

# Bachelorgradsoppgave

## Depresjon og fysisk aktivitet

En litteraturstudie om hvilken effekt fysisk aktivitet har på mild, moderat og alvorlig depresjon.

## Depression and physical activity

A literature study about the effect physical activity has on mild, moderate and severe depression.

Sissel Kristin Blomli  
Hilde Kristin Indstrand

Emne SPU 110, sykepleiefaglig fordypningsemne

Bachelorgradsoppgave i

Sykepleie

23.05.13

Antall ord: 10000



Avdeling Levanger



### ***Den draumen***

*«Det er den draumen me ber på  
at noko vedunderleg skal skje,  
at det må skje -  
at tidi skal opna seg  
at hjarta skal opna seg  
at dører skal opna seg  
at berget skal opna seg  
at kjeldor skal springa -  
at draumen skal opna seg,  
at me ei morgonstund skal glida inn  
på ein våg me ikkje har visst um»*

Olav H. Hauge

*«Det er den draumen»*

## Abstrakt

**Innledning:** Depresjon er blant de vanligste og den mest økende psykiske lidelse i dagens samfunn. På verdensbasis er depresjon en av de lidelser som fører til størst tap av livskvalitet og leveår. Tidlig intervensjon og forebygging er viktige tiltak. Det er behov for enkle og lett tilgjengelige strategier for lindring og mestring. **Hensikt:** Det er ønskelig å se om fysisk aktivitet kan være en mulighet for å behandle depresjon. **Metode:** Studien er basert på en litteraturstudie der det i hovedsak ble benyttet kvantitative forskningsartikler som belyste problemstillingen. **Resultatet** viste at kombinasjon av antidepressiva og fysisk aktivitet ga en reduksjon på depresjonen i forhold til antidepressiva alene. Regelmessig og intens trening bedret depresjonssymptomene og viste seg å ha en god langtidseffekt. Selvbestemt trening bedret depresjonen, ga høyere selvtillit og bedre livskvalitet. **Diskusjon:** Depresjon preges ofte av passivitet og isolasjon. Fysisk aktivitet fremmer positive tanker og følelser. Den bedrer søvnkvalitet og pasienten blir bedre i stand til å takle egne problemer, får økt selvtillit og selvkontroll. For å gi en tilfredsstillende effekt av fysisk aktivitet ved depresjon bør tiltak tilpasses individuelle behov. Håp og mestringstro er viktige faktorer i behandling av depresjon. Det er viktig at sykepleierne formidler sin kunnskap og erfaringer og bidrar i et tverrfaglig samarbeid for å behandle deprimerte pasienter. **Konklusjon:** Fysisk aktivitet viser seg å ha en god effekt i behandling av depresjon. Det er en behandlingsmetode som sykepleiere bør bidra til å formidle.

Nøkkelord: Depresjon, trening og fysisk aktivitet

## Innhold

1 INNLEDNING.....	5
1.1 Problemstilling.....	6
1.2 Begrepsavklaring.....	6
1.2.1 Depresjon, symptomer og behandling.....	6
1.2.2 Fysisk aktivitet.....	7
2 METODE.....	9
2.1 Inkluderings-/ekskluderingskriterier.....	9
2.2 Datainnsamling.....	10
2.2.1 Kildevurdering.....	11
2.2.2 Etske betraktninger.....	13
2.3 Kategoribasert analysemetode.....	13
3 RESULTAT.....	15
3.1. Fysisk aktivitet sammenlignet med medikamentell behandling.....	15
3.2 Høy intensitet versus lav intensitet på fysisk aktivitet.....	16
3.3 Langtidseffekt av fysisk aktivitet på depresjon.....	18
3.4 Effekt av fysisk aktivitet på hjernen.....	19
3.5 Anbefalt trening versus selvbestemt trening.....	19
4 DISKUSJON.....	21
4.1 Metodediskusjon.....	21
4.2 Resultatdiskusjon.....	23
4.2.1 Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon?.....	24
4.2.2 Fysisk aktivitet versus antidepressiva i behandling av depresjon.....	24
4.2.3 Høy intensitet versus lav intensitet på fysisk aktivitet.....	27
4.2.4 Vil fysisk aktivitet føre til bedre livskvalitet hos deprimerte pasienter?.....	31
4.2.5 Er selvbestemt trening en bedre motivator enn anbefalt trening?.....	34
5 KONKLUSJON.....	39
LITTERATURLISTE.....	40

## VEDLEGG

## 1 INNLEDNING

Depresjon er blant de vanligste og mest økende psykiske lidelsene i samfunnet i dag. På verdensbasis er omkring 35 millioner mennesker berørt. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti mest vanlige lidelsene i verden, som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Helsedirektoratet 2009).

I følge Verdens Helseorganisasjon antas det at uførhet og tidlig død som skyldes depresjon vil øke. På verdensbasis vil depresjon i 2020 være den nest viktigste årsak til sykdomsbelastning for begge kjønn. Hjerte- og karsykdom vil utgjøre den største belastningen. Det forventes at depresjon vil utgjøre den største byrden i de utviklede deler av verden (Helse- og omsorgsdepartementet 2002/2003). Ser man dette i et samfunnsøkonomisk perspektiv, vet man at å helbrede er mer tidkrevende og kostbart enn å forebygge sykdom. Tidlig intervensjon og forebygging er et viktig tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet 2012, Espnes & Smedslund 2010).

Depresjon er en diagnose som rammer mange, en eller flere ganger i løpet av livet (Kjellman m.fl. 2009, Tambs 2013, Martinsen 2011). Det er begrenset hvor mye man i helsevesenet kan hjelpe. Derfor er det viktig at både samfunnet og den enkelte må bidra for å bevare og styrke helsen. Det er et behov for enkle og lett tilgjengelige strategier som mennesker kan bruke selv, for å lindre psykisk smerte, mestre plager bedre og i beste fall forebygge at psykiske lidelser oppstår. Fysisk aktivitet er en mulighet for hjelp til selvhjelp (Martinsen 2011).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilken effekt fysisk aktivitet har i behandling av mennesker med depresjon. Det er ønskelig å få svar på om fysisk aktivitet er hensiktsmessig i behandlingen av depresjon. Derfor belyser denne studien pasientperspektivet.

Sannsynligheten for å møte denne pasientgruppen som sykepleier er stor og det er av stor verdi å øke kunnskapen på dette området. Denne pasientgruppen er økende og depresjoner

kommer både som følgetilstand av andre sykdommer eller den opptrer i større eller mindre grad gjennom pasientens liv eller i perioder av livet. Derfor vil sykepleiere møte disse pasientene både innenfor eget nærmiljø, hjemmesykepleie, sykehus eller andre behandlingsinstitusjoner.

## 1.1 Problemstilling

På bakgrunn av dette er det ønskelig med økt kunnskap omkring fysisk aktivitet i behandling av deprimerte pasienter. Problemstillingen som belyses er:

«Hvilken effekt har fysisk aktivitet i behandlingen av depresjon?»

## 1.2 Begrepsavklaring

### 1.2.1 Depresjon, symptomer og behandling

Depresjon går inn under kategorien stemningslidelser og er den hyppigste av dem. Det skiller mellom mild, moderat og alvorlig depresjon. Depresjon viser seg ved endringer i humøret eller stemningene våre, eller er en svingning mellom disse punktene, hvor mani og alvorlig depresjon er ytterpunktene i skalaen. I tidlig stadium kan depresjon være vanskelig å fange opp da symptomene ikke er så tydelige. Depresjon deles inn i ulike former som dystymi, unipolar stemningslidelse og kortvarig, gjentatt depresjon (Snoek & Engedal 2010).

Årsaksforholdene er sammensatte og det kan se ut til at faktorer som arv, biologiske- og psykososiale forhold kan ha betydning for utvikling av depresjon (Snoek & Engedal 2010). Følelsesmessige belastninger i barndommen er trolig en bidragende faktor for depresjon

som voksen. Motgang, tap og skuffelser kan utløse depresjon og svekket selvfølelse (Skårderud 2010).

I følge Snoek og Engedal (2010) er typiske symptomer på depresjon nedstemthet, tap av gleder og interesser, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet. Depresjon kan også gi trettbarhet og nedsatt aktivitet. Andre symptomer er redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og følelse av verdiløshet, pessimisme, søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst, tanker om selvskading og selvmord.

Behandlingen vil være avhengig av årsaken til den depressive lidelsen. Det finnes ulike former for psykoterapi, som for eksempel individuell dynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi og familie- eller parterapi (Snoek & Engedal 2010). Disse terapiformene tar sikte på å redusere pasientens skyldfølelse, bedre selvbildet og endre pasientens tankemønstre, som hovedsakelig er negative. For pasienter med en mer alvorlig depresjon blir medikamentell behandling mye brukt. Mange får en kombinasjon av psykoterapi og medikamentell behandling (Snoek & Engedal 2010). Andre sentrale faktorer i behandlingen av depresjon er fysisk trening, sosial støtte, ernæring, god og regelmessig søvn. En individuell plan er et viktig virkemiddel for brukermedvirkning og bidrar til at ulike tjenester blir koordinert og vurdert i sammenheng (Helsedirektoratet 2009).

### **1.2.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet kan betegnes som et begrep som dekker alle former for muskelarbeid som medfører energiforbruk (Folkehelseinstituttet 2012). Fysisk aktivitet er et overordnet begrep om det å bevege seg, alt fra søvn, arbeid og fritidsaktiviteter. Fysisk aktivitet omtales som mosjonsaktiviteter, der glede, helse og rekreasjon er målet. Fysisk trening er en undergruppe av fysisk aktivitet (Martinsen 2011). Fysisk trening er mer planlagte, strukturerte og stadig

gjentatte kroppslige bevegelser som utføres for å forbedre eller vedlikeholde den fysiske formen eller helsen (Martinsen 2011).

Fysisk aktivitet i denne studien betegnes som aerob trening. Aerob trening er utholdenhetstrening. Dette er aktiviteter som løping, gange og styrketrening. Under aerob trening økes oksygenopptaket og hjerterefrekvensen slik at man skal være i stand til å takle en hard belastning (Espnes & Smedslund 2010).



## 2 METODE

En metode er en fremgangsmåte for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, et redskap i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland 2012). Denne studien er basert på en allmenn litteraturstudie. Her beskrives og analyseres valgte studier etter et usystematisk søk (Forsberg & Wengström 2003). Metodeforståelse er det å kunne vurdere kritisk hvor pålitelig faktakunnskaper er, enten det gjelder årsaksforhold, utbredelse eller effekt av behandling (Skårderud 2010).

### 2.1 Inkluderings-/ekskluderingskriterier

Gjennom denne allmenne litteraturstudien er det søkt etter litteratur som er rettet mot problemstillingen. Artikkene omfatter alle former for depresjon; mild, moderat og alvorlig grad. Fokuset er voksne personer med depresjon som bor hjemme og ikke i sykehus eller annen institusjon. Studiene belyser alle former for depresjon og det er viktig å se hvilken effekt fysisk aktivitet har på disse. Studiene inkluderer voksne med depresjon i alder 19+, hos både kvinner og menn. I utgangspunktet ble det søkt etter nyere forskning, ikke eldre enn 5 år, men på grunn av interessante funn i eldre artikler er det valgt å ta med fem artikler som er fra 1999-2007. Mye av den nyere forskningen og fagkunnskapen henviser til forskningen fra 1999 og ansees derfor som meget relevant til oppgaven. Artikkene i studien inneholder kun diagnosen depresjon. Andre psykiske lidelser er ekskludert i litteraturstudien.

Mange pasienter får kombinasjonsbehandling med medikamentell behandling for sin depresjon. Fokuset i denne studien er hovedsakelig fysisk aktivitet som behandling, men vi kommer ikke utenom å belyse medikamentell intervensjon. Samtaleterapi vil ikke bli belyst i oppgaven. Det vil derimot være ønskelig å se på hvilke patologiske effekter fysisk aktivitet har på hjernen, for slik å kunne si noe om hvorfor effekten inntreffer ved aktivitet.

## 2.2 Datainnsamling

Søk etter relevant litteratur ble gjort i ulike databaser. Medline som er en stor anerkjent database (Polit & Beck 2012), ga funn av studier som var relevante for å belyse problemstillingen. I tillegg ga databasen mulighet for å hente ut alle studiene i fulltekst. Kun en artikkel var ikke tilgjengelig i fulltekst og måtte innhentes via biblioteket ved høgskolen. Videre ble det benyttet pensumlitteratur, relevante bøker og andre artikler. Det fantes lite fagbøker på dette feltet, men det er benyttet fagstoff funnet på godkjente nettsider. Fysioterapeut, Aksel Skjelbreid, som driver Treningsklinikken ved Østmarka sykehus, har bidratt til god hjelp i forhold til erfaringsbasert kunnskap. Treningsklinikken er det eneste norske treningscenteret som drives i psykiatrisk sykehus (NAPHA 2011). Det har vært til stor nytte å være tilstede ved forelesninger høsten 2012 ved Østmarka sykehus. Der har fagpersonell, blant andre psykiater Egil Martinsen, redegjort for forskning og erfaringsbasert kunnskap i sitt arbeid på feltet fysisk aktivitet som behandling av depresjon.

Relevante og aktuelle søkeord som ble brukt i søket etter artikler var depression, exercise, physical activity. I søkene kombinerte vi alle søkeordene. Søkene ble avgrenset med abstrakt tilgjengelig, gratis fulltekst tilgjengelig, 5 år, human og alder; 19+. Først ble det valgt artikler ut fra relevant tittel og abstrakt. Deretter ble fullteksten lest, vurdert og kvalitetssikret for å avgjøre om den var godkjent til studien.

Det ble vektlagt å se på randomiserte kontrollerte studier, da disse studiene har høy validitet (Polit & Beck 2012) og belyser hensikten med oppgaven. Randomiserte kontrollerte studier innebærer at den nye behandlingen som vi ønsker å vite noe om, blir sammenlignet med en annen behandling, en såkalt kontrollbehandling. Kontrollbehandlingen kan være placebomedisin eller en anerkjent behandling som brukes mye. En kontrollert studie betyr at den nye behandlingen sammenlignes med kontrollbehandlingen. En slik sammenligning er avgjørende for å kunne si om den nye behandlingsmåten er bedre, like effektiv eller dårligere enn kontrollbehandlingen (Norsk helseinformatikk 2011).

Det er gjort flere studier som har sett på effekt av fysisk aktivitet på depresjon. Det er målt effekt ut i fra treningens intensitet, varighet av treningen, effekt av medikamentell behandling kontra fysisk aktivitet og stemningsleie før og etter trening. Det er i studiene brukt ulike skalaer for klinisk vurdering av depresjonsstatus, for eksempel Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), vedlegg 1. Den bygger på den emosjonelle status og funksjonsbegrensninger, og graderer alvorlighetsgraden og evaluering av behandling (Kirkevold m.fl. 2010).

**Tabell: Eksempel på artikkelsøk**

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
Medline 27.02.13	Depression Exercise Physical activity	Abstract available Free text available Full text 5 years Humans Ages: Adult 19+ years	212	13
SveMed+	Depression Exercise Physical activity		29	0

### 2.2.1 Kildevurdering

Artiklene ble analysert med tanke på å besvare hensikten i studien. I en litteraturstudie må man skaffe seg relevant informasjon og kritisk kunne vurdere verdien av denne informasjonen (Kunnskapssenteret 2013, NTNU 2010). Disse fire kriteriene er troverdighet,

objektivitet, nøyaktighet og egnethet (NTNU 2010). Artiklene ble grundig lest og det ble fylt ut et skjema for vurdering av forskningsartikler (vedlegg 2). Dette for bedre å kunne belyse artikkelens kvalitet. Samtidig ble artiklenes hensikt og hovedfunn nedskrevet. Dette for å få en bedre oversikt over funnene (vedlegg 3). Det ble brukt primærlitteratur for å unngå feiltolkning av litteraturen. Artiklene ble vurdert med vektlegging av blant annet tittel på forfatterne, årstall, metode, abstrakt og hvor artiklene er publisert.

Kunnskapscenteret (2013) har vært et viktig arbeidsverktøy i vurdering av inkluderte studier.

Tabell: Eksempel på en inkludert artikkel.

<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b>	<b>Tittel</b>	<b>Studiens hensikt</b>	<b>Design</b>	<b>Deltaker e</b> <b>Frafall</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Kvalite t</b>
Blumenthal m.fl.(1999) USA	Effects of exercise training on older patients with major depression .	Målet med studien er å vurdere effekten trening kontra antidepressiva i behandling hos pasienter med alvorlig depresjon.	Kvantitativ studie? Randomisert kontrollert studie	Deltaker e: 156. Frafall:	På lengre sikt har fysisk aktivitet den samme effekt som antidepressiv medikamente ll behandling.	God

### 2.2.2 Etske betraktninger

Etikk har fra starten av vært definert som en del av metodevurderinger. Det finnes mange grunner til at etikk har en selvfølgelig plass. Det er viktig at alle tiltak for diagnostisering og behandling har et moralsk mål. Målet er å gi mennesker et bedre liv (Kunnskapsenteret 2013).

Ved gjennomføring av litteraturstudie er akademisk redelighet viktig. Akademisk redelighet betyr å gjengi de refleksjonene du har gjort deg ved valg av litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med i din oppgave. Det er viktig at valgt litteratur blir referert til riktig kilde og på riktig måte, slik at det er lett å finne for leseren (Dalland 2012, Forsberg & Wengström 2003).

De fleste artiklene som beskrives i denne litteraturstudien er etisk vurdert. Det vil si at studiene er vurdert og godkjent av etisk komite før oppstart av studien. Hvis det mangler kvalitetsvurdering i allmenn litteraturstudie er risikoen stor for at man kan dra feilkonklusjoner (Forsberg & Wengström 2003). Et fåtall av studiene som ble benyttet, refererer ikke til at de er etisk vurdert, men i og med at studiene er publisert i anerkjente tidsskrift ansees de som kvalitetsmessig gode og blir derfor benyttet i studien.

### 2.3 Kategoribasert analysemetode

Analyse er et granskningsarbeid som går ut på å finne ut hva materialet har å fortelle. Ved analysering har man mye data, men man vet ennå ikke hvordan man skal sortere all informasjonen. Man må se på både helheten og delene i materialet, og det dannes et helhetsinntrykk av datamaterialet. På bakgrunn av innsamlet datamateriell blir det dannet kategorier som belyser problemstillingen. Ut i fra grovmaterialet lages det subkategorier der hovedgrupperingene, det vil si det som det er forsket på, inngår. Videre bestemmes hvilke

kategorier som det er ønskelig å få besvart ut i fra problemstillingen og kategoriene blir diskutert i diskusjonsdelen (Dalland 2012).

Eksempel på hvordan artiklene ble kategorisert.

Meningsenhet	Subkategorier	Kategorier
<p>Reichert m.fl.2011; Studien konkluderer med lavere forekomst av depresjonssymptomer hos deltagerne med høy intensiv trening. Effekt hos begge kjønn ved moderat fysisk aktivitet, men best effekt hos menn når det gjelder høy intensiv trening.</p>	<p>Best effekt ved høy intensiv trening. Lav intensiv trening kan sammenlignes med placebo effekt. Best effekt hos menn ved høy intensiv trening.</p>	<p>Høy intensiv versus lav intensitet på fysisk aktivitet.</p>
<p>Singh m.fl.2005; Høy intensiv trening mer effektiv enn lav intensiv trening på reduksjon av depresjonssymptomer.</p>		
<p>Dunn m.fl.2005; Anbefalt aerob trening i følge folkehelseanbefalinger viser god behandlingseffekt på depresjonssymptomene. Lavere intensiv trening kan sammenlignes med placebo effekt.</p>		

## 3 RESULTAT

Den kategoribaserte analysen ledet fram til fem kategorier, der det presenteres funn i studiene som vurderer behandlingseffekt av fysisk aktivitet på deprimerte personer.

### 3.1. Fysisk aktivitet sammenlignet med medikamentell behandling.

Flere av studiene som presenteres er randomiserte, kontrollerte studier hvor den ene gruppen fikk medikamentell behandling og den andre gruppen ikke.

I studien til Searle m.fl. (2011) ble 33 deltakere med mild, moderat og alvorlig depresjon dybdeintervjuet for å vurdere effekten av fysisk aktivitet. I denne kvalitative studien rapporterte mange av deltakerne lav motivasjon og manglende tillit som et hinder for å kunne gjennomføre fysisk aktivitet. Studien viste at fysisk aktivitet hadde effekt på pasientenes depresjonssymptomer, men det var ulike synspunkter på hvilken intensitet og hvilken treningsform som ga mest effekt for den enkelte. Disse personene foreslo at medikamentell behandling kunne være nyttig for å kunne opprettholde aktivitet.

En studie fra Brasil inkluderte 20 deprimerte pasienter på rundt 70 år. Disse ble delt inn i to grupper, der den ene fikk aerob trening og medikamentell behandling, mens den andre gruppen kun fikk medikamentell behandling. Etter 1 år viste den første gruppen en reduksjon på depressive symptomer. Alvorlighetsgraden av depresjon ble betraktelig redusert av de som hadde kombinasjonsbehandling, mens de som kun hadde medikamentell behandling viste en forverring av depressive symptomer. Behandlingsresponsen og tilbakegang på symptomer ble også forbedret i treningsgruppen. Dette ble ikke observert i kontrollgruppen, altså de som kun fikk medikamentell behandling (Deslandes m.fl. 2010).

Det samme resultatet fant man i Hoffman m.fl. (2008) sin studie. Her ble 202 studiedeltakere i aldersgruppen 40 år og oppover randomisert i 4 grupper med overvåket

trening, hjemmebasert trening, sertralin eller placebo pille. Etter 4 måneders behandling viste deltagerne i alle behandlingsgruppene reduserte symptomer på depresjon. Men resultatet viste at når det gjaldt fysisk aktivitet så hadde disse deltakerne bedre effekt enn de som fikk sertralin (Hoffman m.fl. 2008).

Blumenthal m.fl. (2007) fant imidlertid at effekten av trening hos deprimerte pasienter hadde samme virkning som antidepressiva etter 4 måneders testing, og begge disse var bedre enn placebo. For å se nærmere på dette funnet ble det gjennomført en oppfølgingsstudie etter 1 år på 85 % av personene i forannevnte studie. Her konkluderes med at trening under oppfølgingsperioden økte de kortsiktige fordelene ved trening og forsterket fordelene ved bruk av antidepressiva (Hoffman m.fl. 2011).

En 16-ukers randomisert studie på eldre pasienter med alvorlig depressiv lidelse viste at selv om antidepressiva viste en raskere initial behandlingsrespons enn det trening gjør, så var fysisk aktivitet like effektiv for å redusere depresjon etter 16 uker (Blumenthal m.fl. 1999).

En engelsk studie publisert i 2012 inkluderte 363 deltakere i alderen 18-69 år. Målsettingen var å undersøke effekten av tilrettelagt fysisk aktivitet som tilleggsbehandling hos voksne med depresjon. Deltakerne ble randomisert i to grupper, en gruppe fikk medikamentell behandling og den andre medikamentell behandling i kombinasjon med strukturert fysisk aktivitet. Resultatet viste at det ikke var holdepunkter for at deltakerne som ble eksponert for fysisk aktivitet hadde effekt på depresjonssymptomene ved 4, 8 og 12 måneders oppfølging (Chalder m.fl.2012).

### **3.2 Høy intensitet versus lav intensitet på fysisk aktivitet**

I en engelsk studie mente de fleste av deltakerne at fysisk aktivitet var en akseptabel behandling for depresjon. At fysisk aktivitet bedret humøret ble blant annet tilskrevet



biokjemiske mekanismer som ga en distraksjon fra negative tanker og en følelse av formål. Av de deltakerne som mente at deres depresjon var forårsaket av biokjemiske mekanismer oppga de aktivitet med høy puls som mest gunstig. De som mente at deres depresjon var situasjonsbestemt oppga å ha større fordeler med lavere intensitet, som å gå (Searle m.fl. 2011). En annen studie viste at dess mer intens den fysiske aktiviteten var, jo lavere var forekomsten av depresjonssymptomer. Deltakerne ble eksponert for ulike nivå av belastning. Effekten var lik hos begge kjønn ved moderat fysisk aktivitet, men best effekt hos menn når det gjaldt høy intensiv trening (Reichert m.fl. 2011).

En amerikansk studie fra 2005 randomiserte deltakerne i fire ulike grupper med ulik intensitet på treningen. Noen fikk høy belastning 5 dager i uka, neste gruppe noe lavere belastning tre dager per uke, gruppe tre fikk placebokontroll 3 dager ukentlig og den siste gruppen fikk fleksibel trening. Den første gruppa fikk treningsmengde og tidsbruk lik det som de offentlige helseanbefalingene sa (Dunn m.fl. 2005). Studien foregikk over en 12 ukers periode og konkluderte med at trening som var i samsvar med de offentlige helseanbefalingene var en effektiv behandling for mild til moderat depresjon. En lavere treningsmengde enn denne kunne sammenlignes med placeboeffekt (Dunn m.fl. 2005).

En randomisert studie av voksne over 60 år med mild eller mer alvorlig grad av depresjon ble testet i to ulike grupper. Den ene gruppen fikk lav belastning på treningen, mens den andre fikk høy intensitet på aktiviteten. Også i denne studien ga høy belastning på treningen det beste resultatet på depresjon (Singh m.fl. 2005).

Gjennom HUNT studien har Harvey m.fl.(2010) funnet at regelmessig fysisk aktivitet med høy intensitet reduserte risikoen for depresjonssymptomer. Studien var basert på data fra helseundersøkelsen som ble gjennomført i Nord-Trøndelag. Testpersonene var i alderen 20-89 år og til sammen 40 401 innbyggere deltok. I studien ble hospital anxiety and depression scale (HADS) brukt for å måle symptomene på angst og depresjon. Andre faktorer for å se på psykisk sykdom og trening, var sosioøkonomiske faktorer, somatisk sykdom og det sosiale nettverket. Studien viste at fysisk aktivitet med høy intensitet reduserte risikoen for depresjon. Den viste også at det sosiale rundt treningen, den sosiale støtten og engasjementet var viktige faktorer for gjennomføring av aktiviteten. Samtidig så de at

deprimerte mennesker var mindre motiverte for sosiale sammenkomster, og unngikk derfor fysisk aktivitet. Utvidet sosialt nettverk og økt selvfølelse, forklarte mye av helsegevinsten ved fysisk aktivitet (Harvey m.fl. 2010).

Deltakerne i Deslandes m.fl. (2010) sin studie ble randomisert i to grupper. Den ene gruppen fikk fysisk aktivitet i tillegg til medikamentell behandling og den andre gruppen kun medikamentell behandling. Studien gikk over 12 måneder. Treningsintensiteten tilsvarte 60 % av makspuls og konklusjonen var at moderat intensitet ga effekt på depresjonssymptomene. Dette kunne ikke sees i den andre gruppen.

### 3.3 Langtidseffekt av fysisk aktivitet på depresjon

Deslandes m.fl. (2010) sin studie viste at fysisk aktivitet ga en reduksjon på depressive symptomer ett år etter oppstart av studien sammenlignet med kontrollgruppen som kun fikk medikamentell behandling.

En amerikansk randomisert studie inkluderte 156 voksne med alvorlig depresjon. Disse ble delt inn i tre grupper. En gruppe fikk medikamentell behandling i form av Zoloft, den andre gruppen fikk Zoloft og trening og den siste gruppen fikk kun trening. Etter 4 måneder var effekten helt lik i alle tre gruppene, 70 % var mindre deprimerte. Etter 10 måneder hadde 30-40 % i zoloft-gruppen og kombinasjonsgruppen tilbakefall på sin depresjon, mens i treningsgruppen hadde kun 8 % tilbakefall. Det viste seg at fysisk aktivitet var gunstig i forhold til antidepressiv effekt også på sikt. Dette kom fram i Blumenthal m.fl. (1999).

I 2000 ble det i USA publisert en studie der 156 voksne med alvorlig depresjon deltok. Disse ble randomisert i tre grupper med henholdsvis aerob trening, sertralinbehandling eller en kombinasjon av disse. Etter 4 måneder viste alle tre gruppene signifikant bedring og etter 10 måneder hadde de som ble eksponert for fysisk aktivitet betydelig lavere tilbakefall av depresjonssymptomer i forhold til pasienter som fikk Sertralinbehandling. Studien

konkluderte med at fysisk aktivitet var gjennomførbart for deltakerne med alvorlig depresjon og at det hadde en signifikant terapeutisk fordel. Dette spesielt hvis fysisk aktivitet ble opprettholdt over tid (Babyak m.fl.2000).

### **3.4 Effekt av fysisk aktivitet på hjernen**

En randomisert studie gjort av Deslandes m.fl. (2010) så på hvilken effekt fysisk aktivitet hadde på hjernen. Her ble det tatt EEG målinger før og etter 1 års behandling. Her så man at kontrollgruppen som var under farmakologisk behandling hadde en nedgang i kortikale aktivitet på høyre hemisfære, som styrer tankevirksomheten. Den andre gruppen som ble randomisert til trening og medikamentell behandling, viste en signifikant reduksjon av depressive symptomer. Dette ble ikke observert i kontrollgruppen. Dette resultatet viste en bedre behandlingsrespons etter 1 år med aerob trening. Dette ga støtte for effekt av aerob trening på depressive symptomer (Deslandes m.fl. 2010).

I Hoffman m.fl. (2008) sin studie vurderte man effekten av aerob trening på nevrokognitiv funksjon på pasienter med alvorlig depresjon. Studien viste at resultatet var likt for alle gruppene på tvers av alle nevro-psykologiske tester. Treninggruppen hadde bedre effekt enn deltakerne som kun fikk setralin når det gjaldt fysisk aktivitet, men ikke på tester av nevrokognitiv funksjon. Studien konkluderte med at det var lite bevis for å kunne si at aerob trening hadde positiv innvirkning på den nevrokognitive ytelsen på pasienter med alvorlig depresjon (Hoffman m. fl. 2008).

### **3.5 Anbefalt trening versus selvbestemt trening**

En engelsk studie fra 2011 så på hvilken effekt foretrukket intensitet på fysisk aktivitet hadde i forhold til foreskrevet intensitet på aktiviteten. Dette var en randomisert studie som

inkluderte 38 deprimerte kvinner. Intervensjonsgruppen fikk tolv økter med aerob trening på tredemølle med selvbestemt intensitet i grupper på opp til fem personer tre ganger per uke i fem uker. Kontrollgruppen besto også av opptil fem personer med samme antall treningstid som i intervensjonsgruppen. Kontrollgruppen fikk foreskrevet intensitet på sin trening lik det som ble anbefalt fra de nasjonale retningslinjer (Callaghan m.fl. 2011). Resultatene viste at intervensjonsgruppen som benyttet foretrukket intensitet på aktiviteten, viste betydelig lavere depresjonsnivåer, høyere selvtillit, generelt bedre mental helse og bedre livskvalitet enn kontrollgruppen. Av totalt 12 økter deltok intervensjonsgruppen på 2,3 økter mer enn kontrollgruppen (Callaghan m.fl. 2011).

I en 16 ukers studie av 202 voksne menn og kvinner med alvorlig depresjon ble deltakerne randomisert i fire grupper; hjemmebasert aerob trening, veiledet aerob trening, sertralinbehandling og placebo. Deltakerne i den hjemmebaserte treningen fikk samme treningsmengde forskrevet som de i gruppen med veiledning. De som trente hjemme fikk minimal oppfølging av de ansatte i studien, dog med gode instruksjoner i forkant og underveis i studien. 6 % droppet ut fra hjemmebasert trening, mens det var 20 % frafall i veiledet trening (Blumenthal m.fl. 2007). Etter 4 måneder var 41 % av alle deltakerne i studien stabilisert, og oppfylte ikke lenger kriterier for alvorlig depresjon. Det viste høyere remisjonsnivåer hos de som fikk aktiv behandling enn de med placebokontroller. Veiledet trening viste 45 % remisjon, hjemmebasert trening 40 %, medikamentell behandling 47 % og placebo 31 % remisjon. Det ble konkludert med at effekten av trening hos deprimerte pasienter generelt var sammenlignbar med de som fikk antidepressiva. Trening og antidepressiva viste seg å være bedre enn placebo hos deprimerte pasienter (Blumenthal m.fl. 2007).

## 4 DISKUSJON

Hensikten med denne studien er å belyse hvilken effekt fysisk aktivitet har i behandling av mennesker med depresjon, og om fysisk aktivitet er hensiktsmessig i behandling av depresjon.

### 4.1 Metodediskusjon

Artiklene som ble benyttet brukte hovedsakelig kvantitativ forskningsmetode, da det var den beste tilnærmingen for problemstillingen. Kvantitativ forskningsmetode omfatter tall og det som er målbart (Dalland 2012). Artiklene som belyste problemstillingen var for det meste kontrollerte randomiserte kvantitative studier. To av artiklene var kvalitative studier. Kvalitativ forskningsmetode har en annen vinkling, den forteller noe om pasientens opplevelse (Dalland 2012, Forsberg & Wengström 2003). Få kvalitative studier kan innebære at det har blitt utelatt gode pasientopplevelser eller dype pasientbeskrivelser. Dette kan være en svakhet, med tanke på at det er et viktig perspektiv for sykepleiere. To studier var imidlertid integrert og belyste dette. I denne studien ble det vektlagt å belyse effekt av fysisk aktivitet i behandling av depresjon og i mindre grad pasientens subjektive opplevelse.

Under planlegging av litteraturstudien var det i utgangspunktet bestemt at fokuset skulle være depresjon av mild og moderat grad, dette på bakgrunn av det ble ansett at de fleste hjemmeboende depressive pasienter ikke hadde depresjon av alvorlig grad. Men ved søk og gjennomgang av studier viste det seg at hjemmeboende har alle grader av depresjon. Dermed ble alle grader inkludert. Studiene sa ingenting om årsaken til depresjon hos deltakerne og det ble bevisst unngått søk etter studier med andre diagnoser som kunne være årsak til depresjon. Artiklene er fra flere ulike land og i en studie er det norske deltakere som representeres. Det hadde vært ønskelig å finne mer forskning fra Norge, men det finnes få norske artikler. Studiene kommer hovedsakelig fra vestlige land, for eksempel England og

USA. Man så her at det var en del samsvar i artiklenes konklusjon og således tenkes det at funnene kan relateres til norske forhold. Når det gjelder artikkelen fra Brasil, kan funnet være påvirket av andre vilkår sett opp mot vestlige studier. Her kan kulturforskjeller ha spilt en vesentlig rolle.

Det ble kun brukt innendørs trening i studiene. Kunne resultatene vært annerledes om deltakerne hadde brukt naturen som treningsarena? I Norge fokuseres det mye på bruk av naturen til trening og rekreasjon. Det ville vært ønskelig å se på denne formen for fysisk aktivitet kontra innendørs trening. Studiene sa ingenting om deltakernes fysiske form før eksponering av fysisk aktivitet. Kulturelle forskjeller og sosiale forhold ble nevnt i noen grad. Disse faktorene er viktige, men belyses ikke i studien. Studiene kan ha hatt en forventning hos deltakerne som kunne påvirket resultatene, i den forstand at depresjonssymptomene ble redusert. Disse faktorene kan ha skapt en oppmerksomhet rundt pasienten i form av sosialisering, gruppetrening sammen med andre og en forventning om å bli frisk. Det beviser hvor viktig det er med randomiserte, kontrollerte studier, som utelukker placeboeffekten. Tre av studiene (Babyak m.fl.2000, Blumenthal m.fl.2007, Hoffmann m.fl. 2011) som ble brukt, bygget på det samme forskningsmaterialet. I forhold til randomisering så ble antall grupper justert og de utvidet studien ved å se på langtidseffekten av fysisk aktivitet på studier som i hovedsak var basert på korttidseffekt. Forskerne var selv kritiske til egen forskning (Babyak m.fl.2000) og valgte å foreta en ny studie som viste langtidseffekten av fysisk aktivitet (Blumenthal m.fl.2007). Studiene ble valgt da det var interessant å se på hvilke funn endringen i den nye studien bidro til.

I en av studiene ble det beskrevet at fysisk aktivitet er vanskelig å måle og at det er mulig at deltakernes resultat kan ha blitt påvirket til en viss grad av pasientenes kunnskap om behandlingen (Chalder m.fl. 2012). Searle. m.fl. (2011) var selvkritiske i sin vurdering av resultatene. Det ble blant annet sagt at hvis testpersonene i utgangspunktet var positivt innstilt til fysisk aktivitet, kan dette ha vært med på å påvirke sluttresultatet. I denne studien ble deltakerne forhåndsintervjuet i sitt hjem av en forsker som var uavhengig i resten av studien. Det vil si at forskeren kun foretok intervjuet og var ikke delaktig i selve studien. På

denne måten kan denne personen ha fått deltakerne til å vise mer åpenhet, som igjen kan ha påvirket resultatet.

I en av artiklene selvrapporterte deltakerne sin egen opplevelse av fysisk aktivitet. Dette øker muligheten for unøyaktigheter i dataene. Forventninger og adferd kan ha bidratt til skjevheter i innhentet data (Babyak m.fl. 2000).

På grunn av kort tidsfrist på oppgaven har det vært begrenset tid for artikkelsøk, men det er likevel benyttet relevante artikler og publikasjoner som er av nyere dato og som brukes i dagens forskning. Det har heller ikke vært muligheter økonomisk til å foreta kjøp av artikler, så der er det mulig man kan ha gått glipp av andre interessante studier.

Av de artikler som var ønskelig å benytte ble tre studier ekskludert da de ikke oppfylgte inklusjonskriteriene. Den ene av disse studiene så på korttidseffekten av trening hos alvorlig deprimerte, inneliggende pasienter i psykiatrisk avdeling. Denne studien valgte vi å bruke i diskusjon på bakgrunn av interessante funn uavhengig om de er inneliggende eller hjemmeboende (Knubben m.fl. 2007).

Forskningen sa derimot ingenting om omsorgsbegrepet i sykepleiers øyemed.

## 4.2 Resultatdiskusjon

I denne studien ble det gjort funn som tyder på at fysisk aktivitet har en behandlingseffekt på depresjon og depresjonssymptomer. Først vil funnene diskuteres opp mot annen litteratur som pensumlitteratur og fagstoff. Videre vil funnene knyttes opp i mot sykepleien for denne pasientgruppen. Dette for å sette fokus på hvilke sykepleietiltak som kan være aktuelle å bruke i forhold til behandling av depresjon.

Det er et stort behov for økt psykiatrisk kompetanse på lokalsamfunnsnivå. Her er det viktig at sykepleierne formidler sine kunnskaper og erfaringer til primærhelsetjenesten og at de bidrar aktivt i tverrfaglig kunnskapsutvikling, helseplanlegging og praksis (Hummelvoll 2012).

#### 4.2.1 Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon?

#### 4.2.2 Fysisk aktivitet versus antidepressiva i behandling av depresjon

Allerede i 1905 kom den første artikkelen som omtalte fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon (Martinsen, 2011). Franz og Hamilton beskrev den gang hvordan moderat fysisk aktivitet medførte betydelig bedring i tankemønstre, kroppslige og følelsesmessige problemer for to pasienter med alvorlig depresjon (Martinsen 2011). Den best dokumenterte behandlingsmetoden mot depresjon er antidepressive medikamenter. Dette regnes ofte som standardbehandling (Martinsen 2011). Men i følge Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av depresjon anbefales at standardbehandling med antidepressiva ikke skal være førstevalg for pasienter med lett til moderat depresjon. Dette på grunn av at for mange pasienter med mild og moderat depresjon har fått påvist en beskjeden forskjell i virkning mellom antidepressiva og placebo (Helsedirektoratet 2009, Snoek & Engedal 2010). For den enkelte pasienten er det den subjektive kliniske virkningen som er det viktige og ikke statistikken (Snoek & Engedal 2010). Spesielt gjelder dette ved de lettere former for depresjon. Det viser seg at ulempene er større enn fordelene ved slik behandling. Sentrale faktorer i følge Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av depresjon, er rådgivning, hjelp til selvhjelp, psykologisk behandling og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2009). En del pasienter med moderat og alvorlig depresjon, har god nytte av medikamentell behandling med antidepressiva (Helsedirektoratet 2009).



Undersøkelser har vist at fysisk aktivitet har samme virkning som medikamentell behandling ved alvorlig depresjon. Men selv om antidepressiva ga en raskere behandlingsrespons enn fysisk aktivitet, viste det seg at etter 16 ukers behandling var fysisk aktivitet like effektiv i reduksjon av alvorlig depressiv lidelse (Blumenthal m.fl.1999). Det ble senere utført en 10 måneders oppfølgingsstudie som var mer interessant. Funnene da viste at det var færre tilbakefall blant de som var fysisk aktive, enn de som brukte medikamenter. Dette kan tyde på at fysisk aktivitet er et godt behandlingsalternativ til medikamenter ved depresjon (Babyak m.fl. 2000). I Babyak m.fl.(2000) sin studie så kunne man tro at gruppen som fikk både medikamentell behandling og trening hadde best effekt. Mulig årsak kan være at bivirkning av antidepressiva hemmet den fysiske aktiviteten. En annen teori kan være at deltakerne i treningsgruppen var veldig positiv og hadde tro på fysisk aktivitet som behandling for sin depresjon. Studien ble gjennomført uten placebo (Babyak m.fl.2000). Ville resultatene ha vært annerledes om deltakerne i studien hadde fått placebobehandling? Det ble derfor laget en ny oppfølgingsstudie i 2007 på Babyak m.fl. sin studie fra 2000. Her ble en gruppe med placebopille inkludert og deltakerne i alle gruppene gjennomgikk kliniske intervjuer med vurdering av depresjonsstatus (Blumenthal m.fl. 2007). Denne studien viste også at effekten av trening kan sammenlignes med antidepressiva og begge disse syntes å ha en tendens til placebo hos pasienter med alvorlig depresjon. Samtidig sa denne studien at svarprosenten hos placebogruppen var høy. Dette kan ha tydet på at en del av den terapeutiske responsen ble bestemt av deltakernes forventninger, at symptomene ble overvåket jevnlig og at deltakerne fikk oppmerksomhet (Blumenthal m.fl. 2007).

I studien til Deslandes m.fl. (2010) fant man at fysisk aktivitet hadde effekt på depresjonssymptomene hos deltakerne. Studien randomiserte to grupper, en gruppe med medikamentell behandling og fysisk aktivitet og den andre gruppen med kun medikamentell behandling. Etter 1 år var det klar reduksjon av depressive symptomer hos deltakerne med kombinasjonsbehandling (Deslandes m.fl. 2010). De samme funn gjorde også Searle m.fl. (2011) i sin studie. Searle m.fl.(2011) beskrev i en kvalitativ studie, effekt av fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Deltakerne ble dybdeintervjuet noe som gjør studien interessant. 33 deltakere formidlet sin opplevelse av fysisk aktivitet i behandlingen. Noen av deltakerne hadde nylig startet med antidepressiva forut for studien. Deltakerne beskrev bedring av

depresjonssymptomene, men hadde ulike erfaringer med tanke på treningens intensitet, lengde og effekten på depresjonssymptomene og humøret. Deltakere med lav motivasjon som lå til hinder for gjennomføring av fysisk aktivitet, foreslo at medikamentell behandling kunne være nyttig for å opprettholde aktivitet (Searle m.fl. 2011). Her er lav motivasjon kartlagt som en av flere årsaker for å få gjennomført fysisk aktivitet. Hva kan sykepleiere gjøre med dette? En videre kartlegging kan være nyttig. Man må finne årsaken til den lave motivasjonen og fastsette videre mål for hvordan pasienten kan komme i gang med fysisk aktivitet.

En av de viktigste oppgavene til sykepleiere er å hjelpe pasienter til å løse eller forholde seg bedre til helseproblemer. I møtet med pasienter og deres pårørende har de fleste helsefaglige yrkesgrupper en problemløsende metode for å kunne systematisere dette arbeidet. Dette er en viktig del av yrkesgruppens fagkunnskap (Eide & Eide 2010). I sykepleie kalles denne prosessen for «sykepleieprosessen». Man identifiserer problemet, stiller diagnose, fastsetter mål, utarbeider plan for arbeidet, gjennomfører planen og evaluerer til slutt resultatet (Eide & Eide 2010). Sykepleieprosessen er en god metode å bruke for sykepleiere for å bli godt kjent med pasienten. Sammen kan sykepleier og pasient utarbeide en individuell plan med mål som er overkommelig for pasienten. Dette for at pasienten skal kunne mestre og nå målene som er satt. Som deltakerne i Searle m.fl. (2011) sin studie sa, var det ulike erfaringer i forhold til treningens intensitet, lengde og effekt. Om man tenker seg at alle deltakerne til Searle m.fl. (2011) hadde fått en individuell plan med sine mål, kunne da effekten vært enda bedre hos deltakerne?

Helsepersonell har tradisjonelt hatt fokus på ulempene ved å være inaktiv og fordelene ved å starte med fysisk aktivitet. Helsepersonell kan oppleve det som positivt ved å bryte dette mønsteret slik at man også snakker om de fordeler som pasienten ser ved sin inaktivitet og de ulemper han synes det er å starte med fysisk aktivitet (Kjellman m.fl. 2009). Lytter man til hva pasienten har å si om dette, gis vedkommende eierskap til egne utfordringer med å komme i gang med fysisk aktivitet. Samtidig får helsepersonell informasjon om følelser og meninger hos pasienten som bør gis oppmerksomhet i samtalen (Kjellman m.fl. 2009).

Det er gjennomført en engelsk studie over fem år, med oppsiktsvekkende funn, som konkluderte med at fysisk aktivitet i kombinasjon med medikamentell behandling ikke hadde noen sikker effekt i forhold til antidepressiva alene (Chalder m.fl. 2012). Altså stikk i strid med hva de foregående studier har sagt. Artikkelforfatterne sa imidlertid at studien førte til økt fysisk aktivitet hos deltakerne også etter at intervensjonen var avsluttet (Chalder m.fl.2012). Således kan en tenke seg at det har satt i gang en prosess i kroppen hos deltakerne, som på sikt kanskje kunne ha fått en god effekt på symptomene. Antidepressiva demper ubehagelige symptomer ved depresjon, men det er viktig å vite at medikamentell behandling ikke helbreder lidelsen. Fjerner man stressmomenter, endrer holdninger og adferd kan psykoterapi bedre depresjonen så mye at antidepressiva blir unødvendig (Melgosa 2009).

#### **4.2.3 Høy intensitet versus lav intensitet på fysisk aktivitet**

Både Singh m.fl. (2005) og Dunn m.fl. (2005) konkluderte med at fysisk aktivitet med høy intensitet ga best effekt til pasienter med depresjon. Dunn m.fl. (2005) mente at en lavere treningsintensitet kunne sammenlignes med placeboeffekt. I forhold til de andre studiene som ble studert i denne litteraturstudien, brukte Singh m.fl. (2005) i sin studie treningsapparater i stedet for tredemølle. Deltakerne som trente med høy intensitet viste en god effekt som var nesten over det dobbelte i forhold til de som fikk tildelt standardbehandling. Det var ingen vesentlig forskjell på deltakerne med lav intensitet (Singh m.fl. 2005), og resultatene var ganske likt det som Dunn m.fl. (2005) fant i sin studie. Dunn m. fl. (2005) sin studie viste en sammenheng mellom treningsintensitet og psykologisk effekt. Trening i 30 minutter tre dager i uken viste her en god effekt. Dette samsvarer med de vanlige folkehelseanbefalingene, der en halv times fysisk aktivitet med moderat intensitet, de fleste dager i uken, har en antidepressiv effekt (Martinsen 2011). Dette er en treningsmengde som kan virke overkommelig for pasienten, og dermed bidra til å øke motivasjonen for trening. Om sykepleiere klarer å motivere pasienten til intensiv trening tre dager i uken, kan det gi stor effekt hos pasienten. Det er vist at gode helsegevinster oppnås

uten at aktiviteten behøver å være av høy intensitet. 10 minutters fysisk aktivitet tre ganger i løpet av dagen viser seg å ha like god effekt på helsen som ei treningsøkt på 30 minutter. Økning av aktivitetsnivået utover dette vil gi ytterligere helsegevinst. Her er det spesielt anbefalt trening som inkluderer de store muskelgruppene i kroppen (Espnes & Smedslund 2010).

Det kan være flere årsaker til at høy intensitet har bedre effekt enn lav. Ved økt fysisk aktivitet skjer det en nydanning av nye nettverk mellom nerveceller og nye nerveceller i hippocampus. I tillegg har fysisk aktivitet en påvirkning på signalstoffer som for eksempel endorfiner og monoaminer (Martinsen 2011, Håkonsen 2010). Impulsene mellom de ulike nervecellene i kroppen overføres ved hjelp av signalstoffer. Ved behandling med psykofarmaka påvirkes balansen mellom signalstoffene i de ulike delene av hjernen. Psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan også påvirkes på samme måte (Martinsen 2011).

Betyr dette at det kun er fysisk aktivitet med høy intensitet som har effekt på depresjon og depresjonssymptomer? Skal vi tro funnene i Searle m.fl. (2011) sin studie så var det ulik mengde og intensitet av fysisk aktivitet som ga effekt. De av deltakerne som mente at deres depresjon hadde en årsak i biokjemiske mekanismer, rapporterte at fysisk aktivitet med høy puls, var det mest gunstige for dem. De deltakerne som trodde depresjonen var situasjonsbestemt, mente selv å ha en bedre effekt av en lavere intensitet som for eksempel, å gå (Searle m.fl. 2011). Det er i dag ingen tvil om at det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet og sinnsstemningen. Hver og en må selv finne ut av hvilke type aktivitet, grad av intensitet og mengde som gir resultater (Melgosa 2009).

I Singh m.fl.(2005) og Dunn m.fl.(2005) er det brukt to ulike treningsmetoder i studien. I følge Singh m.fl.(2005) som brukte jogging som metode, var det best effekt hos disse. Mens det i Dunn m.fl.(2005) ble brukt tredemølle, og her var det hos disse pasientene at effekten var størst. Dette viser at det er individuelle behov og ønsker for treningsform. Dette er viktig å tenke på for sykepleiere som skal motivere pasienter til fysisk aktivitet.

Å skape en god relasjon er viktig i et hvert forhold til pasienter og pårørende. Relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet. Evnen til å lytte, til å forstå den andre og til å skape god kontakt og allianse tyder på å være en viktig og avgjørende faktor for å motivere for endring og utvikling (Eide & Eide 2010). I motivasjonsprosessen kan første skritt være å gjennomføre en motivasjons- og kartleggingssamtale. Her er det viktig at vi lytter aktivt til pasientens ønsker, erfaringer og synspunkter. Målet er å oppmuntre til å fatte en beslutning om økt fysisk aktivitet (Ivarsson & Prescott 2009).

Enkelte pasienter med psykiske lidelser kan ha stor nytte av sykepleiernes støtte til å hente frem egne ressurser for å komme i gang med fysisk aktivitet. Sykepleiere som følger opp brukere over tid, har gjerne en unik mulighet til påvirkning og veiledning med utgangspunkt i pasientens egen livssituasjon. Opplegg som er tilpasset individuelle forutsetninger, pasientens interesser, ønsker og behov, er lettere både å gjennomføre og videreføre. For å systematisere arbeidet er det lurt å følge en plan som følges opp (Helsedirektoratet 2009). I følge Blumenthal m.fl.(2007) sitt funn, viste det at hjemmebasert trening hadde et dårligere resultat enn de som trente med tilsyn. En av årsakene til dette kan være at det er lettere å trene når man har et fastsatt treningsprogram, samtidig som man får støtte og motivasjon fra andre.

Fysisk aktivitet, enten som systematisk treningsform eller spontan aktivitet, bidrar til økt velvære og gir en følelse av kontroll og bedre selvfølelse. Dette er viktige faktorer som bidrar til en bedre sinnsstemning (Snoek & Engedal 2010). Sammenhengen mellom ulike nivåer av fysisk aktivitet og depressive symptomer ble også undersøkt av Reichert m.fl. (2011). På lik linje med foregående studier viste funnene her, at det var lavere forekomst av depresjonssymptomer ved moderat fysisk aktivitet. Men her viste funnene at det var ulik effekt mellom kjønnene. Ved moderat fysisk aktivitet var det lik effekt på depresjonssymptomer hos begge kjønn, men ved høy intensiv trening var det best effekt hos menn (Reichert m.fl. 2011). Også funn gjort i Deslandes m.fl.(2010) og Harvey m.fl.(2010) tyder på at fysisk aktivitet med moderat intensitet ga effekt på depresjonssymptomer. I Deslandes m.fl. (2010) tilsvarte treningsintensiteten 60 % av makspuls hos deltakerne som

hadde effekt. Den andre gruppen viste ikke tilsvarende effekt. I studien til Harvey m.fl.(2010) ble det ikke bare sett på om fysisk aktivitet hadde effekt på depresjon, men også andre faktorer ble inkludert for å se sammenhengen mellom psykisk sykdom og fysisk aktivitet. Faktorer som sosialt nettverk og sosial støtte var inkludert. Kanskje var det ikke bare den fysiske aktiviteten alene som ga den gode helsegevinsten, men også et utvidet sosialt nettverk og økt selvfølelse (Harvey m.fl.2010).

I de fleste studier er det fysisk aktivitet med moderat intensitet som man har studert. En tysk studie med Knubben m.fl. (2007) gjorde undersøkelser på et mer intensivt treningsopplegg. Deltakerne var innlagte pasienter med moderat til dyp depresjon. Disse ble tilfeldig fordelt på to grupper. Den ene gruppen fikk relativt hard jogging i 10 dager med en puls på 80 % av makspuls og den andre gruppen placebotrening i form avslapningsøvelser. Denne studien konkluderte med at det var en klar reduksjon i depresjon i gruppen som hadde trent med høy intensitet (Knubben m.fl.2007). Denne studien går litt utenom denne litteraturstudiens inkluderingskriterier, men studien viste klare funn og synes viktig å få nevnt. Studien viste at det var selve treningen som ga resultater. Det som gjør studiens funn interessant er at den viste at en intensiv innsats over kort tid også kan gi gode resultater i behandling av deprimerte (Knubben m.fl.2007).

Flere studier har sammenlignet flere faktorer som regelmessighet av trening, bruk av antidepressiva, samtaler og avspenning (Martinsen 2011). Det er en utfordring å finne hvilken intensitet, hvor ofte og hvor lenge, om det er forskjell på type aktivitet og om kombinasjonsbehandling med medikament og samtaler, er det som gir best effekt i behandlingen (Martinsen 2011). Det er ikke enkelt å vite hva slags sykepleietilbud pasienter med psykisk sykdom reagerer best på. Det kan være vanskelig å skille ut hvilke elementer av sykepleien som er de mest effektive, samtidig som man skal ta individuelle hensyn. Hver pasient er unik og har behov for et individualisert tilbud (Hummelvoll 2012). 13 studier er gjennomgått i denne litteraturstudien. En systematisk litteraturstudie kunne ha sagt noe mer om kombinasjonsbehandling, men funnene gjort i denne litteraturstudien viser at fysisk aktivitet fungerer i behandling av depresjon.

#### 4.2.4 Vil fysisk aktivitet føre til bedre livskvalitet hos deprimerte pasienter?

Mange av studiene som er gjennomført har metodiske begrensninger. Det er få langtidsstudier på dette området, men fysisk aktivitet ved mild og moderat depresjon gir vitenskapelig støtte i behandling av depresjon og reduksjon av tilbakefall av depresjonssymptomer (Kjellman m.fl. 2009). En forebyggende effekt er dokumentert både ved epidemiologiske studier og ved langtidsstudier som gir en oppfølging på inntil 10 år. Depresjon forekommer ofte hos mennesker som har somatiske sykdommer. Slik kan også fysisk aktivitet her spille en viktig rolle og gi en god helseeffekt. Man ser at fysisk aktivitet gir en stor gevinst for den enkelte og for samfunnet (Kjellman m.fl. 2009).

I de siste årene har det i sykepleien vært mer fokusert på livskvalitet og velvære. Det overordnede målet ved kronisk sykdom vil ikke være helbredelse, men at pasientene har en god livskvalitet tross for de begrensninger de har. Man kan si at livskvalitet som begrep er en god overordnet målsetting innenfor faget sykepleie (Knutstad 2010). I to av studiene som er gjennomgått viste det at fysisk aktivitet har mye å si for livskvaliteten til deltakerne (Deslandes m.fl. 2010, Callaghan m.fl. 2011). I den ene studien økte livskvaliteten i alle aspekter etter 1 år (Deslandes m.fl. 2010). Den andre studien rapporterte at personer som fikk selvbestemt trening hadde lavere nivå av depresjon, høyere nivå av selvtillit, generelt bedre mental helse og bedre livskvalitet (Callaghan m.fl. 2011). Ikke bare selve sykdommen, men pasientens reaksjon på sykdom, symptomer og behandling bør danne et utgangspunkt for sykepleien som skal gis. Her er det viktig at omsorgen og pleien ikke bare retter seg mot begrensninger og plager. Den må også inkludere pasientens egne ressurser og muligheter (Knutstad 2010).

På bakgrunn av eldrebølgen og samhandlingsreformen er Trondheim i gang med verdens største folkehelsestudie for å finne ut om fysisk aktivitet kan øke livskvaliteten hos eldre. På grunn av økende antall eldre byr dette på store utfordringer i eldreomsorgen og

helsevesenet. Studien Generasjon 100 vil i tillegg se fysisk aktivitet som en samfunnsøkonomisk løsning. De viktigste løsningene vil være forebygging, en bedre helse hos befolkningen og en bedre evne til å kunne klare seg selv i dagliglivet (NTNU 2012).

Tradisjonelt har ikke fysisk aktivitet hatt en naturlig forankring i det psykiatriske behandlingsmiljøet. Nå som fysisk aktivitet viser seg å ha en viss effekt hos deprimerte personer, har flere behandlere lagt til rette for fysisk aktivitet i behandlingen (Martinsen 2011). Psykiatrisk sykepleie er av stor betydning av det totale omsorgs- og behandlingstilbud pasientene møter. Dette utgjør et vesentlig element i pasientens bedringsprosess (Hummelvoll 2012).

I fremtiden vil psykiatriske langtidspasienter være en stor utfordring for sykepleierne. Da er det viktig at begrepet livskvalitet studeres for slik å kunne gi et avklart og meningsfylt innhold for pasienten i form av praktiske konsekvenser for samarbeidet med den enkelte (Hummelvoll 2012). Dette er også målet med samhandlingsreformen. Her er fokus på forebygging, tidlig intervensjon og bedre tverrfaglig samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Pasienter og brukere skal få god hjelp på et tidlig tidspunkt når de trenger det og nærmest mulig bostedet. Målet er at de skal få rett behandling og tilbud, til rett tid og rett sted. Dette skal gjøres gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I følge reformen skal det være god kvalitet på tjenestene og pasientsikkerheten skal være høy, samt at det skal være lav ventetid og mest mulig tilpasset den enkelte bruker (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Blumenthal m.fl. (1999) fant i sin studie at fysisk aktivitet har en gunstig antidepressiv effekt på sikt. Babyak m.fl.(2000) fulgte opp pasientene i studien til Blumenthal m.fl.(1999) etter seks måneder, og konkluderte med at de som hadde deltatt i fysisk trening hadde mindre risiko for tilbakefall enn de som hadde fått antidepressiva. 10 måneder etter studiestart var deltakerne i treningsgruppen tilbake i full virksomhet. Dette viser ikke bare effekt av fysisk



aktivitet kort tid etter at treningen var avsluttet, men også langtidseffekten (Babyak m.fl. 2000). Er det så at pasientene har hatt effekt bare av treningen eller kan de ha blitt friske på grunn av tidsforløpet? Deltakerne i Babyak m.fl. (2000) uttrykte at de psykologiske fordelene med systematisk treningsopplegg bidro til positiv selvfølelse og personlig mestring.

Også andre studier viser at fysisk aktivitet har en gunstig virkning på depresjon. Kjellman m.fl. (2009) viser til en studie som er gjennomført med 424 deprimerte over en tiårsperiode. Funnet som er gjort her, viste at økt fysisk aktivitet hadde effekt på depresjonen og motvirket effekten av kroppslige sykdommer. Den hadde også effekt på negative stressfaktorer på depresjonssymptomene (Kjellman m.fl. 2009).

Effekten av fysisk aktivitet opphører dersom den fysiske aktiviteten opphører. Dermed blir det viktig å fortsette den fysiske aktiviteten videre. Dette for å opprettholde den gode effekten (Martinsen 2011). Hvor stor sannsynlighet er det for at den fysiske aktiviteten fortsetter sånn uten videre? Det kan tenkes at det blir viktig å kartlegge de underliggende faktorene eller mekanismene for opprettholdelse av den fysiske aktiviteten. Med en slik kartlegging kan kanskje treningen opprettholdes. Ikke bare for den enkelte person vil dette være av betydning, men også av samfunnsøkonomisk betydning da tilbudet om økt fysisk aktivitet ikke er standardbehandling i dag (Martinsen 2011).

Hva kan sykepleiere gjøre for å opprettholde den fysiske aktiviteten hos deprimerte pasienter? Positive holdninger hos sykepleiere påvirker pasientene. Sentrale egenskaper som kunnskap, erfaring, tro, vilje og engasjement er viktige for å oppnå respons hos pasientene som skal motiveres (Martinsen 2011, Rydenlund 2010). Noen av årsakene til frafall kan være lav selvfølelse, liten tro på egen mestringsevne og dårlig fysisk form. Noen har dårlig erfaring med fysisk aktivitet fra tidligere i livet (Martinsen 2011). Dette er årsaker som kan være utfordrende å påvirke, mens andre igjen går lettere. Her er det viktig at sykepleiere finner bakgrunn for den lave motivasjonen. Kjenner man til eventuelle

hindringer kan dette bidra til bevisstgjøring både for pasienten og sykepleier. Utfordringen er å få i gang en endringsprosess (Martinsen 2011).

#### 4.2.5 Er selvbestemt trening en bedre motivator enn anbefalt trening?

Mennesket er som skapt for bevegelse og regelmessig, moderat fysisk aktivitet gir mange fordeler for den mentale helsen. Til tross for at det er mange funn som kan tyde på at fysisk aktivitet er nyttig for både kropp og sinn, er det for mange vanskelig å inkludere fysisk aktivitet i sin livsstil (Melgosa 2009). Hvorfor er det slik?

Ved utvikling av depresjon er både atferd, tenkning, motivasjon, fysiske funksjoner og følelser påvirket. Teorier viser at det er viktig å endre atferd for å kunne endre tanker og følelser (Martinsen 2011). Bruker man den kognitive teorien som et ledd i behandlingen for å fremme fysisk aktivitet, vil endringer skapes. For å kunne hjelpe pasienter med å endre atferd er det viktig å forstå hva personen tenker og føler. Motivasjon er forbundet med positiv tenkning, drivkraft og noe man liker å gjøre (Martinsen 2011). Altså for å komme i gang med fysisk aktivitet må en endring til. Pasientene har forskjellige egenskaper forbundet med sykdomsbildet. Noen blir handlingslammet og preget av tilbaketrekking. Andre føler tiltaksløshet, håpløshet og har manglende tro på egne ressurser (Snoek & Engedal 2010). Dette er viktige faktorer som sykepleiere må ta tak i.

I sykepleierens kommunikasjon med pasienten er det viktig å anerkjenne den andre. En må være aktivt lyttende, åpen og direkte (Eide & Eide 2010). Det er viktig at det er mål man ønsker å nå, noe man tror og forventer kan virkeliggjøres i fremtiden. Realistiske mål øker motivasjonen og viljen til forandring. Kortsiktige mål kan også gjøre handling og mestring lettere. Å ha oppnådd et mål gir følelse av mestring og mening, og med det styrkes

motivasjonen for å arbeide videre mot nye mål og forandring (Eide & Eide 2010). En viktig sykepleierrolle er å lytte til pasientens ønsker og behov, bidra til å utvikle og formulere realistiske mål sammen med pasienten. Ved selv å kommunisere interesse, tillit og vilje til samarbeid om å nå målene, bestyrker man den andres selvtillit. (Eide & Eide 2010).

Hvilke fysiske aktiviteter øker motivasjonen til å gjennomføre en treningsøkt? Det er flere faktorer som påvirker pasientens motivasjon for å drive fysisk aktivitet, blant annet personalet, behandlingsmiljøet, samfunnet og pasienten selv (Martinsen 2011). Det er gjort flere studier som sammenligner effekten av fysisk aktivitet på foretrukket intensitet i forhold til anbefalt treningsintensitet (Callaghan m.fl.2011, Blumenthal m.fl 2007). De nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet for voksne er moderat fysisk aktivitet minimum 30 minutter daglig eller i gjennomsnitt 3,5 timer i løpet av en uke. Ved å øke intensiteten eller mengden økes helseeffekten ytterligere (Helsedirektoratet 2009). Callaghan m.fl.(2011) har gjort undersøkelser på kvinner i forhold til selvbestemt trening kontra anbefalt trening. Kvinnene ble delt i to grupper og resultatet viste at gruppen med selvbestemt trening hadde betydelig lavere depresjonsnivåer, høyere nivå av selvtillit, generell bedre mental helse og bedre livskvalitet (Callaghan m.fl.2011). Det gode resultatet kan skyldes at kvinnene fikk skreddersydd treningsnivå som passet deres nivå og ikke minst motivasjon og støtte fra andre. Summen av dette, bedret kvinnenes generelle helse og velvære (Callaghan m.fl.2011).

Fysisk aktivitet tilsvarende nasjonale helseanbefalinger har vist å ha en antidepressiv effekt, mens mindre fysisk aktivitet kan sammenlignes med placebo. Gange, jogging og trening med vekter, ser ut til å ha likeverdig effekt (Helsedirektoratet 2009). Det viktigste er at man er i aktivitet og bruker kroppen regelmessig, ikke hvordan man trener. Muligens kan effekten skyldes biologiske mekanismer, som opplevelse av mestring og en distrahering fra depressive tanker og følelser, og ikke minst den sosiale sammenhengen treningen foregår i (Helsedirektoratet 2009). Disse biologiske mekanismene kan man også se i funnene hos Searle m.fl.(2011) der deltakerne uttrykker en følelse av at fysisk aktivitet kan være med på å strukturere hverdagen. Fysisk aktivitet er i dag mer anbefalt i behandling, men at den enkelte

selv må kjenne hvor mye man tåler. Slik unngår man at pasienten presser seg for hardt og det er viktig å vite at man må ta individuelle hensyn (Espnes & Smedslund 2010).

For endring knyttet til fysisk aktivitet har ulike mennesker ulike beredskap. På det første stadiet er pasienter med lav beredskap eller en manglende interesse for endring. På det andre stadiet er mennesker som er usikre eller ambivalente i forholdet til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2010). I dette stadiet bør sykepleierne sette fokus på ambivalensen og samtidig være forsiktig med forsøk på å overtale. Samtalene på dette stadiet kan handle om fordeler og ulemper med fysisk aktivitet. Et nyttig verktøy her kan være et beslutningsskjema som kan strukturere og tydeliggjøre innholdet i samtalen og som fylles ut sammen med pasienten. Pasienten skriver ned de grunner han har for og imot og vedkommende hjelpes til å konkretisere tankene og følelsene sine (Helsedirektoratet 2010).

Vi finner på det tredje stadiet mennesker som er motiverte og er klar for endring. I denne fasen har sykepleieren som oppgave å sette av tid, og i samarbeid med pasienten lage planer, realistiske mål og lage konkrete avtaler. Ved oppstart av fysisk aktivitet er de første ukene mest krevende (Helsedirektoratet 2010). Her er det viktig å gi ros og oppmuntring, stimulere til mestringsfølelse, være tålmodig og delta selv der det er mulig. Man må jobbe aktivt for å opprettholde motivasjonen og sykepleier må hjelpe pasienten til å fokusere på det positive man har oppnådd ved å komme i gang med fysisk aktivitet. Det er glidende overganger mellom disse tre fasene og de kan overlape hverandre (Helsedirektoratet 2010). Den innstillingen pasienten har til endring kan skifte over tid. Tilbakefall må ses som en naturlig del av denne endringsprosessen. Normaliserer vi tilbakefall kan vi bidra til å minimalisere pasientens opplevelse av nederlag og skuffelse. Analyserer vi hva som gikk galt og hva som kunne vært gjort annerledes, kan pasienten lære av feil og få styrket troen på egen mestring (Helsedirektoratet 2010).

For å oppnå en tilfredsstillende effekt av fysisk aktivitet ved depresjon, bør konkrete tiltak tilpasses den enkelte. Økt forståelse for hvordan mennesket har det, tilrettelegger bedre for

tiltak som tilpasses den enkeltes situasjon. Pasientens behov skal legges til grunn for hvilken behandling som skal gis. Pasienten skal kunne være med å avgjøre tiltak som er mest hensiktsmessig å sette i verk. Medvirkning i forhold til behandlingstiltak er viktig med tanke på mestring. I følge Helsepersonelloven har sykepleier en informasjonsplikt (Lovdata 2012). Pasienten skal ha informasjon om depresjon, ulike behandlingsalternativer og tjenestetilbud og behandlerens vurdering og forslag. Det er viktig at pasienten blir respektert og ivaretatt, og får brukt sine ressurser aktivt i sin egen behandling. Dette kan gjøre at de mestrer tilværelsen (Helsedirektoratet 2009). Håp og mestringstro er viktige faktorer i behandling av depresjon. Fokuset må derfor rettes mot pasientens sterke sider og egenskaper, ressurser og muligheter i pasientens nærmiljø. For å motivere pasienten til fysisk aktivitet må det individuelt tilrettelegges i samarbeid med pasienten. Dette må være overkommelig i forhold til pasientens ressurser. Informasjon om at den helsemessige effekten ved fysisk aktivitet er god, kan også motivere pasienten til økt fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2009). Kanskje er det den individuelle selvbestemte treningen som gjør at effekten er så god i Callaghan m.fl. (2011) sin studie.

Mestringstroen påvirkes av flere faktorer. Når en pasient gjentatte ganger kan gjennomføre et handlingsforløp, følge en plan, nå sine mål når han eller hun møter ulike situasjoner og hindringer, vil pasienten ofte føle økt mestringfølelse. Fysisk aktivitet gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser. Mestringstro og mestring kan påvirkes ved ulike aktiviteter, men krever systematisk arbeid over tid og bevissthet på egen utvikling og mestring (Martinsen 2011).

Skal vi tro funnene hos Blumenthal m.fl.(2007), viser disse at hjemmebasert trening gir en dårligere effekt enn trening med tilsyn. Hvorfor er det slik? Manglende motivasjon og sosial støtte fra andre kan være en av flere årsaker. Det kan være enklere å komme i gang med fysisk aktivitet når man har strukturerte treningsavtaler. Fastlagte avtaler kan være en motivasjonskilde i seg selv (Blumenthal m.fl.(2007). For at man skal klare å hjelpe pasienten til endring, er det nødvendig å fremme motivasjon hos pasienten. Mellommenneskelige faktorer som arbeidsallianse og empati er mest virksom. Som sykepleier må man være

fleksibel og ha fokus mot det som er godt og hjelpsomt for den andre (Eide & Eide 2010). I Singh m.fl. (2005) sin studie trente deltakerne i gruppe på 1-8 personer. Deltakerne hadde god effekt av trening med høy intensitet. Er det den høye intensiteten av trening eller den sosiale gruppetreningen som er bidragsfaktoren her? Å trene i grupper kan for mange føles som noe positivt, de får en følelse av å være en del av et fellesskap og en sosial sammenheng. Det er ulike faktorer man må tenke på når det gjelder effekt av fysisk aktivitet. Funnene i studiene ovenfor viste at det er ulike behov og at hjemmebasert trening og fastlagt trening må være med i vurderingen av effekten. Tross ulike treningsmetoder, kan man helt klart si at fysisk aktivitet over lengre tid har en god effekt (Callaghan m.fl.2011, Blumenthal m.fl.2007, Singh m.fl.2005). Hvis sykepleier kan vise til gode resultater i sitt arbeide, er det trolig et resultat av at man har klart å skape en god relasjon med pasienten. Relasjonen til pasienten er viktigere enn metoden man bruker for å nå målet (Eide & Eide 2010). Hjelperens innstilling og personlighet er viktige faktorer som har stor betydning for resultatet (Espnes & Smedslund 2010).

## 5 KONKLUSJON

Den forskning det er vist til i denne oppgaven viser at fysisk aktivitet har god effekt på både mild, moderat og alvorlig depresjon. Den viser at fysisk aktivitet med høy intensitet har den beste effekt og at på lang sikt så har fysisk aktivitet like stor effekt som medikamentell behandling. Omfanget av depressive lidelser er stort og man må se på alternative behandlinger for å kunne hjelpe denne pasientgruppen. Som nevnt innledningsvis begynner dette å bli et problem som koster samfunnet og den enkelte pasient mye, både i form av utgifter på behandling og medisiner, samt sykemeldinger og uførhet. Fysisk aktivitet er i så måte en rimelig behandlingsmetode som vi som sykepleiere bør være kjent med.

Ingen av studiene sier noe om sykepleieperspektivet. Sykepleiere har en utfordring med tanke på kunnskap, motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Det er tydelig at fysisk aktivitet er effektiv i behandling av personer med depresjon. Derfor er det viktig at fremtidige studier ser på hvordan man fremmer fysisk aktivitet, og ikke minst hvordan man skal klare å opprettholde fysisk aktivitet hos disse menneskene.

## LITTERATURLISTE

Babyak M., Blumenthal J.A., Herman S., Khatri P., Doraiswamy M., Moore K., . . . Krishnan R. (2000). Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, vol. 62(5): 633-638.

Bilde første side <http://www.aftenposten.no/helse/article2101635.ece#.UWvoPp04XIU>  
[lastet ned 15.04.13]

Blumenthal J.A., Babyak M.A., Moore K.A., Craighead E., Herman S., Khatri P., . . . Krishnan R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*. 159 (19): 2349-2356, doi: 10-1001/pubs.Arch Intern Med. -ISSN-0003-9926-159-19-ioi81361.

Blumenthal J.A., Babyak M.A., Doraiswamy P.M., Watkins L., Hoffman M.B., Barbour K.A., . . . Sherwood A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment and major depressive disorder. *Psychosom Med*: 69 (7): 587-596, doi: 10.1097/PSY.0b013e318148c19a.

Callaghan, P., Khalil, E., Morres, I. & Carter, T. (2011). Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. *BMC Public Health*, 11:465, doi: 10.1186/1471-2458-11-465.

Chalder, M., Wiles, N.J., Campell, J., Hollinghurst, S.P., Haase, A.M., Taylor, A.H., . . . Lewis, G. (2012). Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ*;344: e2758, doi: 10.1136/bmj.e2758.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Deslandes A.C., Moraes H., Alves H., Pompeu F.A.M.S., Silveira H., Mouta R., . . . Coutinho E.S.F. (2010). Effect of aerobic training on EEG alpha asymmetry and depressive



symptoms in the elderly: a 1-year follow-up study. *Braz J Med Biol Res*, vol.43(6): 585-592, doi: 10.1590/S0100-879X2010007500041.

Den draumen <http://nyeveggar.cappelendamm.no/c298905/artikkel/vis.html?tid=341433>

Dunn A.L., Trivedi M.H., Kampert J.B., Clark C.G. & Chambliss H.O. (2005). Exercise treatment for depression. *American Journal of Preventive Medicine* vol. 28 (1): 1-8.

Eide & Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Espnes, G.A. & Smedslund, G. (2010). *Helsepsykologi*. 2. utg., 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2012). *fakta og statistikk om fysisk aktivitet*. Hentet 02.april 2013, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:2\\_5,6046&MainContent\\_6261=6464:0:25,6047&List\\_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:2_5,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047&List_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Harvey S.B., Hotopf M., Øverland S. & Mykletun A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *BJPsych*, 197:357-364, doi: 10.1192/bjp.bp.109.075176.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer*. Hentet 18. mars 2013, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*

og problemer. Hentet 18. mars 2013, fra

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2002/2003). *Resept for et sunnere Norge*. Hentet 18. mars 2013, fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/14/3/3.html?id=328758>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Samhandlingsreformen i kortform*. Hentet 02. april

2013, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Hoffman B.M., Blumenthal J.A., Babyak M.A., Smith P.J., Rogers S.D., Doraiswamy P.M. & Sherwood A. (2008). Exercise fails to improve neurocognition in depressed middle-aged and older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 40 (7): 1344-1352, doi: 10.1249/MSS.0b013e3186b877c.

Hoffman B.M., Babyak A., Craighead E., Sherwood A., Doraiswami M., Coons M.J. & Blumenthal J.A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosomatic medicine vol. 73* (2): 127-133, doi: 10.1097/PSY.0b013e31820433a5.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K.M. (2010). *Innføring i psykologi*. 4. utg. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ivarsson, B.H. & Prescott, P. (2009). Helsedirektoratet, *aktivitetshåndboken, kap. 7. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Hentet 09. april 2013, fra

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (2010). *Geriatrisk sykepleie-god omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. 4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjellman, B., Martinsen, E.W., Taube, J. & Andersson, E. (2009). Helsedirektoratet, *aktivitetshåndboken, kap. 21. Depresjon*. Hentet 02.april 2013, fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/terapikapitler/Documents/kapittel-21-depresjon.pdf>

Knubben K., Reischies F.M., Adli M., Schlattmann P., Bauer M. & Dimeo F. (2007). A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med*. 41 (1): 29-33. doi: 10.1136/bjism.2006.030130.

Knutstad, U. (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2*. 3. utg. 1. opplag. Oslo: Akribe.

Kunnskapssenteret (2013). *Håndbok, Slik oppsummerer vi forskning*. Hentet 03. april 2013, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Slik+oppsummerer+vi+forskning.2139.cms>

Lovdata (2012). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 09. april 2013, fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Martinsen, EW. (2011). *Kropp og sinn-fysisk aktivitet og psykisk helse*. 2. utgave. Bergen: Bokforlaget.

Melgosa, J. (2009). *Frisk til sinns- en håndbok i psykisk helse*. 1. utgave på norsk. Røyse: Norsk bokforlag.

NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2011), *Treningsklinikk i psykiatrisk sykehus*. Hentet 24. april 2013, fra <http://www.napha.no/content/1586/>

Norsk helseinformatikk (2011), *Randomiserte kontrollerte studier, en gullstandard*. Hentet 10. april 2013, fra <http://nhi.no/livsstil/helsetjenesten/den-feilbarlige-medisinen/randomiserte-kontrollerte-studier-23696.html?page=2>

NTNU – Trondheim (2012). *Generasjon 100*. Hentet 09. april 2013, fra <http://www.ntnu.no/cerg/gen100/bakgrunn>

NTNU (2010). *VIKO, Kildekritikk*. Hentet 03.april 2013, fra <http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed.) Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.

Reichert, C.L., Diogo, C.L., Vieira, J.L. & Dalacorte, R.R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr. Vol 33*(5), doi: 10.1590/S1516-44462011000200012.

Rydenlund, K. (2010). Hopp og hoppløshet i: Gustin, L.W. *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Opplag 1. Polen: Pozkal.

Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract, 1; 61*(585): e-149-e156, doi: 10.3399/bjgp11X567054.

Singh N.A., Stavrinou T.M., Scarbek Y., Galambos G., Liber C. & Fiatarone Singh M.A. (2005). A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *Journal of Gerontology* 60A (6):768-776.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken, Sinn, kropp, samfunn*. 1. utg. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2010). *Psykiatri- kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3. utg. 3. opplag. Oslo: Akribe Forlag.

Tambs, K. (2013). *Folkehelseinstituttet, faktaark om depresjon*. Hentet 10. april 2013, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5767&MainContent\\_6263=6464:0:25,5768&List\\_6212=6218:0:25,5775:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5767&MainContent_6263=6464:0:25,5768&List_6212=6218:0:25,5775:1:0:0:::0:0)

## VEDLEGG

1. MADRS - Montogemery and Asberg Depression Rating Scale (2012) Lest 25. Februar 2013.  
<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-mads-3271.html>
2. Vurderingsskjema av forskningsartikler
3. Oversiktstabell over artikler

## Vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel \_\_\_\_\_

Hovedområde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Forfatter/e \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Språk \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

Type studie \_\_\_\_\_

Original \_\_\_\_\_ Review \_\_\_\_\_ Annet \_\_\_\_\_

Resultater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentarer: \_\_\_\_\_

<b>Forfatter År Land</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Design</b>	<b>Deltake re Frafall</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
<b>Forfatter e:</b> Blumenthal m.fl. <b>År:</b> 1999 <b>Land:</b> USA	Effects of exercise training on older patients with major depression.	<b>Hensikten</b> med studien var å vurdere effekten av trening kontra antidepressiva som behandling hos alvorlig deprimerte personer.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 156	<b>Resultatet</b> konkluderte med at på lengre sikt hadde fysisk aktivitet den samme effekten som medikamentell behandling hos deprimerte pasienter.	God
<b>Forfatter e:</b> Babyak m.fl. <b>År:</b> 2000 <b>Land:</b> USA	Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months.	<b>Hensikten</b> med studien var å vurdere behandlingseffekt hos voksne med alvorlig depresjon etter vedlikeholdsbehandling med treningsprogram etter 10 måneder. Opprinnelig SMILE studie.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 156	<b>Resultatet</b> konkluderte med at fysisk aktivitet har en signifikant terapeutisk effekt hos alvorlig deprimerte personer.	God
<b>Forfatter e:</b> Dunn m.fl. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> USA	Exercise treatment for depression: efficacy and dose response	<b>Hensikten</b> med studien var å vurdere om trening er effektiv i behandling av depresjon, og samtidig se på sammenhengen mellom treningsintensiteten og reduksjon i depressive symptomer.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 80	<b>Resultatet</b> konkluderer med at trening med høy intensitet har bedre på depresjon. Lav intensitet hadde lik effekt som placebo.	God
<b>Forfatter e:</b> Singh m.fl. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Australia	A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults.	<b>Hensikten</b> med studien var å vurdere om trening med høy intensitet er mer effektiv enn trening med lav intensitet og vanlig behandling med tanke på å redusere depresjonssymptomer.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 60	<b>Resultatet</b> konkluderer med at trening med høy intensitet er mer effektiv enn trening med lav intensitet med tanke på å redusere depresjonssymptomer.	God



<b>Forfatter e:</b> Blumenthal m.fl. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> USA	Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder.	<b>Hensikten</b> med studien var å se effekt av aerobic trening kontra antidepressiva og placebo med tanke på reduksjon i depresjon. Ny SMILE studie med placebopille.	Kvantitativ studie.	<b>Deltakere:</b> 202	<b>Resultatet</b> konkluderer med at effekten av trening var lik med antidepressiva. Begge gruppene var bedre enn placebo, men svarprosenten på placebo var også høy.	
<b>Forfatter e:</b> Hoffman m.fl. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> USA	Exercise fails to improve neurocognition in depressed middle-aged and older adults.	<b>Hensikten</b> med studien er å se på sammenhengen mellom høyere intensitetstrening og bedre nevrokognitiv funksjon hos pasienter med alvorlig depressive lidelse.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 153	<b>Resultatet</b> konkluderer med at fysisk aktivitet hadde lik effekt som de som fikk placebo, men de med fysisk aktivitet hadde bedre effekt enn de med antidepressiva. Best effekt av trening hadde de med oppfølging.	God
<b>Forfatter e:</b> Deslandes m.fl. <b>År:</b> 2010 <b>Land:</b> Brasil	Effects of aerobic training on EEG alpha asymmetry and depressive symptoms in the elderly: a 1-year follow-up study.	<b>Hensikten</b> med studien er å identifisere endringer i depresjonssymptomer, livskvalitet og kortikale asymmetri ved trening.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 20	<b>Resultatet</b> viser at det er en positiv effekt av trening som en tilleggsbehandling hos eldre. Treningen gir kliniske og fysiske forbedringer samtidig som den gir en beskyttelse mot nedgang i den kortikale aktiviteten.	God
<b>Forfatter e:</b> Harvey m.fl. <b>År:</b> 2010 <b>Land:</b> England	Physical activity and common mental disorders.	<b>Hensikten</b> med studien er å se på forhold mellom fysisk aktivitet og vanlige psykiske lidelser, samtidig som å se på kontekst, type og intensitet.	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 40401	<b>Resultatet</b> viser at fysisk aktivitet med høy intensitet minker sannsynligheten for depressive symptomer.	God
<b>Forfatter e:</b> Reichert m.fl. <b>År:</b>	Physical activity and depressive symptoms in community-	<b>Hensikten</b> med studien er å se på sammenhengen mellom nivået av fysisk aktivitet og	Kvantitativ studie	<b>Deltakere:</b> 379	<b>Resultatet</b> viser at det var lavere forekomst av depresjonssymptomer hos personer	God

2011 <b>Land:</b> Brasil	dwelling elders from southern Brazil.	depressive symptomer.			med høyt nivå av fysisk aktivitet. Lik effekt hos begge kjønn ved moderat fysisk aktivitet, men best effekt hos menn når det gjelder høy intensiv trening.	
<b>Forfatter e:</b> Searle m.fl. <b>År:</b> 2011 <b>Land:</b> England	Patient's views of physical activity as treatment for depression.	<b>Hensikten</b> med studien er å se på effekten av fysisk aktivitet som behandling av depresjon.	Kvalitati v studie	<b>Deltake re:</b> 33	<b>Resultatet</b> viser at fysisk aktivitet bedre depresjonssympto mene, men at pasientene hadde ulike erfaringer i forhold til intensitet, lengde og effekt.	God
<b>Forfatter e:</b> Callagha n m.fl. <b>År:</b> 2011 <b>Land:</b> England	Pragmatic randomized controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression.	<b>Hensikten</b> med studien er å sammenligne effekten av trening hos deprimerte kvinner. En gruppe gjennomførte økter med foretrukket trening og den andre med foreskrevet trening.	Kvantita tiv studie	<b>Deltake re:</b> 38	<b>Resultatet</b> viser at den gruppen med foretrukket intensitetstrening hadde betydelig lavere depresjonsnivåer, høyere nivå av selvtillit, generell bedre mental helse og bedre livskvalitet.	God
<b>Forfatter e:</b> Hoffman <b>År:</b> 2011 <b>Land:</b> USA	Exercise and pharmacother apy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study.	<b>Hensikten</b> med studien er å undersøke 1 års oppfølging av en 4 måneders studie av trening og antidepressiva hos pasienter med alvorlig depressive lidelse.	Kvantita tiv studie	<b>Deltake re:</b> 172	<b>Resultatet</b> viser at det er en sammenheng mellom treningsnivået og graden av depressive symptomer. Trening på gjennomsnitt ca. 3 timer per uke kan gi en antidepressiv virkning. Best effekt med moderat til høy intensiv trening.	God
<b>Forfatter e:</b> Chalder m.fl. <b>År:</b>	Facilitated physical activity as a treatment for depressed	<b>Hensikten</b> med studien er å undersøke effekten av tilrettelagt fysisk aktivitet som	Kvantita tiv studie	<b>Deltake re:</b> 361	<b>Resultatet</b> viser at fysisk aktivitet ikke har effekt i behandling av depresjon ved 4	God

2012 <b>Land:</b> England	adults.	tilleggsbehandling til antidepressiv medikasjon for voksne med depresjon.			måneders oppfølging.	
---------------------------------	---------	---	--	--	-------------------------	--