

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i Sykepleie

**Hvordan kan sykepleieren bidra i dagens
depresjonsbehandling ved bruk av natur
og fysisk aktivitet?**

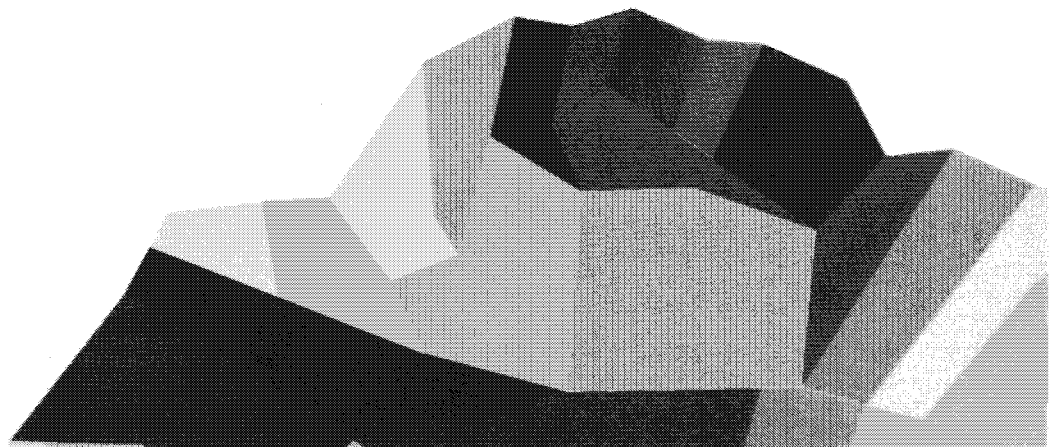
[Larsen, Kay E.
Hörnquist, Mattias]

Emnekode: SYN 180H

Dato: 25.10.13

Kandidatnummer: 62, 69

Totalt antall sider: 33



| | |
|--|----|
| Innholdsfortegnelse | i |
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Årsak til problemstilling/ Bakgrunn for tema | 1 |
| 1.2 Bakgrunn | 2 |
| 1.3 Problemstilling | 2 |
| 1.4 Oppgavens oppbygging | 2 |
| 1.5 Avgrensning | 3 |
| 2.0 Metode | 3 |
| 2.1 Metodevalg..... | 3 |
| 2.2 Søkeord | 4 |
| 2.3 Kildekritikk | 4 |
| 2.4 Egen praksiserfaring | 4 |
| 2.5 Verktøy for kartlegging av litteratur..... | 4 |
| 3.0 Teori | 5 |
| 3.1 Sanshagene | 5 |
| 3.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag | 5 |
| 3.3 Bipolar lidelse..... | 6 |
| 3.4 Hva er fysisk aktivitet | 8 |
| 3.5 Stress som fenomen, og mental tretthet | 9 |
| 3.6 Vår menneskelige arv | 9 |
| 3.7 Naturens helsebringende innvirkninger på mennesker | 10 |
| 3.8 Natur og fysisk aktivitet i kombinasjon | 11 |
| 3.9 Naturens helbredende effekt..... | 12 |
| 3.10 Biokjemiske prosesser og faktorer ved depresjon | 13 |
| 3.11 Hvorfor fysisk aktivitet som sykepleietiltak | 14 |
| 4.0 Forskningsområde | 15 |
| 4.1 Fordeler med fysisk aktivitet hos pasienter med alvorlig depresjon | 15 |
| 4.2 Depresjonsrammede, dårligere fysisk form | 16 |
| 4.3 Natur som sykepleietiltak ved depresjonsbehandling..... | 17 |
| 5.0 Drøftedel | 18 |
| 5.1 Nyere og eldre sykepleiepraksis | 18 |
| 5.1.1 Sykepleierens grunnleggende verdier | 18 |
| 5.1.2 Hvorfor benytter ikke sykepleieren fysisk aktivitet i større grad? | 19 |
| 5.1.3 Se muligheter foran begrensninger..... | 19 |
| 5.2 Fysiologisk effekt | 21 |
| 5.2.1 Effekt av hormoner ved nedstemthet og stressregulering | 21 |
| 5.3 Regelmessighet..... | 21 |
| 5.3.1 Internasjonale forskningsfunn i år 2001 | 22 |
| 5.3.2 Fysisk aktivitet i depresjonsbehandling som sykepleietiltak i norge..... | 22 |
| 5.4 Økonomi og effektivisering | 23 |
| 5.4.1 Politiske system og sykepleierens muligheter til å drive sitt fag | 23 |
| 5.5 Mennesket, en naturlig del av naturen | 24 |
| 6.0 Konklusjon | 25 |
| Litteraturliste | 26 |
| Vedlegg: matriser | 29 |

1.0 Innledning

1.1 Årsak til problemstilling/ Bakgrunn for tema

Effektivisering og tidspress kan være med på å velge billigere behandlingsalternativ som medikamentell behandling, istedenfor å øke sykepleietiltakene. Behandling med redusert medikamentbruk krever et større pasientfokus der autonomi, helhetlig ivaretagelse og empowerment blir tilstrebet i økt grad. Som sykepleiestudenter i bachelor, stiller vi spørsmål om sykepleietiltak ved depresjonsbehandling i form av natur og fysisk aktivitet kan være en effektivisering, som faktisk vil redusere antall liggedøgn og begrense medikamentell behandling? Disse momentene er bakgrunn for de spørsmål som vi ønsker å belyse. Vi vil derfor se på alternative sykepleietiltak for depresjon, som kan være med på å begrense bruken av medikamenter. Vi vil også se på medikamentenes bivirkninger og hvordan man kan kompensere medikamentell behandling, ved hjelp av natur og fysisk aktivitet. Hensikten er derved ikke å nedrangere de positive effektene som medikamentene kan ha. Vi ønsker dog å sette fokus mot andre tiltak som kan være med på å ivareta hele mennesket enda bedre, samtidig som man skåner enkeltindivider for unødige bivirkninger.

I sykepleieskolen har vi gjennom pensum, fagartikler, forskninger og praksis, oppdaget at dagens sykepleiepraksis som berører depresjon, har mindre fokus på fysisk aktivitet og natur som tiltak, kontra det som ble praktisert for sirka 150 år siden. Samtidig ser vi at den nyere internasjonale forskningen kommer med tydelige argumenter, som forsvarer den tidligere praksis der fysisk aktivitet og natur var naturlige tiltak. Videre vil vi i oppgaven få frem fysisk aktivitet og natur som en del av det grunnleggende i mennesket, noe som Florence Nightingale oppdaget og vektla i sin praksis.

I søken etter informasjon, oppdager vi at selv Helsedirektoratets retningslinjer for depresjonsbehandling, ikke nevner fysisk aktivitet som tiltak. Det nærmeste retningslinjene kommer fysisk aktivitet er å tilstrebe sosial deltagelse. Vi ønsker med oppgaven å kunne påvirke dagens sykepleiepraksis i en retning mot menneskets grunnleggende behov, noe som var i tråd med Florence Nightingales sin sykepleierteori.

Antall ord: 9737

1.2 Bakgrunn

Vi er opptatt av dagens helseperspektiv og effekten av depresjonsbehandling. Hensikten med denne litteraturstudien er å finne litteratur og forskning som kan gi svar, om sykepleietiltak i form av fysisk aktivitet og natur har en helsefremmende og forebyggende effekt hos mennesker med depresjon. Allerede i år 2002 kom WHO med banebrytende informasjon, der de omtaler depresjon som det fjerde største helseproblemet i verden. WHO omtaler depresjon som en lidelse, som kan ramme alle uansett alder, kjønn, etnisitet og sosial status. Ser man på dagens drift i norske sykehus, finner vi ikke mye igjen av Florence Nightingales teorier, som var med å sette fokus på det grunnleggende i mennesket (Nightingale 2008). Man kan tenke tanker i retning av det fundamentale i sykepleien som en gang var, om det er svekket og kanskje i ferd med å forsvinne. Man ser nye teorier som preger dagens sykepleiepraksis, samtidig kan man mistenke at de opprinnelige og grunnleggende sykepleiefaglige prinsipper blir borte. Man kan også undre seg over hvor sansehagene ved norske sykehus tok veien, og hvorfor de ble nedprioritert.

1.3 Problemstilling

I forskningene som vi i oppgaven har benyttet, kommer det frem at fysisk aktivitet har helbredende effekt innenfor flere aspekter. Deriblant ved depresjonsbehandling. Den samme helbredende effekten er dokumentert ved eksponering av natur. Vi har valgt å ha fokus på fysisk aktivitet og natur, og prøver å se dette som et sykepleiefaglig tiltak som kan være et tillegg i den medikamentelle behandling, i dagens depresjonsbehandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren bidra i dagens depresjonsbehandling ved bruk av natur og fysisk aktivitet?

1.4 Oppgavens oppbygging

Ved hjelp av systematisk og grundig gjennomgang av forskning og faglitteratur, har vi i oppgaven innhentet kunnskap som besvarer vårt spørsmål og problemstilling. Oppgavens innledning presenterer spørsmål og problemstilling, og beskriver hvorfor vi ønsker å ha dette temaet. Metodedel beskriver selve gjennomføringen som etterfølges av aktuelle teorier og forskninger. Deretter følger en drøftedel, der vi diskuterer forskningen og aktuell teori. Til slutt presenteres en konklusjon som gir svar på vårt spørsmål og problemstilling.

1.5 Avgrensning

Oppgaven vil omhandle dagens sykepleie som berører depresjon. Dette gjør at vi kommer innom temaet bipolare lidelser, men setter fokus mot den depressive fasen og ikke den maniske siden av det ustabile stemningsleiet. I forhold til medikamenter vil vi forholde oss til fellesbetegnelsen antidepressive preparater og deres positive og negative virkninger. Med fysisk aktivitet mener vi mosjon i form av turer med ulike styrkeutfordringer. Natur er benyttet som tema fordi tidlig sykepleieteori beskriver natur som en del av helbredning.

Innen endokrinologi vil vi nevne hormoner som påvirker stemningsleiet og som har en viktig faktor innen depresjonsbehandling. Fokuset vil altså omhandle hormonell stimuli som har effekt på stemningsleiet der vi kan se lignende effekter mellom fysisk aktivitet, natur og anti depressive medikamenter. Vi vil vise ydmykhet for legevitenskapen og for dagens medikamentelle depresjonsbehandling, som har lang tradisjon og fremgang innen denne praksis.

2.0 Metode

2.1 Metodevalg

Prosjektoppgaven er et litteraturstudium, med fordypning i forskning og relevant faglitteratur for å finne svar. Vi legger litteraturstudiet i føring av Olav Dalland (2008) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*.

Temaet omhandler i hovedsak hvordan sykepleieren kan bidra i dagens depresjonsbehandling ved bruk av natur og fysisk aktivitet. I oppgaven undrer vi oss over hvorfor sykepleieren ikke er mer opptatt av å bruke fysisk aktivitet, når forskninger sier at den har helbredende effekt. Vi ønsker å stille spørsmål rundt oppgavens tema, fordi vi mener at forskningenes resultater kanskje ikke samsvarer med dagens sykepleier praksis. I forskninger kommer det tydelig fram, hvor viktig både natur og fysisk aktivitet er i behandlingen av depresjon, og for å forebygge utvikling eller unngå tilbakefall.

Sykepleieteoretiker:

I oppgaven bruker vi i hovedsak Florence Nightingale som sykepleieteoretiker, fordi hennes teori og praksis peker i retning av våre spørsmål og svar. Vi finner også den sykepleiepraksis som vi etterlyser i litteratur skrevet av Nightingale.

2.2 *Søkeord*

Vi har benyttet databaser som PubMed, Helsebiblioteket og SweMed. Vi brukte teknikken "Advance" med søkeord som berører oppgaveteksten. Dette har medført gjennomgang av flere artikler, der vi til slutt har endt opp med fagartikler og forskninger som vi mener er relevante og som kan brukes for å gi svar på vår problemstilling. I databasen SweMed ble verktøyet "Peer reviewed" benyttet. Verktøyet indikerer at teksten er gransket av eksperter. Det vil si, at vi har søkt opp aktuelle forskninger som støtter vår sak og som sier noe rundt temaet. I søkeprosessen har vi sørget for at søkeordet "nurse" er med for å tilstrebe mest mulig sykepleiefaglig teori. Andre søkeord har vært: depression, activity, exercise med mer.

2.3 *Kildekritikk*

Innhenting av litteratur er i hovedsak hentet fra databaser og sykepleielitteratur. Hadde vi valgt å benytte enda flere forskninger, kunne vi kanskje ha funnet flere ideer om tiltak, innen fysisk aktivitet og natur med mål om å supplere depresjonsbehandling. Som sykepleiestudenter er vi ny i faget, og har enda ikke hele forutsetningen for å kunne se dybden i praktisk og teoretisk kunnskap. Oppgaveprosessen har likevel gitt oss svar og en viss forståelse rundt oppgavens tema. Like vel er vi bevist på at vi ikke har oversikt over hele forskningsfeltet.

2.4 *Egen praksiserfaring*

Vi vil også benytte egne erfaringer, som vi i forbindelse med praksis i sykepleieutdanningen har reflektert over. Gjennom egen praksis har vi erfart litt av dagens sykepleiepraksis, og dannet oss et bilde av hvordan pasienter opplever tiden i dag kontra tiden 20 til 30 år tilbake. Vi setter dette opp mot skolelitteratur, som beskriver sykepleiepraksis 150 år tilbake og gransker mulige ulikheter tidligere og nå.

2.5 *Verktøy for kartlegging av litteratur*

Vi har valgt å benytte matriser for tydeligere å kunne se, hva hver enkelt forskning viser og konkluderer. Dette finner vi spesielt effektivt for å oppsummere større forskninger. Samtidig ser vi at bruk av matriser, kan filtrere bort viktige argumenter i en forskning som ikke omhandler de svar som vi jakter på, men som kanskje har stor betydning for forskningene i sin helhet.

3.0 Teoridel

3.1 Sansehagene

I en fagartikkel skrevet i Tidsskrift for den norske legeforening, beskriver Eline Fering i et intervju med Anne-Lene Brattvåg, effekten av Norges eneste sykehus- sansehage. Hagen er tilknyttet sykehuset i Kristiansand og benyttes i hovedsak av barne- og ungdomspsykiatri. Sansehagen er et rolig sted med grønne planter og dam. Tettvokste trær danner små rom som blir benyttet av enkeltpersoner etter samtaler, der det er mulighet til å slappe av og kun nyte naturinntrykk. Mennesker med forskjellige psykiske lidelser benytter hagen flittig og tilbakemeldingene fra pasientene er positive. Dessverre ligger hagen litt for langt unna sykehusets somatiske avdelinger og dette gir en uheldig begrensning (Fering 2010).

I intervjuet beskriver Brattvåg at den største brukergruppen av det hun kaller drømmehagen, er jenter som har problemer knyttet opp mot depresjon. Drømmehagen startet som et prosjekt og kan vise til gode resultater i depresjonsbehandling for unge. Brattvåg forteller at hagerterapi har røtter tilbake til middelaldrenes klosterhager og at alle nye sykehus i USA har grønne lunger som en naturlig del av sykehusene. Forskning har vist at utsikt eller tilgang til natur kan redusere pasientstress og øker effekten av behandlingen for eksempel ved depresjon. Forskninger har også vist at i USA, blir driftsutgiftene av sansehagene spart inn ved reduserte antall liggedøgn ved sykehusene og redusert bruk av medikamenter (Fering 2010 (Ulrich 2001)).

3.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag

For omtrent 150 år siden satte Florence Nightingale fokus på sammenhengen mellom sinnet og det fysiologiske. Hun oppdaget at selv mennesker som ikke hadde sans for naturen, hadde en tendens til å strekke seg etter vinduer som viste naturen. Nightingale mente at det å spasere i gatene eller ute på landet, hadde helbredende effekt på mennesker som druknet i bekymringer, som forsterkes hos mennesker som ikke har mulighet til å tilstrebe seg slike forandringer. Hun sier videre, at dette gjelder spesielt de som blir liggende på sykerom der bekymringene blir hengende i veggene. Litt variasjon vil ha stor effekt på sjelen. Nightingale sier at selv latter er helbredende, og dersom pasienten ikke klarer å le, trenger han eller hun inntrykk fra naturen. Selv en blomst på et sykerom med dens friske lukt og varierte farger, har innvirkninger på helbredelse og styrker mennesket. Det å kunne spasere i naturen ble altså for omtrent 150 år siden sett på som helbredende (Nightingale 2008).

Henderson sier at en av sykepleierens absolutte viktigste oppgaver er å tilrettelegge og hjelpe pasienten med å bevege seg og innta gode kroppsstillinger, mens Nightingale presiserer at pasienter trenger variasjon og stimulering (Blix 2006). Nightingale vektla i sin tid betydningen og nødvendigheten av god observasjon av pasientene, for å kunne redde liv, forebygge sykdom, styrke helse og sørge for komfort hos hver enkelt pasient. Observasjon av pasientene hadde et viktig formål, nemlig å oppdage endringer, bivirkninger og forandringer hos den syke. Sykepleien handlet i stor grad om, å forebygge at pasientens sykdomstilstand forverret seg ved å sørge for at visse momenter lå til rette for det. Menneskets grunnleggende behov for frisk luft, lys, riktig kosthold, søvn og hvile, god hygiene og renslighet var for henne helt elementært for å yte sykepleie på en forsvarlig og god måte (Nightingale 2008). Disse momenter vil vi se mer på i drøftedelen, der vi stiller oss spørsmål som videre kan gi svar på hvorfor det i dag benyttes mindre fysisk aktivitet, for eksempel i sykepleietiltakene rundt depresjonsbehandling.

3.3 *Bipolar lidelse*

Bipolar lidelse omhandler de stemningslidelsene som foreligger ved unormalt hevet og senket stemningsleie. Tidligere ble lidelsen kalt manisk depressiv. Hevet stemningsleie går over det som er omtalt som vanlig aktiv, og opptrer som en hyperaktiv fase. Det er dette som er den maniske delen. Altså den ene ytterligheten av stemningslidelsen. Den delen som omtales som senket stemningsleie, er den melankolske fasen som kalles depressiv. Når balansen mellom hevet og senket stemningsleie er forsterket, opplever den rammede på noen områder at livet blir vanskelig å håndtere. Noen opplever at bipolar lidelse opptrer med hyppige og langvarige tilstander med forsterket stemningsleie- forstyrrelser, mens andre opplever det som kalles normal stemningsleie over flere måneder, før en forsterket hevet og senket stemningsleie melder seg. Bipolar lidelse opptrer i flere former (Skårderud 2010).

I hovedsak skiller vi mellom to typer. Bipolar 1-lidelse, er betegnet som en tilstand der pasienten opplever at stemningsleiet svinger unormalt mye mellom mani og depresjon. Bipolar 2-lidelse er en tilstand, der manien ikke er like fullt så framtrøden. Mennesker med Bipolar 2-lidelse, tilhører kategorien depresjon eller depressiv. Tilstanden svinger altså mellom hypomani og depresjon, men hos noen mennesker blir depresjonen mest framtrøden. Hypomani er en aktiv fase der man observerer at mennesket har masse energi og økt arbeidslyst. De som er rammet av slik stemningslidelse, har også som regel komorbide lidelser. Den mest omtalte tilleggslidelse til bipolar lidelse er angst (Skårderud 2010).

Rimehaug har skrevet en fagartikkel som omhandler forskninger som berører temaet. Han har kommet fram til at interessen for barn med bipolar lidelse, nesten har vært fraværende i Norge fram til år 2000. Det har vært mangel på systematiske kartlegginger og Bipolar lidelse har stort sett vært et tema, man kunne lese om i amerikanske tidsskrifter. Barn med stemningslidelser har tidligere vært omtalt som rampete og urolige, barn med dårlig oppdragelse. Foreldre som har søkt hjelp har møtt bagatelliserende fortolkninger fra fagfeltene og samtidig blitt belastet av moraliserende kommentarer. Mot slutten av årtusenskiftet fattet man mer mistanke, da fokuset ble satt mot det høye og unaturlige tallet av disse barna, som hadde forsøkt selvmord (Hummelvoll 2012).

Da forskningen i Norge satte dette på dagsorden, avdekket man at en av tre barn med bipolar lidelse hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Det har vært flere forskninger som har gitt forskjellige resultat når det gjelder alder og deputering av lidelsen. Nyere forskninger har kommet fram til at man med sikkerhet kan diagnostisere Bipolar lidelse fra og med 16 års alderen (Rimehaug 2008). Dette er verd noen tanker når man i dag vet at melankoli og mani, har vært definert som psykisk forstyrrelse i over to tusen år. Disse motsatte tilstandsbildene har vært sett som en tilstand i lang tid. Begrepet manisk depressiv sykdom kom på banen gjennom psykiateren Emil Kraepelin i 1899 (Hummelvoll 2012).

Når vi ser på arvelighet, er det antatt at Bipolar lidelse har en sterk genetisk faktor og rammer til sammen 1 prosent av befolkningen. Store enkeltbelastninger og langvarig stress, er ansett som utløsende faktorer for mennesker med genetisk disposisjon. Eksempel på slike stressende tilstander er familiekonflikter, traumatisering, søvndeprivasjon, og voldsopplevelser. Etter år 2000 har det kommet flere kartleggings verktøy som er betegnet som gode diagnostiske redskaper. De mest brukte er KSADS, CBCL og Young Mania Rating Scale. Verktøyene har stort fokus på familie- og utviklingsanamnese i utredningene (Rimehaug 2008). I den senere tid har pårørende til mennesker med Bipolar lidelse fått mer fokus. Det er kommet mer fram i lyset hvordan foreldre blir stående ensom tilbake, i skyggen av et barn som lever i sin egen verden, ledsaget av en bisarr og skremmende væremåte. I løpet av de siste årene har man sett nytten av samarbeid med familie. Slikt samarbeid viser stor hjelp og trygghet både for foreldre og den med stemningslidelsen. Det viser seg at familiearbeid også i tillegg forebygger familiære konflikter innad. Å leve med et barn som har Bipolar lidelse er sett på som en stor påkjenning både for den rammede, for foreldre og familien (Strand 2011).

Nyere litteratur anbefaler at behandling bør være en kombinasjon av medikamentell behandling, fysisk aktivitet og psykososiale behandlingstiltak. Miljøterapeutisk behandling til enkeltindividet er også et hjelpende tiltak i behandlingen. Det terapeutiske individarbeid er ofte linket mot mestring og egenforståelse. Den psykososiale behandlingen har fått veldig god omtale rettet mot både den som har lidelsen, foreldre, skole og nærmiljøet. Både det terapeutiske arbeidet og den medikamentelle behandlingen har i de fleste tilfeller vist seg å må vare i mange år, før sinnslidelsen er tilstrekkelig stabilisert. De fleste mennesker med slik lidelse må videre medisinsk profylaktisk behandles, for å forebygge tilbakefall (Rimehaug 2008).

Det viser seg at når forebyggende medikamentell behandling avsluttes, er det stor fare for tilbakefall. Dette gjelder også ved avslutning av terapeutisk behandling. I den depressive fasen, har personer lett for å isolere seg. Det kan bety uheldig tap av sosialt nettverk. Det viser seg at, å tilstrebe seg fysisk aktivitet kan ha god effekt på depresjonsbehandlingen. Flere forskere mener at den mentale helsen har godt av opplevelsen som man får av frisk luft, eksponering av lys og nye inntrykk som hjernen må bearbeide. Fysisk aktivitet er også en gylden mulighet til å se og møte andre mennesker. Undersøkelser viser at fritidsaktiviteter i form av mosjon eller gå- turer gir bedre depresjonsbehandling en hva husarbeid gjør. Ingen forskning har klart å avdekke hva som gjør at fysisk aktivitet har slik gunstig effekt på den mentale helsen. Samtidig viser forskningstall helt klart, at fysisk aktivitet har god effekt på depresjonsbehandling (Martinsen 2011).

3.4 Hva er fysisk aktivitet?

I internasjonal faglitteratur finner vi ofte denne definisjonen på fysisk aktivitet: ”enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå” (Tidsskrift for den norske legeforening 2000). Blix (2006) sier alle former for kroppslig virksomhet som vedlikeholder og øker vår funksjonsevne fysisk, psykisk og sosialt er fysisk aktivitet og at den dermed er viktig for vår livskvalitet og helse. De sier at fysisk aktivitet ikke bare dreier seg om fri bevegelse fra et sted til et annet uten at det også omhandler våre psykiske og sosiale ferdigheter. Videre nevnes at bevegelse i seg selv ofte utgjør fundamentet i vår oppfattelse av helsetilstand og fysisk kondisjon. Blix (2006) henviser til andre forfattere som mener dette danner grunnlaget for vår trivsel, yteevne og motstandskraft, samtidig som det forhindrer helsesvikt og sykdom.

Helsedirektoratet uttrykker følgende om fysisk aktivitet: *”Fysisk aktivitet er en kilde til overskudd, helse og trivsel, og er nødvendig for normal vekst og utvikling blant barn og unge. Ved å stimulere befolkningen til økt fysisk aktivitet, kan helseproblemer både forebygges og behandles”* (Helsedirektoratet.no 2011).

3.5 *Stress som fenomen, og mental tretthet*

Når vi står innfor en situasjon som vi ikke behersker, eller som oppleves som truende eller farlig, kan vi oppleve en frykt på forhånd. Denne følelsen av utilstrekkelighet som oppstår allerede før situasjonen er kommet til oss defineres som «stress». Stress kan slite oss ut mentalt men trenger ikke å gjøre det. Mental trøtthet kan vi også påføre oss selv når vi arbeider hardt over tid, med noe vi er interessert i. Vi retter altså vår oppmerksomhet mot noe såpass intenst at våre mentale evner blir overarbeidet. Hvis vi må rette vår oppmerksomhet mot noe vi ikke er interessert i, eller om vi hele tiden blir forstyrret av andre inntrykk, bruker vi oss av styrt oppmerksomhet. Dette krever at vi fokuserer og vi vil etter hvert bli slitne mentalt. Hvis vi derimot retter oppmerksomheten mot noe lystbetont eller gjør noe avslappende er oppmerksomheten spontan. Den krever ikke et bevisst fokus og vi blir ikke mentalt slitne av dette. Det urbane og moderne samfunnet gir oss et overflod av impulser som gjør at vi må styre oppmerksomheten for å klare å utføre ulike hverdagsoppgaver som arbeid, trafikkhåndtering eller familieliv. Det som til sist sliter oss ut er ikke oppgaven vi retter oppmerksomheten mot, men det at vi må styre den bort fra de forstyrrende impulsene. Ulike individer vil ha ulike toleransenivåer før de blir mentalt slitne, men de fleste av oss vil etter hvert ende opp der hvis vi ikke får et avbrekk. Naturen kan være et ypperlig sted for en slik pause. Gjennom å skifte miljø til et grønt og rolig sted, kan hjernen begynne prosessen med å bearbeide ulike inntrykk og tanker og mange referer til dette som å «lade batteriene». Når støv forsvinner og de visuelle inntrykkene er rolige og vakre, kan vi igjen nyte av den spontane oppmerksomheten (Hågvar 1996).

3.6 *Vår menneskelige arv*

Vi mennesker lever i dag i et svært annerledes miljø enn våre forfedre gjorde etter siste istid, for rundt 10 000 år siden. I takt med utviklingen av våre hjerner har vi skapt oss en verden med en rivende teknologisk og kulturell utvikling. Våre unike tilpasnings- og læreevner har gjort oss i stand til å anpasse oss til et slikt liv, selv om våre kropp og sinn er konstruert for å brukes på andre måter og i andre miljøer. I boken «Grønn velferd» (1996) tar forfatterne Hågvar og Støen opp denne utviklingen som baserer seg på forskning nedskrevet i «The

Cambridge Encyclopedia og Human Evolution». De viser til genetiske og fysiologiske likheter mellom oss og våre forfedre som går svært langt tilbake i tid. Vi har gått på to bein i minst 3,7 millioner år og dermed utforsker vi verden på samme måte nå som da, med unntak for dagens tekniske hjelpemidler. De påpeker også at genetiske forandringer skjer over svært lang tid hos mennesker og at forskjellen mellom oss og våre slektninger som levde for 10 000 år siden, ikke er større en 0,005%. Vår anatomi og fysiologi er nærmest identisk med våre forfedre som levde etter siste istid, i følge forskningen. I forhold til samfunn, kultur og teknologi lever vi selvsagt i en helt annen tidsalder og har utviklet oss dramatisk fra den tid (Hågvar 1996).

Mennesker er skapt til å leve i tett kontakt med naturen som utfordrer og stimulerer oss både fysisk og sansemessig. Vi har samme grunnkonstruksjon som sjimpanser og gorillaer, og er akkurat som de utstyrt med gripehender og stereoskopisk syn som muliggjør skarp avstandsbedømming, noe som gjorde det mulig å utvikle for eksempel klatreegenskaper. De tidlige menneskene blir betraktet som den «opportunistiske apen» som turte å vandre ut fra sine kjente omgivelser og ut mot nye horisonter. Vandrende til fots klarte mennesket å finne nye leveområder, ny type kost og startet dermed utviklingen som har ledet frem til i dag. Noen vesentlige fordeler med å stå oppreist var bedre oversikt og frigjorte hender. Menneskeslekten utviklet seg videre etter dette utfra noen viktige fellestrekk. Gjennom å samle seg i mindre grupper ble grunnlaget for typiske menneskelige egenskaper utviklet. Slike egenskaper er sosial kontakt, samarbeid for å løse oppgaver, utfordringer og sanking av mat. Kulturell utvikling med ritualer som forsterket tilhørighet i gruppen og utviklingen av tekniske hjelpemidler som verktøy og våpen. Nødvendig konkurranse og evne til å mestre etterhvert komplekse sosiale koder, anses å være en av de store bidragene til kontinuerlig utvikling av hjernekapasitet, som der igjen ga muligheten til å tolke enda flere sanseinntrykk fra et godt utviklet sanseapparat (Hågvar 1996).

3.7 *Naturens helsebringende innvirkninger på mennesker*

Gunilla Nilssons viser i sin bok Trädgårdsterapi (2009) til nasjonale og internasjonale studier om folkehelse. Studiene viser at depresjoner, særlig blant unge øker risikoen for andre fysiske og psykiske plager. Slike helseplager kan være alvorlige og inkluderer hjerte-karlidelser, diabetes og stroke i tillegg til selvskadning og selvmord. Med dette som bakgrunn ser disse forskerne tilbake til naturens mulige positive effekter. Med utgangspunkt i

resultatene av studier fra miljø-psykologene Kaplan og Ulrich, har nyere studier vist at det er en positiv sammenheng mellom tilgang på natur i nærliggende områder og mental helse.

Når grønne områder må gi etter for boligbygging sier forskningen at det kan være et dårligere grunnlag for mental velvære, eller i alle fall dårligere muligheter til å hente seg inn etter mental stresspåvirkning. Hågvar og Støen (1996) tar opp begrepet «naturopplevelse» og legger vekt ved betydningen av ordet. De sier at naturen gir oss mennesker muligheten til å stimulere helt sentrale grunnleggende behov som eksempelvis stillhet, frihet og refleksjon og hevder at muligheten til å vende tilbake til kjente naturområder kan fungere som mentale ankere. Der kan vi bland annet bearbeide inntrykk og få perspektiv på livets ulike utfordringer. Ytterligere positive effekter av å være i naturen kan være inspirasjon og indre ro, glede, livsvilje og et overskudd til å vise større omsorg for andre, som igjen kan gi et bedre selvbilde (Hågvar 1996).

I en studie fra 1994 undersøkte Ingebrigtsen mulige forbindelser mellom friluftsliv og mental helse. Undersøkelsen hadde to medvirkende grupper, en i Oslo og en i Lofoten.

Hovedkonklusjonen ble at det var mindre psykisk stress å registrere hos personene som drev med friluftsliv. Videre deltok en gruppe fra Lofoten i en undersøkelse bland folk som hadde gjennomgått livskriser. Her kom det klart frem at naturopplevelser var svært viktige i prosessen med å komme seg igjennom krisen for flertallet av deltakerne. I disse undersøkelsene kom det også tydelig frem, hvor viktig nærheten til naturen var for at den skulle bli brukt og at besøksfrekvensen avtok markant med økende avstand. Forfatteren konkluder derfor med at nærhet til naturen er helt sentral (Hågvar 1996).

3.8 Natur og fysisk aktivitet i kombinasjon

Positive effekter av fysisk aktivitet og naturens fordelaktige effekter på psykiske lidelser har bragt frem ny forskning. Et team forskere gjennomførte en studie der unge friske personer fikk løpe på tredemøller innendørs, men med ulike visuelle inntrykk foran seg i form av bilder. De ulike bildene varierte fra ulike naturmotiv til urbane og industrielle motiv. Fem ulike grupper med 20 personer i hver deltok og man målte puls og blodtrykk i forbindelse med at motivene forandredes. Man registrerte at vakre naturmotiv med mye grønt ga redusert blodtrykk og velbefinnende hos løperne. Landskapene som løperne likte best å ha foran seg var lyse landskap med mye trer og planter, vann og lys himmel. Gode resultater hos løperne viste seg også i urbane miljøer, med mye innslag av grønne områder og særlig med vann til

stede. En effekt som ikke var ventet viste seg når løperne hadde bilder av elendige urbane miljøer forran seg, som eksempelvis kraftig slitte hus og forlatte biler. Man så da en kraftig følelsesmessig forskjell med vrede eller fiendtlighet, urolighet og spenning i tillegg til forvirring. Konklusjonen av undersøkelsen ble at fysisk aktivitet vil få en bedre helsemessig effekt, hvis den utføres i omgivelser/natur som tiltaler utøveren (Nilsson 2009).

3.9 *Naturens helbredende effekt*

Dag O. Hessen (2008) skriver i sin bok «Natur – Hva skal vi med den?» om grønne sanseintrykk og verdien av disse. Han påstår at grønne sanseintrykk er helsefremmede og henviser til et flertall studier som bekrefter dette. Bland annet nevner han Roger Ulrich som omtales som en pioner innenfor slik forskning. Han utførte en studie med nyopererte pasienter der halvparten hadde utsikt mot trær og den andre halvparten mot en murvegg. De som hadde utsikt mot naturen kom raskere ut av sykesengen, de hadde mindre behov for smertelindring og virket overlag mer fornøyde. Andre studier viser også at utsikt mot natur gjennom et vindu eller på et bilde, kan gi mindre angst og en større følelse av harmoni. Hessen henviser også til en annen undersøkelse fra universitetssykehuset i Uppsala i Sverige, der 166 nyopererte hjertepasienter deltok. De fikk se bilder av enten åpent vann, tett skog, abstrakte bilder eller bare hvite flater. Pasientene reagerte positivt på bildet med åpent vann, noe som viste seg i lavere blodtrykk, mindre behov for smertelindring og ellers beroligende effekt. Bildet på tett skog var noe mer positivt enn den hvite flaten, mens de abstrakte bildene skapte irritasjon og hadde dermed negativ effekt. Forfatteren hevder utfra dette at naturen har en positiv helsemessig effekt, til og med når den er innrammet på et bilde på veggen. Våres sanseapparat registrerer landskapsmaleriet og tolker det som tiltalende og behagelig og det virker derfor helsefremmende. Videre beskriver forfatteren at ved å tilfredsstille flere sanser samtidig kan enda større helsegevinster oppnås. Han henviser til studier fra Sverige og Nederland som viser klar sammenheng mellom redusert stress ved jevnlig besøk i grønne områder. En amerikansk studie viste også at 2/3 av eldre brukere av grøntareal, er fysisk aktive i forbindelse med besøkene. I tillegg viste studien at de med regelbundne besøk i grøntarealene opplevde høyere livskvalitet og bedre helse (Hessen 2008).

En britisk studie av Milligan og Bingley fra 2007 (Nilsson 2009) viser at naturen kan miste sin terapeutiske effekt når forholdet mellom pasient og natur ikke er naturlig fra før. I dette tilfellet handlet det om barns relasjon til skog, der man kunne se at barn som ikke hadde fått lov å leke og utforske skog tidligere ble redd i møtet med den. Samme studie bekrefter at hvis

forholdet er naturlig fra før ga naturen positive opplevelser til barna. Også i USA har man merket at terapi som var vellykket før ikke virker på samme måte hos en del pasienter i dag. Ved et av verdens eldste psykiatriske sykehus, Friends Hospital, har man i århundre brukt sine enorme parkareal i behandlingen av ulike sinnslidelser med god effekt. I dag ser man at dette er vanskeligere hos pasienter som kommer fra urbane strøk, og ikke har et forhold til natur i det hele tatt. De kan bli redde i møtet med naturen (Nilsson 2009).

Nilsson (2009) viser også til forskning innenfor hagerterapi der man lar det være usagt hva som egentlig er en så kallet «healing garden/sansehage» og hva som bør gjøres der. Uansett om det er en åpen kystlinje, en oversiktlig skog eller en hage med rinnende vann så blir det poengtert at det finnes felles komponenter for de ulike miljøene vi foretrekker. Med oversikt over vann, muligheter for ly i form av trær og tilgang på drikkevann, blir vi minnet på våres opprinnelige hjem i den afrikanske savannen. Dermed innfinner seg en følelse av at her kan vi tilfredsstille våre grunnleggende behov.

3.10 Biokjemiske prosesser og faktorer ved depresjon

Allerede på midten av 1950- tallet var antidepressive medikamenter tatt i bruk. Disse var effektive i depresjonsbehandlingen, men bar også mange bivirkninger med seg.

Antidepressive medikamenter er også i dagens depresjonsbehandling benyttet i stor grad, og man har registrert at disse medfører bivirkninger i mindre grad en tidligere (Martinsen 2011).

Den fysiologiske virkningen av denne type medikament hever stemningsleiet til den depresjonsrammede. I tillegg viser det seg at den reduserer graden av psykose samtidig som den kan redusere grad av angst. Sedativ- hypnotisk og tvangsdempende effekt er også en virkning, som kan følge antidepressive medikamenter (Skårderud 2010). Slik medikamentell behandling av moderat til dyp depresjon har vist seg veldig effektiv (Snoek 2008).

Den biokjemiske virkningen av antidepressive medikamenter finner vi i nevronene. Stoffer i medikamentene har effekt på følsomhet til reseptorene i nevronene. Økt følsomhet til reseptorene, stimulerer til økt egenproduksjon og utskillelse av hormoner som noradrenalin, serotonin og dopamin (Skårderud 2010).

I den senere forskning har det blitt konstatert at fysisk aktivitet også øker utskillelse av hormoner, som har positiv innvirkning ved depresjon. Ved aktivt muskelarbeid utskilles blant

annet testosteron, noradrenalin, adrenalin og endorfiner. I tillegg får vi ved fysisk aktivitet en økt utskillelse av Kortisol, ACTH og veksthormoner. Utover disse hormonene, vil fysisk aktivitet på linje med antidepressive medikamenter stimulere til økt produksjon av serotonin og dopamin (Henriksson 2009). Fysisk aktivitet påvirker også hypothalamus, hypofysen og binyreaksen. Disse hormonproduserende kjertler er med på å styre kroppens stressmønster, og får økt effekt på stressrespons ved muskelarbeid (Brosse 2002).

Man kan altså si, at både antidepressive medikamenter og fysisk aktivitet øker kroppens egenproduksjon av hormoner, som blant annet har til oppgave å øke stemningsleiet og styrker kroppens evne til å håndtere stress. I tillegg har fysisk aktivitet en gunstig effekt på selvfølelse og selvoppfattelse av eget selvilde (Martinsen 2011).

På grunn av økt tendens av depresjon blant folkemengden, er også antall depresjonsbehandlinger økende. Det er gjort antropologiske hypoteser rundt dette. Man mener at mennesket tidligere var i mer fysisk aktivitet en hva vi ser i dag. Mennesket var tidligere definert som jeger og samler. Noe som krevde fysisk aktivitet for å overleve. I dag lever mennesket mer etter vestlig livsstil, noe som medfører inaktivitet og usunnhet. Antropologien mener at dette kan være en av årsakene til den økte tendensen av depresjon blant dagens mennesker (Martinsen 2000).

3.11 Hvorfor fysisk aktivitet som sykepleietiltak

I boken "*Kropp og sinn*" (2011) tar Egil W Martinsen opp ulike virkninger av fysisk aktivitet. I boken henviser han til flere studier, som viser at fysisk aktivitet bidrar til en forbedret fysisk selvfølelse og forbedret forhold til egen kropp. Slike positive endringer er registrert i alle aldrer og hos begge kjønn, men spesielt god effekt har vist seg hos barn og middelaldrende. Et interessant funn, er at de som har dårlig selvtillit på forhånd har størst sjanse til bedring av selvfølelsen gjennom fysisk trening. Forfatteren tar også opp resultater som tyder på at god fysisk form kan fungere som en buffer mot stress, med at hjertet raskere kommer ned i hvilepuls. Fordeler i forhold til søvn er også erfart blant mosjonister og andre fysisk aktive, som mener aktivitetene er avgjørende for at de skal sove best mulig. Forfatteren understreker dog at dette ikke beviser at fysisk aktivitet fører til bedre søvn. En like god forklaring blir her at de som sover godt har mer overskudd til fysisk aktivitet (Martinsen 2011).

I behandling av depresjonsrammede er muskelspenninger ofte registrert som en stor plage for mange, og en utfordring for helsevesenet og samfunnet i forhold til behandling og kostnader. Martinsen henviser til en undersøkelse av de Vries i 1968, som viser til at fysisk aktivitet kan redusere muskelspenninger omtrent like godt som muskelavslappende medikamenter. Martinsen sier også at det å mobilisere sin egen kropp kan gi gunstige helseeffekter og begrense medikamentell bruk. Videre kan vi lese at fysisk aktivitet også har gunstig effekt på vår kreativitet og tenkning. Det vises til et flertall store tenkere og filosofer som Rousseau, Thoreau og Børli, som har beskrevet hvordan de bevist eller ubevist har vært avhengige av å bruke kroppen, for å få frem de gode tankene og ordene (Martinsen 2011).

4.0 Forskningsområde

4.1 Fordeler med fysisk aktivitet hos pasienter med alvorlig depresjon

Benefits from aerobic exercise in patients with major depression, er en kvantitativ studie med 12 personer, der resultatet var at etter endt treningsprogram på 10 dager, var det en vesentlig reduksjon i pasientenes symptomer på depresjon. Det som veldig tydelig kommer fram er at etter endt behandling, ble fysisk aktivitet konkludert som et nyttig supplerende sykepleietiltak i depresjons behandling. Dette ble linket både opp mot personer som var disponibel for depresjon og personer som hadde avsluttet behandling (Dimeo et al (2001)).

Effekten av antidepressiva oppnås etter 2-4 ukers behandling, med ytterligere bedring ved fortsatt behandling (Felleskatalogen 2013). Det kan være ønskelig at virkningen kommer fortere, og kanskje startes det på en for lav dose som etter hvert må økes for å få den virkningen som trengs. I følge Dimeo et al. (2001) kan sykepleietiltak i form av fysisk aktivitet gi hurtigere virkninger, ved oppstart av medikamentell depresjons behandling. Fysisk aktivitet kan altså også brukes som en alternativ, eller supplerende behandling for alvorlig depresjon de første 3 ukene, inntil antidepressive medisiner gir effekt (Dimeo et al (2001)).

Ut i fra studien kommer det tydelig fram, at sykepleietiltak i form av fysisk aktivitet gir en god korttidseffekt i behandling av depresjon, samtidig som den har en forebyggende effekt. Fysisk aktivitet kan altså effektivisere depresjonsbehandlingen, forhindre utvikling av depresjon samtidig som fysisk aktivitet er et sykepleietiltak, som kan forhindre tilbakefall av behandlet depresjon. I forskningen finner man også ut at resultatet er avhengig av en regelmessighet i treningsformene (Dimeo et al 2001).

4.2 *Depresjonsrammede, dårligere fysisk form*

Noen år tilbake ble det gjort observasjoner som kunne tyde på at mennesker som var rammet av depresjon, ofte var i dårlig fysisk form. I denne forbindelse iverksatte Egil W Martinsen en studie, som videre ble beskrevet i legeforeningens tidsskrift (2000). Martinsen har i mer en 25 år benyttet fysisk aktivitet i sin behandling, som han tilbyr depresjonsrammede. I denne artikkelen ”*Fysisk aktivitet for sinnet helse*”, fokuserer Martinsen på effektene av å oppnå virksomme selvhjelpsstrategier til fysisk aktivitet, i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser. Martinsen har benyttet seg av et litteratur- søk i databasen Medline, samt litteraturlister i sentrale oversiktsartikler. I litteratursøket benyttet han seg av følgende søkeord: «exercise», «physical activity», «anxiety», «depression» og «mental disorder» (Martinsen 2000).

Han tar utgangspunkt i de positive psykologiske ringvirkningene som fysisk aktivitet kan bidra med, og ser dette i sammenheng med at psykisk syke ofte har dårlig fysisk form. Martinsen poengterer at depresjonsrammede har nedsatt fysisk form bland annet på grunn av fysisk inaktivitet. I forhold til depresjon kan vi lese, at denne fysiske innaktiviteten er tilstrekkelig grunnlag for å iverksette fysiske aktiviteter, for å ivareta både fysisk og psykisk helse (Martinsen 2000).

I artikkelen refererer Martinsen til 11 undersøkelser der man har sett på effekten av fysisk trening, som behandlingsmåte ved depresjon. I undersøkelsene har man benyttet seg av kontrollgrupper som ikke har fått spesifikk behandling og kontrastgrupper som har fått tradisjonell behandling. Til tross for at forfatteren hevder at flere av undersøkelsene har metodemessige svakheter, mener han at alle undersøkelsene viser til fordeler med fysisk trening som behandling. Han begrunner dette med at flere befolkningsundersøkelser viser en sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og minsket risiko for å utvikle depresjon og motsatt. Undersøkelsene viser også at fysisk aktivitet er bedre enn ingen behandling. Og at det er like effektivt som de konvensjonelle metodene som samtaleterapi og medikamentell behandling, med mål om å redusere depressive symptomer hos mildt til moderat deprimerte (Martinsen 2000).

Det mangler undersøkelser for de mest rammede pasientene som sliter med dyp depresjon og melankoli. Her viser forfatteren til klinisk erfaring som sier at fysisk aktivitet alene ikke er et behandlingsalternativ. Hos pasienter som har hatt fremgangsrik behandling for depresjon, kan

regelmessig fysisk aktivitet muligens forhindre et tilbakefall. Martinsen poengterer til slutt i artikkelen, at inaktive deprimerte pasienter vil ha god effekt av å begynne med fysisk aktivitet. Martinsen poengterer også at mentalt friske idrettsutøvere som trener meget hardt kan rammes av et overtrethet syndrom, som på mange måter ligner på depresjon. Poenget her er at responsen til treningen står i forhold til doseringen (Martinsen 2000).

4.3 Natur som sykepleie tiltak ved depresjonsbehandling

Dyveke Sund Frogner er psykiatrisk sykepleier og forsker i Tjøme kommune. Hun har blant annet satt fokus på natur som sykepleietiltak i depresjonsbehandling. Hun har i samarbeid med hageterapeut Marianne Leisner, utforsket resultater av mennesker med depresjonsproblematikk, som har fått tilbud om hagearbeid i grønne omgivelser. Tiltaket er kommunalt og har fått navnet Grønn glede. To ganger i uken møter mennesker med forskjellige grader av depresjonslidelser. De aktiveres i naturskjønne omgivelser og arbeider med gardsarbeid, grønnsakshage og steller planter. Både sykepleierforsker og hageterapeuten er enige i at naturomgivelsene har positiv effekt og kan fungere som et godt sykepleietiltak i en depresjonsbehandling. I tillegg til inntrykkene som naturen gir, får menneskene ved tiltaket også god sosial kontakt. Selv om naturomgivelsene viser seg å ha en god effekt på deprimerte mennesker, har også den sosiale kontakten med andre mennesker som er i samme situasjon stor betydning (Dietrichson 2011).

Resultatet ble så markant, at Dyveke Sund Frogner, bestemte seg for å starte et forskningsprosjekt. Hensikten med dette forskningsprosjektet var å identifisere om de 46 deltakerne som alle led av en moderat til alvorlig form for depresjon, hadde positiv terapeutisk effekt på hagearbeidet og det å være i felleskap med andre. Dersom funnene er positive, ønsker forskeren at de skal være til inspirasjon for andre som sliter med langvarig depresjon, og at dette kan tilbys som et fast lavterskel aktivitetstilbud. Hun håper også at dette kan vekke interessen og forståelsen hos avdelingsledere i psykiatrien, da ikke alle deler denne oppfatningen (Dietrichson 2011).

Hun har troen på en livsstil som er aktivitetsbasert og mener dette er spesielt viktig og nyttfullt for mennesker som sliter med den psykiske helsen. Prosjektet gikk over 12 uker, 2 ganger i uken og 3 timer om dagen. Deltakere var 46 personer som holdt til på forskjellige gårder i Oslo og Akershus. De har sådd blomster, urter, priklet, plantet, gjødslet, høstet og

ryddet. Deltakerne ble rekruttert via NAV og avisannonser. Depresjonen hos den enkelte deltaker ble kartlagt i standardiserte spørreskjema og målt før, under og etter prosjektet. Det ble registrert en betraktelig bedring blant deltakerne, både når det gjaldt depresjon, angst, grubling og oppmerksomhetskapasitet (Dietrichson 2011).

Etter at prosjektet var avsluttet gikk det noe tilbake igjen. Forskeren presiserer at hun ikke kan konstatere at det var det terapeutiske hagearbeidet i seg selv som ga det positive utslaget, men at de fant en betydelig forbedring i miljøet. Fasinasjonen deltakerne viste ovenfor hagearbeidet, samt verdsetningen av det sosiale aspektet spilte også en stor rolle. Forskeren poengterer at helt siden 1700 tallet har man hatt en forståelse for at naturen og dens grønne omgivelser har en positiv effekt hos mennesker med psykiske lidelser, og da er det kanskje ikke tilfeldig at mange asylter ble lagt til naturskjønne omgivelser både i Europa og USA oppigjennom historien. Forskeren understreker også at det terapeutiske hagearbeidet ikke skal stå alene som den selvstendige behandlingen til mennesker med depresjon, men at det er et viktig supplement (Dietrichson 2011).

5.0 Drøftedel

5.1 Nyere og eldre sykepleiepraksis

5.1.1 Sykepleierens grunnleggende verdier

Vi kan stille oss spørsmål om hvor sykepleiepraksis står i dag i forhold til Nightingales teorier som hadde fokus på det grunnleggende i menneskene, der pasientene ble plassert slik at naturen kunne beskues gjennom et pasientrom, noe som viste seg blant annet å ha god effekt på unødig tankekjør. Nightingale hadde erfart at dette hadde stor betydning for healing prosessen og at fysisk aktivitet og eksponering av natur kortet inn antall sykehusdøgn (Nightingale 2008).

Det vi ser i dagens sykehusdrift gjenspeiler kanskje ikke disse teorier. Gjennom massemedier blir sykehusene framstilt som nedslitte bygninger der pasienttallet øker i takt med nye behandlingsformer. Sykepleiere blir beskyldt for ikke å ha tid til pasientene. Økt hastighet setter i gang effektiviseringer der økonomi kanskje blir det viktigste fokus for at sykehusene skal overleve. Hva skjer med det fundamentale i sykepleiepraksisen? Ser man på sykehusets avdelinger i dag, er det vanskelig å tenke denne praksis i tråd med Nightingales teorier. Har sykepleierfaget endret seg til å bli noe annet en hva det var, med helt andre verdier?

I den senere tid har disse spørsmål blitt satt mer på dagsorden og flere forskninger har satt søkelyset mot disse verdier, som plutselig forsvant. For over ti år siden avdekket internasjonale forskninger effekten av både natur og fysisk aktivitet, og nødvendigheten av disse tidligere verdier. Dette medførte at sykehusene i USA nå blir bygget med sansehager. Det er imponerende at disse tiltakene faktisk korter inn på antall liggedøgn ved sykehusinnleggelser og at sansehagene forårsaker mindre medikamentbruk, blant annet ved depresjon (Fering 2010 (Ulrich 2001)). Norge har nå fått etablert en sansehage knyttet til sykehus. Resultatet er helt i tråd med internasjonale forskninger og norske sykepleierforskere setter dette nå på dagsorden, med fokus på de verdier som var i ferd med å forsvinne (Fering 2010).

5.1.2 Hvorfor benytter ikke sykepleieren fysisk aktivitet i større grad?

Dette spørsmålet mener vi er veldig relevant ut i fra de forskninger og faglitteratur vi har studert i forbindelse oppgaven. Forskningene står veldig likt i konklusjon, da det kommer fram at fysisk aktivitet er et viktig moment ved forebygging av depresjon. I dagens praksis med effektiviseringer og økonomiske besparelser innskrenkes en del muligheter. Avdelingene skal ha flere antall pasienter, samtidig som helsepersonell blir redusert på hver avdeling. Oppgavene til helsepersonellet øker og den moderne praksis foregår i en større hastighet en tidligere.

5.1.3 Se muligheter foran begrensninger

Dersom en tar utgangspunkt i hagearbeid (Dietrichson 2011), så er ikke det en aktivitet som krever et stort økonomisk bidrag, heller ikke så mye organisering og planlegging. Dersom man for eksempel er på sykehjem kan sykepleiere på en enkel måte tilrettelegge for at de som ønsker det kan sysselsette seg til hagearbeid, både vår, sommer og høst. I sykepleiers forsknings- vedlegg skriver Britt Øvrebø Haugland (Øvrebø 2012) om meningsfulle aktiviteter på sykehjem, og viser til forskning som forteller oss at beboerne på sykehjemmet faktisk ønsker å være med på aktiviteter der de *selv* kan være aktive, fremfor å bli underholdt av kulturelle innslag og lignende. Er det slik at helsepersonell noen ganger tar for gitt at de fleste pasienter foretrekker å bli underholdt av andre fremfor selv å være i aktivitet? Videre funn hun har gjort, viser at beboerne i aller høyeste grad ønsker å komme seg ut i frisk luft og ta spaserturer. Sintef -rapporten underbygger dette hvor det kommer frem at hele 90% av de som deltok i undersøkelsen satte stor pris på å være ute og medgå at de hadde en god helseeffekt av det, blant annet fordi det gjorde noe med humøret. Pasientene meddelte også at

de syntes de kom seg for lite ut. I følge Sintef -rapporten hadde de ansatte liten tro på at pasientene på sykehjemmet følte for å komme seg ut. Hvorfor er det slik at man antar det?

Et godt poeng er også at vi i Norge både har kultur og tradisjon for å være ute i naturen, og de aller fleste fortsetter å verdsette dette, selv etter de er kommet på sykehjem, eller har fått en form for funksjonssvekkelse. For de aller fleste er muligheten til å være ute i frisk og god luft en forutsetning for å ha det bra med seg selv og fungere godt i hverdagen (Øvrebø 2012). Dersom en kaster et blikk på forskriften på en verdig eldre omsorg, så inneholder den blant annet det punktet som sier at beboerne/pasientene skal ha et mest mulig normalt liv, en normal døgnrytme og muligheten til å komme seg ut (lovdata.no 2013).

Man kan begynne i det små, for eksempel å tilby morgentrim på stua eller ute på plenen dersom man har det. Det er gratis og morsomt og tar ikke spesielt mye tid heller.

Det finnes også utallige typer treningsformer som en sykepleier lett kan legge opp til, eventuelt også sammen med fysioterapeut eller miljøterapeut. Bevegelsesterapi bidrar på sitt vis til økende fysisk velvære, det har positiv virkning på selvaktelsen og har muligens også en reduserende virkning på angstfølelsen. Trening og dans kan også ha en positiv virkning for mennesker som sliter med depresjon, fordi at depresjon ofte resulterer i fysisk immobilitet (Hummelvoll 2012).

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene 2003 påpeker at sykepleier er ansvarlig for at mennesker som blant annet bor i sykehjem skal få dekket og ivaretatt sine sosiale behov, hvorav et av punktene er fysisk aktivitet. For deprimerte mennesker kan det være vanskelig å finne energien og gleden av å komme seg ut av sengen. Det blir da viktig at sykepleier bevisst motiverer pasienten til fysisk aktivitet, og gir ros og oppmuntring underveis. For andre pasienter er det kanskje kroppslige utfordringer som gjør det vanskelig for dem å aktivere seg og komme seg ut. En av sykepleierens viktigste oppgaver blir da å hjelpe pasienten til å finne og bruke egne ressurser. Det kan være lurt å kartlegge pasientens tidligere erfaringer for å finne ut på hvordan måte tidligere problemer og utfordringer er blitt taklet (Blix 2006).

En sykepleier som har gode kunnskaper og forståelse for hvorfor fysisk aktivitet er viktig, og også deler dette med pasienten, kan være med på å motivere pasienten til aktiv deltakelse og er ellers en god motivasjonsfaktor. Det kan også føre til at pasienten kjenner et større ansvar på ivaretagelse av egen kropp og helse (Blix 2006). Man kan undre seg hvorfor

sykepleietiltak i form av fysisk aktivitet og natur ikke er mer brukt i omsorgstjenestene, når forskning og nyere erfaringer styrker teorien om, at fysisk aktivitet og natur har helbredende effekt, blant annet som sykepleietiltak ved depresjonsrammede mennesker (Fering 2010 (Ulrich 2001)).

5.2 Fysiologisk effekt

5.2.1 Effekt av hormoner ved nedstemthet og stressregulering

Traumatiske opplevelser og de langvarige etterfølgende stressreaksjonene, er en vanlig forklaring på hvorfor en depresjon oppstår (Skårderud 2010). Denne stressreaksjonen kan vises ved at man ser en ubalanse, ofte hyperaktivering, i hypotalamus-hypofyse-binyreaksen. Fysisk aktivitet antas å ha en reduserende effekt på denne aksens respons på stress (Brosse 2002). Derfor kan en forklaring på nedgangen i depresjon ha nevrologiske grunner. Fordi deltakerne er blitt bedre trent har de nå en ”roligere” akse mellom hypotalamus, hypofysen og binyrene. På en annen side viser andre studier at ikke alle deprimerte har denne hyperaktiveringen i hypotalamus-hypofyse-binyreaksen, og man kan derfor ikke fastslå om den fysiske aktivitetens effekt på depresjon kommer av en nedroende effekt på denne aksen.

Endorfiner er et populærbegrep i sammenheng med fysisk aktivitet, og kan være med på å forklare de gunstige psykologiske effektene aktivitet har. Endorfiner er et morfinlignende signalstoff som kroppen selv produserer, og kan gi en ruslignende følelse av velvære (Martinsen 2011). Fysisk aktivitet fører til en økt utskilling av endorfiner (Martinsen 2000). En økt utskilling av endorfiner antas å ha en generell antidepressiv effekt, ved at man for eksempel blir i bedre humør. På en annen side viser en studie at nedgang av endorfiner i blodbanen og nedgang av depresjon kan ha en sammenheng. Studien konkluderer at mindre mengde endorfiner i blodet ofte betyr mindre grad av depresjon. Ut i fra denne studien kan det bety, at endorfiner kanskje ikke har samme effekt hos deprimerte som hos ikke-deprimerte (Brosse 2002).

Det som er et viktig funn, er at fysisk aktivitet stimulerer til økt produksjon av signalstoffer i kroppen og har positiv effekt på stemningsleiet. Det vil si at fysisk aktivitet kan være et sykepleietiltak i en depresjonsbehandling.

5.3 Regelmessighet

5.3.1 Internasjonale forskningsfunn i år 2001

For å kunne evaluere kortidseffekten av treningsprogram til pasienter med moderat til alvorlig depresjon, gjennomførte Diemo et al. (2001) et pilotstudie ”*Benefits from aerobic exercise in patients with major depression*” som skulle avdekke effekten. Denne studien er ikke av nyere forskning, men likevel relevant, med at den setter fokuset på fysisk aktivitet som et ledd i behandlingen av depresjon, og at funnene i studiet er lik nyere funn. Det at studien ikke er av nyere forskning, viser at temaet internasjonalt har vært i fokus over lengre tid. Et interessant moment er at man først nå ser disse påstandene i norske helserelaterte fagartikler. I forskningen ble det gjort nye funn. Regelmessig fysisk aktivitet har god effekt i depresjonsbehandling (Dimeo et. al 2001).

5.3.2 Fysisk aktivitet i depresjonsbehandling som sykepleietiltak i Norge

Når vi gransker de funn som Egil Martinsen (2000) har gjort i sitt studie ”*Fysisk aktivitet for sinnets helse*”, så viser det seg at regelmessig fysisk aktivitet i form av trening, kan ha veldig god effekt og faktisk fjerne depresjon hos en del mennesker. I studiet finner man de beste funn hos de med mildere tilstander. Det kommer også fram at fysisk aktivitet alene ikke vil være tilstrekkelig for mennesker med alvorlige depresjoner. Samtidig vil fysisk aktivitet kunne ha en viss effekt ved alvorlig depresjon i kombinasjon av medikamentell depresjonsbehandling. I studiet blir det konstatert at fysisk aktivitet ved depresjon har bedre effekt en ingen behandling, og at fysisk aktivitet alene har godt effekt ved milde og moderate depresjonstilstander. Dette har vist seg så effektivt, at Martinsen bevisst bruker fysisk aktivitet med regelmessighet ovenfor sine pasienter ved depresjonsbehandling (Martinsen 2011).

I boken ”*kropp og sinn*” til Egil Martinsen (2011) kommer det også fram at mennesker som er rammet av depresjon, har vanskelig for å komme i gang med regelmessig trening, og at denne pasientgruppen ofte er i dårlig form. Ut i fra dette funnet kan man si at disse menneskene har behov for motivasjon. Kanskje kunne dette være et fult mulig sykepleietiltak i tråd med tidligere sykepleiepraksis (Nightingale 2008). Man kan stille seg spørsmål om hvordan dette kan gjennomføres? Vi ønsker i denne sammenheng å rette fokuset mot den norske sykehussansehage som ble etablert av Eline Fering. Hun beskriver deprimerte mennesker som blir oppfordret til å vandre i grønne omgivelser enten alene eller sammen med sykepleiere. Fering etterlyser flere sansehager på grunn av den positive effekten (Fering 2010). Vi kan også se samme mulighet for regelmessig fysisk aktivitet ved prosjektet ”grønn glede”. Dyveke Sund

Frogner er psykiatrisk sykepleier og forsker i Tjøme kommune og har sett på mulige sykepleietiltak ved hagearbeid. Prosjektet viste god effekt for mennesker med depresjonslidelser samtidig som det gav sykepleier god mulighet til å motivere til regelmessighet (Dietrichson 2011).

5.4 Økonomi og effektivisering

5.4.1 Politiske system og sykepleierens muligheter til å drive sitt fag

I hele vår utdanning er vi blitt gjort bevisst på, at fysisk aktivitet er svært viktig for mennesket på flere plan. Mange lidelser kan forebygges og behandles med noe så enkelt og ikke minst billig som fysisk aktivitet (Blix 2006 (Martinsen 2011)). De forskningsartiklene vi er kommet over i forbindelse med vårt litteraturstudium, konkluderer alle med at fysisk aktivitet har god effekt på vår helse, både forebyggende og behandlende. Som tidligere nevnt kunne Nightingale dokumentere at fysisk aktivitet, frisk luft og bruk av naturskjønne omgivelser, hadde helbredende og styrkende effekt på mennesket (Nightingale 2008). Hun brukte denne kunnskapen og prioriterte den på lik linje med øvrige sykepleieoppgaver som å administrere medisiner, sørge for et godt kosthold og et godt stell. Som studenter har vi mange ganger opplevd at fysisk aktivitet alt for ofte er en nedprioritert oppgave blant sykepleiere i dag, og vår erfaring er dessverre at naturskjønne områder i nærhet av institusjoner får mindre eller ingen resurser. Vi stiller oss spørrende til hvorfor det er slik, da vi har vanskelig for å tro at denne kunnskapen blir glemt så fort studenter kommer inn i yrkesrollen.

Vi ser for oss at det kan være politiske retningslinjer som har ført fokuset vekk fra en helhetlig omsorg, til fordel for det som omtales som kostnadseffektiv omsorg. Gjennom innføringen av reformer i tråd med «New Public Management» er helsevesenet i alt større grad blitt styrt ut ifra et samlebandsperspektiv, der omsorgen blir sett på som en handelsvare til en fastsatt pris. Dette fører med seg utfordringer når vi arbeider med mennesker som ser ulikt på hva som er kvalitet for dem, spesielt ettersom behovene skifter, for eksempel i ulike stadier av en sykdom. For å kunne fastsette en pris på en tjeneste på forhånd og dermed effektivisere, må man sette brukeren i en behovskategori. Når han først er endt opp der, er det denne omsorgen han er tildeles. Dette gir lite rom for å se pasienten der og da, og ut ifra sykepleiefaglig skjønn vurdere om brukeren i dag egentlig trenger å få aktivere seg isteden for å dusje (Rønning 2010).

5.5 Mennesket, en naturlig del av naturen

Det viser seg at de litterære funn som vi har gjort, styrker mye av Florence Nightingale's teorier om naturens helbredende effekt. Vi har undret oss over hvorfor dagens sykepleiepraksis ikke vektlegger denne teori i samme grad som tidligere. Man kan mistenke at det ligger økonomiske motiver bak, og at dette har preget sykepleiefaglige verdier. Man kan og stille seg spørsmål om legevitenenskapelig forskning har flyttet fokus fra den gode omsorg og erstattet det med mere effektive instrumenter og hurtigere behandlingsformer, på bekostning av grunnleggende sykepleiefaglige verdier? Nightingale (2008) nevner sykehushagene som et viktig moment, noe vi finner mindre av i nyere litteratur. I tråd med Nightingale sine oppdagelser om naturens helsebringende effekter, ble pasientene kjørt ut i sykehushager, med mål om å tilstrebe frisk luft og eksponering av sanseintrykk fra natur. Det virket i følge henne spesielt godt mot tankekjør og indre uro. Så kan man stille seg spørsmål om hvorfor sykehusene har valgt å nedprioritere pasientenes muligheter til hagens naturopplevelse, og den fysiske aktivitet som turen til og fra gir. Spesielt er dette et interessant spørsmål, når man ser at dette har vært omtalt som et helbredende tiltak, i forskningsartikkelen *Hagearbeid mot depresjon* (Dietrichson 2011).

Tar vi Nordlandssykehuset, Lofoten som eksempel, ser vi at sykehushagen ikke er vedlikeholdt. Der er trapper som begrenser tilgangen for pasienter som ikke klarer å gå. Blomster og benker er borte. Sykehushagen står som et urørt område med mer grus og betong enn trær og busker. Ingen vet helt hva den skal brukes til. Vi klarer ikke helt å sette fingeren på hva som gjorde at man valgte å se bort fra den helbredende effekten, som bevegelse i naturomgivelser viste seg å gi (Nightingale 2008). Det kan være et resultat av politiske påvirkninger, der behandling skal foregå på noe som legges frem som en billigere, hurtigere og mer effektiv måte.

Forskningen vi har presentert viser at mennesker har grunnleggende verdier og behov fra naturen som ligger igjen i våre gener. Dette ser vi som særskilt viktig da mennesket nesten ikke har forandret seg genetisk siden den tid vi levde i og av naturen (Hågvar 1996). Samfunn- og menneskeutvikling går ikke i samme takt, og vi blir mer og mer distansert fra vår opprinnelse. I flere forskninger ser man de positive virkningene av å være i, eller å se naturen. Men det ligger også en utfordring i å ivareta denne muligheten. Distanseringen til naturen skaper utfordringer for mennesker til å kunne dra nytte av den. Når vi av ulike anledninger ikke får et enkelt og naturlig forhold til natur, har vi ikke lenger samme

muligheter til å skjønne hvordan den kan hjelpe oss. Da vi genetisk egentlig er avhengige av naturen er det nok stor sannsynlighet for at også meget urbaniserte mennesker igjen kan lære seg å forstå naturen. En uheldig utfordring kan dog være at det blir en lang prosess som i utgangspunktet skulle ha vært, naturlig. Når dette er sagt viser mesteparten av litteraturen og forskningen som vi har funnet at de fleste, instinktivt opplever naturen som positiv og at den fungerer som et ypperlig sted for mental avlastning, eller som det heter på folkemunn, å lade batteriene. Et viktig poeng som kommer frem i oppgaveteksten er at nærheten til natur er helt sentral for at den skal bli brukt og dermed gi helbredende effekt. Nyere forskninger viser dette tydelig og har også resultert i politiske vedtak, om at alle nye amerikanske sykehus bygges med sansehager.

6.0 Konklusjon

I oppgaven stilte vi oss spørsmål om hvordan natur og fysisk aktivitet kunne innvirke positivt i depresjonsbehandling. Både nyere og eldre forskninger og faglitteratur viser informasjon som styrker teorien, om betydningen av natur og fysisk aktivitet som sykepleietiltak ved depresjonsbehandling. Vi har innhentet data som er omtalt som nye funn. Vi har funnet de svar som vi søkte. Vi har funnet nok informasjon, som gjør at vi ønsker å se mer av Florence Nightingale sin vitenskapsteori i den fremtidige sykepleiepraksis.

Hvordan sykepleiere kan bidra i dagens depresjonsbehandling ved bruk av natur og fysisk aktivitet, har vi gjennom vårt litteraturstudium funnet svar på. For å kunne praktisere helhetlig sykepleie til deprimerte pasienter, må vi se til helt grunnleggende menneskelige behov i tillegg til grunnleggende sykepleieteori. Dette fordi at forskninger slår fast at fysisk aktivitet øker hormonproduksjon som hever stemningsleiet, og eksponering av natur har lik effekt. Naturen vil i tillegg ha positiv effekt på mennesker som følge av genetisk arv. Nyere forskninger viser nødvendigheten av helhetlig tenkning og implementering av empowerment. Sykepleietiltak kan være at sykepleier motiverer mennesker i depresjonsbehandling til fysisk aktivitet i natur. Dette fordi at forskninger sier at fysisk aktivitet er viktig under depresjonsbehandling, spesielt i behandlingens startfase.

Litteraturliste

Blix, E., S. & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*.
Bergen: Fagbokforlaget

Brosse, A.L., Sheets, E.S., Lett, H.S & Blumenthal, J.A. (2002). *Exercise and the Treatment of Clinical Depression in Adults*. Recent Findings and Future Directions. *Sports Med* 32(12), 741 – 760. Web: <http://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200232120-00001>

Dallan, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*
Oslo: Gyldendal Akademisk

Dietrichson, S. (2011) *Hagearbeid mot depresjon*
Forskningsartikkel: Sykepleien.no
Referanse: <http://www.sykepleien.no/nyhet/758637/hagearbeid-mot-depresjon>

Dimeo, F., M., Bauer, I., Varahram, G., Proest og Halter, U. (2001) *Benefits from aerobic exercise in patients with major depression*. Pilot study: *British Journal of Sports Medicine* vol 35
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1724301/pdf/v035p00114.pdf>

Felleskatalogen (2013) *Legemidler til mennesker*
Oslo: Fagbkforlaget

Fering, E. (2010) *Grønne fingre - og tæl*
Artikkel: *Tidsskrift for den norske legeforening*
<http://tidsskriftet.no/article/1967462/>

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2009). *Generelle effekter av fysisk aktivitet, Aktivitetshåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet

Hessen, D., O. (2008) *Natur- hva skal vi med den?*
Oslo: Gyldendal

Hummelvoll, J, K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt*
Oslo: Gyldendal Akademisk

Hågvar, S. & Støen, H., A. (1996) *Grønn velferd, Vårt behov for naturkontakt*
Oslo: Kommuneforlaget

Krüger, A. Lund, J. Skarstein & B. Stubhaug (Red.), (2000) *Depresjonshåndboka*.
Oslo: Gyldendal Akademisk

Lovdata (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*

Norske lover: lovdata.no

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20101112-1426.html>

Martinsen, E. W. (2011) *Kropp og sinn*

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Martinsen, E., W. (2000) *Fysisk aktivitet for sinnets helse*.

Tilgjengelig fra: 2013-03-25 [online] Den norske legeforening

<http://tidsskriftet.no/article/198276>

Nightingale, F. (2008) *Notater om sykepleie*.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Nilsson, G. (2009) *Trädgårdsterapi*

Lund: Studentlitteratur

Rimehaug, T. (2008) *Bipolar lidelse hos barn – en introduksjon*

Fagartikkel: Tidsskrift for Norsk psykologforening

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=67856&a=2

Rønning, R. (2010) *Vårt politiske Norge*

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke a/s

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stånicke, E. (2010) *Psykiatriboken*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer. (3. utg.)*.

Oslo: Akribe

Strand, L (2011) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Ulrich, R. (2001) *Health benefits of gardens in hospital.*

USA: Paper of conference, plants for people.

<http://www.planterra.com/SymposiumUlrich.pdf>

World Health Organization (2012) *Depression – A Global Public Health Concern*

Fagartikkel: who.no

http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf

Øvrebø, B, H. (2012) *Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet*

Artikkel: sykepleien.no

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/833191/meningsfulle-aktiviteter-pa-sykehjemmet>

| Forfattere | Forskning | Hensikt | Type | Deltagere | Resultat |
|--|---|---|------------------|-----------|---|
| Navn: Martinsen, E., W. (2000) Land: Norge Tidsskrift: Tidsskrift for den Norske Legeforening | Fysisk aktivitet for sinnets helse. | Om fysisk aktivitet kan brukes som metode ved depresjon. | Litteraturstudie | | Ulike former for fysisk aktivitet har positiv innvirkning i behandling av mild til moderat grad av depresjon. Fysisk inaktivitet medfører økt risiko for å rammes av depresjon. For den mentalt sunne mosjonist vil regelmessig fysisk trening medføre velvære, mer energi og bedre søvn. Mennesker med psykiske lidelser er i gjennomsnitt i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen. Dette skyldes sannsynligvis fysisk inaktivitet som i sin tur medfører økt risiko for å rammes av depresjon. |

| Forfattere | Forskning | Hensikt | Type | Deltagere | Resultat |
|--|---|--|------------------|-----------|--|
| Navn: Ulrich , Health R. (2001) Land: USA Kilde: Colleges of Architecture & Medicine, Texas University | Health benefits of gardens in hospitals. | Effekten av hager og planter ved et sykehus. | Litteraturstudie | | Både å se og bevege seg i hager har positiv effekt på depresjonbehandling. Sansehager er økonomisk besparende, både ved at antall liggedøgn og medikamentell behandling for deprimerte blir redusert. Eksponering av natur har positiv virkning på blodtrykk, puls, muskelspenning og hjerneelektrisk aktivitet innen 5 minutter. Hagene har også positiv innvirkning på pårørende og ansatte. |

| Forfattere | Forskning | Hensikt | Type | Deltagere | Resultat |
|--|---------------------------------|---|-------------------|--|--|
| Navn: Dietrichson, S. (2011) Land: Norge Tidsskrift: <u>Sykepleien.no</u> | Hagearbeid mot depresjon. | Kan hagearbeid være et supplement i en depresjons- behandling. | <u>Kvalitativ</u> | 46 deltagere med moderat til alvorlig grad av depresjon, på en kommunal psykiatriav deling. | Prosjektet konkluderte med at hagearbeid har positiv effekt i behandling av moderat til alvorlig deprimerte, som grunner seg i en forståelse for at naturen og dens grønne omgivelser har en positiv effekt hos mennesker med psykiske lidelser. |

| Forfattere | Forskning | Hensikt | Type | Deltagere | Resultat |
|--|--|--|-----------------------|--|---|
| Dimeo et al. År: 2001 Land: Tyskland Tidsskrift: British Journal of Sports Medicine. | Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. | Hensikten med pilot- studiet var å avklare korttidseffekten av fysisk aktivitet til pasienter med moderat til alvorlig depresjon. | Kvantitativ studie | 12 personer med moderat til alvorlig grad av depresjon. | Resultatet konkluderte at et treningsprogram på 10 dager gav vesentlig reduksjon i pasientenes depresjons- symptomer. |