 | Depression AND "physical activity" AND treatment* AND effect* | Årstall: 2014-2023 Subject: Major heading: depression | 169 | 5 | 2 | Machaczek, K.K., et al. (2022). |
| 04.05.2023 CINAHL | 5 | Depression AND "physical activity" AND qualitative | Årstall: 2012-2023 | 132 | 4 | 1 | Searle, A., et al. (2014) |

3.6 Litteratormatriser

Litteratormatrisene er skrevet med utgangspunkt i malen til Thidemann (2020, s. 95).

Tabell 3: Artikkel 1

| | |
|-----------------------|---|
| Full referanse | 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. <i>British Journal of General Practice</i> , 61(585):149-156. DOI: 10.3399/bjgp11X567054 |
| Hensikt | Å utforske pasienters syn på fysisk aktivitet for behandling av depresjon i forbindelse med primærhelsetjenesten. |
| Metode | Kvalitativ studie: Dybdeintervju. Deltakerne som ble intervjuet hadde deltatt i en randomisert kontrollert studie (TREAD – Trial of Exercise And Depression) som vurderte effekten av fysisk aktivitet for å håndtere depresjon. |
| Utvalg | 33 deltakere, 14 menn og 19 kvinner, i alderen 19-69 år. Studie fra Storbritannia. Hentet fra primærhelsetjenesten, men de fleste ble intervjuet i eget hjem. Deltakerne brukte ikke antidepressiva eller hadde nylig startet opp med det (innen 4 uker etter vurderinger). Deltakerne var diagnostisert med depresjon etter kriteriene i ICD-10. Graden av depresjon var varierende fra mild til alvorlig. |
| Resultat | <p>Det var stor grad av enighet om at fysisk aktivitet kan være til hjelp for å behandle en depresjon.</p> <p>Studien viste flere fordeler ved å være fysisk aktiv, eksempelvis bedre humør. Den viste forskjeller blant deltakerne ut ifra årsaken til depresjonen, da mange av de med biokjemisk utløsende årsak foretrakk aerobic imens de med situasjonell utløsende årsak foretrakk lavere intensitet, som å gå tur. Flere deltakere følte på positive endringer på flere områder som sammen bidro til bedre selvtillit.</p> <p>Felles for mange var at symptomene på depresjon, for eksempel tretthet og lav selvtillit, var til hinder for å være i mere fysisk aktivitet. Negative sider ved den fysiske aktiviteten ble stort sett rapportert fra lite aktive kvinner. De følte på lite selvtillit og at de ikke klarte å gjøre det de skulle.</p> <p>Grad av og årsak til depresjon ble belyst som en faktor til effektivitet av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet fremfor antidepressiva var ønskelig for mange. Men det var likevel ulike meninger knyttet til medisiner. Noen ønsket ikke medisin, noen så på det som en faktor til å klare å være mere fysisk aktiv og andre synes det var et enklere alternativ enn fysisk aktivitet. Likevel uttrykker noen deltakere at de har behov for samtaler eller andre behandlingsalternativer i tillegg til fysisk aktivitet.</p> |
| Kvalitet | <p>Styrker: De fleste deltakere ble intervjuet i eget hjem av forsker som var «uavhengig», noe som kan ha gjort deltakerne mere avslappet og åpne. Personer fra ulike sosioøkonomiske grupper deltok i forskningen.</p> <p>Svakheter: Det har vært lite forskning på pasienters syn på fysisk aktivitet i behandling av depresjon tidligere. Ulike etniske bakgrunner kan påvirkes ulikt av en depresjon, men forskningen inkluderte kun britiske med lys hudfarge.</p> |
| Etikk | Deltakerne fikk et informasjonsark om hva studien innebar før de samtykket. West Midlands Multicenter Research Ethics Committee ga etisk godkjenning. |
| Relevans | Artikkelen er relevant til problemstillingen for å utforske pasientperspektivet, slik at den gir blikk på hvordan pasienter selv mener fysisk aktivitet bidrar i behandling. |

Tabell 4: Artikkel 2

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | Machaczek, K.K., Allmark, P., Pollard, N., Goyder, E., Shea, M., Horspool, M., Lee, S., de-la-Haye, S., Copeland, R. & Weich, S. (2022). Integrating physical activity into the treatment of depression in adults: A qualitative enquiry. <i>Health Soc Care Community</i> , 30(3): 1006-1017. DOI: 10.1111/hsc.13283 |
| Hensikt | Å utforske hvordan man kan støtte personer med depresjon til å være fysisk aktiv og hvilke faktorer pasienter selv mener er avgjørende for å få til dette som et behandlingsalternativ. |
| Metode | Kvalitativ metode med dybdeintervjuer som ble tatt opp digitalt, men gjennomført fysisk (med unntak av ett intervju). Gjennomsnittsvarighet for intervjuene var 90 minutter. |
| Utvalg | Kriteriet for deltakelse var alder over 18 år og diagnostisering med depresjon. Deltakerne var 38-62 år. Studien brukte en målrettet prøvetaking for å få et bredt mangfold. 12 personer ble invitert til å delta, men kun 6 deltakere (5 kvinner og 1 mann) ble til slutt intervjuet. 4 var arbeidsledige. Studien var nord i England. |
| Resultat | Lidelsens natur: Depresjon er ofte langvarig og tilbakefallende, det er derfor behov for støtte over lengere tid ved fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet må tilpasses depresjonen, i og med at syklusen svinger. Negative tanker, eksempelvis lav selvtillit, kan hindre fysisk aktivitet for personer med depresjon. Individuelle faktorer: Fysisk aktivitet må tilpasses den enkelte person ut i fra ønsker, realistiske oppnåelser og hva som gir glede og mestring. Autonomi kan være en viktig faktor for å oppnå økt aktivitet da opplevelsen av å bestemme selv hvilken aktivitet som skal utføres kan gjøre det lettere. Sosiale faktorer: Sosial støtte kan være avgjørende for å øke fysisk aktivitet hos en person med depresjon. Med dette kan en tillitsperson eller å være i en gruppe gjøre det lettere å komme i gang og holde det ved like. |
| Kvalitet | Styrker: Mye materiale til forskningen fra dybdeintervjuene. Deltakerne delte sine erfaringer både i forhold til hvilke faktorer som kan bidra til økt aktivitet og hvilken virkning fysisk aktivitet kan ha på depresjon. Svakheter: Det var få deltakere i forskningen. Begrensninger knyttet til tid og økonomi kan ha ført til en seleksjonsskjevhet i rekrutteringen. |
| Etikk | Deltakerne mottok informasjonsark i rekrutteringsfasen, var informert om forskningen og samtykket skriftlig til at intervjuene kunne brukes. Sheffield Hallam University Ethics Committee godkjente forskningen etisk. |
| Relevans | Artikkelen vil bidra med materiale til å finne ut hva som skal til for å få fysisk aktivitet til å bli en meningsfull del av behandling og hvordan det kan gi en virkning. |

Tabell 5: Artikkel 3

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | Toups, M., Carmody, T., Greer, T., Rethorst, C., Grannemann, B. & Trivedi, M.H. (2016). Exercise is an effective treatment for positive valence symptoms in major depression. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 209:188-194. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.058 |
| Hensikt | Å evaluere hvilken effekt trening har på positive valenssymptomer, altså ulike situasjoner, hos personer med alvorlig depresjon. |
| Metode | Forskningen er kvantitativ, en randomisert kontrollert studie. Deltakerne utførte en viss treningsdose, enten høy eller lav dose, i en periode på 12 uker. Deltakerne rapporterte selv gjennom verktøyene SHAPS (Snaith Hamilton Pleasure Scale) og MEI (Motivation and Energy Inventory). Målinger ble utført før start, etter 6 og 12 uker. Skårene fra SHAPS og MEI ble knyttet opp mot QIDS (Quick Inventory of Depression Symptomatology) for å evaluere effekten av treningen og endringene i depresjonen. |
| Utvalg | Studie i Dallas, USA. 119 deltakerne i alderen 18-70 år. De har alvorlig depresjon og har deltatt i en TREAD-studie (Treatment with Exercise Augmentation for Depression). De hadde vist lite respons på behandling med SSRI (selektiv serotoninreopptakshemmer). |
| Resultat | Lav og høy dose gruppene begynte med lik skåre ved første måling. SHAPS viste ikke en betydelig forskjell mellom gruppene etter 6 og 12 uker, men det var en positiv nedgang. Nedgangen tyder på at deltakerne hadde større evne til å gjennomføre og være delaktig i hverdagslige og hyggelige opplevelser. MEI viste at treningen hadde en mere betydelig effekt ved at skåren økte hos begge grupper, men noe mere hos høy dose gruppen. Treningen viste altså effekt på måleverktøyene. QIDS viste god effekt for MEI. Det tyder på at deltakerne fikk mere motivasjon og energi, særlig fysisk, og noe mentalt. Den sosiale evnen ble også noe økt. |
| Kvalitet | Styrker: Studien har tatt i bruk måleverktøy som er laget for å måle motivasjon og effekt av fysisk aktivitet og dens betydning til å bedre depressive symptom, noe som vil gi et godt svar til problemstillingen. Svakheter: En intervensjonsvarighet på 12 uker kan være liten tid for å se optimal effekt, da det å skape resultater i en behandling av psykisk lidelse er avhengig av tid. De fleste deltakere var hvite og kvinner. Ved treningsintervensjon er det vanlig at deltakere faller fra, dette er ikke tatt med i effekten av forskningen. |
| Etikk | Deltakerne ga frivillig informert samtykke før oppstart. Artikkelen opplyser ikke om godkjenning fra etisk komité. |
| Relevans | Denne artikkelen er relevant å ta med i oppgaven i og med at måleverktøyene viser hvordan personer med depresjon endrer seg på områder som avviker fra normalen ved en depresjon, etter en periode med fysisk aktivitet. |

Tabell 6: Artikkel 4

| | |
|-----------------------|---|
| Full referanse | Doose, M., Ziegenbein, M., Hoos, O., Reim, D., Stengert, W., Hoffer, N., Vogel, C., Ziert, Y. & Sieberer, M. (2015). Self-selected intensity exercise in the treatment of major depression: A pragmatic RCT. <i>Int J Psychiatry Clin Pract</i> , 19(4):266-275. DOI: https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1082599 |
| Hensikt | Å utforske hvilken terapeutisk effekt fysisk trening, i form av gange eller løping med valgfri intensitet, har for personer med en unipolar depresjon. Studien vil undersøke hvilken effekt treningen har på depressive symptomer og se på utvikling av fysisk form. |
| Metode | Kvantitativ, en randomisert kontrollert studie. Deltakerne hadde en treningsperiode på 8 uker, med 3 økter i uken i 1 time av valgfri intensitet. For å måle effekt brukte forskerne hovedsakelig måleverktøyene HRSD-17 (Hamilton Rating Scale for Depression) og BDI-II (Beck Depression Inventory). |
| Utvalg | Forskning fra Tyskland. Rekruttering av deltakere foregikk fra en idrettsklubb. Det var 46 deltakere som var i aldersgruppen 18-65 år. Alle var diagnostisert med mild til alvorlig depresjon med ICD-10-kriterier. Deltakerne ble fordelt i to grupper, en intervensjonsgruppe (30 deltakere) og en kontrollgruppe (16 personer). |
| Resultat | 35 av deltakerne fullførte intervensjonen. I gjennomsnitt deltok deltakerne på 58% av treningsøktene. Forskingen ga et resultat som viste at fysisk aktivitet hadde en betydning for depresjon, men i ulike grader. HRSD-17 viste at nedgang i depressive symptom var stor og av betydning, imens BDI-II viste moderat effekt. Intervensjonsgruppen hadde betydelig større nedgang i depressive symptom enn kontrollgruppen. Resultatene viste ingen særlig stor bedring i fysisk form, men det viser at det ikke er nødvendig for å få bedring i en depresjon. Deltakerne selv rapporterte at de følte på noe bedring, men ikke i like stor grad som ble bevist gjennom måleverktøy. |
| Kvalitet | Styrker: Testprotokollen (UKK Walk Test) gir et godt estimat at aerob kondisjon på en enkel måte. Det kan gjøre det lettere for sårbare pasienter å delta. Treningsmetoden «selvvalgt intensitetstrening» gjør at deltakerne får oppfylt autonomi og sjansen for å fullføre det gitte program blir større. Svakheter: Deltakere ble begrenset til frivillige ved en idrettsklubb, det kan gjøre at statistisk kraft er lavere til å fange opp betydelige endringer i sekundære utfallsparemetere. Oppnåelse av effekt kan ha blitt større dersom varigheten på intervensjonsperioden hadde vært lengere, eksempelvis 20 uker. Deltakerne deltok gjennomsnittlig på 58% av treningsøktene, noe som kan ha senket effekten. Personen som bedømte resultatene, var ikke blindet. Måling av livskvalitet bør inkluderes i fremtidig forskning. |
| Etikk | Hannover Medical Schools etiske komité godkjente studien. Alle deltakere ga skriftlig informert samtykke og en helseattest fra lege for å dokumentere at de var innenfor kriteriene før oppstart. |
| Relevans | Artikkelen er relevant til oppgaven fordi den undersøker om og hvilken effekt fysisk aktivitet har på depresjon med måleverktøy som er laget for depresjon. |

Tabell 7: Artikkel 5

| | |
|-----------------------|--|
| Full referanse | 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. <i>Journal of Health Psychology</i> , 19(11): 1430-1442. DOI: https://doi.org/10.1177/1359105313493648 |
| Hensikt | Å utforske hvilke erfaringer pasienter med depresjon har med tilrettelagt fysisk aktivitet. |
| Metode | En kvalitativ studie med dybdeintervju basert på selvbestemmelsesteori og motiverende intervju. Intervju ble gjennomført 4 og 8 måneder etter gjennomført TREAD studie. |
| Utvalg | Forskning fra Bristol og Exeter i Storbritannia. 19 deltakere, både kvinner og menn, i alderen 19-69 år som var med i en randomisert kontrollert TREAD studie. De utvalgte hadde fullført primære oppfølgingsresultater etter studien. |
| Resultat | Deltakerne hadde en person som bisto med tilrettelegging av fysisk aktivitet, dette var støttende og hjelpsomt for dem. Deres tilrettelegger var ikke bestemmende, men veiledende. Det ga ansvar og evne til å bestemme selv for pasientene. Men en deltaker uttrykte at ubestemte pasienter kan få vanskelig med å gjennomføre med lite støtte som dette. Å møte sin støtteperson ansikt-til-ansikt og ha samtaler på telefon var viktig for intervensjonen. Møtet skapte relasjon og tillit, samtaler påminnet motivasjon og videre drivkraft. Målet om opparbeidelse av tilhørighet, kompetanse og autonomi ble i stor grad oppnådd. Deltakerne uttrykte forståelse hvordan aktivitet og depresjon henger sammen. |
| Kvalitet | Styrker: En kvalitativ studie som tar for seg flere ulike aspekter som fysisk aktivitet kan føre med seg. Deltakere med ulike grader av depresjon, hvor gjennomsnittet har moderat depresjon. Jevn fordeling mellom kvinner og menn. Svakheter: Liten variasjon i etnisitet. Deltakernes utvikling av tilhørighet, kompetanse og autonomi kan også ha sammenheng med annen behandling, så det kan ikke påstås at fysisk aktivitet har oppnådd dette. |
| Etikk | Etisk godkjenning ble gitt av West Midlands Multi-Centre Research Ethics Committee. Deltakerne ga informert samtykke før intervju både ved 4 og 8 måneders intervjuet. |
| Relevans | Artikkelen er relevant til oppgaven da den viser til gode intervju hvor pasienter deler egne erfaringer av hvordan fysisk aktivitet har bidratt i deres liv med depresjon. |

3.7 Analyse

For å utføre analysedelen av oppgaven med problemstillingen: «*På hvilken måte kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?*» har Aveyards tematiske analysemodell blitt benyttet som utgangspunkt. Modellen har ikke blitt fulgt slavisk, men den har vært en veiledning (Thidemann, 2020, s. 96).

Ved igangsettelsen av arbeidet med hver enkelt artikkel leste jeg gjennom hele artikkelen nøye to ganger for å skape et oversiktlig bilde av artikkelen som helhet. Underveis i arbeidet ble fokuset rettet på resultatet, da det er resultatdelen av artiklene som er hovedfokus for oppgaven med tanke på å sammenligne funn av forskningen fra de ulike artiklene. Til å begynne med var målet å lese gjennom og markere funnene som var gjort i forskningen, uavhengig av relevans for problemstillingen, for å skape en helhetlig oversikt resultatet. Når det var skapt en slik oversikt ble det lest gjennom flere ganger og videre markert med tusj for å identifisere hvilke tema som var tydelige i artikkelen. Etter hvert som det ble skapt en forståelse for resultatet ble det notert ned hovedtema i en tabell med alle artiklene. Når alle de ulike temaene til hver artikkel var skrevet ned ble de vurdert etter relevans for oppgaven, og hvilke temaer som var mest gjennomgående i de fem artiklene. Temaer som kun var i få artikler eller som ikke var av nok relevans ble fjernet fra tabellen. I oppgaven ble det tatt en avgjørelse om at temaer som ble nevnt med ulike navn i ulike artikler, eksempelvis «selvbestemmelse» og «autonomi» ble satt sammen til en sammenfattende og felles betegnelse i den endelige tematabellen med tema som inkluderes i oppgaven.

Underveis i prosessen ble det lagt merke til at temaene viste seg ulikt i de kvantitative og de kvalitative studiene. Eksempelvis fokuserer de kvantitative studiene mye på reduksjon av symptomer generelt ut ifra de måleverktøyene som brukes. De kvalitative studiene gir et bredere blikk på hvilke faktorer som forbedrer seg ved å være fysisk aktiv, uten å nevne at det spesifikt er en forbedring av depressive symptomer. Dette har gjort sammenligningen av tema noe utfordrende, men vil kunne gi en god vinkling i resultatdelen (Thidemann, 2020, s. 75-76).

3.7.1 Tematabell

Tabell 8: Tematabell

| Tema | Artikkel 1 | Artikkel 2 | Artikkel 3 | Artikkel 4 | Artikkel 5 |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Reduksjon av depressive symptomer | • | | • | • | • |
| Opplevelse av autonomi | • | • | | • | • |
| Treningsform/intensitetsnivå | • | • | • | • | |
| Sosiale faktorer og deltakelse | | • | • | | • |
| Støtte og tilrettelegging | | • | | | • |

Etter vurderinger om hvilke temaer som var gjennomgående og hadde relevans for problemstillingen har følgende tre hovedtema blitt valgt ut: 1. Reduksjon av depressive symptomer, 2. Sosiale faktorer og deltakelse og 3. Opplevelse av autonomi.

4 Resultat

I dette kapitlet vil jeg legge fram resultatene, i form av en sammenfatning av hovedfunn, fra de fem forskningsartiklene. Alle temaer som belyses er relevant til problemstillingen: «*På hvilken måte kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?*».

4.1 Reduksjon av depressive symptomer

Gjentakende i de fleste av forskningsartiklene, enten i større eller mindre grad, var at det ble belyst hvordan det å være i fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer. Det ble nevnt flere ulike depressive symptomer, men noen av symptomene var også gjentakende i flere artikler.

Deltakere i artikkel 1 uttrykte stor enighet om at humøret forbedret seg og at flere ulike faktorer bidro til at selvtilliten økte. De fortalte om effekten og følelsen man får av endorfiner, serotonin og adrenalin etter utført fysisk aktivitet. Mange delte at de følte på mere positive tanker når de var i fysisk aktivitet, noe som kunne fungere som en form for distraksjon fra de ellers negative tankene som depresjonen fører med seg. Evnen til å være fokusert ble også nevnt. Fysisk aktivitet ble beskrevet som en følelse av å ha en hensikt eller et mål å oppnå. Det var derimot delte meninger om hvilken form for aktivitet og intensitet som kunne bidra mest til dette (Searle et al., 2011, s. 152-153).

Det ble i både artikkel 1 og 3, som bruker forskjellig type forskningsmetode, henholdsvis kvalitativ og en kvantitativ forskning, dratt fram at energinivået økte etter perioden med fysisk aktivitet. Det gjaldt både den fysiske og mentale energien (Searle et al., 2011, s. 152-153; Toups et al., 2016, s. 191).

De to kvantitative artiklene, artikkel 3 og 4, viser som tidligere nevnt ikke til utdypende resultater om effekten av fysisk aktivitet på depresjon, men måleverktøyene som er brukt i forskningene viser til at intervensjonen reduserer depressive symptom (Toups, et al., 2016, s. 190-191). Artikkel 4 formidler at deltakerne i forskningen ble spurt i etterkant av treningsperioden om hvilken effekt de følte på av gjennomført trening. Deres svar viste til mindre effekt enn resultatene fra måleverktøyene (Doose, et al., 2015, s. 272-273).

Et mål med forskningen i artikkel 5 var å øke kompetansen til deltakerne om å være fysisk aktiv med en depresjon. En slik oppnåelse medførte en mere positiv tankegang i

form av å se lyst på fremtiden og hva man er i stand til å kunne oppnå (Searle et al., 2014, s. 1437).

4.2 Sosiale faktorer og deltakelse

En stor del av forskningen fra artikkel 2 omhandlet de sosiale faktorene som kommer fra å være fysisk aktiv. Fysisk aktivitet kan bidra til å møte andre mennesker. Et stort antall deltakere fortalte at de likte den sosiale delen av fysisk aktivitet. Treningen handler ikke nødvendigvis bare om den fysiske delen. Det kan være verdt å trene for å kunne finne nye venner og bygge nye nettverk til andre mennesker. For eksempel sa en deltaker: *«It's just my opinion, but I feel gyms are quite anti-social. It's like you've got to go on treadmill for ten minutes, then you've got to do that for ten minutes. You know, if you play tennis, even if you're doing it in an inside environment, you're with other people and you've got social aspects, it boosts your mood as well. (Participant 4, Female, Age 42)»* (Machaczek et al., 2022, s. 1010).

Deltakerne fortalte at de følte seg mindre ensom og isolert gjennom det sosiale. Å være sammen med andre om å være fysisk aktive kunne gi en følelse av at det ga et utbytte og gjøre det enklere å holde det gående. Det ga mulighet til å bygge forbindelser på et emosjonelt nivå og et ansvar for å bidra og være tilstede med de andre. Ved å være sosial kunne de ha omgang med andre mennesker og fortelle og lytte til erfaringene de andre hadde (Machaczek et al., 2022, s. 1010-1011).

Den kvantitative studien i artikkel 3 kom fram til at fysisk aktivitet gjorde at deltakerne med depresjon var mere motiverte og hadde en større evne til å være sosiale og delta i ulike opplevelser, både i hverdagen og andre sosiale situasjoner (Toups, et al., 2016, s. 190-191).

Deltakerne i artikkel 5 hadde en støtteperson som bidro til tilrettelegging for fysisk aktivitet. Forholdet til støttepersonen og den fysiske aktiviteten bidro til å klare å være mere delaktig i hverdagslivet. Gjennom dette følte deltakerne på en tilhørighet. Tilhørighet var også en viktig faktor i felles fysisk aktivitet med andre. I den forbindelse ble det nevnt å ha selvtillit til å kunne delta i det sosiale. De snakket rundt hvilke positive betydninger sosiale relasjoner kunne ha for å være motivert til å drive med fysisk aktivitet (Searle et al., 2014, s. 1435 & 1437).

4.3 Opplevelse av autonomi

Fire av artiklene tar for seg hvordan fysisk aktivitet har fått personer med depresjon til å kunne ta valg, bestemme selv og få en opplevelse av autonomi. En deltaker fra forskningen i artikkel 1 forteller om det å gjøre en form for aktivitet som man selv setter pris på. Ved å gjennomføre denne aktiviteten har man bestemt aktiviteten på egenhånd og det kan gi mestring og økt selvtillit. Deltakerne beskriver at autonomi i eget liv er en viktig faktor, og at det er noe den fysiske aktiviteten kan tilføre (Searle et al., 2011, s. 153-154).

I forskningen fra artikkel 2 fikk deltakerne støtte til å komme i gang med fysisk aktivitet. Det ble bevisst lagt til rette for at de selv fikk mulighet til å ta valgene knyttet til dette. Det ble belyst at de hadde ulike preferanser når det kommer til fysisk aktivitet. Det benyttet de seg av når de skulle integrere aktiviteten som en del av behandlingen og hverdagen sin. Preferansen for aktivitet alene eller sammen med andre var varierende i gruppen, og varierte også individuelt ut ifra sykdomsbildet. Disse variasjonene og valgene ga deltakerne muligheten til å ta ansvar og bestemme over tilretteleggingen av egen behandling (Machaczek et al., 2022, s. 1009-1010).

Den kvantitative studien i artikkel 4 fokuserte på at treningen skulle være med selvvalgt intensitet. Dermed får deltakerne være med på å bestemme i den studien de deltar i, og det kan også gjøre gjennomføringen av treningen enklere (Doose et al., 2015, 273-274).

Opplevelsen av å være med på å bestemme innenfor fysisk aktivitet som behandling var også sentralt i artikkel 5. En del av intervensjonen til deltakerne var å utvikle egne mål og følge egen framgang. På en slik måte tok de valg om sin aktivitet og fikk selv et ansvar knyttet til det. De beskriver at det ga en opplevelse av autonomi. Personen som bidro med tilrettelegging for fysisk aktivitet hos deltakerne gjorde at noen etter hvert følte på en selvstendighet, imens andre jobbet mot målet om å være motivert og engasjert på egenhånd slik at de kan ta ansvar for egen fysisk aktivitet som behandling (Searle et al., 2014, s. 1435 og 1438).

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil det bli presentert to ulike diskusjoner knyttet til oppgaven, en resultatdiskusjon og en metodediskusjon.

5.1 Resultatdiskusjon

I denne første delen av diskusjonskapitlet vil problemstillingen: «*På hvilken måte kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?*» bli drøftet ut ifra resultatene fra de fem forskningsartiklene og relevant teoribakgrunn fra kapittel 2. Med tanke på problemstillingens vinkling vil effekten av den fysiske aktiviteten på behandling av depresjon først bli diskutert og deretter vernepleierens rolle i dette.

5.1.1 Reduksjon av depressive symptomer

Personer som har en pågående depresjon vil være preget av depressive symptomer. Derav vil behandling av depresjon ha stort fokus på at de depressive symptomene skal reduseres slik at mennesket kan forsøke å komme tilbake til sin habituelle tilstand med positive symptomer. Flere av faktorene som nevnes som typiske depressive symptom i bokkapitlet til Holsten (2020, s. 102-103), nevnes som et bedret symptom i flere av artiklene, eksempelvis at et depressivt symptom kan være depressivt tankeinnhold, men at behandling med fysisk aktivitet kan bidra til større grad av positive tanker (Searle et al., 2011, s. 153). De fem kvalitative og kvantitative artiklene som er brukt i denne litteraturstudien, og annen forskning på fysisk aktivitets betydning for personer med depresjon, som Martinsen omtaler i «Kropp og sinn» (Martinsen, 2018, s. 65) viser stor grad av enighet om at det har en antidepressiv effekt i form av at kjente symptomer som medfølger en depresjon får en varierende grad av bedring ved fysisk aktivitet.

Artiklene som belyser temaet «reduksjon av depressive symptomer» belyser noen av de samme, men også forskjellige bedringer av symptom. Det kan tyde på at fysisk aktivitet påvirker individer på forskjellige måter. Moe & Martinsen (2011, s. 77) beskrev at de som er fysisk aktive føler seg mere glad og får en økt selvtillit. Artikkelen til Searle et al. (2011, 152-153) belyste også økt selvtillit som en bidragsyter, og deltakerne ytret at de var i bedre humør etter en periode med fysisk aktivitet. Ved å være fysisk aktiv bruker kroppen energi (Martinsen, 2018, s. 34). Menneskets naturlige prosesser medfører at ved å være i bevegelse og bruke energi så forekommer et utslipp av hormoner, for eksempel adrenalin og endorfin. Dette kan virke ved å gi en oppkvikkende effekt og en følelse av glede. Det er naturlig at personer med depresjon, som er en lite aktiv befolkningsgruppe, føler på en effekt av denne prosessen da utslipp av slike hormoner forekommer i større grad hos lite trente personer (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 29-30).

For å komme i gang og etter hvert oppnå eventuelle effekter av den fysiske aktiviteten vil bruk av vernepleierens miljøterapi være et nyttig virkemiddel (Brask et al., 2016, s. 23-24). Det krever engasjement og tro på behandlingen fra tjenesteyter. Pasientens behov må være i fokus og ved å være tilgjengelig med å bistå på veien og følge opp pasienten tett kan det bygge opp en ytre motivasjon til å sette i gang (Moe & Martinsen, 2011, s. 84). Tretthet og lite energi er vanlig ved depresjon. Resultatene av forskningen til Searle et al. (2011, s. 152-153) og Toups et al. (2016, s. 191) viste at fysisk aktivitet medførte at energinivået økte, både fysisk og mentalt. Searle et al. (2011, s. 1437) beskrev at deltakerne ytret at den positive tankegangen innebar tro på seg selv og egen oppnåelse. Trettheten og det lave energinivået før gjennomført fysisk aktivitet medfører ofte lite motivasjon til å igangsette. For å øke selvilliten og troen på seg selv krever det at vernepleieren tilrettelegger for mestring ved kartlegging av hvilke interesser og ferdigheter pasienten har (Moe & Martinsen, 2011, s. 81).

5.1.2 Sosiale faktorer og deltakelse

Med en depresjonsdiagnose er det vanlig å trekke seg unna mennesker rundt seg, være for seg selv i form av å isolere seg og ikke være i stand til å ta initiativ (Holsten, 2020, s. 103). Dette har også vært tilfellet hos deltakere i forskningene, men de har ytret at fysisk aktivitet har fungert som en arena for å være mere sosial og tilstede med andre mennesker. Den sosiale delen av å være fysisk aktiv har blitt gjennomgående trekt fram som en del som har blitt likt og er viktig, i og med at fysisk aktivitet er mere enn bare det å trene. Hos personer med depresjon bør den sosiale delen og det å delta med andre være i fokus, heller enn å prestere (Moe & Martinsen, 2011, s. 81). Gjennom aktiviteten kan du møte andre mennesker. En deltaker trekker sammenheng mellom å være sosial og reduksjon av symptomer i form av at humøret forbedres (Machaczek et al., 2022, s. 1010).

Når aktiviteten fokuserer på deltakelse og samhandling med andre får mennesker naturlig mere motivasjon til å møte opp og gjennomføre over tid (Moe & Martinsen, 2011, s. 87). Resultatene fra artikkel 2 viser at nettopp dette er drivende hos personer med depresjon. Fysisk aktivitet som en sosial interaksjon førte til mindre ensomhet og en ansvarsfølelse. Motivasjonen og drivkraften til å ha fysisk aktivitet som en kontinuitet i hverdagen ble større ved å være med andre (Machaczek et al., 2022, s. 1010-1011).

Sammenhengende med at fysisk aktivitet medfører økt energi, både fysisk og mentalt, ga det deltakerne en større evne og lyst til å være deltakende med andre mennesker

(Toups, et al., 2016, s. 190-191). Det samsvarer med faglitteraturen som sier at personer med psykiske lidelser som deltar med andre i aktivitet føler seg mere oppladet, både fysisk og psykisk (Moe & Martinsen, 2011, s. 81).

Vernepleierens kompetanse innen deltakelse og helsefremming vil kunne tas i bruk i relasjon med pasienten i behandlingsprosessen (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2 og 3). Å komme seg ut, være fysisk aktiv eller delta på diverse aktiviteter kan være utfordrende. I arbeid mot å motivere til å få til dette vil vernepleier kunne ha stor betydning. Ved bruk av partnerrollen til vernepleieren vil relasjonen mellom vernepleier og pasient kunne jobbe sammen mot en oppnåelse og dermed bidra til at pasienten er sosial og omgås mennesker (Brask et al., 2016, s. 41). Relasjon til en støtteperson hjalp deltakerne i forskningen til Searle et al. med å få en følelse av å tilhøre noe og klare å være delaktig på et høyere nivå (2014, s. 1435). Vernepleier kan bruke sin kompetanse til å stille seg på samme nivå som pasient. Dette kan gjøres ved å delta i den fysiske aktiviteten med pasienten og ikke ha fokus på egen prestasjon men heller på pasientens for å motivere og skape mestringfølelse for vedkommende (Moe & Martinsen, 2011, s. 87).

5.1.3 Opplevelse av autonomi

Hos mennesker som har en diagnose som preger hverdagslivet i den grad depresjon gjør hvor tap av følelser og evne til å ta initiativ og valg er svekket er det ofte nødvendig med tilrettelegging og opparbeidelse av følelsen av å oppleve å kunne bestemme selv og være deltakende i eget liv (Holsten, 2020, s. 102-103; Moe & Martinsen, 2011, s. 81). Dette temaet har stått sentralt i resultatene i forskningsartiklene.

Velkjente og effektive behandlingsmetoder for depresjon har begrenset tilgang grunnet ventelister. Behandling med fysisk aktivitet, som viser effekt på flere områder, er en behandlingsmetode som ikke er avhengig av en behandler. Det kan overlate ansvar og autonomi til pasienten selv (Holsten, 2020, s. 104-105; Martinsen, 2018, s. 61). Fysisk aktivitet er noe som kan utføres på flere ulike måter og i ulike intensiteter ut ifra individets forutsetninger og ønsker. (Martinsen, 2020, s. 254-255). Det er altså ikke behov for en omfattende og krevende trening for å oppnå effekt, særlig ikke til en pasientgruppe som har depresjon, da de vanligvis er lite aktive (Martinsen, 2011, s. 76). Ved at disse ønskene blir satt i fokus får pasienten mulighet til å ta ansvar for egen behandling og bestemme selv hva han eller hun ønsker å gjøre. For eksempel fokuserte forskningen i artikkel 4 på at alle deltakere skulle bestemme selv hvilken intensitet de ønsket å benytte i sin trening, noe som var med på å gjøre det lettere å fullføre

treningen (Doose et al., 2015, s. 272-273). Autonomi i eget liv er en rett alle mennesker har og en viktig faktor i ethvert liv. Med en depresjonsdiagnose kan fysisk aktivitet bistå til å oppfylle følelsen av nettopp dette. Selvbestemmelse bidrar med at pasienten selv får tatt valg som gjør at aktiviteten som utføres samsvarer med egne ressurser og ferdigheter, som er en vei til økt selvtillit og mestring (Moe & Martinsen, 2011, s. 85-86; Searle et al., 2011, s. 153-154; Befring, 2017, s. 51).

På veien mot å ta egne valg og bli fysisk aktiv vil en vernepleier støtte og tilrettelegge. I oppstart av en behandlingsmetode som fysisk aktivitet vil det kreve en relasjon til pasient med motivasjon og tilrettelegging fra helsepersonell, sett i lys av depressive symptomer som initiativløshet (Moe & Martinsen, 2011, s. 96). I en prosess med støtte i form av ytre motivasjonsfaktorer kan en pasient gradvis oppleve å være i stand til å ta valg og få og ta styring i egen behandling (Moe & Martinsen, 2011, s. 81). I oppstart med en aktivitet vil det derfor være naturlig å ta med pasienten i valgene, slik som i forskningen i artikkel 2. Underveis i intervensjonen bestemte deltakerne formene for aktivitet ut ifra egne preferanser og hva som passet best der og da. De utrykte at det ga de en ansvarsfølelse (Machaczek et al., 2022, s. 1009-1010). For å inkludere fysisk aktivitet som en del av sin livsstil er det av betydning å drive med en aktivitet som tilfører positive effekter. Det er naturlig at en slik prosess utføres i samarbeid mellom helsepersonell og pasient, med pasient i fokus. Slik får pasienten selv tilrettelagt og oppfylt en kontroll (Martinsen, 2018, s. 77-78). En slik praksis ble benyttet i forskningen fra artikkel 5. Noen av deltakerne beskrev en følelse av å være selvstendig og andre at støtte fra en person bidro til å jobbe mot å motivere og engasjere seg i fysisk aktivitet på egen hånd (Searle et al., 2014, s. 1438). Det tyder på at et samarbeid om fysisk aktivitet over tid, mellom vernepleier og pasient, kunne føre til opplevelse av autonomi.

5.2 Metodediskusjon

I denne andre delen av diskusjonskapittelet vil det bli gjort en diskusjon knyttet til oppgavens metode. Diskusjonen vil belyse styrker og svakheter ved metoden som har blitt brukt.

Denne litteraturstudien inkluderer både kvalitative og kvantitative artikler, henholdsvis tre kvalitative og to kvantitative. Det ga mulighet til å sammenligne hvilke resultater som fremkommer ved studier som utforsker samme tema men med forskjellig metode. De kvalitative artiklene gir flere og mere utdypende resultater som kan gi flere resultater og dermed skape en bedre forståelse ved drøfting og konklusjon. Når resultatene av de kvalitative og de kvantitative artiklene samsvarer gir det en pålitelighet, i denne

litteraturstudien i form av at pasienter beskriver sine erfaringer som samsvarer med måleverktøy, så kombinasjonen av ulike studier ses på som en styrke, men dersom kun kvalitative studier hadde vært inkludert kunne oppgaven inneholdt flere utdypende og konkrete resultater. De tre kvalitative artiklene fokuserte alle på deltakernes syn på fysisk aktivitet slik at de fikk formidlet hvordan fysisk aktivitet bidro i behandlingen. Det ga gode funn til artiklene. De kvantitative artiklene støttet opp om effektiviteten av fysisk aktivitet gjennom måleverktøy som er egnet for området.

Alle inkluderte artikler var forskninger som er gjort utenfor Norge og originalspråket ved publisering var engelsk. Oversettelse er forsøkt gjort grundig og artiklene har blitt gjennomgått både på norsk og engelsk for å skape en god forståelse. Likevel kan oversettelse av forskningslitteratur fra engelsk til norsk ha medført mistolkninger av forskningen og dermed uklarheter i resultatene. Fra start var det et ønske å inkludere noen norske artikler for å tydeliggjøre temaet i Norge og sammenligne med andre land. Grunnet lite funn ble norsk forskning ikke inkludert, dette ble da sett på som en svakhet. Tre av de inkluderte forskningene er imidlertid gjort med deltakere i England, som har et helsesystem med flere likhetstrekk til Norge sitt. Det var en bevissthet i utvalget da disse forskningene ble sett på som relevant. Totalt er forskning fra tre ulike land inkludert, noe som gir et blikk på temaet i ulike deler av verden. To av artiklene er gjort av fire av de samme forskerne. Artiklene belyste temaet ulikt og begge ga gode og relevante resultater til oppgaven. Alle artiklene er kvalitetssikret gjennom Norsk senter for forskningsdata, sjekklister fra Helsebiblioteket og de følger IMRaD-struktur.

Forskningsartikler med høy relevans for problemstillingen kan ha blitt oversett i litteratursøkene, og ved å benytte andre søkeord og søkekombinasjoner kunne det resultert i treff på andre artikler av relevans. I arbeidsprosessen forsøkte jeg å hele tiden være bevisst på min forforståelse av temaet og hadde fokus på å se hele bilde av forskningen for å få et så helhetlig bilde av temaet som mulig, likevel kan forforståelsen ha påvirket arbeidet med oppgaven. Overensstemmelse mellom teoribakgrunn og resultatene fra forskningsartiklene ga lite rom for drøfting med motargumenter.

Arbeidsprosessen med oppgaven har vært utfordrende, lærerik og spennende. Jeg har mottatt god og meningsfull hjelp fra veileder og hatt god nytte av tidligere bacheloroppgaver og samarbeid med medstudenter.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke på hvilken måte fysisk aktivitet kan bidra i behandling av en depresjon. Fysisk aktivitet omfatter mere enn kun fysisk trening. Resultatene av de fem inkluderte studiene viser at fysisk aktivitet bidrar med ulike effekter som behandling av depresjon. Denne effekten kan opptre i ulike grader og på ulike områder, noe som kan være individuelt. Ved å være fysisk aktiv kan depressive symptomer reduseres, man kan føle på å være en del av noe i form av tilhørighet, være sosial med andre og få en opplevelse av autonomi i eget liv og egen hverdag.

Faglitteraturen som omhandler fysisk aktivitet og depresjon samsvarer med denne forskningen.

Depressive symptomer som medfølger en depresjon viser seg å reduseres ved å være i fysisk aktivitet, da fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt. Symptomer som er kjente ved en depresjon bedres i varierende grad. Fysisk aktivitet kan bidra til at tankesettet blir mere positivt og at energinivået, humøret, selvtilliten og gleden øker. Reduksjon av symptomer viste seg også i kombinasjon med den sosiale delen av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet beskrives som en sosial arena med mulighet til å bygge nettverk og være med andre mennesker. Sosial omgang med mennesker ga energi og godt humør som bidro til å motivere seg og gjennomføre aktivitet sammen og en følelse av ansvar. Fokuset på opplevelse av autonomi i forskningene førte til at deltakerne fikk mulighet og evne til å bestemme selv og ta mere ansvar i eget liv. Grunnet de depressive symptomene til personer med depresjon spiller vernepleieren en stor rolle i behandlingen ved bruk av fysisk aktivitet. En vernepleier bygger relasjon til pasienten og videre tilrettelegger, støtter og motiverer til fysisk aktivitet. Dette krever kompetanse innen miljøterapi og relasjonsbygging for å bli kjent med pasientens ferdigheter og interesser.

Temaet fysisk aktivitet og depresjon har vært forsket på i lang tid, men etter å ha gjennomført denne litteraturstudien ser jeg at det er behov for nyere forskning på temaet, særlig i form av kvalitative studier som legger fram pasienters syn på effekten som oppnås, og eventuelt observasjoner og vurderinger gjort av helsepersonell.

7 Litteraturliste

Befring, A.K. (2017). *Helse- og omsorgsrett*. Cappelen Damm.

Brask, O.D., Ødegård, A. & Østby, M. (2016). *Vernepleierens kjerne roller*. Fagbokforlaget.

Dahl, A. A., (2020). Hva er psykiske lidelser?. I: Gonzalez, M. T. (red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 8-13). Gyldendal.

Doose, M., Ziegenbein, M., Hoos, O., Reim, D., Stengert, W., Hoffer, N., Vogel, C., Ziert, Y. & Sieberer, M. (2015). Self-selected intensity exercise in the treatment of major depression: A pragmatic RCT. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 19(4):266-275. DOI: <https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1082599>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-411). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-411>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *4.1 Sjekklist*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsedirektoratet. (2022, 18.november). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I: *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3.utg., s. 8-36). Helsedirektoratet.

Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I: Gonzalez, M. T. (red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 101-114). Gyldendal.

Kjellmann, B., Martinsen, E.W., Taube, J. & Andersson, E. (2015). Depresjon. I: *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3.utg., s. 275-284). Helsedirektoratet.

Machaczek, K.K., Allmark, P., Pollard, N., Goyder, E., Shea, M., Horspool, M., Lee, S., de-la-Haye, S., Copeland, R. & Weich, S. (2022). Integrating physical activity into the treatment of depression in adults: A qualitative enquiry. *Health Soc Care Community*, 30(3): 1006-1017. DOI: [10.1111/hsc.13283](https://doi.org/10.1111/hsc.13283)

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

Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I: Gonzalez, M. T. (red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 253-257). Gyldendal.

Moe, T. & Martinsen, E.W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I: Borge, L., Martinsen, E.W. & Moe, T. (red.). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Fagbokforlaget.

Norsk Helseinformatikk. (2022, 10.februar). *Forekomst av depresjon*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2021). <https://www.nsd.no/publiseringskanaler/>

Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 61(585):149-156. DOI: [10.3399/bjgp11X567054](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): 1430-1442. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105313493648>

Thidemann, I.-H. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget

Toups, M., Carmody, T., Greer, T., Rethorst, C., Grannemann, B. & Trivedi, M.H. (2016). Exercise is an effective treatment for positive valence symptoms in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 209:188-194. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.058>

