

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: VPL 310 1 Bacheloroppgave i vernepleie

Kandidatnr.: Petter L Johansen

Fysisk aktivitet fremmer psykisk helse

Physical activity promotes mental health

Dato: 01. April.2016- 12. Mai.2016 Totalt antall sider: 34

Forord:

Å skrive en bacheloroppgave har vært en spennende men også krevende periode. Etter endt arbeid føler jeg mer kunnskapsrik i form av å søke i databaser for å finne relevant litteratur. I tillegg har jeg fått en større forståelse av fysisk aktivitet knyttet opp mot psykisk helse. Dette tror jeg er noe som kan komme godt med i arbeidslivet, samtidig som jeg har fått større motivasjon for å fortsette å være fysisk aktiv.

Jeg ønsker å takke min bachelorveileder ved Nord Universitet, Kjersti Tommelstad, for god veiledning knyttet til oppgaven, noe som har vært til stor hjelp i skriveprosessen.

Sammendrag:

Forfatter: Petter Løseth Johansen

Mål: Målet i oppgaven er å finne ut om hvordan fysisk aktivitet kan fremme psykisk helse for voksne mennesker med angstlidelser.

Metode: Litteraturstudie

Resultater: Resultatene viser til at fysisk aktivitet har positive helsegevinster for mennesker med angstlidelser. Fysisk aktivitet er med på å redusere angstnivået til individene gjennom å få en forståelse av kroppslig sammenheng og øker livskvaliteten og individets selvfølelse. Angstreduksjonen er størst blant kombinasjonen av fysisk aktivitet, terapi og medikamenter.

Konklusjon: Fysisk aktivitet i seg selv er nok ikke god nok behandlingsform, men den viser seg som angstreduserende sammen med terapi og medikamentell behandling. Fysisk aktivitet har størst påvirkning på individet når det kommer til å gjøre seg kjent med og tolke sine angstsymptomer som en normalreaksjon og ikke syn på frykt og katastrofal tenkning. Fysisk aktivitet viser seg å redusere angstsymptomer med 2-4 timer etter trening. Samtidig styrkes individets selvtillit, livskvalitet og velvære gjennom å være fysisk aktiv.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	iii
1. INNLEDNING	1
1.1 Oppgavens disposisjon	1
1.2 Begrunnelse for valg av oppgave	2
1.3 Forforståelse	2
1.4 Presentasjon av problemstilling	3
1.5 Definisjon av sentrale begrep	3
2. TEORI	5
2.1 Litteratur og publikasjoner	5
2.2 Fysisk aktivitet	5
2.3 Mestring	7
2.4 Motivasjon	7
2.5 Psykisk helse	8
2.5.1 Årsaksfaktorer - arv og miljø	8
2.6 Livskvalitet og aktivitet i felleskap	9
2.7 Angst	10
2.7.1 Symptomer og angstnivåer	10
2.7.2 Ulike typer av spesifikke angst diagnoser	12
2.7.3 Behandlingsmetoder	12
3. METODE	14
3.1 Kildekritikk	15
3.2 Metodekritikk	16
3.3 Innsamling av artikler	17
4. RESULTAT	18
5. DISKUSJON	21
5.1 Økt forståelse av kroppslig sammenheng	21
5.2 Livskvalitet	22
5.3 Motivasjon og mestring	22
5.4 Intensitet og aktivitetsnivå	23
5.5 Sosiale relasjoner kan ha positiv effekt	24
5.6 Kritisk vurdering av artiklene	25
5.7 Etske vurderinger	26
6. KONKLUSJON	28
Litteraturliste	29

Antall ord: **9 638**

1. INNLEDNING

Det å være fysisk aktiv blir sett på som en helsefremmende årsak for oss mennesker. Helse- og omsorgsdepartementet (2013) mener fysisk aktivitet må vedlikeholdes gjennom daglig bevegelse og aktiv bruk av kroppen, for å oppnå en helsefremmende faktor. Fysisk aktivitet gir oss en bedre fysisk form og vi oppnår en bedre psykisk helse, gjennom positive opplevelser, sosial status og syn på egen kropp. Vi mennesker har drømmer og ønsker vi vil oppnå. Når man er syk derimot, så er det kun en ting man ønsker seg, nemlig å bli frisk. Mennesker med psykiske lidelser ønsker å redusere de psykiske plagene som følger dem, og å kunne mestre de daglige tingene som andre mennesker. Fysisk aktivitet blir også sett på som en måte å kunne redusere stress, og gi mer overskudd til individet. Dette danner grunnlaget for hvordan fysisk aktivitet kan fremme psykisk helse for voksne mennesker med en angstdiagnose. Angst er en psykisk lidelse hvor gjentatte hendelser der følelsen av redsel og frykt oppstår, samt en følelse av å måtte flykte fra situasjonen, selv i situasjoner som ikke betyr noen virkelig fare (Lindgjære, 2004). Psykisk helse er noe man må vektlegge og ta på alvor. Nav (2015) viser til at en av tre er uføretrygdet grunnet psykiske lidelser. Ved utgangen av 2013 kunne Nav vise til 33,5 prosent uføretrygdet grunnet psykiske lidelser, noe som er økning fra året før med 1,1 prosent. Dette utgjør 102 400 mennesker. Samtidig viser både Hummelvold (2014) og Lindgjære (2004) at 1 av 3 mennesker vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av livet.

1.1 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er satt opp på følgende måte: Kapittel 1 tar for seg innledningen til oppgaven, med tema, problemstilling og sentrale begrep knyttet til problemstillingen. Kapittel 2 er et teorikapittel. Her vil de teoretiske begrepene knyttet til oppgaven komme frem, noe som danner grunnlag for diskusjonsdelen. Disse begrepene er Fysisk aktivitet, mestring, motivasjon, psykisk helse, livskvalitet og aktivitet i felleskap, og angst. Kapittel 3 er metodekapittelet. Dette kapittelet tar for seg litteraturstudie som er metoden jeg har tatt i bruk, for å finne sentrale funn knyttet til oppgaven. Kapittel 4 er et ekstra kapittel som jeg har valgt å kalle resultat. Her vil de utvalgte forskningsartiklene jeg har funnet i litteraturstudie belyses. Jeg har valgt å legge til dette som ekstra kapittel for å gi leseren en større oversikt over hva artiklene tar for seg, samtidig som jeg mener kjennskap til artiklene vil gi en større

forståelse av oppgaven. Funnene i artiklene vil være med i kapittel 5 hvor det er klart for diskusjonsdelen. Her vil funnene diskuteres opp mot relevant teori, for å se om funnene og teoriene har en sammenheng. Funnene jeg har rettet fokus mot er økning av livskvalitet og reduksjon av angstnivå gjennom fysisk aktivitet. Avslutningsvis kommer konklusjonen. I dette kapitlet vil problemstillingen besvares.

1.2 Begrunnelse for valg av oppgave

«Fysisk aktivitet fremmer psykisk helse» er en påstand jeg ønsker å ta for meg i denne oppgaven, med fokus rettet mot mennesker med angstdiagnoser. Etter å ha hatt en sommerjobb i psykisk helse og rustjenesten gikk det opp for meg, hva jeg ønsket å skrive om i bacheloroppgaven. Her var det en pasient med en angstlidelse som viste store angstreduksjoner og fikk stor helsegevinst ved minimum 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. For meg var det givende å delta i fysiske aktiviteter med denne pasienten, ettersom jeg så to forskjellige personligheter når pasienten hadde vært fysisk aktiv, kontra ikke. Dette synet ga meg stor tro på at mennesker med angstplager kan oppnå store helsegevinster av fysisk aktivitet, og at dette kan være en erstatning av medisinbruk for å redusere angsten.

1.3 Forforståelse

Fysisk aktivitet er noe jeg har en viss kunnskap om. Selv har jeg spilt fotball fra ung til voksen, og fått mye teoretisk kunnskap gjennom idrettslinje på videregående. Likevel er det mye innenfor en individets psykiske påvirkningen av det å være fysisk aktiv som jeg ikke har nok kunnskap rundt. Psykisk helse og angst er noe jeg har opparbeidet meg noe kunnskap rundt, i forhold til vernepleierutdanningen. Fra jeg var tenåring har jeg alltid hatt et behov for å kunne hjelpe mennesker som ikke har det like bra som alle andre. Dette dannet nok også grunnlaget for å starte på vernepleierutdanningen. Psykisk helse er noe jeg har stor interesse for, og jeg gleder meg til å se hvordan en «gratisbehandling» som fysisk aktivitet kan fremme psykisk helse for voksne mennesker med angstdiagnoser.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling for oppgaven er: «*Hvordan kan fysisk aktivitet fremme psykisk helse, for voksne mennesker med angstlidelser*». Valg av problemstilling kommer av nysgjerrigheten for å finne ut om fysisk aktivitet har helsefremmende effekter for mennesker med angstdiagnoser. I forhold til hva jeg tar med meg av teoretisk kunnskap fra vernepleierutdanningen, er fysisk aktivitet viktig for alle typer mennesker. Dette gjør at jeg ønsker å finne ut av om mennesker med angstdiagnoser kan ta benytte seg av fysisk aktivitet som en metode for å redusere angstplagene. Jeg har valgt å fokusere på voksne mennesker fra 18-60 år for å snevre inn gruppen. Fysisk aktivitet er noe som vil variere fra alder ut i fra forutsetninger for egen helse og funksjonskapasitet. Dermed utelukker jeg tenåringer i tidlig stadium og mennesker i pensjonsalder, hvor fysisk aktivitet ofte vil ses på som rehabilitering.

1.5 Definisjon av sentrale begrep

For å definere sentrale begrep jeg tar for meg i bacheloroppgaven vil disse vises i tabellen under.

Fysisk aktivitet	I denne oppgaven vil fysisk aktivitet i hovedsak ta for seg det å gå, jogge, løpe og sportslige aktiviteter. Fysisk trening er en undergruppe av fysisk aktivitet, og i engelskspråklig litteratur er vanlig å skille dem (Martinsen, 2004). I oppgaven vil fysisk trening være tett knyttet opp mot fysisk aktivitet, selv om det er fysisk aktivitet jeg refererer mest til.
Psykiske lidelser	Psykiske lidelser er sykdommer som påvirker menneskets sinn og bevissthet og ikke den fysiske kroppen. De vanligste plagene er angst, depresjon, misbruk eller former for avhengighet (Martinsen, 2004). Psykiske lidelser kjennetegnes når symptomene går ut over menneskets livskvalitet og blir store utfordringer i hverdagen (Hummelvold, 2014).

Angst	Angst er en psykisk lidelse bestående av indre uro, med engstelse og frykt som ikke er direkte rettet mot et bestemt ytre objekt (Hummelvold, 2014,). Mennesker med angst vil føle seg engstelige, noen uten å vite hvorfor, mens andre kan engste seg og være redd for situasjoner hvor det rent fornuftmessig ikke er noen virkelig trussel (Hummelvold, 2014). Det finnes flere diagnoser innenfor angst. Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere opp mot Agorafobi, sosial fobi, panikklidelse og sosial angstlidelse.
Voksne	Fra et menneske er 18 år og oppover så blir man regnet som voksen. I oppgaven vil de voksne være mellom 18-60 år.

2. TEORI

Dette kapittelet tar for seg teorien som vil danne grunnlaget for drøftingen i diskusjonskapittelet. Teorien tar for seg aktuell litteratur, fysisk aktivitet, mestring, motivasjon, psykisk helse, livskvalitet, sosiale aktiviteter og angst.

2.1 Litteratur og publikasjoner

Ved å innhente seg nødvendig informasjon trenger man relevant litteratur. Opp i mot problemstillingen hadde jeg noe pensumlitteratur som ville bli relevant. Av disse har «*Helt – ikke stykkevis og delt*» av Hummelvold (2014) vært nyttig, hvor psykisk helsearbeid og psykiske lidelser blir godt presentert. Jeg har også benyttet meg av «*Helsepsykologi*» av Espenes og Smedslund (2009). Denne har jeg god kunnskap til, etter en tidligere eksamen, knyttet til psykisk helse. I forhold til å skrive en bachelor er det også viktig å få med de nødvendige delene i oppgavebyggingen og sentrale punkter/deler som skal belyses. Ved dette har jeg brukt «*Metode og oppgaveskriving*» av Dalland (2013), og «*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*» av Johannessen, Tuft og Christoffersen (2010). I tillegg har søkebasen Oria gitt nyttige treff på bøker. Her har «*Kropp og sinn – fysisk aktivitet og psykisk helse*» av Martinsen (2004) vært nyttig, hvor litteraturen treffer konkret opp i mot problemstillingen.

2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir i dag sett på som en viktig kilde mot bedre helse, hvor både den fysiske formen og den mentale tilstanden vil bedres. Martinsen (2004,s.26) definerer begrepet som «*enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur, som medfører energiforbruk*». Fysisk aktivitet kan altså være fra de minste bevegelsesaktiviteter som enkelt husarbeid, gåturer og fising, til større aktiviteter som jogging, styrketrening og svømming. Fysisk trening er en undergruppe av fysisk aktivitet til tross for at begrepene brukes om hverandre. For å skille disse to begrepene vil fysisk trening brukes mot målrettet aktivitet for å bedre idrettsprestasjoner og systematisk opptrening av kroppslige funksjoner (Martinsen, 2004).

Helsedirektoratet lanserte i 2014 nye anbefalinger for fysisk aktivitet. For inaktive voksne og eldre anbefales minimum 150 minutters fysisk aktivitet i uken av moderat intensitet eller 75 minutter i uken med høy intensitet. Økt dose viser også til økt helsegevinst hvor inaktive voksne og eldre bør utøve inntil 300 minutters moderat intensitet eller 150 minutters høy intensitet i uken. I engelskspråklig litteratur er det vanlig å skille mellom fysisk aktivitet og fysisk trening. «*Fysisk trening består av strukturerte, stadige gjentatte kroppslige bevegelser, som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form for helse*» (Martinsen, 2004 s 26).

Fysisk aktivitet har mer enn fysiske påvirkninger. Fysisk aktivitet kan være med på å gi individet en forståelse av kroppslige reaksjoner. Det å være fysisk aktiv gir blant annet økt puls, svetting, svimmelhet, og følelse av ikke å få nok oksygen. Dette er normale kroppslige reaksjoner, som kan dra like symptomer som ved høy angst og ved et angstanfall (Martinsen, 2004). Dette gjør at individet blir kjent med reaksjonene ved fysisk aktivitet, og vil etter hvert mestre det å være fysisk aktiv uten å bekymre seg over at noe vondt vil skje. Denne mestringen vil man så kunne ta med seg i hverdagslige hendelser hvor angstsymptomene oppstår. Symptomene er like, og på denne måten vil det være store muligheter for at individet drar positive paralleller mellom angst og fysisk aktivitet. Et eksempel kan være ved å tenke at joggeturen gikk bra, og jeg svimte ikke av, da svimer jeg nok ikke av på butikken heller. Selv om symptomene skulle oppstå på butikken, så vil de positive opplevelsene fra fysisk aktivitet være med på å endre tankegangen til individet, ved at man ikke vil svime av inne på butikken heller. Slik sett kan man se på fysisk aktivitet som en form av eksponering, hvor man fremprovoserer symptomene gjennom aktivitet, kan de lære å fortolke de kroppslige symptomene på en annen måte (Moe og Martinsen, 2011).

Det å være fysisk aktiv gir ikke bare rom for en bedre fysisk helse, men også for en bedring av individets psykiske helse. Ved å være fysisk aktiv vil det være gode muligheter for å bedre kondisjonen og redusere et vekttap i fettprosent, dette er noe som kan gi hvert individ en bedre selvfølelse. Selvfølelsen kan bedres av et bedre syn på eget kroppsbildet, hvor man ser markant bedring av egen kroppsendring (Hummelvold, 2014).

Det å oppnå en bedring av kondisjon vil også redusere stressnivået og man vil ikke bli like fort sliten, som tidligere. Dette kan også medføre at man håndterer ulike arbeidsoppgaver

bedre enn tidligere, hvor stressnivået ikke er like høyt i handlingsøyeblikket (Hummelvold, 2014).

Muskelspenninger som anspent og stram muskulatur er i dag et stort helseproblem. Dette er fysiske plager som vil påvirke menneskets livskvalitet og psykiske helse, hvor man ikke mestrer det man tidligere har kunnet gjennomføre. Elektrofysiologiske målinger kan vise til at reduksjon i muskulære spenninger vil medføres av fysisk aktivitet (Martinsen, 2004).

Fysisk aktivitet kan også ha den effekten at man øker kreativitet og tenkning. Store filosofer og diktere har i flere generasjoner påpekt det å gå eller drive med fysisk arbeid som nøkkelen for nye tanker og ideer (Martinsen, 2004). Det å være fysisk aktiv i frie omstendigheter klarner hodet og gir energi som kan redusere trøtthet og evnen til konsentrasjon og tenkning øker (Martinsen, 2004).

2.3 Mestring

Det å mestre utfordringer man opplever i livet er nødvendig for oss mennesker. Enten det er utfordringer på jobb, studie, i hjemmet, i det sosiale etc, så vil det å mestre en utfordring være godt for individets videre utvikling. Mennesket har en evne til å mestre tøffe tider hvor store påkjenninger, helseutfordringer og helsesvikt oppstår. Det å mestre slike situasjoner og hendelser gjør man sterkere og bedre rustet til møte nye påkjenninger og utfordringer som oppstår (Hummelvold, 2014). Det å mestre en utfordring eller en krevende situasjon i livet er nødvendig for at problemet ikke skal vedvare. For å oppnå dette er det viktig med mestringstro, altså tro på egne ferdigheter til å mestre utfordringen. Det å ha lite tro på egen evne til mestring knytter Martinsen (2004) parallelle sammenligninger med angst og liten tillit til å oppnå det man ønsker.

2.4 Motivasjon

Alle gjøremål i livet krever en viss grad av motivasjon. Motivasjonen kan styre viljen og gi oss energi til å gjennomføre en aktivitet eller deltagelse. Moe og Moser (2004), definerer begrepet med positiv tenkning, medfødte egenskaper og drivkraften ved å like det å gjøre noe. Motivasjon skiller ofte mellom den ytre og den indre motivasjon. Den indre motivasjonen tar for seg viljen ved å gjøre noe gjennom positive opplevelser, erfaringer og forventinger. Den

ytre motivasjonen styres av andre enn individet selv, som for eksempel belønning eller unngåelse av straff (Moe og Moser, 2004). Slike former for ytre motivasjon kan man erfare ved militære, kondisjonstest ved idrettslag eller innleveringer av skoleoppgaver. Ytre motivasjon kan være en trigger til å utvikle økt indre motivasjon, som igjen kan være med på at individet vil være mer selvstendig i fortsette en aktivitet på egenhånd (Martinsen, 2004).

2.5 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) mener begrepet psykisk helse er et bredt spekter av aktiviteter knyttet til det psykiske velvære. Det er knyttet til å fremme trivsel, forebygging, behandling og rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser (WHO, 2016). Verdens helseorganisasjon definerer helsebegrepet som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet. En nærmere realistisk oppfatning av begrepet vil være «*Helse er en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk åndelig og sosialt velvære- og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet*» Hummelvold (2014,s 35). Det å definere begrepet psykisk helse og beskrive om man har en god psykisk helse vil være av individuell oppfatning. Den subjektive opplevelsen av psykisk helse er noe som skifter med situasjon og livsforhold (Hummelvold, 2014, s.36). Psykologen Marie Jahoda påpeker 6 faktorer som er sentrale kjennetegn på psykisk helse, og som kan belyse oppfatning av begrepet:

- Å ha en positiv selvoppfatning.
- Å ha evne til å være aktiv og utnytte sine ressurser.
- Å være en integrert person.
- Å foreta selvstendige beslutninger og å kunne handle uten å isolere seg fra andre.
- Å ha realitetssans og evne til empati
- Å kunne skape dype og ekte relasjoner til andre mennesker.

(Hummelvold, 2014, s.36).

2.5.1 Årsaksfaktorer - arv og miljø

Det å peke konkret på årsaksfaktorer for å utvikle en eller flere psykisk lidelser kan være vanskelig. De mest konkrete årsaksfaktorene er når en person har opplevd en personlig katastrofe, som brann, ulykke eller døden-nær-opplevelse. I slike tilfeller vil man ofte i ettertid være filosofisk ved å tenke potensielt utfall og bekymre seg over lignende hendelser i

fremtiden (Lindgjære, 2004). Videre vil plutselige hendelser som dødsfall nær knyttet personen eller oppsigelse av jobben være hendelser som kan føre personen inn i en depresjon, hvor også skyldfølelse og tanken på å kunne gjort noe mer vil oppstå. Utenom akutte hendelser vil også barn og ungdom kunne utvikle psykiske lidelser i form av mishandling, og mangel på omsorg og trygghet. I tillegg kan arvemateriale spille en rolle for utvikling av psykiske lidelser. I arvemassen har vi 46 kromosomer, hvor halvparten er av mor og andre av far. Dersom en av foreldrene har en psykisk lidelse som for eksempel angst og barnet utvikler dette i senere stadier vil det være enkelt å knytte dette opp mot et arvelig gen. Dersom ingen av foreldrene har en psykisk lidelse men barnet utvikler dette, taler det mot miljøets betydning Vinsrygg (2002). Slik sett kan man si at barn av foreldre med en psykisk lidelse kan være mer mottakelig av en psykisk lidelse, men at det ikke er noen garanti for at barnet vil utvikle dette. Selv om teorien fra Vinsrygg er fra 2002 viser også forskning i dag at mennesker med arvelige gen av psykiske lidelser, er mer mottakelig enn andre:

2.6 Livskvalitet og aktivitet i felleskap

Opplevelse av god livskvalitet vil oppfattes forskjellig fra individ til individ. Næss (2014) definerer livskvalitet som psykisk velvære, altså enkeltpersoners subjektive opplevelse av å ha det godt. For noen vil penger, makt og objektive gjenstander være avgjørende for egen livskvalitet. For andre vil god helse, trygge rammer og se barna lykkelig, være det som utgir god livskvalitet. Livskvalitet er dermed en subjektiv oppfatning, noe som gjør det vanskelig å kunne sammenligne og måle individers livskvalitet ut i fra enkelte årsaker og premisser (Espenes og Smedslund, 2009).

Det å ha noen å sosialiseres med er viktig for menneskets velvære. For mennesker med psykiske lidelser, kan det å være tett på andre mennesker være en utfordring. Dårlig humør, frykt for sosiale aktiviteter og det å forlate trygge omgivelser hjemme, kan gjøre at man opptrer mindre sosial (Martinsen, 2004). Samtidig kan det å gjennomføre aktiviteter sammen med noen, være en trigger til å finne motivasjon. Gjennom gruppedeltagelse vil man ikke skuffe sine lagkamerater og stå igjen som en syndebukk. I tillegg vil det å aktiviseres i grupper kunne skape en god lagånd, som kan skape sosiale bånd mellom personene. Det å aktiviseres i grupper er også med på å skape mestringsfølelse, hvor man ser at man kan mestre noe sammen (Martinsen, 2004).

2.7 Angst

Angst og redsel er en medfødt egenskap vi mennesker som andre pattedyr innehar for å forstå og oppfatte fare i ulike situasjoner. Slik sett kan man si at angst er noe man alltid vil inneha, mens diagnosen angst kan man få og redusere. Forskjellen mellom mennesker og andre pattedyr er måten vi tenker på. Dette gjør angst til et spesifikt fenomen for mennesket. Vi kan i motsetning til dyr tenke oss til fremtidige hendelser eller situasjoner og forstå at noe vondt eller ubehagelig kan inntreffe (Hummelvold, 2014). Slik sett vil våre tanker og fantasier danne grobunn for angst. Hummelvold (2014) definerer angstbegrepet som en diffus, indre uro uten kjent årsak, altså at den ikke er rettet mot et bestemt ytre objekt. Angst er altså noe individet er redd for og som truer trygghetsfølelsen for personen. For å skille mellom frykt og angst, så er frykt en trussel utenfor oss selv. Når noe objektivt truer oppstår frykten ved noe som er farlig.

2.7.1 Symptomer og angstnivåer

Det å ha angst innebærer ikke bare frykt, det har også svært ubehagelige symptomer for individet. Symptomene varierer fra individ til individ og man har ikke nødvendigvis alle symptomene selv om man har angst. Symptomer som ofte gjenspeiler seg hos mennesker med angst er svimmelhet, skjelving, følelse av kvalning, brystmerter, hodepine, mangel på virkelighetsoppfatning, økt hjertefrekvens/pulse, og magesmerter (Hummelvold, 2014, Martinsen, 2004). Symptomene blir ofte kraftig forsterket når et angstanfall oppstår. Et angstanfall når sitt maksimum i løpet av 10 minutter og går oftest over i løpet et par minutter (Hummelvold, 2014). Angstnivåene varierer ut i fra hvor angstpreget man er.

Hummelvold (2014) kategoriserer fire forskjellige angstnivåer som mild, moderat, sterk og panikk, som jeg har valgt å sette inn i en tabell:

Angstnivå:	Individets påvirkning:
Mild angst:	Ved mild angst vil angsten relateres til spenninger i livet. Persepsjonsfeltet som oppfatning og tolkning utvides. Ved denne grad av angst vil man kunne bli «smartere» ved at man observerer mer enn før og innhenter seg raskere informasjon. Dette gjør

	<p>at man har lettere for å ta til seg læring, noe som kan føre til modning og vekst (Hummelvold, 2014)</p>
Moderat angst:	<p>På dette nivået vil persepsjonsfeltet innskrenkes og angsten stiger. Informasjon vil ikke være like lett å ta inn grunnet uoppmerksomhet og konsentrasjonen vil være mot angstrelaterte objekter/hendelser. Personen vil ofte ha behov for å få repetert oppgaven/informasjonen som blir gitt (Hummelvold, 2014)</p>
Sterk angst:	<p>Når man opplever sterk angst vil persepsjonsfeltet være kraftig redusert. Her vil personen ikke merke eller oppfatte hva som foregår utenfor det aktuelle. Ved dette stadiet vil personen oppleve symptomer som hodepine, kvalme, skjelving og svimmelhet. Fokuset vil være på angsten og fokuset er oftest rettet kun mot ubehaget og hvordan man kan mildne angsten (Hummelvold, 2014)</p>
Panikk:	<p>På dette nivået oppfatter personen ingenting utenom som egen angst. Følelsen av å flykte fra situasjonen oppstår og angsten blir en opplevelse som en enorm trussel for overlevelsen. Enkelte makter ikke å snakke eller snøvler og man kan skje en hurtig reorganisering av selvet tilnærmet psykotisk retning (Hummelvold, 2014)</p>

2.7.2 Ulike typer av spesifikke angst diagnoser

Det er forskjellige typer angstlidelser. Felles for alle angstlidelsene er følelsen av frykt eller ubehag.

Panikk lidelse: Panikk lidelse kjennetegnes ved plutselige angstanfall med ubehagelige symptomer. Før pasienten er kjent med angsten, vil personen tolke situasjonen som en følelse av å dø, svime av eller varsel om kroppslig sykdom (Hummelvold, 2014).

Agorafobi: Agora kommer fra gresk mytologi og var en møteplass for å diskutere samfunnsspørsmål og politikk. Dagens agoraer blir kjøpesentre, butikker, restauranter og lignende plasser med tett plasserte mennesker. Mennesker som unngår slike plasser i redsel for å få panikkanfall eller angst symptomer vil lide av agorafobi (Hummelvold, 2014).

Spesifikke fobier: Ved spesifikke fobier har man angst for objekter eller gjenstander folk flest ikke frykter. Dette kan være dyr/innsekter, høyder, trange rom, eller syn av for eksempel blod. Personene med spesifikke fobier vil normalt prøve å unngå å havne i slike situasjoner, hvor den spesifikke frykten vil møte dem (Hummelvold, 2014).

Sosial angst lidelse: Denne gruppen ønsker å unngå sosiale situasjoner hvor dem selv blir hovedfokus. Ofte vil denne gruppen ha en følelse av at andre mennesker ser ned på dem, og vurderer dem kritisk. Angsten for angsten, eller frykten for at andre skal se de er engstelige ved skjelving, svetting og rødming gjør at denne gruppen ofte trekker seg unna sosiale situasjoner. Dette fører også til at mulighetene for å fungere i arbeid og sosiale sammenhenger reduseres. (Hummelvold, 2014)

2.7.3 Behandlingsmetoder

I dag er de mest brukte behandlingsmetodene for angst medikamentell behandling og samtalerapi. Fra 1960-tallet har nytten av eksponeringsterapi vært kjent (Martinsen, 2004). Denne metoden tar for seg å oppsøke og holde ut i situasjoner hvor angsten er sterkest. Ved å klare å gjennomføre dette vil angsten gradvis avta, hvor man opplever større kontroll og mestring av egne utfordringer. Denne metoden krever også mye av individet selv, siden dette er en krevende og slitsom metode å gjennomføre. Det å utsette seg for sin egen angst krever også at man ikke «gaper» over for mye, men heller tar det stykkevis med delmål. Dette øker sjansen for trygghet, mestring og kontroll av situasjonen (Hummelvold, 2014). I forhold til

medikamentell behandling er det beroligende medikamenter som blir brukt. De mest brukte innenfor angstdiagnoser er Benzodiazepiner som Vival, stesolid og Sobril, samt Antidepressiva, som kanskje er mest kjent innenfor depresjon. Ved medikamentell behandling rådføres det ikke å brukes over lengre perioder. Dette siden tablettene kan ha negative bivirkninger, som avhengighet, misbruk (Lindgjære, 2004).

«Ved å slutte med medikamentene brått kan man få abstinensreaksjoner som kan være økt angst, rastløshet, søvnløshet, kvalme, hodepine, skjelving, muskelrykninger og følsomhet i hele nervesystemet».

(Lindgjære, 2004, s. 84).

Fordelen med fysisk aktivitet er at man ikke vil oppnå noen negative bivirkninger. Fysisk aktivitet vil for noen være en alternativ rus, hvor man fremkaller de gode følelsene, for noen både under og etter trening. (Moe og Martinsen, 2011). Denne følelsen har heller ikke den negative bivirkningen av bakrus dagen etter.

Kognitiv terapi er også en behandlingsform som benyttes innenfor angstdiagnoser. Her samarbeider terapeuten med pasienten for at pasienten skal gjøre seg kjent med de dysfunksjonelle tankemønstrene, noe som viser seg å redusere angstsymptomer (Hummelvold, 2014). I kognitiv terapi legges det vekt på å registrere atferden, og at pasienten gjennomfører hjemmeoppgaver. Hjemmeoppgaver vil variere ut i fra pasientens utfordringer, men innenfor panikkangst kan for eksempel det å gå på butikken hver dag, og være der i minst fem minutter, være en hjemmelekse. Følelsene som oppstår her, vil noteres og videre bringes til terapeuten. Terapeuten vil sammen med pasienten prøve å oppklare hva som skapte ubehag eller problemer, noe som kan forandre negative tanker til konstruktive tankeprosesser og bygge opp sosiale ferdigheter (Hummelvold, 2014).

3. METODE

Metoden tar for seg hvordan jeg finner frem til nødvendig informasjon for å belyse problemstillingen «*Hvordan kan fysisk aktivitet fremme psykisk helse for voksne mennesker med angstlidelser*». Litteraturstudie tar for seg å finne eksisterende teori som kan svare på problemstillingen (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). «*Teoretiske artikler omhandler gjerne nye teorier med utgangspunkt i forskning som allerede er publisert og kalles primærlitteratur*» (Dalland, 2013, s.78). Dette vil si at artiklene jeg har tatt i bruk vil være min primærlitteratur. Sekundærlitteratur vil være annen relevant litteratur, i form av bøker tilknyttet temaet. «*Sekundærstudier viser til forskning som benytter data fra allerede eksisterende primærstudier, og der data fra disse reanalyseres*» (Dalland, 2013, s.78).

I forhold til problemstillingen jeg har valgt, så mener jeg en kvalitativ retning vil være riktig vei å gå. Dette mener jeg fordi jeg har et åpent spørsmål i problemstillingen i form av hvordan. Kvalitativ metode tar for seg å fange opp mening og opplevelse som ikke kan tallfestes (Dalland, 2013). Dette synes jeg virker mer spennende å diskutere i drøftingskapittelet, hvor jeg tror mine egne tanker og meninger vil belyses bedre enn i en kvantitativ metode, hvor dataen man finner er målbare enheter. I litteraturstudiet ønsket jeg ikke å fokusere kun inn mot Norge, men europeisk. I tillegg til at det kan finnes forskning som er interessant og relevant også fra andre land enn Norge, utvider det også mulighetene for mer forskning, noe som gjør at jeg er åpen for utenlandsk forskning.

I forhold til utvalget av artiklene så ble alle innhentet fra Oria. Her fant jeg relevante artikler ut i fra søkeordene jeg brukte, kontra andre søkebaser. Når det gjelder utvalget av artiklene har det variert på antall treff i søkeordene. Slik jeg har tolket Oria, har de artiklene som kommer på de første sidene (4-6.side) vært mest relevante opp i mot søkeordene jeg har brukt. Dette gjør at artikkel nummer to på 543 treff ble funnet i løpet av de første sidene. Jeg kunne nok med fordel ha snevret inn søket, men jeg fant en artikkel som kunne knyttes til min problemstilling, noe jeg kanskje ikke ville gjort om jeg hadde snevret inn. I tabellen for funn av artikler nevner jeg ikke hvor mange artikler som var vurdert ved hvert søk. Ved artikkel 1 og 3 var det kun de utvalgte som ble vurdert, de andre viste seg å dra seg vekk fra min problemstilling, hvor enten fysisk aktivitet ikke ble knyttet opp mot angstdiagnoser. Ved artikkel to gikk jeg igjennom flere artikler, men de rettet fokuset vekk fra det jeg ønsket å finne ut av, som var fysisk aktivitet opp i mot angstdiagnoser. I tillegg kom jeg over enkelte artikler som virket interessante, men disse var ikke tilgjengelige i fulltekst, hverken for meg

eller biblioteket ved høyskolen, til tross for at Oria utlyser den som tilgjengelig online. Det å finne relevante artikler har vært en utfordring. Fysisk aktivitet finnes det en del forskning på, men fysisk aktivitet knyttet til mennesker med angstdiagnose finnes det lite av. Dette har gjort at flere gode artikler som tar for seg fysisk aktivitet har blitt utelukket. Selv har jeg vært bevisst på å finne artikler som tar for seg både fysisk aktivitet og angst. Dette gjør at gode forskningsartikler som fysisk aktivitet knyttet opp mot andre diagnoser, og slik sett psykisk helse, ikke blir vurdert.

3.1 Kildekritikk

Det å være kritisk til eget arbeid er nødvendig i en bacheloroppgave. Gjennom kildekritikk skal man vise leser hvilke refleksjoner man har gjort og relevansen opp mot problemstillingen for oppgaven (Dalland, 2013). Det å plukke seg ut forskningsartikler har vært en krevende prosess, hvor jeg måttet ta et valg over hvilke artikler jeg mener er sentrale for min problemstilling. Under søkene varierte jeg med forskjellige søkeord og forskjellige databaser. Dette kan innebære at et søk på Oria kunne gitt et godt funn med de konkrete søkeordene jeg brukte på Google Scholar. Dette kan innebære at den perfekte artikkelen for å belyse min problemstilling har uteblitt. Alle artiklene jeg har brukt ble funnet på Oria, dette tror jeg kan komme av at jeg har mest forståelse av søking i denne databasen. Dersom jeg hadde innehatt mer kunnskap i andre databaser som Medline/ Pubmed ville det vært enklere for meg å finne relevante artikler også i disse databasene. Kjennskapen og tryggheten til Oria har dermed ført til at enkelte artikler som ikke er å finne i Oria, kan ha uteblitt.

Det å være troverdig med artiklene er noe jeg har vært nøye med. Jeg har forsikret meg om at jeg har brukt databaser som er av troverdig kilde. Dette innebærer også at jeg vært observant på om funnene er av validitet. Med validitet vil funnene ha relevans og være gyldige for problemstillingen jeg ønsker å svare på (Dalland, 2013). I samtlige artikler har jeg benyttet meg av engelske artikler. Dette innebærer at jeg har blitt nødt for å oversette disse, noe som kan ha ført til tolkningsfeil i teksten. Det har også vært viktig for meg at artiklene er av relabilitet, altså pålitelige. I oppgaven har jeg benyttet meg av litteratur som er av både nyere og eldre. Noen av bøkene jeg har benyttet meg av er mer enn 5 år gamle, noe som kan være en svakhet, hvor den nyeste litteraturen kan vise til mer moderne teoretiske funn. I forhold til forskningsartiklene jeg har tatt for meg, satte jeg en avgrensning på 10 år fra den dagen jeg startet å søke etter artikler, dette vil da si fra 2005 til 2016, ettersom jeg startet søkeprosessen

i 2015. Artiklene jeg har endt opp med er publisert i vitenskapelige tidsskriftene. Disse har en fagfelle vurdering ettersom de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2013), noe som gjør at jeg ser på resultatene som kvalitetssikret.

3.2 Metodekritikk

Bruken av litteraturstudie er en metode jeg har mangelfull kunnskap og erfaring om. Kunnskapen rundt metoden har jeg måttet danne meg på bakgrunn av oppgaven som skal gjøres. Dette har tatt mye tid, men økt læring. Dette gjør at jeg ville brukt mindre tid og energi på å sette meg inn i metoden om jeg skulle gjennomført en ny litteraturstudie. Likevel har jeg dannet meg ny kunnskap om hvordan man kan finne relevant teori og litteratur, noe som kan vise seg å være en stor fordel i videre studie/arbeidsliv. Det å skrive en bacheloroppgave baserer seg på kun en metode. Personlig tror jeg en kombinasjon av flere metoder som for eksempel litteraturstudie sammen med intervju, kunne økt drøftingen og resultatene jeg fant. Samtidig er litteraturstudie en metode som tar for seg eksisterende forskning. Dette gjør at jeg sparer mye tid og refleksjoner rundt de etiske utfordringene jeg ville hatt ved intervju eller egen datainnsamling. I litteraturstudie har jeg innhentet data som er kvantitative. Problemstillingen for oppgaven er av kvalitativ metode, mens artiklene/dataen jeg har funnet, er kvantitative. Artiklene (Martinsen, 2008, Jayakody et al., 2012, og Hovland et al., 2013) stadfester sine resultater. Med dette så mener jeg at resultatene viser til bedring, uten å vise til hvorfor eller hva som har gjort resultatene bedre. Utfordringene med artiklene er dermed mangel på brukernes/deltagernes syn og meninger rundt forskningen, og hva som har vært med på å redusere angstnivået.

3.3 Innsamling av artikler

Her kommer søkematriksen for de utvalgte artiklene jeg har funnet:

Søk inkludert AND	Database	Avgrensning	Antall treff	Bruk
physical activity AND anxiety AND treatment AND promotes	Oria	2005-2016	14	1
exercise AND anxiety AND disorder	Oria	2005-2016 Artikler	543	1
physical activity AND cognitive behaviour therapy AND treatment AND anxiety disorder	Oria	2005- 2016 Artikler	33	1

4. RESULTAT

I denne delen vil jeg presentere de ulike forskningsartiklene jeg har innhentet i litteraturstudiet. Her vil en presentasjon av artiklene, forfatterens navn og sentrale funn belyses.

Martinsen (2008) valgte å sammenligne den eksisterende forskningen, for å få en større oversikt over hvordan fysisk aktivitet er som behandlingsform ved angst og depresjon. Artikkelen er et resultat av ulike forskningsfunn, hvor et generelt funn i forskningen er at angsten reduseres betydelig etter 5-15 minutter etter trening, og kan holde seg på et redusert nivå mellom 2-4 timer etter trening. Videre i artikkelen belyses det at mennesker med angstlidelser har en tendens til å trekke seg unna situasjoner hvor man ikke har kontroll, noe som kan skape frykt. Dermed er det også normalt at denne gruppen ikke har like gode forutsetninger for å være i like god fysisk form som andre mennesker. Fysisk aktivitet viser seg også i artikkelen som en god måte for å bli kjent med angsten, hvor angstsymptomer gjenspeiles ved fysisk aktivitet. Videre konkluderer Martinsen med at fysisk aktivitet vil være helsefremmende i samsvar med kognitiv atferds terapi (Martinsen, 2008).

Jayakody, Gunadasa, & Hosker (2012) fokuserer i sin litteratur mot å se hvordan fysisk aktivitet har behandlingseffekt opp mot andre behandlinger for angstlidelser. Her gjøres det funn på forskjellige intervensjoner opp mot hverandre. De som deltok i denne undersøkelsen var voksne menn og kvinner fra 18-65 år med en dokumentert angstlidelse. De fleste besto av panikkangst med eller uten agorafobi. Metoden ble gjort i randomiserte kontroll studier (RTC), og det var 8 studier som møtte kriteriene for forskningen. I artikkelen vises det at enkelte medikamenter ser ut til å ha en størst effekt på individets angstreduksjon, men fysisk aktivitet kan være en god tilleggsbehandling for å redusere angsten. Sentrale funn i intervensjonene opp mot hverandre var:

- Trening VS ingen trening. I denne intervensjonen kom det frem at de som deltok i trening oppnådde en betydelig høyere grad av livskvalitet enn gruppen uten trening
- Trening VS placebo tablett. Her ble mer angstreduksjon blant de som trente, kontra de som tok en placebo tablett.

- Trening VS Antidepressiva medikament. Angstreduksjonen hadde størst innvirkning for gruppen med Antidepressiva medikament.

- Trening + Antidepressiva medikament VS slappe av/ta det med ro + Placebo. Her ble det vist størst fremgang for menneskene i gruppen for trening og antidepressiva medikament (Jayakody et al., 2012).

Hovland, Nordhus, Sjøbø, Gjestad, Birknes, Martinsen, Torsheim, & Pallesen (2013) har i sin forskningsartikkel sammenlignet fysisk trening med kognitiv atferds terapi (CBT) som behandling for mennesker med panikkangst (PD), og vurdert kontrollerte langsiktige og kliniske signifikante effekter. PD-pasienter ble randomisert i to grupper, til enten tre ukentlige økter med fysisk trening (PE) eller en ukentlig økt på to timer med CBT. PE foregikk i gruppe og besto av en dag 1 med økt aerob trening, ved 60 minutters rask gange/jogging i bratt terreng med intervaller på slutten av etappen. Deltagerne hadde pulsklokke og skulle holde 60-80 % av makspuls. Dag 2 besto av muskelstyrke i sirkeltrening, hvor økten hadde en varighet på 30-45 minutter. Dag 3 besto av ulike konkurransedyktige sportsleker/aktiviteter med ulik intensitetsnivå og hadde en varighet på 60 minutter.

CBT fokusert på å identifisere katastrofale feiltolkninger, vurdere sikkerhetsatferd og etablere alternative hypoteser for kroppslige opplevelser. Eksponering for somatiske opplevelser ble utført i gruppe ved hjelp av hyperventilering og fysisk anstrengelse. Situasjon eksponering ble hovedsakelig utført individuelt som lekser mellom øktene. Når det ble vurdert nødvendig for videre fremdrift, utførte deltagerne situasjon eksponering ledsaget av en av terapeutene i den praktiske økten. Behandlingen ble i hovedsak utført ved individuell behandling.

Begge behandlingene varte i 12 uker, og ble gjennomført i grupper. Pasientene ble vurdert to ganger før behandlingsstart, ved etterbehandling og etter 6 og 12 måneder etterpå. 36 personer var med i forskningen hvor alderen var fra 18-50 år. Av disse var 29stk kvinner og gjennomsnittsalderen for deltagerne var 38 år. Totalt var det 33 personer som gjennomførte tilbudet etter 12 måneders oppfølging. De som ledet den fysiske aktiviteten besto av godt erfarne og klassifisert personell. Disse besto av en ergoterapeut, en spesialisert fysioterapeut og en psykiatrisk sykepleier, hvor de to sistnevnte hadde 10 års erfaring innenfor feltet og ergoterapeuten hadde utdanning på høyeste nivå innenfor fysisk aktivitet. CBT besto av to spesialiserte psykologer innenfor kognitiv terapi og hadde mer enn 15 års erfaring.

Sentrale funn i forskningen viser at både gruppen CBT og gruppen fysisk trening ble funnet å være effektive for behandling av PD, som vurdert av primære og sekundære utfallsmål i denne studien. Men effekten var både større og mer konsekvent for CBT enn for fysisk trening. De største forskjellene i de to gruppene og funnene som ble gjort var forskjellene i målingene av agorafobi, unngåelse/frykt for frykten og frykt for kroppslige opplevelser. Når virkningene av behandlingene ble vurdert i en kombinert analyse av disse lagrene, ble effekten av CBT betydelig bedre enn fysisk aktivitet. CBT utførte betydelig bedring over tid på alle tiltak med unntak av en vurdering av frykt for frykt. Fysisk trening ga store effekter på både frykt for frykt og kroppslige opplevelser, men CBT hadde enda større redusering (Hovland et al., 2013).

5. DISKUSJON

I dette kapittelet ønsker jeg å knytte funnene i forskningen opp mot relevant litteratur, og se om forskningen samsvarer med teorien. Målet mitt med denne oppgaven er å finne ut av hvordan fysisk aktivitet kan fremme psykisk helse, for mennesker over 18 år med en angstlidelse. Denne problemstillingen vil derfor være i fokus under diskusjonen. Jeg ønsker å dele diskusjonskapitlet inn i sentrale begrep som jeg mener gjenspeiler seg i funnene av artiklene.

5.1 Økt forståelse av kroppslig sammenheng

Resultatene fra (Martinsen, 2008), (Jayakody et al., 2012), (Hovland et. al., 2013), viser til at fysisk aktivitet har positivt utfall og angstredusering blant deltagerne i forskningen. Både Martinsen (2008) og Hovland et al., (2013) viser til i sin forskning at fysisk aktivitet har en positiv påvirkning for å gjøre seg kjent med angsten og redusere frykten for frykten. Ved fysisk aktivitet vil symptomer som ved høy angst og/eller angstanfall inntreffe, som svimmelhet, hjertebank, svetting, muskelspenninger, etc. (Martinsen, 2004, Hummelvold 2014). I hovedsak vil dette føre til at fysisk aktivitet blir en ubehagelig aktivitet for mennesker med angst, men det kan også vendes om til noe positivt. Fysisk aktivitet kan være med på å gi en forståelse av at normale anstrengende reaksjoner oppstår og ikke direkte en angstreksjon eller frykt for sykdom. I hovedsak kan regelmessig mosjon hjelpe pasienter til å tolke kroppslige symptomer som vanlige tegn på stress, etter enten angst eller fysisk aktivitet, og ikke som indikatorer på at en fysisk katastrofe vil følge. Når man opplever at fysisk aktivitet ikke er farlig, og man innfinner seg i at dette er normale kroppslige reaksjoner, vil man også mestre reaksjonene. Dette kan igjen være med på å mestre de daglige angstreksjonene som oppleves like.

Forskningsartiklene jeg har tatt for meg tilsier at kognitiv atferds terapi (CBT) har en større angstredusering enn fysisk aktivitet. Likevel er fysisk aktivitet et viktig verktøy i CBT. Ved brukerens egenerfaringer fra fysisk aktivitet vil psykolog/helsepersonell kunne være med på å gi en forståelse av situasjonen. Dette understreker også Hummelvold (2014) som en viktig helsegevinst ved fysisk aktivitet, hvor erfaringer og kunnskap ved egen kropp øker, og opplevelse av kontroll forsterkes.

5.2 Livskvalitet

Studiene til Jayakody (2012) og Hovland et. Al (2013) viser en økning av brukernes livskvalitet, hvor de har vært fysisk aktive i gjennom et treningsprogram i minst 10 uker. Noen begrunnelser for nettopp hvorfor dette hender tar de ikke for seg, men det er flere synspunkter som kan ha betydning. Et viktig hovedelement tror jeg kan være mestringsfølelse. Både Hummelvold (2014) og Martinsen (2004), sier i sin litteratur at mennesker med en angstlidelse ofte har liten tro på seg selv, og har en tendens til å trekke seg unna situasjoner og aktiviteter som kan skape økning av angst. Dette gjør også fysisk aktivitet de første gangene. Det å mestre denne utfordringen blir dermed et vendepunkt, hvor man takler å være fysisk aktiv, uten å trekke seg unna/holde igjen, men fullføre aktiviteten. Forhåpentligvis gir dette også en positiv helsegevinst som brukeren tar med seg positivt. Fysisk aktivitet danner også et grunnlag for bedre selvbildet. Ved å være fysisk aktiv over tid vil også forbrenningen øke, og man kan oppleve et positivt vekttap. Kroppen blir slankere og sterkere noe som også gir et bedre selvbilde av egen kropp. I tillegg vil man med fysisk aktivitet få bedre kondisjon. Dette er igjen med på å forsterke konsentrasjonen og man vil oppleve mer overskudd i hverdagen. Det å få en bedret kondisjon er med på å bygge opp kroppens evne til å tåle påkjenninger (Espenes og Smedslund, 2009). Det å takle påkjenninger på en måte vil også øke sjansen for at angsten ikke vil bli like høy som tidligere, ved situasjoner hvor påkjenningene påtar. Det å måle livskvalitet er så godt som umulig. Reaksjoner, tanker og følelser som skjer i hvert individs kropp er en livsforklaring som bare hvert enkelt individ kan stadfeste. Slik sett blir livskvalitet en oppfattelse av ting som samsvarer.

5.3 Motivasjon og mestring

I Martinsen (2008), Jayakody et al., (2012), og Hovland et al., (2013) kommer det frem av fysisk aktivitet reduserer angsten hos de fleste deltagerne. Som nevnt tidligere vil angstpregede mennesker være noe passive og tilbaketrekkende i forhold til situasjoner som kan skape angst. Dette fører også til at denne gruppen ofte vil ha en redusert fysisk form, noe Martinsen (2008) også nevner i sin forskning. Det å være i dårlig fysisk form, samt inneha en redsel for å gjøre fysiske aktiviteter krever en indre eller ytre motivasjon for å aktiviseres. I forskningen til Hovland et al (2013) var det kun 3 av 36 som ikke gjennomførte

treningsopplegget etter 12 måneder med trening og oppfølging. Dette sier en stor andel av individene hadde en motivasjon for å lykkes, eller finne ut av om fysisk aktivitet kunne gjøre dem friskere. Personlig tror jeg også mestringsfølelsen har vært nøkkelen for bedring av egen psykisk helse. Alle tre studiene viser også til at angstsymptomer kan forsterkes ved fysisk aktivitet, men dette vil gradvis avta etter som individet lar angsten gjenkjennes. Det å oppleve at fysisk trening gir kroppslige normale symptomer som hjertebank, svetting, økning av puls etc. kan være med på at individet blir kjent med angsten og frykten vil gradvis avta. Dette gir også rom for at fysisk aktivitet blir en positiv opplevelse i stedet for negativ, hvor man mestrer det å være fysisk aktiv uten å frykte at noe galt vil skje. I tillegg vil helsegevinster oppstå, ved at deltagerne opplever en bedring i fysikk, enten dette er positivt endring av vekt, bedre kondisjon, mindre anspenhet og styrking av muskelmasse. Endringene i form av redusert angst og positive helsegevinster tror jeg kan ha gitt mestringsfølelser for deltagerne, noe som har gjort dem motivert for å fortsette og å gjennomføre opplegget i forskningen.

5.4 Intensitet og aktivitetsnivå

Jayakodo, (2012) fokuserte på forskjellige intervensjoner opp mot hverandre i sin studie. Studiene ble belyst gjennom spørreskjema, og det viste seg at høyt intensitetsnivå var mer angstreduserende enn lav til veldig lav intensitetsnivå. Martinsen (2004) mener derimot i sin litteratur at spørreskjema som er selvutfyllende ikke gir noe presist bilde av aktivitetsnivået og at det er vanskelig å angi aktivitetsnivå i energiforbruk og at det dermed ikke er mulig å skille mellom ulike former for aktiviteter. Jayakodo (2012) nevner lite om de forskjellige individers fysiske form. Dette er noe som er verdt å merke seg i forhold til hva som vektlegges som høy og lav intensitet. For de som er i mindre god fysisk form, vil det være naturlig at lav/veldig lav intensitet vil være den rette intensiteten for deltageren, for så å øke intensiteten ettersom den fysiske formen blir bedre. For en person i god fysisk form vil lav/veldig lav intensitet ha liten innvirkning, hvor den fysiske anstrengelsen knapt vil ha noen stigning. Med tanke på at høyt intensitetsnivå viste seg som den mest angstreduserende aktiviteten, tror jeg dette kan ha med at de som innehadde en god fysisk form, dro ned målingene for lav til veldig lav intensitetsnivå. Dette grunnet oppfatningen av størst angstreduksjon hvor kroppen ble satt i høyt aktivitetsnivå.

5.5 Sosiale relasjoner kan ha positiv effekt

I både forskningen til Jayakody (2012) og Hovland et al (2013) synes jeg det har vært spennende å se på de sosiale relasjonene. Jayakody (2012) viser i sin forskning at trening og gruppeterapi sammen har en angstreduserende effekt og Hovland et al (2013) viser til at fysisk aktivitet i gruppe har en angstreduserende effekt. I Hovland (2013) var blant annet ballspill en del av den fysiske aktiviteten i grupper. Det å være på lag med andre mennesker gir også en ekstra motivasjon til å prestere og gi en ekstra innsats for sine lagspillere. I tillegg til å ha det gøy, vil også flere kjenne på konkurranseinstinktet. Dette gir også en ytre motivasjon, hvor det å bli stående igjen som et vinnerlag vil være en belønning i seg selv. Det å drive med ballspill krever tilstedeværelse, samhandling og innlevelse. Dette kan gjøre at vonde tanker og følelser blir glemt under aktiviteten, hvor fokuset blir flyttet over til noe annet. I ballspill er det også klare regler og rammer, noe som gir deltagerne en større oversikt og kontroll over aktiviteten. Dette kan øke mestringsevnen og selvbildet, samt styrke egofunksjoner og bidra til personlig vekst (Moe og Martinsen, 2011). Hovland et al., (2013) nevner også at trening i bratt terreng har vært brukt. Forskningen viser ikke hvordan deltagerne har kommet seg til terrenget. Spørsmålet blir derfor om de har gått sammen som en gruppe til destinasjonen, noe som kan ha gitt en bedre relasjon mellom deltagerne, eller om de har møttes hver for seg. Samtidig sier ikke forskningen noe om hva som skjer etter treningen. Ved å trene i naturlige områder som Hovland et al., (2013) viser til, kan det ha vært rom for at sosiale aktiviteter kan ha blitt kombinert, som for eksempel båltenning. Her kan de deltagerne med kunnskap innenfor bålrensing og mat trekke frem mestringsevner for gruppen. I tillegg vil forhåpentligvis deltagerne ha en positiv selvfølelse av treningen de har utført. Dette kan resultere i at bålplassen blir en sosial arena for sang og musikk, gode samtaler og knytte nye bånd (Moe og Martinsen, 2011).

Som nevnt tidligere viser alle tre artiklene til reduksjon av angst ved å være fysisk aktiv. For mange av deltagerne kan velvære ha vært en viktig faktor. I dagens samfunn er eget kroppsbilde viktig for individet syn og påvirkning av egen psykisk helse. Sosiale medier med «likes» og kommentarer har stor innvirkning for enkeltes velvære. Det å publisere på de sosiale nettsidene at man har vært fysisk aktiv eller vise bilder som understreker en markant og fin fysisk kropp gir rom for en positiv respons fra andre. Sosiale medier som Facebook og Instagram betyr mye for enkelte, i form av positiv respons. Det å kunne publisere på Facebook at man har vært fysisk aktiv kan gi positive tilbakemeldinger, som igjen kan styrke

individets selvbilde. Dette kan også føre til at negative tanker og følelser blir redusert og individet opplever personlig vekst.

5.6 Kritisk vurdering av artiklene

Til tross for at alle forskningsartiklene viser en betydelig reduksjon av angst ved fysisk aktivitet, så er det visse elementer som ikke nevnes som kan ha en medvirkende årsak. Både forskningen til Jayakody (2012) og Hovland et al.,(2013) tar for seg undersøkelser hvor deltagerne har vært med i et program over flere uker. Hva som har blitt tatt opp i samtaler mellom brukere og ledsagere har ikke blitt nevnt, kun i Hovland et al., (2013) sin forskning, ved at hjemmeleksker har blitt gitt. Hva som inngås i hjemmeleksker nevnes heller ikke. Hjemmeleksene kan ved agorafobi ha vært å befinne seg på en plass hvor det er en større befolkning, som for eksempel å være på en butikk i minst fem minutter. Dette kan igjen hatt en større angstreduksjon for deltagerne enn den fysiske aktiviteten og samtalene som han funnet sted. Et annet vesentlig punkt som ikke nevnes er kosthold. Deltagerens ernæringsforbruk mener jeg kan ha positiv innvirkning for reduksjon av angst. Råd om ernæring og kosthold vil jeg tro har blitt gitt til brukerne, uten at jeg kan konkludere dette, siden det ikke nevnes noe rundt dette. Mine begrunnelser for dette kommer av at Hummelvold (2014) viser til i sin litteratur at koffeinholdig drikk, matvarer med raffinert sukker og alkohol bør unngås for alle med angst, siden dette kan gi angstsymptomer. Mens matvarer som frukt, grønnsaker, mel og korn anbefales sterkt. Det å gi brukerne forståelse av rett kosthold, ser jeg på som en viktig kilde til helsefremmende arbeid.

En svakhet jeg ser ved eget arbeid er mangel på brukernes syn ved fysisk aktivitet. Artiklene viser til hva som er angstreducerende ved fysisk aktivitet, men dette er fra forskernes syn. Flere av artiklene tar for seg målingene via spørreskjema, noe som for eksempel viser til at livskvaliteten øker. Spørsmålet blir derfor hva og hvorfor det gjør dette. Brukernes oppfattelse av hva/hvorfor det blir en direkte helsegevinst blir ikke drøftet i artiklene, noe jeg ser på som en svakhet.

5.7 Etiske vurderinger

Forskningsartiklene jeg har benyttet meg av i oppgaven, har dannet et grunnlag for noen etiske vurderinger.

Jayakody et al.,(2012) sammenligner ulike intervensjoner opp mot hverandre. Intervensjonene jeg mener kan diskuteres ut i fra et etisk perspektiv tar for seg placebo tablett vs. Trening, og Placebo + å slappe av vs. Trenings + Antidepressiva. Placebo er en såkalt narrepille som anvendes for å undersøke om nye medikamenter har noen reel terapeutisk effekt. Lindgjære (2004) nevner i sin litteratur at mennesker som deltar i placebokontrollerte forsøk, må opplyses om dette, samt gi samtykke. I forskningen til Jayakody et al., (2012) nevnes det ikke hvor vidt deltagerne har blitt informert om dette, noe som gjør meg noe kritisk til undersøkelsen. I tillegg kan det diskuteres om placebundersøkelser er etisk forsvarlige. Selv om deltagerne samtykker, og vil være forstått med at placebo kan bli gitt, så vil denne typen forskning være et eksperiment på bekostning av andre menneskers helse. Forskningen og resultatene av placebobruk kan gi gode svar som igjen kan være et viktig skritt i helsefremmende arbeid. Samtidig kan det diskuteres om denne form for pillebruk er etisk forsvarlig.

Martinsen, (2008), Jayakody et al.,(2012) og Hovland et al., (2013) viser alle at fysisk aktivitet er helsefremmende i sin forskning. Jeg ser store helsegevinster ved fysisk aktivitet og er overbevist om at mange mennesker kan oppnå både en bedre fysisk og psykisk helse av å være fysisk aktive. Når det er sagt så gjelder det med fysisk aktivitet som med alt annet, nettopp ikke å overdrive, eller alt med måte. Faren ved fysisk aktivitet oppstår når positive resultater stadig skal forbedres. Syn på egen kropp kan bli en negativ virkning av overdreven fysisk aktivitet. Dersom en person har intens frykt for å gå opp i vekt, til tross for at personen ikke er overvektig kan dette utvikle seg til anoreksi. Det å ta vare på kroppen sin ved å legge om kosthold og være fysisk aktiv for å bedre egen helse kan være et positivt tiltak. Dersom dette endres i form av å føle seg overvektig til tross for å være veldig tynn, kan man skille mellom å være en sunn atlet og en person med anoreksi (Martinsen, 2004). I tillegg kan overdreven fysisk aktivitet føre til treningsavhengighet. Definisjonen av begrepet er «*når en person fortsetter å trene til tross for medisinske, sosiale og arbeidsmessige grunner for å stanse*» (Martinsen, 2004, s.115). Treningsavhengigheten oppstår oftest når individet frykter det fysiske og psykiske ubehaget som vil oppstå ved å slutte, og fortsetter å presse seg fysisk,

til tross for hindringer (Martinsen, 2004). Det å være fysisk aktiv kan altså ha en negativ påvirkning over tid. Dette indikerer selvfølgelig at personene som finner glede av fysisk aktivitet, utvikler dette til en negativ virkning i form av overdreven bruk av fysisk aktivitet. Martinsen (2004) kan i tillegg berolige mennesker med en psykisk lidelse. Med unntak av de med spiseforstyrrelser, viser de med psykiske lidelser et behov for å oppmuntres til fysisk aktivitet, og faren for at det skal ta av og overdrives, er liten. Personlig vil jeg anbefale fysisk aktivitet på lik linje som jeg vil anbefale mennesker å spise sjokolade, men alt med måte.

6. KONKLUSJON

Fysisk aktivitet ser ikke ut til å være god nok behandlingsform i seg selv, men den viser seg som angstreduserende sammen med terapi og medikamentell behandling. Fysisk aktivitet har størst påvirkning på individet når det kommer til å gjøre seg kjent med og tolke sine angstsymptomer som en normalreaksjon og ikke syn på frykt og katastrofal tenkning. Fysisk aktivitet viser seg å redusere angstsymptomer med 2-4 timer etter trening. Samtidig styrkes individets selvtillit, livskvalitet og velvære gjennom å være fysisk aktiv. Fysisk aktivitet viser seg å ha store helsegevinster i form av deltagelse, hvor man kan oppnå positive sosiale relasjoner, mestringsegenskaper og mestringsfølelse. Kort oppsummert det å være fysisk aktiv helsefremmende for mennesker med angstdiagnoser, dersom man ikke opptrer med overdreven bruk.

Dersom jeg skulle forsket mer på temaet, ville jeg sett nærmere på brukererfaringer knyttet til fysisk aktivitet. Dette har vært en mangel i oppgaven, hvor angstreduksjonene har blitt målt og stratifisert ut i fra spørreskjema. Det skal også sies at det trengs mer forskning knyttet til fysisk aktivitet og angst, ettersom studiene er få. Ut ifra artiklene kan man uansett påvise at symptomene og angstnivået reduseres ved å være fysisk aktiv, derfor mener jeg denne gruppen kan ha store helsegevinster av å være fysisk aktiv.

Litteraturliste

- Espenes, G, A og Smedslund, G (2009). *Helsepsykologi*.(2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkestad, H, i Hutchinson, G, S (2009). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier*. (red). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hovland, A, Nordhus, I, H, Sjøbø, T, Gjestad, B, A, Birknes, B, Martinsen, E, W Torsheim, T, Pallesen, S (2013). *Comparing Physical Exercise in Groups to Group Cognitive Behaviour Therapy for the Treatment of Panic Disorder in a Randomized Controlled Trial*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 41(4): 408–432. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3675676/>
- Helsedirektoratet (2015). Hentet 05.februar 2016 fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Fysisk aktivitet*. Hentet 02.mai 2016 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/>
- Jayakody, K, Gunadasa, S, Hosker, C (2012). *Exercise for anxiety disorders: systematic review*. British Journal of Sports Medicine. 48:187-196. Hentet fra: <http://bjsm.bmj.com/content/48/3/187.full#T3>
- Johannessen, A, Tuft, P, A og Christoffersen, L (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Lindgjære, O (2004). *Depresjon og angst*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Martinsen, E, W (2004). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, E, W (2008). *Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression*. Nordic Journal of Psychiatry. Volume 62, supplement 47. Hentet fra: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039480802315640>
- Moe, T og Moser, T (2004). I Martinsen, E, W, *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) (2015). Hentet 06. april. 2016 fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Pensjon+-+statistikk/Nyheter/1-av-3-uf%C3%B8re-har-psykiske-lidelser>
- Næss, S, Moum, T, Eriksen, J. (red). (2011) *Livskvalitet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Norsk helse informatikk (NHI), (2013). Lastet opp 06. april 2016 fra:
<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/panikkelidelse-oversikt-3086.html>
- Viensrygg, G (2002). Lastet opp 07. april 2016 fra:
http://www.sinnetshelse.no/artikler/psyk_arv.htm
- World Health Organization (2016). Hentet 22. februar 2016 fra:
<http://www.who.int/about/en/>
- World Health Organization (2016). Hentet 14. April 2016 fra:
http://www.who.int/topics/mental_health/en/