

Marcus Tømmerås

# Vernepleierens partnerrolle i arbeid med fysisk aktivitet for voksne med angst og depresjon

Bacheloroppgave i Bachelor for vernepleie

Veileder: Elisabeth Valmyr Bania

Mai 2022



Marcus Tømmerås

# **Vernepleierens partnerrolle i arbeid med fysisk aktivitet for voksne med angst og depresjon**

Bacheloroppgave i Bachelor for vernepleie  
Veileder: Elisabeth Valmyr Bania  
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



## **Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag</b> .....	2
<b>Summary</b> .....	3
<b>1. Innledning</b> .....	4
<b>1.1 Begrunnelse for valg av tema</b> .....	4
<b>1.2 Hensikt</b> .....	4
<b>1.3 Fysisk aktivitet</b> .....	4
<b>1.4 Vernepleieren</b> .....	5
<b>1.5 Partnerrollen</b> .....	6
<b>2. Teoretiske perspektiver</b> .....	6
<b>2.1 Depresjon</b> .....	6
<b>2.2 Angst</b> .....	7
<b>3. Metode</b> .....	9
<b>3.1 Litteraturstudie</b> .....	9
<b>3.2 Søkeprosess</b> .....	9
<b>3.3 Inkludering av artikler</b> .....	9
<b>3.4 Litteratursøk</b> .....	10
<b>3.5 Tabell for litteratursøk</b> .....	10
<b>3.6 Litteratormatrise</b> .....	11
<b>Artikkel 1</b> .....	12
<b>Artikkel 2</b> .....	13
<b>Artikkel 3</b> .....	14
<b>Artikkel 4</b> .....	15
<b>Artikkel 5</b> .....	16
<b>4. Analyse</b> .....	17
<b>4.1 Tabell for koding</b> .....	18
<b>5. Resultat</b> .....	19
<b>5.1 Virkning av fysisk aktivitet på depresjon og angst</b> .....	19
<b>5.2 Tilrettelegging for fysisk aktivitet.</b> .....	20
<b>5.3 Intensitet og sittestillende atferd</b> .....	20
<b>6. Diskusjon</b> .....	20
<b>6.1 Virkningen av fysisk aktivitet på depresjon og angst</b> .....	20
<b>6.2 Tilrettelegging for fysisk aktivitet</b> .....	22
<b>6.3 Intensitet sittestillende atferd og endring av atferd</b> .....	24
<b>6.4 Metodediskusjon</b> .....	25
<b>7. Konklusjon</b> .....	26
<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	27

## Sammendrag

**Tittel:** Vernepleierens partnerrolle i arbeid med fysisk aktivitet for voksne med angst og depresjon.

**Bakgrunn:** Det finnes flere måter å behandle angst og depresjon. Antidepressive medikamenter er en svært vanlig behandlingsmåte og forskning viser at den har god effekt på mange. Det kan vise seg at fysisk aktivitet kan ha minst like stor effekt. Derfor skal denne studien undersøke hvordan man tilrettelegger for dette.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan vernepleieren kan være en viktig ressurs for å legge til rette for fysisk aktivitet for voksne med angst og depresjon.

**Metode:** Oppgaven baseres på litteraturstudie som metode og benytter seg av fem ulike forskningsartikler og annen relevant litteratur.

**Resultat:** Ut ifra de fem forskningsartiklene er det funn som er kodet i tre ulike kategorier. Disse handler om 1. virkningen av fysisk aktivitet på angst og depresjon. 2. Tilrettelegging for fysisk aktivitet og 3. Intensitet og sittestillende atferd. Disse tar for seg hvordan man tilrettelegger for fysisk aktivitet for voksne med angst og depresjon.

**Konklusjon:** Det viser seg at fysisk aktivitet kan være en behandlingsform for angst og depresjon. Oppgaven presenterer hvordan vernepleieren ved hjelp av relasjon og samhandling kan være en god ressurs for å komme i gang med fysisk aktivitet. Tilrettelegging bør skje gjennom trygghet og god kommunikasjon for en gruppe mennesker som kan være sårbare og ha lav selvtillit.

**Nøkkelord:** Vernepleier, voksne, fysisk aktivitet, angst og depresjon.

## Summary

**Title:** The disability nurse as a collaborator in work with physical activity for adults with anxiety and depression.

**Background:** There are several ways to treat anxiety and depression. Antidepressant medication is a widespread treatment and shows a good effect on many people. It may turn out that physical activity can have as great an effect. Therefore, this study will examine how to facilitate this.

**Aim:** The thesis aims to shed light on how the disability nurse can be an essential resource for facilitating physical activity for adults with anxiety and depression.

**Method:** The thesis uses literature study as a method and uses five different research articles and other relevant literature.

**Results:** Based on the five research articles, there are findings that are coded in three categories. These are about 1. Effects of physical activity on anxiety and depression. 2. Facilitation of physical activity and 3. Intensity and sedentary behaviour. These address how to facilitate physical activity for adults with anxiety and depression.

**Conclusions:** It turns out that physical activity can be a treatment for anxiety and depression. The thesis points out how the disability nurse with the help of relations and interaction can be a good resource for getting started with physical activity. Facilitation should take place through a feeling of safety and good communication for a group of people who may be vulnerable and have low self-confidence.

**Keywords:** Disability nurse, adults, physical activity, anxiety, and depression.

## **1. Innledning**

### **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

Ifølge folkehelseinstituttet vil mellom en av seks og en av fire oppleve psykiske vansker i løpet av et år. Dette kan få konsekvenser som uførhet, fysiske sykdommer og redusert levealder. I kontakt med primærhelsetjenesten er depressive lidelser og angst den vanligste konsultasjonsårsaken når det gjelder psykiske vansker. Behandlingen for dette er ofte antidepressiva som førstevalg. I forebyggingen av psykiske lidelser vil fysisk helse være en viktig faktor for å redusere symptomer og sykdom (Tesli et al., 2021). Med dette utgangspunktet skal det i denne oppgaven legges vekt på voksne mennesker med angst, depresjon og hvordan man som vernepleier kan legge til rette for fysisk aktivitet i oppfølgingen av denne sykdommen. Ved hjelp av litteraturstudie skal det poengteres hvordan vernepleieren kan være en ressurs i dette arbeidet. Her legges det særlig vekt på partnerrollen som er en av fire kjerne roller i den vernepleierfaglige kompetansen. Først vil fysisk aktivitet, vernepleieren og partnerrollen bli presentert. Deretter kommer depresjon og angst som en del av teoretiske perspektiver. Oppgaven analyseres og drøftes ved hjelp av fem valgte forskningsartikler. Oppgaven skal forsøke å svare på problemstillingen:

*«Hvordan kan vernepleieren legge til rette for fysisk aktivitet i oppfølgingen av voksne personer med angst og depresjon?»*

### **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hvordan vernepleieren kan legge til rette for fysisk aktivitet for voksne med depresjon og angst. Fem forskningsartikler er brukt for å finne relevante funn som kan støtte teori og problemstilling.

### **1.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet defineres som bevegelse av kroppen som gir økning av energiforbruk over hvilenivå. Dette brukes ofte i forbindelse med mosjonsaktiviteter hvor man ønsker å oppnå glede, helse og rekreasjoner. Uten fysisk aktivitet kan kroppen forfalle. Dersom musklene ikke blir stimulert, blir de svakere. Dette gjelder både hjerte og skjelettmuskulatur. Uten stimuli vil faren for skader og overbelastning øke. Dersom man sammenligner inaktive og aktive, viser forskning at fysisk aktivitet reduserer risikoen for tidlig død med 30 %. Årsaken er at risikoen for hjerte- og karsykdommer,



kreftsykdommer og diabetes reduseres (Martinsen, 2018, s 34-38). For en inaktiv voksen person vil 30 minutter med moderat fysisk aktivitet hver dag være nok til å oppnå helsegevinst, for eksempel ved rask gange. En undersøkelse viser at langvarig depresjon kan redusere levealderen med 10 år, noe som forklares ved at de ofte er inaktive og som kan føre til ulike livsstilssykdommer (Martinsen, 2018, s 23). Dette handler mye om at personer med depresjon og angst trekker seg tilbake og holder seg unna situasjoner som kan oppleves som ubehagelig. På kort sikt vil plagene dempes, men på lang sikt vil angsten og depresjonen vedlikeholdes. For å komme ut av dette, kreves det endring av atferd. Fysisk aktivitet viser seg å være nyttig for psykiske vansker, men problemet ligger ofte i det å komme i gang med endring (Almvik & Borge, 2014, s 130). Reaksjonene kroppen får under et panikkanfall, kan sammenlignes med det som skjer under fysisk aktivitet. Hjertebank, rask puls, følelsen av å ikke ha nok luft er alle reaksjoner som utløses av det sympatiske nervesystemet. Dette er også en grunn til at personer med psykiske vansker unngår fysisk aktivitet fordi de forbinder reaksjonene med symptomer på sykdommen. På den måten kan fysisk aktivitet brukes som eksponeringsterapi. Da blir man bedre kjent med følelsene og reaksjonene, noe som kan føre til at det oppleves mindre skremmende (Almvik & Borge, 2014, s 140).

#### **1.4 Vernepleieren**

En vernepleier har en varierende arbeidsdag med ulike oppgaver. Det er vanlig å skille mellom fire ulike kjerneroller. Disse består av partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. Vernepleierens oppgave er å bruke disse rollene dynamisk, slik at man er fleksibel nok til å bruke de ulike rollene i ulike situasjoner. Dette kan gi større bevissthet og trygghet i arbeidet. Ansvarsrollen handler om hvordan den handlende vernepleieren står i vanskelige situasjoner og løser disse. Brobyggerrollen handler i stor grad om tverrfaglighet og hvordan man samarbeider og kommuniserer på systemnivå. Pådriverrollen handler om hvordan vernepleieren tilrettelegger og kjemper for brukernes rettigheter (Brask, Østby, Ødegård, 2016, s 42-49). I den vernepleierfaglige kompetansen er det viktig å ha et helhetssyn på mennesker hvor man legger til rette for mestring. Dette kan være sosiale og samfunnsmessige utfordringer hvor det legges vekt på både fysiske og psykiske funksjonsvansker. Målet vil alltid være å gi den enkelte best mulig støtte og hjelp ut ifra dens forutsetninger. Det å bli mer selvstendig og mestre sin egen hverdag er også sentralt i dette arbeidet (Nordlund, Thronsen, Linde, 2015, s 18-19).

## 1.5 Partnerrollen

Partnerrollen tar utgangspunkt på individnivå og skal ha fokus på samhandling. Den skal fokusere på samarbeid med bruker, pasient, deres individuelle forutsetninger og muligheter. Denne rollen er preget av at vernepleieren er mer opptatt av samhandlingsfokus enn handlekraft. Kompetansen om kommunikasjon og dialog vil derfor være viktig for å skape en god relasjon. Pasienten eller brukerens initiativ skal dyrkes og verdsettes. Man må kombinere respekt, innlevelse og sensitivitet for å møte brukerens behov. For at dette skal kunne gjøres, bør vernepleieren ha et brukerperspektiv der det ikke holder å sammenlikne med seg selv, men å ha nok kunnskap om den enkelte og deres utfordringer. Partnerrollen skal bygge på selvbestemmelse, slik at pasient eller bruker har kontroll over valg og beslutninger som har betydning for dem. Det er viktig å skille mellom selvbestemmelse og konstruktivitet. Vernepleieren bør utøve profesjonalitet ved at slike valg ikke innebærer helse eller sikkerhetsrisiko (Brask et al., 2016, s 66-67). I partnerrollen er det også viktig at vernepleieren erkjenner personen som en ressurs hvor man fokuserer på muligheter istedenfor begrensninger og funksjonsvansker. Gjennom dette vil man vektlegge livskvalitet ved hjelp av tilrettelegging. For å legge dette til rette vil kommunikasjon være en avgjørende faktor. Det å ha kunnskap om personens måte å uttrykke seg på og hvordan man selv kommuniserer er derfor viktig (Brask et al., 2016, s 66-67).

## 2. Teoretiske perspektiver

### 2.1 Depresjon

En depressiv lidelse kjennetegnes ofte ved at pasienten er deprimert over lengre tid. Dersom det vedvarer jevnt over en periode kalles det lettere depressiv lidelse eller dystymi. En slik stemningslidelse er svært vanlig og det regnes med at ca. 17 % får en slik periode i løpet av livet. Dette forekommer oftere hos kvinner enn menn. Typiske kjennetegn ved en depressiv lidelse vil være at personen er initiativløs og har vansker med å utføre dagligdagse gjøremål. Personen vil også ha det vanskelig med å glede seg over noe den har gledet seg over tidligere. Ofte har man også mye skyldfølelse og lav selvtillit (Snoek & Engedal, 2017, s 103). Når det kommer til somatiske symptomer vil søvn, appetittendringer, samt vekttap være vanlige. Pasienten kan føle at det ikke er noen mening med livet og ha selvmordstanker. Man kan skille mellom en depressiv episode, som er en stemningslidelse og en depressiv reaksjon som er en tilpasningsforstyrrelse. Disse har ulikt forløp og prognose. Den depressive reaksjonen vil være utløst av en traumatisk reaksjon, som avviker fra en vanlig reaksjon for personen. En depressiv episode er noe som vil være gjentakende og det er vanlig at pasienten får dette flere ganger i løpet av livet. Det er oftere at depressive lidelser er kroniske enn

forbigående. Debutalderen for denne lidelsen er mest vanlig tidlig i voksenlivet og har en betydelig innvirkning på livskvaliteten. En typisk utbredelse er ofte lettere depresjoner (Snoek & Engedal, 2017 s 104).

Man kan forstå depresjon som en lidelse hvor personen har en indre konflikt med seg selv. Denne skapes ved at man ikke føler man mestrer de kravene man har til seg selv og at samvittigheten derfor blir kraftig svekket. Det er vanlig at pasienter vil gjennomgå kognitiv atferdsterapi, som handler om å bevisstgjøre personens tankesett og hvordan man jobber med denne. Ved en depresjon vil det være endringer i serotonin og dopaminestoffskiftet i hjernen, som påvirker humøret vårt. Dette gjenspeiler vår selvoppfatning og tenkning (Snoek & Engedal, 2017 s 105). For å behandle dette, er det vanlig å tilby legemiddelbehandling som påvirker disse områdene i hjernen. Personer med alvorlig depresjon vil ha større effekt av antidepressive legemidler, i motsetning til de med lett depresjon. Ved de mest alvorlige depresjonene kan det være nyttig med elektroshokkbehandling. Dette vil være særlig aktuelt dersom medikamenter har dårlig effekt og at det oppstår bivirkninger. Mennesker med alvorlig depresjon har ofte sterk suicidalfare. Det er viktig å påpeke at pasienter ofte har sammensatte sykdomsbilder, og at en kombinasjon av ulike behandlinger vil være nyttig (Snoek & Engedal, 2017 s 105).

En person som har en depressiv lidelse, kan se på seg selv som mislykket. For andre kan personer med depresjon oppleves som rastløse eller irritable. Man kan også oppleve dem som svært selvpoptatte og med liten innsikt i eget sykdomsbilde. Likegyldighet er også noe som er svært vanlig, hvor personen ikke bryr seg om ting den brydde seg om før. Viljen til å bli frisk kan derfor være svekket. I møte med en pasient er det nyttig å forsøke å avgrense hvor utfordringene ligger, slik at pasienten ikke føler seg overveldet, da mange tanker kan gi verre symptomer (Håkonsen, 2014, s 255). Mennesker som er deprimerte, bruker mye tid på å gruble. Dette kjennetegnes ved at man har størst fokus på negative sider og mangler ved seg selv. Mennesker som er friske vil klare å sortere slike tanker og ha fokus på det som gir en selv energi. Ved en depressiv lidelse vil slike tanker ta over store deler av livet og være ukontrollerbar. Grubling over tid kan sammenlignes med kvikksand, man synker dypere ned og de negative tankene og følelsene tar overhånd. Ved nedstemthet vil hukommelsen i hjernen få lettere tilgang på negative tanker og de positive tankene vil være vanskeligere å finne (Håkonsen, 2014, s 307-308).

## **2.2 Angst**

Frykt er kroppens beskyttelsessystem som varsler når fare er på ferde. Dersom denne forekommer uten grunn, kalles dette for angst. Symptomer på angst er fysiske og kan

være hjertebank, åndenød, svetting eller skjelving. De psykiske symptomene kan være mer skjult, og pasienter med angst kan ofte oppsøke lege på grunn av fysiske årsaker som brystsmerte eller mistanke om hjerteinfarkt. 5-6% kan regne med å oppleve angst i løpet av livet og det kommer ofte i kombinasjon med depresjon. Når to sykdommer kommer sammen kalles dette komorbiditet. Angst kan forstås på ulike måter. Den biologiske årsaken viser til signalstoffer i kroppen som aktiveres ved fysiske symptomer, men gir ingen god forklaring på hvorfor de blir aktivert. Den psykodynamiske forståelsen viser til ubevisste konflikter, for eksempel å være redd for å miste kontroll og bli sint. Likevel har de en sterk kontroll over disse følelsene. Da brukes angsten for å unngå ubehagelige situasjoner. Den kognitive forståelsen er knyttet til opplevelse av fare, for eksempel ved sykdom, skade eller død. Angsten kommer ved at personen feiltolker situasjonen og opprettholdes av at personen oppfatter situasjonen negativt og bekrefter faresignalene. Angstlidelser kan både være akutte eller kroniske. Dersom det er en akutt lidelse, kalles det et panikkanfall. Disse anfallene kan oppleves svært utfordrende. Ofte oppsøker disse pasientene lege og opplever det selv som alvorlig fysisk sykdom med hjertebank, svimmelhet, kvalme, svette, risting eller skjelving. Noen ganger kan pasienten ha en følelse av å være utenfor seg selv og følelsen av å miste seg selv. De kan også utvikle fobisk unngåelsesatferd som er en tilstand hvor man får angst for angsten og redsel for å ferdes i områder hvor man har opplevd slike hendelser. Dersom disse områdene blir større, kan pasienten til slutt isolere seg i sitt eget hjem. De kan få en følelse av at alle ser at de er syke og stirrer på dem, derfor kan de store deler av døgnet unngå å møte andre mennesker (Snoek & Engedal, 2017, s 108-112).

Generalisert angst er en annen type angstlidelse. Denne kjennetegnes ved at den er uklar og får symptomer som autonom overaktivitet, anspenthet og negative forventninger om angsten de fleste dagene i uken, måneder eller år. Personer med generalisert angst har det ofte bra i trygge omgivelser. Den er ofte vanskelig å behandle, fordi den opptrer ulikt og er diffus. I tillegg tror pasienten at tilstanden er somatisk, noe som gjør det vanskelig å behandle med psykiatrisk behandling. Ofte opptrer angsten ved forandringer, noe som gjør det ekstra vanskelig å behandle. Ved medisinsk behandling er det stor fare for at pasienten utvikler legemiddelmisbruk, for eksempel ved bruk av Valium. En kombinasjon av legemiddelbehandling og kognitiv atferdsterapi kan være en god løsning. Andre ganger kan eksponeringsbehandling hjelpe pasienten med å overvinne frykten og dempe angstsymptomene (Snoek & Engedal, s 114)

Årsaken til at angst inntreffer enkelte mennesker kan være flere. En årsak kan være arvelige forhold, hvor familien er sårbar for å få angst. En annen årsak kan være fysiske forhold som forstyrrelser i signalstoffer i hjernen eller hormonbalansen. Det er også vanlig å oppleve angst i sammenheng med påkjenning eller traumer. Angst kommer av at mennesket har et instinkt om å overleve. For eksempel ved å møte et farlig dyr i

skogen, vil den naturlige reaksjonen være å løpe unna. Dette er en beskyttelsesmekanisme som hindrer oss i å komme i fare. Angsten kan inntreffe i helt normale og ufarlige situasjoner, dette skyldes at signalene tolkes feil. Da kan man gå rundt å være engstelig uten grunn. Man kan se på den psykiske lidelsen som et alarmsystem som blir overfølsomt (Håkonsen, 2007, s 297-300).

### **3. Metode**

#### **3.1 Litteraturstudie**

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie handler om å bruke skriftlige kilder for å anvende kunnskap. Kunnskapen er brukt systematisk for å finne informasjon til å besvare problemstillingen for oppgaven. Informasjonen som har blitt hentet inn vurderes med et kritisk blikk, for å finne ut om den kan inkluderes i datasamlingen. For å systematisere og kvalitetssikre de skriftlige kildene er IMRaD-strukturen brukt under hele søkeprosessen for å best mulig finne relevante forskningsartikler for oppgaven (Thidemann, 2019, s 77-79).

#### **3.2 Søkeprosess**

I starten av søkeprosessen ble det foretatt et innledende litteratursøk for å finne ut hvor mye som var skrevet om det aktuelle temaet. Her ble Oria og Google Scholar brukt. Etter hvert som temaet ble bestemt ble PubMed og Web of Science brukt som søkemotorer. Ved hjelp av disse kom det opp relevante søkeord som ble brukt senere i prosessen (Thidemann, 2019, s 81). Disse søkeordene var blant annet *mental disorders, physical activity, treatment, affective disorder, anxiety, og depression*. Etter hvert ble søkeordene kombinert og tilpasset ut ifra problemstillingen og antall treff. Grunnen til at det ble brukt engelske ord, var manglende treff på norske artikler. For å finne ut om artiklene var fagfellevurdert ble ISSN-nummer ført inn i kanalregisteret. På den måten ble noen artikler ekskludert før de ble vurdert som kilder i denne oppgaven.

#### **3.3 Inkludering av artikler**

På grunn av svært få treff på norsk, ble det brukt engelske ord for å finne artikler. Dette gjorde at det for eksempel kom 27100 og 44552 treff på noen av søkene. For å ekskludere artikler ble overskrifter på treffene lest. Etter hvert ble sammendrag og resultat gått gjennom for å finne ytterligere relevans. I tillegg ble artikler som var vanskelige og forstå ekskludert, samt review-artikler som er basert på studier som tar for seg andre artikler, slik som en litteraturartikkel. Prosessen for å finne de fem artiklene til denne oppgaven var krevende på grunn av irrelevante treff på søkene. Til slutt sto det igjen fem artikler som var oversiktlige, lette å forstå og hadde stor relevans. Det oppleves som en styrke at artiklene hadde ulike forskningsdesign. Det ble brukt tre

fagfelleurderte artikler av nyere dato, samt to eldre Smits et al., (2008) og Cole et al., (2010). De eldre ble brukt på grunn av særlig relevans.

### 3.4 Litteratursøk

I tabellen nedenfor ser man en systematisk fremstilling av søkeprosessen for denne oppgaven. Denne viser når søket ble gjort, hvilke søkeord som ble brukt og hvilke avgrensninger og funn søkene ga. Denne systematiske fremstillingen gjør at søket er etterprøvbart. (Thidemann, 2019, s 89).

### 3.5 Tabell for litteratursøk

Søkedato	søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger Databaser	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
15.03	1	Fysisk aktivitet, psykiske lidelser	Pubmed	1	1	0	0
15.03	2	physical activity and mental disorders	Pubmed	27100	5	2	0
17.03	3	Physical activity with depression and anxiety	PubMed	1416	10	4	1 Sit, step, sweat: longitudinal associations between physical activity patterns, anxiety and depression.
23.03	4	Training depression and anxiety disorders	Webofscience	5808	8	3	1 Working out the worries: A randomized controlled trial of high intensity Interval training in

							generalized anxiety disorder
29.03	5	Training and mental health	Webofscience	44552	11	6	0
04.04	6	Reducing anxiety with exercise	Webofscience	3425	7	3	1 Reducing anxiety sensitivity with exercise
20.04	7	Depression treatment with exercise	Webofscience	8608	12	6	1 Effect on exercise on therapeutic response in depression treatment
22.04	8	Physical activity for mental health benefits	Webofscience	4296	9	3	1 Physical activity for its mental health benefits: conceptualising participation within the Model of Human Occupation

### 3.6 Litteraturmatrise

For å vise hovedelementene i hver artikkel er det valgt å bruke en litteraturmatrise som et hjelpemiddel. Dette gir større forutsetninger for å sammenfatte innholdet fra hver artikkel. I tillegg får man et kritisk blikk på søket, som gjør det lettere å forstå hvordan artiklene er relevante for problemstillingen i denne oppgaven (Thidemann, 2019, s 95). Dette er delt inn i fem forskjellige matriser.

## Artikkel 1

Full referanse	S. A. Hiles, F. Lamers, Y Milanechi and B. W. J. H Pennix. (2017). Sit, step, sweat: longitudinal associations between physical activity patterns, anxiety and depression. Amsterdam, Netherlands. <a href="https://doi.org/10.1017/S0033291716003548">https://doi.org/10.1017/S0033291716003548</a>
Hensikt	Studien undersøker hvilken effekt aktivitetsnivå, idrettsdeltakelse, generell fysisk aktivitet og stillesittende atferd har effekt på depresjon og angst.
Metode	Dette er en kvantitativ studie hvor det er brukt diagnostisk intervju og selvrapporterte spørreskjema. Undersøkelsen pågikk i seks år.
Utvalg	Utvalget består av 2981 voksne med og uten angst og depressive lidelser i aldersgruppen 18-65 år. Deltakerne var rekruttert fra samfunnet, primærhelsetjenesten og spesialisert psykisk helsevern.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Folk med en diagnose eller høyere symptomer på angst eller depresjon hadde lavere idrettsdeltakelse og generell fysisk aktivitet sammenlignet med de friske.</li><li>2. De med større symptomer på angst og depresjon hadde høyere nivå av stillesittende atferd.</li><li>3. Mennesker med angst er like negativt påvirket av inaktivitet og stillesittende atferd som de med depresjon.</li></ol>
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Resultatene var statistisk signifikant.</li><li>- Studien innehar et stort utvalg av personer med angst og depressive lidelser.</li><li>- På grunn av at undersøkelsen pågikk i seks år, kunne man se tidsmessige effekter som påvirket funnene.</li></ul> <b>Svakheter:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Studien mangler objektive mål på fysisk aktivitet, noe som gjør at utvalget over eller undervurderer aktivitetsnivået i spørreskjemaet.</li><li>- Mangle på måleinstrument av fysisk aktivitet, fordi det ikke ble målt med GPS eller andre målinger.</li></ul>
Relevans	Undersøkelsen viser at mangelen på fysisk aktivitet og økte symptomer på angst og depresjon samsvarer, noe som er nyttig for problemstillingen i denne oppgaven.
Etikk	Alle deltakerne stilte med skriftlig informert samtykke og alle prosedyrer var godkjent av institusjonelle etiske vurderingsnemnder.



## Artikkel 2

Full referanse	Jens Plag, Paul Schmidt-Hellinger, Theresa Klippstein, Jennifer L.M. Mumm, Bernd Wolfarth, Mortiz B. Petzold, Andreas Strohle. (2020). Working out the worries: A randomized controlled trial of high intensity interval training in generalized anxiety disorder. Berlin, Germany. <a href="https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102311">https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102311</a>
Hensikt	Hensikten med undersøkelsen er å finne ut om fysisk aktivitet med høy intensitet gir bedre behandling enn fysisk aktivitet med lav intensitet for personer med angst og depresjon.
Metode	Undersøkelsen bruker en kvantitativ tilnærming ved hjelp av spørreundersøkelser.
Utvalg	Utvalget består av 33 pasienter fra et poliklinisk senter for angstlidelser. Alle hadde en diagnose for generalisert angst. Deltakerne måtte være minimum 18 år og inneha gode tyskspråklige ferdigheter. Pasientene hadde lov til å bruke antidepressiva, men den daglige dosen måtte være stabil i minst fire uker før undersøkelsen. De fikk tildelt et 12dagers treningsprogram hvor halvparten fikk et program med høy intensitet og den andre halvparten fikk et program med lav intensitet.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Begge gruppene viste moderat eller stor effekt på tiltaket.</li><li>2. De som trente med høy intensitet, hadde dobbelt så stor effekt enn de som trente med lav intensitet.</li><li>3. Studien hevder at høy intensitetstrening kan være en god førstelinjebehandling for angst og depresjon.</li></ol>
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Høy intensitetstrening ble godt likt av pasientene, noe som ga dem økt motivasjon til å gjennomføre undersøkelsen.</li><li>- Effekten av behandlingen for gruppene understreker relevansen for resultatene.</li></ul> <b>Svakheter</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Utvalget kunne vært større, da det kun var 33 pasienter som var med i undersøkelsen.</li><li>- Oppfølgingstiden var kun 18 dager, noe som gjorde at de ikke kunne undersøke den langsiktige effekten av treningen.</li></ul>
Relevans	Studien viser hvordan høy intensitet kan bedre symptomer på angst og depresjon, noe problemstillingen for denne oppgaven ønsker å belyse.
Etikk	Studien er godkjent av den lokale etikkomite. Deltakerne måtte godkjenne med skriftlig samtykke før undersøkelsen.

### Artikkel 3

Full referanse	Japser AJ. Smits, Angela C. Berry, David Rosenfield, Mark B. Powers, Evelyn Behar, Michael W. Otto. (2008) Reducing anxiety sensitivity with exercise. Miami, FL. <a href="https://doi.org/10.1002/da.20411">https://doi.org/10.1002/da.20411</a>
Hensikt	Artikkelen undersøker om trening potensielt kan redusere angstfølsomhet.
Metode	Dette er en kvalitativ og kvantitativ gjennomgang hvor det er brukt telefonintervju og spørreskjema.
Utvalg	Totalt 60 deltakere som ble rekruttert fra psykologistudenter fra Dallas og et samfunnsutvalg fra Boston-området. Alle deltakerne hadde et forhøyet nivå av angstfølsomhet, indeksert med en poengsum større enn eller lik 25. Det ble foretatt et telefonintervju før undersøkelsen for å finne deltakere. 75 % av utvalget var kvinner og alderen varierte fra 18-51 år.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Angstfølsomhet reduseres betydelig med trening.</li><li>2. Treningen resulterte til et mindre deprimeret humør.</li><li>3. Trening kan brukes som eksponeringsterapi for angst.</li><li>4. Trening har en fordelaktig effekt når det gjelder tilstander som er komorbide.</li></ol>
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Studien gir støtte for nytten av treningstiltak for å redusere angstfølsomhet.</li><li>2. Studien følger opp deltakerne med forbehandling, midtbehandling, 1 uke etterbehandling og 3 uker oppfølging, slik at studiet har større validitet.</li><li>3. Det blir brukt et spørreskjema med 16 elementer der utvalget må angi en 5-punkts skala i hvilken grad angstsymptomer er plagsomme. Kommer skalaen over 25, viser det seg at de har kliniske problemer. Dersom den er over 30, kan det indikere en diagnose av panikk lidelse eller PTSD. Dette gir en god oversikt når det skal analysere svarene fra utvalget.</li></ol> <b>Svakheter:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Utvalget var en selvvalgt gruppe som meldte seg frivillig.</li><li>2. Deltakerne hadde relativt lik alder.</li><li>3. Deltakerne hadde milde til moderate nivåer av symptomer.</li></ol>
Relevans	Denne artikkelen er relevant, da den svarer på om fysisk aktivitet kan være med på å senke angstfølsomhet, noe som er nyttig i denne oppgavens problemstilling.
Etikk	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alle deltakerne ga skriftlig samtykke.</li><li>- Alle fikk økonomisk kompensasjon for sin deltakelse.</li></ul>

## Artikkel 4

Full referanse	Gulay Tasci, Sema Baykara, M. Gurkan Gurok & Murad Atmaca. (2019). Effect on exercise on therapeutic response in depression treatment. Elazig Training and Research Hospital, Elazig, Turkey. <a href="https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1426159">https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1426159</a>
Hensikt	Målet med undersøkelsen er å finne effekten av trening som terapi for depresjonsbehandling.
Metode	En kvantitativ studie med to fokusgrupper.
Utvalg	Utvalget i undersøkelsen består av 33 pasienter som var innlagt ved psykiatriavdelingen ved Friat universitetssykehus. De hadde en alder mellom 18-66 år. Disse pasientene var diagnostisert med alvorlig depressiv lidelse. De ble delt opp i to grupper hvor gruppe en ble behandlet med antidepressiv medisin i tillegg til å utføre rask gange i minst 30 minutter om dagen fire ganger i uken. Gruppe 2 fikk kun antidepressiv medisin som behandling. Det var 32 pasienter i gruppe en og 24 pasienter i gruppe 2. 15 pasienter i gruppe en ble ekskludert fra studiet, da de ikke gjennomførte treningen. 8 pasienter ble ekskludert fra gruppe to på grunn av at de sluttet med antidepressiv medisin.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Angst og depresjonsnivået gikk ned i både gruppe en og to.</li><li>2. Det var en større statistisk nedgang i symptomer hos gruppen som ble behandlet med antidepressiva og trening.</li><li>3. Det kan være en utfordring å motivere personer med depresjon til fysisk aktivitet.</li></ol>
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Treningen ble utført på ønsket mengde og nivå ut i fra uttalelser fra pasienter.</li><li>2. Det ble brukt Hamilton Depression Rating Scale og Hamilton Anxiety Rating Scale på begge gruppene etter 6 og 12 uker, noe som gir et troverdig resultat av undersøkelsen.</li></ol> <b>Svakheter:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Antall mannlige pasienter var færre enn kvinner.</li><li>2. Det er få deltakere, som gjør at utvalget begrenser funnene i studien.</li></ol>
Relevans	Denne artikkelen er relevant, da den viser til tall som gir viser at trening kan brukes som terapi for depresjon og angst.
Etikk	<ul style="list-style-type: none"><li>- Etter verbal og skriftlig informasjon om formålet med undersøkelsen og metode, skrev pasientene skriftlig samtykke.</li><li>- Studien er godkjent av etikkomiteen av det medisinske fakultetet ved Friat universitetet.</li></ul>

## Artikkel 5

Full referanse	Cole F. (2010). Physical activity for its mental health benefits: conceptualising participation within the Model of Human Occupation. British Journal of Occupational Therapy. <a href="https://doi.org/10.4276/030802210X12918167234280">https://doi.org/10.4276/030802210X12918167234280</a>
Hensikt	Studien undersøker utfordringene personer med angst og depresjon har med deltakelse av fysisk aktivitet. De ønsker å finne ut barrierer de opplever når de skal delta i fysisk aktivitet.
Metode	Denne studien bruker en kvalitativ tilnærming ved hjelp av dybdeintervjuer.
Utvalg	Utvalget består av syv personer i et team for psykisk helse som har interesse for fysisk aktivitet. De var diagnostisert med mild til moderat depresjon og angst.
Hovedfunn/resultater	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Deltakerne har negativ selvoppfatning, noe som påvirker deres motivasjon til fysisk aktivitet.</li><li>2. Deltakerne hadde negativ oppfatning av sin egen kropp og ville derfor ikke vise seg for andre.</li><li>3. Trening med nære relasjoner gir større motivasjon.</li><li>4. Fysisk aktivitet kan være en tilleggsbehandling som støtter mennesker med depresjon og angst.</li></ol>
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Deltakerne i studien er interessert i fysisk aktivitet, noe som gjør de mer motiverte.</li><li>- I studien blir det brukt sitater, noe som styrker studiens troverdighet og den er systematisk analysert.</li></ul> <b>Svakheter:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Det ville vært ideelt med et større utvalg.</li><li>- Et intervju gir bare et bilde av nåværende situasjon, og deltakerne kan svare det som intervjuer forventer, fremfor å fortelle sannheten.</li></ul>
Relevans	Oppgavens problemstilling handler om hvordan fysisk aktivitet kan være en del av behandlingen for mennesker med angst og depresjon, og denne studien viser hvilke barrierer de har med å delta, noe som er relevant for problemstillingen.
Etikk	Den forskningsetiske komite fra den nasjonale helsetjenesten godkjente studien. Utvalget fikk informasjonsark og ga skriftlig samtykke.

#### 4. Analyse

Arbeidet med å analysere funnene i denne oppgaven startet med å lese de ulike forskningsartiklene. Ved å gå grundig gjennom artiklene ble de lest hver for seg i en helhet, og deretter fokusert på de ulike delene. IMRaD-struktur ble brukt som hjelpemiddel for å få et godt overblikk over artiklene. Dette består av hensikt, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2019, s 30). På den måten ble artiklene lest kritisk for å forstå materialet.

For å undersøke om forskningsartiklene var relevante og hadde god nok kvalitet ble det brukt sjekklister fra Helsebiblioteket som hjelpemiddel. Dette for å vurdere de ulike artiklene på en kritisk måte (Helsebiblioteket, 2016). I denne oppgaven har tre av artiklene benyttet kvantitativ metode (Hiles et al., 2017; Plag et al., 2020; Tasci et al., 2019), og to benytter seg av kvalitativ metode (Smits et al., 2008; Cole 2010). Disse hadde forskjellige sjekklister.

I analysearbeidet var det viktig å ha problemstillingen foran seg, for å finne relevante funn for å ta med i oppgaven. Til slutt ble det satt mest fokus på resultatene og konklusjonene i de ulike forskningsartiklene, da det er funnene som er viktig for denne bacheloroppgaven. Etter å ha studert artiklene grundig, ble det brukt markeringstusjer i forskjellige farger for å markere poeng som gikk igjen. For å få bedre oversikt over de ulike fargene, ble det laget en tabell hvor alle artiklene var inkludert. På den måten ble det lettere å sammenligne hvilke poeng som var like i de forskjellige studiene (Thidemann, 2019, s 92-93). Ut ifra dette ble det laget tre forskjellige kategorier som blir gjengitt i resultatdelen.

#### 4.1 Tabell for koding

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
<p><b>1.</b> Folk med en diagnose eller høyere symptomer på angst eller depresjon hadde lavere idrettsdeltakelse og generell fysisk aktivitet sammenlignet med de friske.</p> <p><b>2.</b> De med større symptomer på angst og depresjon hadde høyere nivå av sittestillende atferd.</p> <p><b>3.</b> Mennesker med angst er like negativt påvirket av innaktivitet og sittestillende atferd som de med depresjon.</p>	<p><b>1.</b> Både gruppen med program for høyintensitets trening og gruppen med lavintensitets trening viste moderat eller stor effekt på tiltaket.</p> <p><b>2.</b> De som trente med høy intensitet, hadde dobbelt så stor effekt sammenlignet med de som trente med lav intensitet.</p> <p><b>3.</b> Studien foreslår at høy intensitets trening kan være en god førstelinjebehandling for angst og depresjon.</p>	<p><b>1.</b> Angstfølsomhet reduseres betydelig med trening.</p> <p><b>2.</b> Trening kan brukes som eksponeringsterapi for angst.</p> <p><b>3.</b> Trening har en fordelaktig effekt når det gjelder tilstander som er komorbide.</p> <p><b>4.</b> Trening resulterer til et mindre deprimerthumør.</p>	<p><b>1.</b> Angst og depresjonsnivået gikk ned i både gruppen som hadde fysisk aktivitet og medikamentbehandling og gruppen som kun fikk medikamentbehandling.</p> <p><b>2.</b> Det var en større statistisk nedgang i symptomer hos gruppen som ble behandlet med antidepressiva og trening.</p> <p><b>3.</b> Det kan være en utfordring å motivere personer med depresjon til fysisk aktivitet.</p>	<p><b>1.</b> Deltakerne har negativ selvoppfatning, noe som påvirker deres motivasjon til fysisk aktivitet.</p> <p><b>2.</b> Deltakerne hadde negativ oppfatning av sin egen kropp og ville derfor ikke vise seg for andre</p> <p><b>3.</b> Trening med nære relasjoner gir større motivasjon</p> <p><b>4.</b> Fysisk aktivitet kan være en tilleggsbehandling som støtter mennesker med depresjon og angst.</p>

**Grønn** = Virkningen av fysisk aktivitet på depresjon og angst

**Gul** = Tilrettelegging for fysisk aktivitet

**Rød** = Intensitet og sittestillende atferd

## 5. Resultat

Kategorisering av de ulike temaene førte frem til tre hovedtema:

1. *Virkning av fysisk aktivitet på depresjon og angst.*
2. *Tilrettelegging for fysisk aktivitet.*
3. *Intensitet og sittestillende atferd.*

### 5.1 Virkning av fysisk aktivitet på depresjon og angst

I alle de inkluderte forskningsartiklene ble det dokumentert hvilken virkning fysisk aktivitet har på angst og depresjon. Hiles et al. (2017) viser at de med angst og depresjon blir negativt påvirket av sittestillende atferd. Dette kommer frem ved hjelp av diagnostisk intervju og selvrapporterte spørreskjemaer. Plag et al. (2020) har to funn under kategorien «virkning av fysisk aktivitet». Den undersøker hvordan ulik intensitet på fysisk aktivitet har innvirkning på angst og depresjon. De kommer frem til at både gruppen med høyintensitetstrening og gruppen med lavintensitetstrening viste moderat eller stor effekt av tiltaket. Det andre funnet foreslår derimot at høyintensitetstrening kan være en god førstelinjebehandling for angst og depresjon, da den hadde størst effekt. Det ble brukt spørreskjema for å komme frem til disse funnene. I artikkelen til Smits et al. (2008) er hovedfokuset på angst og angstfølsomhet. Her kommer de fram til at angstfølsomhet reduseres betydelig med trening. I tillegg viser de at trening resulterer til mindre depressive symptomer, noe som er sammenlignbart med det Plag et al. (2020) fant ut. Her er det brukt telefonintervju og spørreskjema som metode. Begge disse funnene viser virkningen av fysisk aktivitet på angst. Tasci et al. (2019) sammenligner to grupper hvor den ene driver med fysisk aktivitet og får medikamentbehandling. Den andre gruppen får kun medikamentbehandling. Funnene viser at begge disse gruppernes angst og depresjonsnivå går ned ved hjelp av behandlingen. Dette viser hvordan den fysiske aktiviteten har innvirkning på symptomene, men at det også er effektivt med medikamentbehandling. Cole (2010) har en helt annen vinkling enn de andre artiklene ved at den tar for seg ulike barrierer personer med angst og depresjon har ved å delta i fysisk aktivitet. I denne artikkelen viser de at deltakerne hadde negativ oppfatning av sin egen kropp og derfor ikke ville vise seg for andre. På den måten kan man se den negative virkningen av fysisk aktivitet på angst og depresjon. Likevel foreslår Cole (2010) at fysisk aktivitet kan være en tilleggsbehandling som støtter mennesker med depresjon og angst. Her ble det brukt en kvalitativ tilnærming. Det er brukt et dybdeintervju for å komme fram til disse funnene.

## **5.2 Tilrettelegging for fysisk aktivitet.**

Ifølge Smits et al. (2008) er det to funn som viser tilrettelegging for fysisk aktivitet. Det første er at trening kan brukes som eksponeringsterapi for angst. I tillegg viser den at trening har en fordelaktig effekt når det gjelder tilstander som er komorbide. Som for eksempel angst og depresjon. Tasci et al. (2019) sammenligner bruken av antidepressiva og fysisk aktivitet. Det viser seg at det var større statistisk nedgang i symptomer hos gruppen som ble behandlet med antidepressiva og trening. Dette viser at fysisk aktivitet kan være en fin tilleggsbehandling for mennesker med depresjon og angst, noe også Cole (2010) viser til. Det andre funnet viser at det kan være en utfordring å motivere personer med depresjon til fysisk aktivitet. Derfor må man legge til rette for dette. Ifølge Cole (2010) viser det seg at deltakerne har negativ selvoppfatning, noe som påvirker deres motivasjon til fysisk aktivitet. Da må man finne metoder som gir tilrettelegging for å gjennomføre dette. Han påpeker at trening med personer man har relasjoner til gir større motivasjon og at dette kan gi større sjanse for at de ønsker å være fysisk aktiv.

## **5.3 Intensitet og sittestillende atferd**

I denne kategorien er det inkludert funn fra artikkel Hiles et al. (2017) og Plag et al. (2020). Hiles et al. (2017) fant ut at folk med en diagnose eller høyere symptomer på angst eller depresjon hadde lavere idrettsdeltakelse og generell fysisk aktivitet og var mindre fysisk aktiv sammenlignet med de friske. I tillegg fant de ut at de med større symptomer på angst og depresjon hadde høyere nivå av sittestillende atferd. Dette viser at fysisk aktivitet har innvirkning på symptomer for depresjon og angst. I tillegg er det et funn som kan knyttes til kategorien om intensitet og sittestillende atferd. I følge Plag et al. (2020) hadde de som trente med høy intensitet dobbelt så stor effekt på det fysiske tiltaket sammenlignet med de som trente med lav intensitet. Dette viser at intensiteten også har innvirkning på hvordan man tilrettelegger for fysisk aktivitet for mennesker med angst og depresjon.

## **6. Diskusjon**

Resultater fra studiene viser at særlig tre viktige tema har betydning for angst, depresjon og fysisk aktivitet. I de neste avsnittene vil det utdypes disse funnene i lys av teoretisk perspektiv og vernepleierens rolle som partner.

### **6.1 Virkningen av fysisk aktivitet på depresjon og angst**

I følge Snoek & Engedal (2017) Vil 17 % av mennesker i løpet av livet oppleve en periode med depresjon. Til sammenligning vil 5-6% oppleve angst i løpet av livet. I enkelte tilfeller vil disse periodene kreve en form for behandling. Dette kan for eksempel være atferdsterapi, medikamentbehandling og i sjeldne tilfeller elektrosjokkbehandling (Snoek og Engedal, 2017, s 104-105). Det å ikke lenger føle at man er sjef i sitt eget liv kan føles utfordrende. Derfor er det nyttig med alternative behandlingsmetoder. I denne



oppgaven er det satt fokus på fysisk aktivitet og hvordan dette har innvirkning på depresjon og angst. Snoek & Engedal (2017) påpeker at en kombinasjon av ulike behandlinger vil være nyttig for disse brukerne og pasientene. Hiles et al. (2017) påpeker blant annet at mennesker med angst er like negativt påvirket av inaktivitet og sittestillende atferd som de med depresjon. Da kan det tenkes at fysisk aktivitet kan være med på å redusere denne negative påvirkningen. Fysisk aktivitet er som kjent bevegelse som gir økning av energiforbruk over hvilenivå (Martinsen, 2018, s 34-38). Dersom de med angst og depresjon er inaktiv og lider av sittestillende atferd vil ikke dette bli prioritert. Dette kan føre til at symptomene vedlikeholdes og i verste fall forverres. Vernepleieren skal i dette tilfelle legge til rette for mestring (Nordlund et al., 2015, s 18-19). Det kan være nyttig at vernepleieren opplyser personen med depresjon eller angst om hvilke behandlingsmetoder som kan påvirke symptomene på en positiv måte. På den ene siden er det viktig å ta vare på brukerne, pasientene og sikre at de opplever selvbestemmelse og er sjef i eget liv. I denne fasen går vernepleieren inn i rollen som partner. På den andre siden handler det like mye om å hjelpe vedkommende til å bli friskere og oppnå et liv med selvstendighet og livskvalitet. Det å legge til rette for at de kan få alternativ behandling som fysisk aktivitet, kan derfor være avgjørende. For noen vil atferdsterapi og medikamentbehandling være nok, men med sittestillende atferd og inaktivitet kan det tenkes at symptomene forverres selv med den typen behandling (Brask et al., s 66-67).

Med depresjon og angst er det som sagt større sjanse for sittestillende atferd og inaktivitet. Dette kan øke faren for en rekke sykdommer. Martinsen (2018) påpeker blant annet at fysisk aktivitet reduserer risikoen for tidlig død med 30 %. Årsaken er at hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer og diabetes reduseres. Derfor er det ikke bare depresjon og angst i seg selv som kan være farlig med denne atferden, men også de ulike følgesykdommene. Plag et al. (2020) fant ut at både gruppen med program for høyintensitetstrening og gruppen med lavintensitetstrening viste moderat eller stor effekt på depresjon og angst. Dette viser at uansett hvilken intensitet man trener med, vil det lette på symptomene. For en inaktiv voksen person vil 30 minutter med moderat fysisk aktivitet hver dag være nok til å oppnå helsegevinst, for eksempel ved rask gange (Martinsen, 2018, s 23). Derfor er det ikke mye som skal til for at dette behandlingsalternativet kan være nyttig for denne gruppen. Langvarig depresjon kan redusere levealder med 10 år (Martinsen, 2018, s 23). Virkningen av fysisk aktivitet kan derfor være avgjørende på hvor lenge man lever, og hvilken livskvalitet man har. Som vernepleier har man ansvar for å veilede og opplyse personer med depresjon og angst om forskjellen dette kan ha på deres liv og deres livskvalitet. Plag et al. (2020) foreslår at høyintensitetstrening kan være en god førstelinjebehandling for angst og depresjon, da dette har størst innvirkning på depresjon og angst. Selv om høyintensitetstrening har

størst innvirkning, er det viktig å tilpasse behandlingsmetoden for den enkelte. Fra å være inaktiv og ikke drive med noen form for fysisk aktivitet, kan overgangen til å drive med høyintensitetstrening være lang og skremmende. Derfor kan det ha en negativ effekt, dersom man presser på og ikke støtter personen ut ifra dens forutsetninger, slik en vernepleier bør gjøre (Nordlund, 2015, s 18-19). Her bør vernepleieren ha et samhandlingsfokus fremfor et handlingsfokus, noe som er sentralt i partnerrollen (Brask et al., s 66-67).

Selv om fysisk aktivitet har en positiv innvirkning som Hiles et al. (2017) og Plag et al. (2020) har beskrevet, viser Tasci et al. (2019) at angst og depresjonsnivået gikk ned i gruppen som kombinerte fysisk aktivitet og medikamentbehandling. Det gjorde det også for gruppen som kun fikk medikamentbehandling. Dette viser at uansett hvilken behandling man får, kan det ha en effekt. Derfor kan fysisk aktivitet være en fin tilleggsbehandling som støtter mennesker med depresjon og angst, noe Cole også påpeker (2010). Hvert behandlingsalternativ viser derfor hvor individuell effekten er. Personer med angst kan føle frykt uten grunn og har et overfølsomt alarmsystem (Håkonsen, 2007, s 297-300). Smits et al. (2008) viser at angstfølsomhet reduseres betydelig med fysisk aktivitet og at den resulterer til et mindre deprimert humør. Cole (2010) fant ut at deltakerne hadde negativ oppfatning av sin egen kropp og ville derfor ikke vise seg for andre. Det andre personer ikke tenker over, kan bli overanalysert og feiltolket av personer med angst. For eksempel å utøve fysisk aktivitet med andre til stede kan være en barriere. På den siden kan det vise seg at fysisk aktivitet har en negativ effekt på angst eller depresjon. Når hensikten egentlig er å redusere symptomer, vil fokuset heller ligge på frykten av at andre ser kroppen deres. Derfor kan det miste sin effekt. I partnerrollen er det viktig at personens initiativ dyrkes (Brask et al., 2016, s 66-67). Dersom de er redde for å møte andre, er det viktig at vernepleieren legger til rette for at de kan utøve fysisk aktivitet i omgivelser som vil gi en positiv opplevelse og mestring. Dette bør skje på deres premisser og ivaretagelse.

## **6.2 Tilrettelegging for fysisk aktivitet**

For personer med depresjon er det viktig å avgrense hvor utfordringene ligger, slik at personen ikke føler det er overveldende, da mange tanker kan gi verre symptomer (Håkonsen, 2014, s 255). Derfor kan det være viktig å legge til rette for fysisk aktivitet. Ifølge Smits et al. (2008) kan fysisk aktivitet brukes som eksponeringsterapi for angst. Dette kan i noen tilfeller hjelpe personen med å overvinne frykten og dempe angstsymptomene (Snoek & Engedal, s 114). På en annen side kan de med angst og depresjon unngå trening, fordi det minner dem om panikkanfall fordi de opplever de samme symptomene som for eksempel hjertebank, tungpust og svimmelhet (Snoek & Engedal, 2017, s 108-112). Dersom man forbinder fysisk aktivitet med symptomene, vil

det være vanskelig å gjennomføre slike tiltak. Fysisk aktivitet kan brukes som eksponeringsterapi, da symptomene på angst og depresjon kan ligne på reaksjonene man får under fysisk aktivitet. Dersom det brukes på denne måten, kan man bli kjent med følelsene og reaksjonene, dette kan føre til at det oppleves mindre skremmende (Almvik & Borge, 2014, s 140). Dersom dette er aktuelt, er det derfor viktig at man forklarer hvordan dette kan brukes som eksponeringsterapi og understreke hvor ufarlige symptomene faktisk er. Det kan være fordelaktig at vernepleieren stiller seg til disposisjon og deltar i den fysiske aktiviteten sammen med vedkommende. På den måten har vernepleieren en sentral rolle for tilretteleggingen. Da er det viktig at man kommuniserer godt med personen. En god relasjon kan gi bedre forutsetninger for å ufarliggjøre fysisk aktivitet (Brask et al., 2017, s 66-67).

Som Smits et al. (2008) påpeker vil trening ha en fordelaktig effekt når det gjelder tilstander som er komorbide, som for eksempel ved angst og depresjon. Personer med depresjon vil ofte være initiativløse og ha vansker med daglige gjøremål. Dette gjør at de er passive og tilrettelegger dårlig for egen aktivitet (Snoek & Engedal, 2017, s 103). Det å hjelpe disse personene til å tilrettelegge og gjenvinne eget initiativ er derfor avgjørende dersom fysisk aktivitet skal fungere som behandling. Tasci et al. (2019) sin undersøkelse viser at det var større statistisk nedgang i symptomer hos gruppen som ble behandlet med antidepressiva og trening. Det å kombinere disse behandlingsmetoden viser derfor en positiv effekt på deres sykdomsbilde. På en annen side vil mennesker med angst ha en stor fare for å utvikle legemiddelmisbruk, noe som kan få alvorlige konsekvenser (Snoek & Engedal, s 114). Som vernepleier bør man sørge for å støtte disse personene og veileder dem i en vanskelig hverdag. Det er kjent at de med depresjon ofte grubler mye og har negative tanker, da det er vanskelig å få tilgang til positive tanker (Håkonsen, 2014, s 307-308). Da kan man vise til effekten den fysiske treningen faktisk har. Likevel er det ikke bare de psykiske vanskene i seg selv som er utfordrende, da det ifølge artikkel Tasci et al. (2019) er utfordrende å motivere personer med depresjon til fysisk aktivitet. Dette kan skyldes flere faktorer. Cole (2010) viser blant annet at deltakerne har negativ selvoppfatning, noe som påvirker deres motivasjon til fysisk aktivitet. Det å dyrke de positive egenskapene og hjelpe dem med å finne seg selv er derfor viktig. I tillegg skal man ha respekt for de valgene de ønsker og ta og i tillegg ha innlevelse og sensitivitet ovenfor personene. Dette er noe som er sentralt for vernepleierens partnerrolle. (Brask et al., 2016, s 66-67). Ved å hjelpe dem med å legge til rette for fysisk aktivitet, kan man komme med ulike ideer som gjør det mer motiverende å gjennomføre fysisk aktivitet. Dette kan for eksempel være ved bruk av nettverket til vedkommende. Det å gjøre noe sammen med andre kan føles mer verdifullt, og derfor ta fokuset bort fra sykdommen. Cole (2010) viser de at trening med nære relasjoner gir større motivasjon. Dette kan være venner, familie eller andre nære.

Som vernepleier kan man derfor bruke denne ressursen til å motivere og legge til rette for fysisk aktivitet.

### **6.3 Intensitet sittestillende atferd og endring av atferd**

Personer med depresjon har ofte liten innsikt i eget sykdomsbilde. Derfor kan viljen til å bli frisk være svekket (Håkonsen, 2014, s 255). Hiles et al. (2017) viser at folk med en diagnose eller høyere symptomer på angst eller depresjon har lavere idrettsdeltakelse og mindre fysisk aktivitet sammenlignet med de friske. Det vil si at de har en mye større sittestillende atferd. På grunn av lite innsikt i eget sykdomsbilde kan det tenkes at de ikke ser noen sammenheng mellom det å være inaktiv og ha symptomer på depresjon. Personer med angst har en tendens til å isolere seg for å unngå ubehagelige situasjoner. De kan føle at andre ser at de er syke og at de stirrer på dem (Snoek & Engedal, 2017, s 108). Denne følelsen er ubehagelig, noe som kan føre til at det føles trygt og godt å isolere seg. På kort sikt vil disse plagene dempes, på den andre siden vil symptomene på angst og depresjon vedlikeholdes (Almvik & Borge, 2014, s 130). Dette kan også bidra til inaktivitet og sittestillende atferd. Hiles et al. (2017) fant også ut at de med større symptomer på angst og depresjon hadde høyere nivå av sittestillende atferd. Dette understreker hvor viktig det er å unngå isolasjon. Det å ha en trygg person som motiverer til å komme seg ut kan derfor gjøre stor forskjell. Dette kan for eksempel være en vernepleier.

For å komme seg ut av trenden med sittestillende aktivitet kreves det endring av atferd. Det er understreket i løpet av denne oppgaven hvilken mulig effekt fysisk aktivitet har på angst og depresjon. Problemet ligger ofte i det å komme i gang med endring (Almvik & Borge, 2014, s 130). Her kan vernepleieren være en fin ressurs. Vernepleieren har et helhetssyn på mennesker og ønsker å legge til rette for mestring. Dette kan være sosiale og samfunnsmessige utfordringer, hvor det legges vekt på både fysiske og psykiske funksjonsvansker (Nordlund et al., 2015, s 18-19). Igjen kan partnerrollen spille en viktig rolle. Den er preget av et samhandlingsfokus hvor man har fokus på dialog og det å skape en god relasjon (Brak et al., 2016, s 66-67). Ved hjelp av dette kan man sakte, men sikkert bidra til endring av atferd. Man bør kommunisere på en slik måte at personen føler seg verdifull og trekke fram de positive egenskapene en har. Ved å se på personen som er ressurs kan det være lettere å snu en dårlig trend og derfor bidra til mindre sittestillende atferd. Alle mennesker er ulike og hvordan man jobber mot et mål vil derfor være individuelt. Det er derfor viktig at man legger til rette for at personen har kontroll over valg og beslutninger som har betydning for dem (Brask, et al., 2016, s 66-67). Plag et al. (2020) viser at de som var med i deres undersøkelse og trente med høyere intensitet, hadde dobbelt så stor effekt enn de som trente med lav intensitet. Derfor foreslår studien at høyintensitetstrening kan være en god førstelinjebehandling for

angst og depresjon. På den andre siden kan det være like viktig å se hvilken situasjon personen befinner seg i her og nå. Fra å være inaktiv og ikke drive med noen form for fysisk aktivitet, kan steget til å drive med høyintensitetstrening føles umotiverende og kanskje umulig. Derfor bør vernepleieren legge til rette for at dette kan brukes som førstelinjebehandling ut ifra personens forutsetninger (Brask et al., 2016, s 66-67).

#### **6.4 Metodediskusjon**

Med utgangspunkt i problemstillingen, skal det i denne delen vurderes svakheter og styrker i denne oppgaven. *Hvordan kan vernepleieren legge til rette for fysisk aktivitet i oppfølgingen av voksne personer med angst og depresjon?*

For å finne svaret på dette er det brukt tre kvantitative studier og to kvalitative studier. Det kan være en styrke at det er brukt forskjellige forskningsdesign, noe som gir mer dybde. Kvantitative data gir objektive og derfor eksakt faktakunnskap. Dette gir breddekunnskap ut ifra et lite antall opplysninger fra mange utvalg. En kvalitativ studie forsøker å finne meningssammenhenger hvor man får mange opplysninger fra et lite utvalg. (Thidemann, 2019, s 75-76). På den ene siden kan det ha vært mer hensiktsmessig å inkludere flere kvalitative studier, slik at man kunne undersøkt flere funn. På den andre siden var det utfordrende å finne flere studier som var kvalitative og som passet denne oppgavens problemstilling. De fem artiklene som er valgt for oppgaven har stor geografisk spredning, noe som kan gi god reliabilitet. Alle artiklene er fra utlandet, da det var vanskelig å finne norske artikler som var fagfellevurdert i fagdatabasene. I flere av artiklene er det brukt spørreskjema i undersøkelsene. Dette kan være en svakhet, da deltakerne kan svare det som er forventet, eller overdriver når de skal vurdere for eksempel hvor fysisk aktiv de egentlig er. Dette kan gjøre at studiene er mindre pålitelige.

En styrke med oppgaven er at litteraturstudiet baseres på nyere forskning og at den eldste artikkelen er fra 2008. I tillegg er det brukt sjekklister (Helsebiblioteket, 2016) for å vurdere artiklene kritisk. En annen svakhet med oppgaven kan være at alle artiklene er skrevet på Engelsk. Ut ifra min tolkning og oversettelse kan det oppstå misforståelser, noe som kan gå utover validiteten. I tillegg kan det være relevante studier som er oversatt. Likevel er det brukt mye tid og grundig arbeid på oversettelse og analyse av artiklene, noe som kan veie opp for dette.

## 7. Konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å finne ut hvordan vernepleieren kan legge til rette for fysisk aktivitet i oppfølgingen av voksne personer med angst og depresjon. Med bakgrunn i fem forskningsartikler og teori er det lagt vekt på forskjellige momenter. Det som gjenspeiler seg, er hvordan fysisk aktivitet kan være en behandlingsform for angst og depresjon. Det er i tillegg lagt vekt på hvordan man som vernepleier kan skape en god relasjon og samhandling med personer som har disse psykiske vanskene, med vekt på partnerrollen. Funnene viser hvordan vernepleieren kan være den som tilrettelegger for fysisk aktivitet, men at dette bør skje gjennom god kommunikasjon. I tillegg er det viktig med en god relasjon som gir trygghet til personer med angst og depresjon. Det å finne trygge omgivelser og bruke personens relasjoner viser seg å være avgjørende for at et slikt tiltak skal fungere. Barrierer og vilje for endring er det som skal til for at man kan se resultater. Dette er noe jeg kan ta med meg videre i jobben som vernepleier, da det har stor overføringsverdi.

Forslag til videre forskning kan handle om hvordan man finner tiltak som gir motivasjon og livsglede for fysisk aktivitet for mennesker med angst og depresjon. I tillegg hadde det vært spennende å se på hvordan høy intensitet har påvirkning på fysisk aktivitet i forhold til lav intensitet i et større omfang. Det kan tenkes at dette er en utfordring med mennesker som har sittestillende atferd og lav motivasjon til fysisk aktivitet.

## 8.0 Litteraturliste

- Borge, L., & Almvik, A. (2014). Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforl.
- Brask, O., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). Vernepleierens kjerne roller: En refleksjonsmodell. Bergen: Fagbokforl.
- Cole F. (2010). Physical activity for its mental health benefits: conceptualising participation within the Model of Human Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*. Hentet 24.05.2022 fra: <https://doi.org/10.4276/030802210X12918167234280>
- Gulay Tasci, Sema Baykara, M. Gurkan Gurok & Murad Atmaca. (2019). Effect on exercise on therapeutic response in depression treatment. Elazig Training and Research Hospital, Elazig, Turkey. Hentet 24.05.2022 fra: <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1426159>
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). Sjekklister. Hentet 24.05.2022 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Håkonsen, K. (2014). Psykologi og psykiske lidelser (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Japser AJ. Smits, Angela C. Berry, David Rosenfield, Mark B. Powers, Everlyn Behar, Michael W. Otto. (2008) Reducing anxiety sensitivity with exercise. Miami, FL. Hentet 24.05.2022 fra: <https://doi.org/10.1002/da.20411>
- Jens Plag, Paul Schmidt-Hellinger, Theresa Klippstein, Jennifer L.M. Mumm, Bernd Wolfarth, Mortiz B. Petzold, Andreas Strohle. (2020). Working out the worries: A randomized controlled trial of high intensity interval training in generalized anxiety disorder. Berlin, Germany. Hentet 24.05.2022 fra: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102311>
- Martinsen, E., Andersen, E., Borge, L., Moe, T., & Johannessen, B. (2018). Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell. Oslo: Universitetsforlaget.
- S. A. Hiles, F. Lamers, Y. Milanechi and B. W. J. H. Pennix. (2017). Sit, step, sweat: longitudinal associations between physical activity patterns, anxiety and depression. Amsterdam, Netherlands. Hentet 24.05.2022 fra: <https://doi.org/10.1017/S0033291716003548>
- Snoek, J., & Engedal, K. (2017). Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene (4. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Steen Tesli, M., Handal, M., Ask Torvik, F., Skrindo Knudsen, A.K., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L.J., Reneflot, A. (2021) Psykiske lidelser hos voksne. Hentet 24.05.2022 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Thidemann, I., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.



