



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

## **Depresjon og fysisk aktivitet:**

- En litteraturstudie om effekten, og sykepleietiltak som kan iverksettes for å hjelpe en pasient med depresjon til fysisk aktivitet.

## **Depression and physical activity:**

- A litteratur study about the effect, and nurse intervention that can be implemented to help a patient with depression to physical activity.

Caroline Aasehaug

Kari Telstad

Totalt antall sider inkludert forside: 51

Molde, 27.11.09



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk:**

**Depresjon og fysisk aktivitet:**

- En litteraturstudie om effekten, og sykepleietiltak som kan iverksettes for å hjelpe en pasient med depresjon til fysisk aktivitet.

**Tittel på engelsk:**

**Depression and physical activity:**

- A litteratur study about the effect, and nurse intervention that can be implemented to help a patient with depression to physical activity.

**Forfatter(e):** Caroline Aasehaug og Kari Telstad

**Fagkode:** SAE00

**Studiepoeng:** 12

**Årstall:** 2009

**Veileder:** Jeanette Varpen Unhjem

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato:** 27.11.09

## Abstrakt

*Bakgrunn:* Depresjon er det fjerde største helseproblemet i verden og rammer rundt 121 millioner mennesker verden over. Fysisk aktivitet kan være en aktuell behandlingsmetode på depresjon. *Hensikten* med studien er å undersøke hvilken effekt fysisk aktivitet har på pasienter med depresjon, og hvilke sykepleietiltak som kan iverksettes for å hjelpe pasienter med depresjon til fysisk aktivitet. *Metode:* Studien har blitt utført som en litteraturstudie. De 10 forskningsartiklene som er med på å svare på vår hensikt er både kvalitative og kvantitative. *Resultatet* viser at fysisk aktivitet har en god effekt på pasienter med depresjon. Fysisk aktivitet reduserer symptomer på depresjon både ved aktivitet over en kort periode og over lengre tid. Høy intensitet gir bedre resultater enn lav intensitet. Indre motivasjon gir bedre resultater enn ytre, når det kommer til om pasienter med depresjon fortsetter å trene. Sykepleietiltak som kan iverksettes er å motivere pasientene underveis, tverrfaglig samarbeid og individuell tilrettelegging. Man må finne årsaker til frafall og mislykket behandling og behandle dette. Det bør rettes mer fokus mot effekten av fysisk aktivitet, både til sykepleiere og pasienter. *Konklusjonen* er at fysisk aktivitet gir god effekt. Det finnes i tillegg mange gode sykepleietiltak for å hjelpe deprimerte pasienter å komme i aktivitet.

Nøkkelord: Depresjon, fysisk aktivitet, effekt, sykepleietiltak og motivasjon

## Abstract

*Background:* Depression is the fourth largest health problem in the world and affects about 121 million people worldwide. Research now exists that supports the idea that physical activity may be a potential treatment for depression. *The purpose* of this study to examine the effect of physical activity on patients with depression, and the nursing measures incorporating physical activity that can be implemented to help patients with depression.

*Method:* The study has been conducted as a literature study, and the 10 research articles reviewed are both qualitative and quantitative. *The result* shows that physical activity has a positive effect on patients with depression. Physical activity over both short and long term periods of time reduces symptoms of depression, with high intensity activities generating better results than low intensity activities. Personal motivation also proved more effective than external sources of motivation for patients to continue with future exercise. Nursing interventions could be implemented to motivate patients along the way, including interdisciplinary collaboration and individual facilitation. Effort must be focused on identifying what causes patients to stop exercising, and then steps should be taken to prevent this from happening. There should be more focus on the effect of physical activity, both for nurses and patients. *The conclusion* is that physical activity has a positive effect on depression, and there are many effective nursing interventions that will help patients battle depression through exercise.

Keywords: depression, physical activity, effect, nurse intervention and motivation

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1 Depresjon .....	2
2.1.1 Behandling og sykepleietiltak .....	3
2.2 Fysisk aktivitet .....	3
2.2.1 Endorfiner og enkefalinere .....	4
2.3 Motivasjon .....	4
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>6</b>
4.1 Inkluderings/ekskluderings kriterier .....	6
4.2 Datainnsamling .....	6
4.3 Bearbeiding av datamaterialet .....	9
<b>5.0 Resultat</b> .....	<b>10</b>
5.1 Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon? .....	10
5.1.1 Gir en god korttidseffekt .....	10
5.1.2 Fysisk aktivitet kan sammenlignes med effekten av medisiner .....	11
5.1.3 Høy intensitet gir best resultater .....	12
5.1.4 Gir en god langtidseffekt .....	13
5.2 Hvilke sykepleietiltak kan iverksettes for å hjelpe en pasient med depresjon til fysisk aktivitet? .....	14
5.2.1 Indre motivasjon gir best resultater .....	14
5.2.2 Mange grunner til frafall og manglende utbytte av fysisk aktivitet .....	15
5.2.3 Sykepleierne er positive, men vet for lite om fysisk aktivitet .....	15
<b>6.0 Metodediskusjon</b> .....	<b>17</b>
<b>7.0 Resultatdiskusjon</b> .....	<b>19</b>
7.1 Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon? .....	19
7.1.1 God korttidseffekt eller svingninger i humøret? .....	19
7.1.2 Dårligere resultat uten sosial interaksjon .....	20
7.1.3 Positiv innstilling kan gi bedre effekt .....	20
7.1.4 Langtidseffekten – vanskelig å kontrollere .....	22
7.1.5 Høy intensitet og nevrohormoner .....	23
7.2 Hvilke sykepleietiltak kan sykepleiere iverksette for å hjelpe en pasient med depresjon til fysisk aktivitet? .....	23
7.2.1 Motivere og støtte .....	23
7.2.2 Rett treningsmåte og individuell tilrettelegging .....	26
7.2.3 Finne årsaker til frafall og mislykket behandling og behandle dette .....	27
7.2.4 Rette mer fokus mot effekten fysisk aktivitet .....	28
<b>8.0 Konklusjon</b> .....	<b>30</b>
<b>Kilder</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>35</b>

## 1.0 Innledning

I følge Verdens Helseorganisasjon (2002) var depresjon i 2002 det fjerde største helseproblemet i verden. Depresjon er den ledende årsak til uførhet med nedsatt funksjonsevne og rammer rundt 121 millioner mennesker verden over. Færre enn 25 % av de berørte har tilgang til effektive behandlinger. Depresjon forekommer hos personer i alle kjønn, aldre og bakgrunner og kan pålitelig diagnostiseres i primærhelsetjenesten (Verdens Helseorganisasjon 2002).

Temaet depresjon og fysisk aktivitet var noe som fattet vår interesse tidlig, og som vi også har lite erfaringer og kunnskaper om fra tidligere. Som sykepleier kan du møte mennesker med forskjellige grader depresjon overalt hvor det blir praktisert sykepleie. Vi synes det er behov for fokus på fysisk aktivitet som behandlingsmåte til en så stor og utbredt sykdom som depresjon. Selv om det muligens viser seg at fysisk aktivitet har en god effekt på pasienter med depresjon, er det også viktig å sette fokus på hvilke sykepleietiltak som kan være aktuelle å iverksette for å hjelpe de til å komme i gang med fysisk aktivitet. Pasienter med depresjon er i følge Jan Kåre Hummelvoll (2004) tiltaksløse og det er nettopp derfor det er så vanskelig å få de i aktivitet. Aktuelle sykepleietiltak kan være å finne rett treningsmåte, rette mer fokus mot effekten og å jobbe med motivasjon til å begynne å trene.

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilken effekt fysisk aktivitet har på pasienter med depresjon, og hvilke sykepleietiltak som kan iverksettes for å hjelpe pasienter med depresjon til fysisk aktivitet.

Problemstillinger vi vil bruke for å svare på vår hensikt er:

- Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon?
- Hvilke sykepleietiltak kan iverksettes for å hjelpe pasienter med depresjon til fysisk aktivitet?

## **2.0 Bakgrunn**

### **2.1 Depresjon**

Depresjon er en stemningslidelse som viser seg ved endringer i humøret eller stemningene (Snoek, Engedal 2008). I følge Jan Kåre Hummelvoll (2004) kommer ordet depresjon fra latin og betyr egentlig nedtrykking, det kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe symptomer. Det er viktig å skille mellom sorg og depresjon, sorg skiller seg fra depresjon ved at den sørgende ikke i særlig grad er preget av skyldfølelse og selvbredelse. I depresjon derimot er dette fremtredende. Den sørgende vil i tillegg vite hvorfor han sørger, men en deprimert vet ikke alltid hvorfor han føler seg trist, selv om mange deprimerte kan antyde visse hendelser som kan ha utløst tilstanden (Hummelvoll 2004). De mest fremtredende symptomene på en depresjon er tristhet, pessimisme og lav selvaktelse. I tillegg til dette kommer kraftløshet, nedsatt fysisk og psykisk aktivitet, dette påvirker evnen til å gjennomføre dagligdagse gjøremål. Man ser ikke noen hensikt med å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen (Hummelvoll 2004).

Det finnes flere grader av en depresjon, mild, moderat og kraftig depresjon. Ved alle grader av depresjon blir dømmekraften dårlig og egne evner blir undervurdert, personen kan føle tomhet, selvaktelsen er lav og selvbildet er negativt preget. Evnen til å føle glede er markert redusert (Hummelvoll 2004). Man blir initiativløs og mestrer nesten ikke daglige gjøremål. De somatiske symptomene er at søvn, appetitt og eliminasjon blir forstyrret (Snoek og Engedal 2008).

Det finnes i følge Hummelvoll (2004) flere grunner og teorier om årsaken bak en utvikling av en depresjon. Genetisk betinget depresjon, der hvor arv og miljøfaktorer spiller en avgjørende rolle, er en av dem. I tillegg er forskjellige biokjemiske teorier benyttet for å forklare hvordan stress i livssituasjonen kan tolkes som nevrokjemiske forandringer som karakteriserer depressive tilstander. Det antas at både ytre hendelser og genetisk predisposisjon til sammen skaper forandringer i monoaminfunksjonen i hjernen som man ser hos pasienter med depresjon. Deprimerte har forandringer i form av lavere nivå av signalsubstansene serotonin og noradrenalin i sentralnervesystemet. En annen årsak er objekttap, der hvor en traumatisk atskillelse av personer som står individet nært kan være den utløsende årsaken. Opplevelse av tap i barndommen er en disponerende faktor for depresjon senere i livet. Kognitiv teori hevder at mennesker opplever symptomer på

depresjon fordi tankeprosessene er forstyrret. En annen teori er lært hjelpeløshet, med dette menes det at den personen med depresjon forventer negative resultater av den situasjonen han er i (Hummelvoll 2004).

En depressiv episode er en lidelse som har en tendens til å komme igjen, opp til 70% av pasientene vil få en eller flere slike episoder i løpet av livet. Disse gjentatte og alvorlige depressive episodene kalles også unipolar stemningslidelse, depressiv type. Likevel er depressive lidelser oftere kronisk enn forbigående, de oppstår gjerne tidlig i voksenlivet og varer i lengre perioder, ofte over år og mange ganger livet ut (Snoek og Engedal 2008).

### **2.1.1 Behandling og sykepleietiltak**

Hvilken behandling som anbefales i forhold til depresjon, vil være avhengig av blant annet årsak til den depressive lidelsen. Det finnes flere typer terapi, blant annet individuell dynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi og familie- og parterapi. Den første typen brukes når avstanden er for stor mellom hva pasienten krever av seg selv og hva han faktisk mestrer. Man prøver å redusere skyldfølelse og skape et bedre selvbilde. Kognitiv atferdsterapi vil bevisstgjøre hvordan pasienten selv tenker om sin tilstand, og hvordan han eller hun gir seg selv negative instruksjoner. Familie- og parterapi blir brukt når familierelasjoner enten skaper eller opprettholder depresjon. Ellers blir medisiner ofte brukt i behandling av depresjon, når det blir fokusert på de biologiske sidene. Elektrosjokk er en annen behandling som kan være aktuell ved alvorlig depresjon (Snoek og Engedal 2008). Man kan finne to viktige rammebetingelser for å utvikle motstandskraft ved emosjonelle påkjenninger, nemlig stabile emosjonelle relasjoner til andre og egne erfaringer om å kunne noe, dette er med på å bygge opp selvfølelsen. Miljøterapi er et terapeutisk arbeid som er en behandlingsform som blir brukt. Dette er en behandlingsform som benytter aktiviteter og her-og-nå situasjoner, gjerne i gruppe, for å skape endring. (Snoek og Engedal 2008).

## **2.2 Fysisk aktivitet**

Aktivitet kan beskrives som evnen til å bevege seg fritt omkring (Kristoffersen 2001). Aktivitet kan også brukes til å beskrive en tilstand der en fritt kan bevege seg innenfor alle



livets områder, både fysisk, psykisk, åndelig, intellektuelt, kunstnerisk og rommessig. Aktivitet er høyt verdsatt i vårt samfunn og er av og til likestilt med frihet, fysisk aktivitet gir en god følelse. Mosjon blir praktisert fordi det gir oss glede og trivsel, og fordi kroppen svarer med mer utholdenhet, økt styrke, smidighet og velvære. Vi får et godt forhold til vår egen kropp når den fungerer og utvikles, og for de fleste vil denne opplevelsen øke selvfølelsen. Vi vil være preget av om vi får behovet for aktivitet dekket, en som i lang tid har vært passiv og som begynner å mosjonere igjen, vil gi uttrykk for økt velbefinnende. Han føler seg friskere og har større overskudd og utholdenhet (Kristoffersen 2001).

### **2.2.1 Endorfiner og enkefalin**

Ved kondisjonskrevende fysisk aktivitet merker de fleste at humøret og livsmot stiger. Grunnen til dette er at hjernen produserer økende mengder av smertehemmende nervohormoner: endorfiner og enkefalin. Disse hormonene har samme virkning som morfin, og det ser ut til å være grunnen til de psykiske og mentalhygieniske virkningene av fysisk aktivitet. noen blir avhengig av denne oppkvikkende virkningen og dermed også av sin daglige mosjon (Kristoffersen 2001).

## **2.3 Motivasjon**

Motivasjon kan defineres som den drivkraften som ligger til grunn for handlinger, eller tilstander som gir retning for atferd (Håkonsen 1994). Motivasjon kan betraktes som en læreforutsetning, det betyr mye for læringen at pasienten virkelig ønsker å tilegne seg kunnskap. Selv om eksterne forhold kan motivere et menneske til definerte aktiviteter, er den mest effektive motivasjonen den vi mennesker har i oss selv (Wilkinson 1997).

Psykologen George Kelly utviklet en motivasjonsteori som er relevant for sykepleiere. Kelly vektlegger for eksempel betydningen av å ha et ønsket mål som motivasjonsfaktor (Wilkinson 1997). Pasienter som ønsker å bli friske eller ønsker å mestre konkrete ferdigheter, vil kunne ha denne formen for motivasjon i seg. Denne psykologen mener også at sykepleieren må legge vekt på å innhente kunnskap om pasientenes egne ønskede mål for å bruke disse som motivasjonsfaktor, for eksempel når det gjelder undervisning.

Indre motivasjon kan beskrives som den naturlige trangen til å utøve kompetanse, samtidig som en prøver å mestre nye utfordringer. Det innebærer også læring kjennetegnet av nysgjerrighet og evne til utholdenhet. En person som er styrt av indre motivasjon trenger ikke belønning eller straff for å jobbe. Indre motivasjon er en motivasjon som gir psykologisk tilfredsstillelse til individet (Asbjørnsen, Manger og Ogden 1999).

Ved ytre motivasjon finnes det ikke interesse for aktiviteten i seg selv, men en er mest opptatt av hva en vil tjene ved å holde på med den. Denne type motivasjon er sett i sammenheng med synlig belønning eller sosial karakter (Asbjørnsen, Manger og Ogden 1999).

## **4.0 Metode**

### ***4.1 Inkluderings/ekskluderings kriterier***

Inkluderingskriterier for våre artikler var at det var evidensbasert forskning og gav svar på våre problemstillinger. Vi ville ha artikler som kunne bedømmes til god kvalitet, og derfor brukte vi kvalitetsbedømmingsskjema. Vi brukte Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sitt skjema for kvantitativ metode og for kvalitativ metode, som ligger som vedlegg 2 og 3. Vi ville ha artikler som omhandlet pasienter som var diagnostisert med lidelsen moderat eller alvorlig depresjon. Den pasientgruppen vi har valgt å fokusere på er voksne mennesker, grunnen til dette er at det er disse som er mest forsket på. Artikler skulle være skrevet på nordisk eller engelsk, på grunn av at dette er de språkene vi behersker. Vi hadde i utgangspunktet bestemt oss for å bruke nyest mulig forskning, og da ikke eldre enn 5 år. Artikler som omhandlet pasienter med tilleggsdiagnoser, som for eksempel pasienter med kreft og depresjon, var et ekskluderingskriterium for vår litteraturstudie.

I den første problemstillingen vår som omhandler effekten av fysisk aktivitet var vi mest på utkikk etter kvantitative artikler, fordi dette er en forskningsmetode som befatter seg med tall og det som er målbart. Kvantitativ forskningsmetode beskriver et fenomen (Dalland.2007). I og med at vi vil finne ut om det hadde effekt, og ikke pasientens eller sykepleierens opplevelse, var kvantitative forskningsartikler det som antageligvis ville gi best svar på problemstillingen.

For å beskrive sykepleietiltak som kunne være aktuelle, tenkte vi også her at kvantitative forskningsartikler var det mest aktuelle. Grunnen til dette er at også her ville vi gjerne ha tall på hva som virker, og gjerne sammenligne tiltak. Likevel kunne det være interessant og høre både sykepleiere og pasienters opplevelse rundt fysisk aktivitet, og sykepleietiltak som eventuelt virker. Når vi i denne problemstillingen skriver at vi vil finne sykepleietiltak som kan iverksettes for å hjelpe de *til* fysisk aktivitet, mener vi hva vi kan gjøre både for å få de til å starte med aktivitet og også fortsette med å være aktive.

### ***4.2 Datainnsamling***

Vi hadde planlagt å bruke god tid på søkingen, i og med at forskningsartiklene er en stor del av oppgaven. Det ble gitt veiledning i hvordan man skulle søke i de forskjellige databasene som Høgskolen i Molde har tilknytning til. Vi ville fokusere mest på databaser

som rettet seg spesielt mot helse, som SveMed+, PsykInfo(OVID), Proquest nursing Journals og Norart. Disse databasene ble vi anbefalt å bruke av veileder. Bortsett fra disse søkemotorene ble det brukt litteratur fra biblioteket til Høgskolen i Molde.

Det ble enighet om en del søkeord som var relevante og aktuelle i forhold til vår studie og hensikt. De søkeordene som ble brukt var depression, physical activity, effect, treatment, intervention, motivation.

PICO skjemat hjelper til med å lage gode spørsmål og til å systematisere spørsmålelementene (Nortvedt et al. 2007). Vi brukte dette skjema for å forberede oss til søket og for å sortere de ulike elementene i problemstillingen, se vedlegg 1. Vi brukte trunkering i søkene våre som gjorde at søket ble mer åpent, og gjorde at det ble søkt på forskjellige varianter av ordene. Det ble kombinert flere søkeord, og vi valgte som tidligere nevnt å avgrense søkene med alder på artiklene.

Det ble delt på søkingen, ved at vi søkte på hver vår database. Vi kombinerte flere søkeord i et søk, men likevel kom det for mange treff opp til at vi kunne gå gjennom alle. Når vi startet søkingen trodde vi at ved bruk av flere søkeord, skulle til slutt bare stå igjen med noen hundre artikler som var relevante for oss. Sånn var det ikke, og vi måtte bare begynne å se igjennom funnene våre. Selv om vi fikk uendelig mange søk begynte vi til slutt bare å lese gjennom abstrakter. Vi leste gjennom abstraktene til de artiklene vi mente kunne være aktuelle. Selvsagt var det umulig å rekke gjennom alle artiklene som dukket opp, men etter hvert fikk vi mange nok artikler som vi mente var av god kvalitet og som svarte på vår problemstilling. Etter at abstraktene var lest ble de enten forkastet eller beholdt. De vi mente kunne brukes, måtte enten bestilles ved biblioteket eller de kunne skrives direkte ut. Vi leste de så i fulltekst og brukte kvalitetsbedømmelsesskjema for å avgjøre om de fylte kravene til å bli med i vår litteraturstudie.

Det ble prøvd ut forskjellige søkemotorer, men flest resultater var det på var ProQuest og OvidSp. Vi brukte i tillegg Nordart, SweMed+ og cochrane, men fant ingen relevante artikler der.

Vi startet å søke 15.03.09 og søkte nesten hver dag i to uker. Vi tok så opp i igjen søket 05.08.09 og søkte igjen nesten hver dag i to uker. Vi tok så en pause i søkingen og startet opp igjen den 05.10 med to nye uker med søking. Etter denne datoen søkte vi ikke etter nye artikler, men fant derimot artikler fra oversiktsartikler gjennom manuelt søk.

Under finnes det en tabell som viser hvilke søkeord som ble brukt og hvor mange treff de forskjellige søkene fikk. Det er også opplyst om hvor mange abstrakter vi leste, hvor

mange hele artikler vi leste og til slutt hvor mange artikler vi inkluderte i oppgaven vår. Tabell 1 inneholder funnene vi har fra Ovid Psykinfo og tabell 2 viser funnene våre fra ProQuest Nursing Journals. Vi har valgt å ta med bare de søkene som resulterte i inkluderte artikler og våre funn.

<b>Tabell 1</b>						
Dato	Søkeord Ovid PsykInfo	Kombinasjon	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
15.03.09	1 Depression		16057			
18.03.09		2 Physical activity	8664	19	2	1
18.03.09		3 Nurse	9670	32	4	0
23.03.09		4 Effect	8290	10	4	1
		6 Treatment	3025	40	3	0
		7 Intervention	11879	29	0	0
		1,6 & 8	6245	23	6	1
		1,2 & 3	6774	16	3	1
		1,4 & 7	10557	17	2	1

<b>Tabell 2</b>						
	Søkeord ProQuest nursing journals	Kombinasjon	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
15.03.09	1 Depression		96093			
		2 Effect	14503	22	8	1
		3 Treatment	18160	19	0	0
		4 Exercise	1721	33	7	0

		1,3 & 4	290	4	1	1
--	--	---------	-----	---	---	---

Tre av våre artikler ble funnet gjennom oversiktsartikler. Disse oversiktsartiklene ble funnet gjennom søk i databasen proquest nursing journals, med søkeordene depression AND physical activity. For å finne artiklene som stod i kildelisten til oversiktsartikkelen, ble det utført et manuelt søk. Det gjorde vi å gå inn på skolens datasystem, bibsys ask. Der søkte vi etter tidsskriftet som artiklene var i og fant på denne måten artiklene.

Som nevnt var et av kriteriene for forskningsartiklene at de var av bra kvalitet. Kvalitetsbedømmingen av forskningsartiklene, skjer ved bruk av to forskjellige skjema. Ett for kvalitativ metode og ett annet for kvantitativ metode. Først blir artiklene lest gjennom nøye, deretter følges skjema og det blir krysset av for hvor bra de ulike delene av artikkelen er. Det konkluderes med bra, middels eller dårlig. Alle våre ti artikler ble vurdert til bra, ved hjelp av kvalitetsbedømming skjemaet.

### ***4.3 Bearbeiding av datamaterialet***

Samtidig som artiklene ble lest nøye gjennom skrev vi de samtidig inn i en tabell der hvor hver enkelt artikkel sin hensikt og hovedfunn ble nedskrevet. Vi fikk da oversikt over funnene våre og hvordan de kunne brukes i vår oppgave.

Etter at vi hadde det nesten klart hvilke artikler vi ville ta med, begynte vi på resultatdelen. På grunn av at vi har to problemstillinger, ble både resultat og diskusjon delt opp i to. Noen av forskningsartiklene sa noe om begge problemstillingene, og da ble også artikkelen brukt i begge delene. Vi delte resultatdelen inn i temaer, for å få bedre oversikt. På denne måten ble det lettere å sammenligne artikler med hverandre. Etter hvert som vi kom godt i gang med diskusjonsdelen, ble det lagt merke til at vi hadde for mange artikler som omhandlet et tema og for lite på et annet. Dette førte til forandringer underveis, og noen ble forkastet og noen lagt til. Mens vi skrev resultatdelen, startet vi samtidig på diskusjonsdelen. Dette gjorde vi på grunn av at da slapp vi å gå gjennom en artikkel så mange ganger. Også i diskusjonsdelen delte vi opp i temaer, men med litt andre formuleringer enn i resultatdelen. Denne oppdelingen med temaer gjorde oppgaven mer strukturert.

## **5.0 Resultat**

Vi ville med denne litteraturstudien finne ut hvilken effekt fysisk aktivitet har på pasienter med depresjon og hvilke sykepleietiltak som kan iverksettes for hjelpe pasienter med depresjon til fysisk aktivitet. Vi har systematisert resultatet i to deler, den første omhandler effekten og den siste tar for seg sykepleierens rolle i forhold til fysisk aktivitet.

### ***5.1 Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon?***

#### **5.1.1 Gir en god korttidseffekt**

Funn fra to av de forskningsartiklene vi har med i vår litteraturstudie viser at fysisk aktivitet gir god korttidseffekt til pasienter med depresjon.

Knubben et al. (2007), evaluerer korttidseffekten av trening til 38 pasienter med alvorlig depresjon. Treningsgruppen fikk et treningsprogram som gikk ut på å gå med rask puls i 10 dager, mens placebogruppen skulle ha lav intensiv trening, strekking og avslappende øvelser. I denne studien ble det brukt scorings systemer for lettere å registrere effekten (BRMS, CES-D). BRMS er en objektiv score, mens CES-D er deres egen opplevelse av deres tilstand. Etter 10 dager var reduksjon av depresjon score i treningsgruppen vesentlig større enn i placebogruppen (BRMS: 36 % v 18 %: CES-D: 41 % v 21 % ).

Resultatet ble ganske likt i forskningsprosjektet til Dimeo et al. (2001), som beskriver korttidseffekten av et treningsprogram til 12 pasienter med moderat til alvorlig depresjon. Pasientene gikk gjennom et treningsprogram som innebar bruk av tredemølle med et intervallprogram i 30 minutter for 10 dager. Etter endt treningsprogram, var det en relevant og vesentlig forandring hos pasientene. "Hamilton Rating Scale for Depression" ble brukt, og de hadde en nedgang fra 19,5 til 13,0. Selvopplevde symptomer gikk ned fra 23,2 til 17,7. Konklusjonen på deres studie ble at trening kan redusere symptomer betydelig på alvorlig depresjon for en kort tid.

### **5.1.2 Fysisk aktivitet kan sammenlignes med effekten av medisiner**

Fysisk aktivitet viser seg å kunne sammenlignes med effekten av medisiner, og etter lang tid med trening kan man se at fysisk aktivitet har en god effekt.

Hensikten med Blumenthal et al. (2007) sitt forskningsprosjekt er å sammenligne effekten av fysisk aktivitet sammenlignet med antidepressive medisiner og i forhold til placebo grupper. Deltagerne i denne studien var 202 voksne, tilfeldig utvalgte med diagnosen alvorlig depresjon. De ble delt opp i fire grupper: overvåket gruppetrening, hjemmebasert trening, antidepressiv medisiner og placebo tabletter. Pasientene som var med i den første gruppen hadde tre gruppetreninger i uken med høy intensitet i 16 uker. De som trente hjemme fikk et hjemmebesøk før start, og beskjed om å følge det samme treningsopplegget som de i den første gruppen. De som trente hjemme ble kontaktet over telefon noen få ganger i løpet av perioden. De ble vurdert både før og etter treningen ved hjelp av HAM-D scale. Resultatet var at etter fire måneder med behandling kunne 41 % av deltagerne ikke lenger klassifiseres som alvorlig deprimerte. Resultatene for hver gruppe var: Overvåket trening: 45 %, hjemmebasert trening: 40 %, medisiner: 47 % og placebo: 31 %. Konklusjonen deres var at effekten av fysisk aktivitet kan sammenlignes med effekten av medisiner, og begge har en bedre virkning enn placebo.

Også i Faulkner og Biddle (2002) sin studie kommer det frem at fysisk aktivitet har en god effekt hos pasienter med depresjon. Dette er den eneste kvalitative studien som er med i vår studie, der hvor sykepleierne som deltar mener at fysisk aktivitet er bra for pasientene. De mener at fysisk aktivitet har en distraherende effekt, og at sosial interaksjon kan være like bra som selve treningen. I Faulkner og Biddle (2002) sin studie blir det beskrevet på denne måten av noen av sykepleierne som deltok:

We do notice that the ones who are more physically active tend to recover quicker. Even after serious illness, they get back into the swing of things. I think people feel quite positively about that, that when people return back to the ward (after being active), they say they feel more awake, more alert, you know, their headaches have gone, also feeling it's a positive time to speak with members of staff as well (Faulkner og Biddle 2002).



### 5.1.3 Høy intensitet gir best resultater

Konklusjonen i både Dunn et al. (2005) og Singh et al. (2005) er at det er sammenheng mellom grad av intensitet i treningen og effekten av treningen.

Dunn et al. (2005) sin studie hadde som hensikt å teste om trening er en effektiv behandling for depresjon. I tillegg ville de finne ut om det er sammenheng mellom trening og reduksjon av depressive symptomer.

De ble delt opp i fire grupper, med forskjellig energiforbruk. Den første gruppen fulgte det som var i følge artikkelen helseanbefalingen (17,5 kcal/kg/uke), trening enten tre eller fem ganger i uken. Den andre gruppen ble kalt lav dose (7,0 kcal/kg/uke), og de ble også delt opp til enten å trene tre eller fem dager i uken. Det ble også laget en kontrollgruppe som trente tre dager i uken, med avslappende strekkeøvelser. De brukte "Hamilton Rating Scale for Depression" til å måle grad av depresjon. Etter 12 uker var resultatet vesentlig reduksjon i HRSD. De som trente med helseanbefalingen (høyest intensitet) hadde en reduksjon på 47 % og de med lav intensitet hadde en reduksjon på 30 %. De som var i kontrollgruppen hadde en reduksjon på 29 %. Det var ingen forskjell på effekt med tanke på forskjellig frekvens av treningen. Konklusjonen i deres studie ble at trening lik helseanbefalingen er en effektiv behandling for depresjon, mens lavdose trening er lik placebo effekten.

Singh et al. (2005) sin studie viser til like resultater som Dunn et al. (2005), hvor høy intensitet gir bedre resultater enn lav intensitet. De hadde på samme måte delt pasientene opp i to grupper, en med lav intensitets trening og en med høy. Treningsprogrammet deres pågikk i åtte uker. De hadde i tillegg en gruppe som fikk "standard care by a general practitioner in depressed elderly persons" (Singh et al. 2005, 768).

I norske forhold kan dette tilsvare tilsyn av allmennlege til blant annet medisiner, samtaler og henvisninger til psykolog. I denne studien ble det også brukt Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) for å gradere symptomer på depresjon. De trente tre ganger i uken under overvåkning, i åtte uker. Litt ulik de andre studiene som blir brukt i denne litteraturstudien, ble det brukt treningsapparater med fokus på de store muskelgruppene, istedenfor tredemølle. De som trente med høy intensitet hadde en forandring som var nesten over det dobbelte, enn på de som hadde behandling hos allmennlege med medisiner, samtaler og henvisninger til psykolog. De hadde også bortimot 20 % mer forandring i forhold til de med lav intensitet. Det var ingen vesentlig forskjell på lav intensitet og de som gikk til allmennlege, dette resultatet er altså ganske likt det som Dunn et al. (2005)

fant i sin studie, der det også var nesten 20 % forskjell på høy og lav intensitet. Singh et al. (2005) målte også forandringer i livskvalitet og søvnkvalitet, disse hadde størst økning ved høy intensitet, men forandringene var også store ved lav intensitet.

#### **5.1.4 Gir en god langtidseffekt**

Seks måneder etter avsluttet trening var nesten alle blitt friske, og konklusjonen i en av studiene ble at fysisk aktivitet også har en god langtidseffekt.

Babyak et al. (2000) sin studie hadde som hensikt å undersøke effekten av trening, og i tillegg langtidseffekten. 156 pasienter med alvorlig depresjon var med på et 4 måneders langt treningsprogram, HRSD var også et av scoringssystemene som ble brukt her. De ble delt opp i tre grupper og ble enten behandlet med trening, medikamenter eller begge deler. Treningen foregikk tre ganger i uken i 16 uker, de trente i 45 min med oppvarming og avslutning. Mye av treningen foregikk enten på ergometersykkel eller tredemølle med høy intensitet. Resultatet viste at etter fire måneder var det en vesentlig effekt av treningen i alle tre grupper. 60,4 % av de som trente, 65,5 % av de som fikk medisin og 68,8 % av de som gjorde begge deler, oppfylte ikke lenger kravene til å ha diagnosen alvorlig depresjon. Seks måneder etter avsluttet trening ville de finne ut hvor mange som var blitt friske. Av de som trente var nesten 90 % blitt friske og under 10 % falt tilbake. Av de som fikk medikasjon var nesten 60 % blitt friske og rundt 40 % hadde falt tilbake. På den siste gruppen med kombinasjonen var det litt over 60 % som var blitt friske og rundt 30 % som hadde falt tilbake. I alle tre gruppene var det nesten like antall av de som var blitt delvis friske, rundt 10 %.

Babyak et al. (2000) slår til slutt fast at deres funn viser at et moderat treningsprogram (for eksempel tre ganger per uke med 30 minutter på 70 % av maksimal hjertefrekvens) er effektivt for pasienter med alvorlig depresjon.

Konklusjonen blir altså at fysisk aktivitet også har en god langtidseffekt.

## ***5.2 Hvilke sykepleietiltak kan iverksettes for å hjelpe en pasient med depresjon til fysisk aktivitet?***

### **5.2.1 Indre motivasjon gir best resultater**

Selv om mange pasienter kanskje trener aktivt mens de er i institusjon, kan det være ei utfordring å fortsette etter utskrivelse. I Sogn og Fjordane ble det gjennomført et prosjekt med å utdanne treningskontakter, som var en ny form for støttekontakter.

Treningskontaktene skulle ta med pasientene ut på aktiviteter som svømming, treningscenter, turgåing, klatring og jogging. Målet var at pasientene etter hvert skulle ta ansvar for treningen selv. Klientene gav uttrykk for at fysisk aktivitet var nyttig på flere plan. De kjente at de fikk økt fysisk kapasitet, bedre selvfølelse og mindre psykiske symptomer. De følte at starthjelp var viktig for etablering av gode vaner (Skrede et al. 2006).

Ussher et al. (2007) ville finne mer ut av hvilke interesser psykiatriske pasienter har rundt fysisk aktivitet. 120 pasienter ble intervjuet om deres meninger om fysisk aktivitet, grunner til å ikke trene og andre faktorer med tanke på fysisk aktivitet. Resultatet fra denne studien var at pasientene trente mindre enn den generelle befolkningen. Pasientene følte liten selvtillit i forhold til deres evne til å trene, spesielt når de var trist eller stresset. Halvparten av deltagerne hadde tro på fysisk aktivitet og ville bli mer aktive. Flesteparten trodde at de ville ha blitt mer motivert til å trene visst de hadde snakket med en instruktør eller ble anbefalt trening av en lege.

Ytre motivasjon som man får for eksempel gjennom legens anbefalinger, gir i følge Marit Sørensen (2006) lavere grad av fysisk aktivitet enn indre motivasjon som man får fra positive opplevelser fra aktiviteten selv. De som hadde en indre motivasjon hadde veldig høye odds for å være fysisk aktive. Hvor mye de psykiatriske pasientene trente var avhengig av hvilken type motivasjon de hadde og hva som var grunnene til at de trente. I artikkelen ble det brukt en del engelske ord, som vi ikke finner gode oversettelser på. Bruker derfor forfatterens ord, som vi vil forklare nøye. Sørensen (2006) skriver om det hun kaller "self-schema", dette er kognitive strukturer som påvirker vår bearbeiding om informasjon om oss selv, og selvregulerende prosesser når det kommer til motivasjon. Teorien går ut på at mennesker har "self-schemas" på ting som er viktige for oss, de som er fysisk aktive og har "self-schemas" øker oppmerksomheten og informasjon rundt

aktivitet og blir enda mer aktive. De som ikke har "self-schema" ser ikke på dem selv som fysisk aktive, og de som er "aschematic" ser heller ikke trening som viktig for deres selvbilde. 58,7 % hadde et "self-schema", 31,5 % hadde ikke "self-schema", og 9,8 % var "aschematic". Det var stor sannsynlighet at de som hadde "self-schema" ville fortsette å være fysisk aktive.

### **5.2.2 Mange grunner til frafall og manglende utbytte av fysisk aktivitet**

Hensikten med Herman et al. (2002) sin forskning var å finne årsaker til frafall eller manglende utbytte hos pasienter med depresjon ved behandlingsformer som trening, medisinerer eller en kombinasjon av begge. Denne studien er en fortsettelse av Blumenthal et al. (1999) som hadde som hensikt å vurdere effektiviteten av et aerobisk treningsprogram, sammenlignet med medikasjon eller med trening kombinert med medikasjon. De ville undersøke hva som var den beste behandlingen av alvorlig depresjon for 156 eldre (over 50 år) pasienter. Resultatet var at alle gruppene viste vesentlig og lik reduksjon i symptomer på depresjon. Pasienter som får medisin alene får den raskeste virkningen, pasienter med mindre alvorlige symptomer som får kombinasjonsbehandling av både trening og medisinerer viste en raskere virkning enn de med i utgangspunktet mer alvorlige symptomer.

Innen de 16 ukene treningsprogrammet varte, hadde 32 pasienter falt fra. Det var 14 i treningsgruppen, 7 i gruppen som fikk antidepressive og 11 i kombinasjonsgruppen. Grunner til at de ville trekke seg var i følge pasientene selv: n12: praktiske problemer med å komme seg på trening, n10: bivirkninger av medisin, n7: misfornøyd med treningsopplegget og n3: misfornøyd med gruppen de ble valgt til. Det ble funnet ut at pasientene som hadde høy grad av angst var de som oftest falt fra.

### **5.2.3 Sykepleierne er positive, men vet for lite om fysisk aktivitet**

I Faulkner og Biddle (2002) sin studie ville de finne ut hva de mest vanlige oppfatningene rundt fysisk aktivitet var. Derfor gjorde de en kvalitativ studie med 12 psykiatriske sykepleiere, hvor sykepleierne ble intervjuet rundt temaet fysisk aktivitet og depresjon.

Temaene som Faulkner og Biddle (2002) ville ha svar på ble delt inn i tre hovedoverskrifter.

- Tror sykepleierne at fysisk aktivitet har en effekt på deprimerte pasienter?

Alle sykepleierne var positive til at fysisk aktivitet kan spille en rolle innenfor behandling til pasientene. De fleste av sykepleierne i studien mente at grunnen til at fysisk aktivitet har effekt på depresjon, er at det flytter fokuset fra blant annet institusjon og tunge tanker. Det distraherer de fra hverdagen og reduserer blant annet dårlig humør, sinne, angst og stress, det sosiale ved trening ble også sett på som en positiv effekt. Fysisk aktivitet ble ikke sett på som å gi noen behandling utover distraksjon og det positive ved sosial interaksjon. De mente også at fysisk aktivitet var noe bra å fylle tiden med mens de var innlagt i institusjon.

- Har sykepleiere noen gang brukt fysisk aktivitet som behandlingsmåte i jobben sin?

Det kommer ikke frem noe klart svar på om de ofte brukte fysisk aktivitet som behandlingsmåte, men det blir sagt at mye av fokuset og tiden går til sikkerhet og å forebygge selvmord, så fysisk aktivitet blir nedprioritert.

- Hvordan kan man motivere og anbefale fysisk aktivitet til deprimerte pasienter?

Alle i studien har anbefalt fysisk aktivitet til deprimerte pasienter. Noen har tilfeldigvis nevnt det, mens noen nevner det hver dag. Det var mest vanlig å anbefale å gå en tur, men de fleste kunne ikke beskrive hvordan eller hva de anbefalte. Alle i studien mente at fysisk aktivitet burde blitt mer anbefalt, og at det kan være sykepleiere og ikke bare fagfolk spesialisert på trening som promoterer dette. Sykepleierne mente at trening var en livsstil og de som trente før de ble syke ville fortsette nå. De som ikke trente før, ville heller ikke begynne nå.

I Faulkner og Biddle (2002) sin studie kom det frem at sykepleierne mente at de selv jobbet med et holistisk syn. Forfatterne av studien tvilte på det på grunn av at de fokuserte mye på medisiner, og dette viste at de heller delte opp kropp og sjel. Sykepleieren klarte ikke å forklare hva de mente med at hode og sjel måtte jobbe sammen.

## 6.0 Metodediskusjon

Etter hvert som vi startet å søke å lese gjennom artikler, la vi merke til at det var irrelevant for oss å ta med i hvilken grad depresjonen var. Dette fordi tiltakene vi fant kunne brukes både hos dem som var rammet av mild, moderat eller alvorlig depresjon. Vi fant artikler som omhandlet psykiatiske pasienter, der hvor depresjon ikke bare var den eneste diagnosen. Vi valgte å ta med to av disse, men var derimot veldig kritisk når vi tolket resultatet. Grunnen til dette er at depresjon er en veldig spesiell diagnose i forhold til fysisk aktivitet, og det kan være ekstra tungt å begynne med fysisk aktivitet for de som er deprimerte. Vi fant artikler fra hele verden og har derfor vurdert om de er overførbare til norske forhold. Både depresjon og syn på fysisk aktivitet kan være annerledes fra land til land. Det som hadde vært mest ønskelig hadde selvfølgelig vært forskning bare fra Norge. Vi fant lite norske artikler, men på grunn av at funnene er ganske like i alle artiklene, velger vi å tro at de er overførbare til norske forhold.

Depresjon og behandlingsmetoder kan ha forandret seg over tid, ved at kanskje innstillingen til fysisk aktivitet er annerledes nå enn den var for lenger tid tilbake. Vi valgte derfor å avgrense søket vårt til artikler som ikke var eldre enn 2004. Noen av de artiklene vi fant, men som ikke har blitt brukt, var oversiktsartikler. Gjennom disse artiklene fant vi noen artikler som var eldre enn det vi først hadde tenkt. Disse tre artiklene ble derfor gjennomgått ekstra nøye, med tanke på at de kunne være for gamle og ikke være like relevant som nyere forskning. Grunnen til at de likevel ble tatt med, var at de belyste temaer som vi ville ha med og de viste samme resultat som de av nyere dato.

Den første artikkelen av Herman et al. (2002), er den eneste artikkelen vi fant som omhandlet frafall når det gjelder fysisk aktivitet. Vi syntes dette var et interessant tema, og har tatt i betraktning når vi drøftet at denne artikkelen er noe eldre, og at noe kan ha forandret seg.

Den andre artikkelen som ble inkludert i studien på tross av alderen var en studie fra Faulkner og Biddle (2002). Dette er vår eneste kvalitative artikkel. Denne artikkelen er med på å svare på begge våre problemstillinger, både effekten og hvilke sykepleietiltak som kan settes i verk. Meninger og syn på fysisk aktivitet kan ha forandret seg den siste tiden, og det blir kanskje lagt mer vekt på fysisk aktivitet som behandlingsmetode nå. Dette er grunner til at vi har vært kritisk til å bruke den og trekke likheter med i dag. Likevel har vi valgt å ta den med fordi det var en artikkelen av god kvalitet.

Den siste artikkelen vi valgte å ta med er Dimeo et al. (2001). Denne brukt på tross av sin alder fordi den viser det samme resultatet som en av de nyere artiklene. Denne artikkelen og Knubben et al. (2007) er ganske like, både med fremgangsmåte og resultatet. Dette kan tyde på at forskningsresultatene er stabile, noe som også er et interessant funn. Vi valgt å ha med to ganske like artikler, for å kunne vise at det ikke var bare *en* forskergruppe som hadde funnet effekt.

Når det gjelder vår søkehistorikk er vi ikke helt fornøyde. Vi fant veldig mange treff og har i ettertid spekulert mye på om det var fordi vi ikke søkte på rett måte. I vår søkehistorikk har vi valgt å ta med bare de treffene som fører til vårt resultat. Vi fikk treff på alt for mange artikler til å gå gjennom alle og vi kan derfor ha gått glipp av mange gode artikler. Ettersom det var så mange artikler uansett hvordan vi kombinerte, måtte vi bare starte med å gå gjennom de. Det virket som at de mest relevante artiklene kom først og at dette kan ha gjort at vi likevel fant så mange gode artikler. Det var selvsagt umulig for oss å gå gjennom så mange treff, men vi fant etter hvert nok artikler som vi var veldig fornøyde med. Likevel kunne vi ha ønsket å finne litt flere artikler som går på sykepleiertiltak. I mange av de artiklene vi leste stod det at effekten var det veldig mye forsket på, men hvordan man kan få pasienter med depresjon i aktivitet er det mindre forsket på. Vi synes likevel at de artiklene vi har svarer på vår problemstilling, men hadde vi søkt på annen måte kunne vi kanskje funnet flere interessante funn. At vi har så mange treff kan gjøre at vår litteraturstudie ikke er ettersøkbar, og dette er noe vi er lite fornøyde med. Vi mener at vi har søkt på rett måte, men hadde vi skulle søkt på nytt hadde vi nok hatt en ny time med veileder på biblioteket for å være helt sikre. På grunn av at vi har funnet nok artikler som svarer tilfredsstillende på vår problemstilling, er dette ikke noe vi velger å bruke tid på i etterkant.

## **7.0 Resultatdiskusjon**

### ***7.1 Hvilken effekt har fysisk aktivitet på pasienter med depresjon?***

#### **7.1.1 God korttidseffekt eller svingninger i humøret?**

Dimeo et. al (2001) beskriver korttidseffekten av et treningsprogram på deprimerte pasienter. Deres treningsprogram varte bare i 10 dager, noe som kan være med på å gjøre resultatet litt usikkert. Det kan tenkes at pasienter med depresjon kan oppleve litt svingninger i humøret. I denne studien var det ikke med en kontrollgruppe, og det kan derfor være vanskelig å helt sikkert slå fast at det var treningen som var grunnen til at pasientene ble friskere. Det kan også være på grunn av følelse av kroppskontroll, distraksjon fra depressive tanke og menneskelig kontakt. I følge Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) er randomiserende kontrollerte studier den beste forskningsmetoden for å kunne si om en viss metode har effekt. Man bruker da kontrollgrupper som er tilfeldig utvalgt Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006). Likevel ble det registrert så stor forbedring på de fleste som var med, og selv uten kontrollgruppe, må de nok kunne konkludere med at fysisk aktivitet har en effekt for pasienter med depresjon. Når det i Knubben et al. (2007) sin studie ble brukt kontrollgrupper med samme menneskelig kontakt og distraksjon fra depressive tanker som i treningsgruppen viser det at det er selve treningen som gir resultater.

Som nevnt varte deres treningsprogram i 10 dager, og det er interessant å se at resultater kan komme så raskt. Grunnen til at vi synes det er et interessant funn er at da kan en stor innsats over kort tid også gi resultater. I de fleste andre forskningsartiklene som blir brukt i denne litteraturstudien, varer treningen over lenger tid.

Effekten av antidepressiva oppnås etter 2-4 ukers behandling, med ytterligere bedring ved fortsatt behandling (Felleskatalogen 2009). 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 trening gi virkninger raskere enn medisiner. Fysisk aktivitet kan brukes som en alternativ eller supplerende behandling for alvorlig depresjon de første 3 ukene inntil antidepressive medisiner gir effekt. Likevel kan man også fortsette med treningen etter at virkning av medisiner kommer.



På tross av disse spekulasjonene mener vi at funnene helt klart viser at fysisk aktivitet gir en god korttidseffekt. Det kan selvsagt være mulig at det kom av naturlige svingninger i humøret, men på grunn av at to artikler viser det samme mener vi at det er mindre trolig.

### **7.1.2 Dårligere resultat uten sosial interaksjon**

I følge Blumenthal et al. (2007), viser resultatet at hjemmebasert trening gir et dårligere resultat enn trening med tilsyn. Det kan være flere årsaker til dette. De som trente hjemme hadde kanskje en dårligere innsats og sløyfet flere av treningene, uten at det ble registrert. Det var kun tre som falt fra av de som trente hjemme og 10 hos de som deltok på trening som ble oppfulgt ved hjelp av kameraovervåkning. Grunnen til dette kan være at deltagerne ikke ble regnet som frafall før de avsluttet resten av programmet og ikke bare noe av øktene. Da ble det lettere for de som trente hjemme å ikke ”snike seg unna”, uten å bli registrert som frafall.

I en studie gjort av Dunn et al. (2005) ble det lagt vekt på at deltagerne ikke skulle bli påvirket av sosial interaksjon. De trente hver for seg uten kontakt med andre pasienter, og ble bare fulgt med på gjennom videoovervåkning. Dette er annerledes fra Knubben et al. (2007) sin studie der de trente sammen, noe som da kan påvirke resultatet. I studien til Singh et al. (2003) trente de i grupper på 1-8 pasienter. Dette kan føles som positivt for deltagerne, de føler de er en del av et fellesskap og sosial interaksjon kan påvirke de positivt. Dette kan påvirke forskningsresultatet med tanke på at man ikke bare ser effekten av trening.

Når man skal svare på om fysisk aktivitet har en god effekt på pasienter med depresjon må man derfor også tenke på om treningen er hjemmebasert eller fastlagt trening sammen med andre. Selv om hjemmebasert trening gav litt dårligere resultater enn trening med tilsyn, kan vi helt klart si at fysisk aktivitet har en god effekt ved fysisk aktivitet over lengre tid.

### **7.1.3 Positiv innstilling kan gi bedre effekt**

Noe som vi har tatt høyde for når vi har sett på funnene våre er både placeboeffekten og utvelgelsesmetoden som har blitt brukt. Selv om dette kan påvirke resultatene i noen grad, er likevel heller ikke det noe vi mener kan motbevise at fysisk aktivitet gir en god effekt til pasienter med depresjon.

Blumenthal et al. (2007) sin artikkel var effekten av trening i forhold til placebo ikke så veldig forskjellig, med 45% og 31% . Dette kan komme av at ved bruk av placebo-piller forventer pasientene resultat, og effekten kommer deretter. Placeboresponsen har økt de siste årene, i 2000 var responsraten i gjennomsnitt 29,7 % (Tidsskrift for Den norske legeforening nr 16/2002).

Hadde de derimot brukt kontrollgrupper, som Knubben et al. (2007) kunne funnene blitt annerledes. De som eventuelt hadde vært i kontrollgruppene hadde ikke ventet noe resultat i samme grad som de som fikk placebo medisin, og effekten av fysisk aktivitet hadde kommet bedre frem. I Singh et al. (2003) sin forskning ble også placebo effekten diskutert. Lav intensiv trening gav en reduksjon på depressive symptomer med 29%, noe som kan tyde på at det bare hadde en placebo effekt.

I studien til Antunes et al. (2005) ble det vist at det var stor effekt av fysisk aktivitet hos deltagerne i den eksperimentelle gruppen, og det var ingen effekt i kontroll gruppen.

I de fleste studiene som ble brukt i denne litteraturstudien ble deltagerne plukket ut på samme måte. I Singh et al. (2003) sin studie sendte 42 allmennleger brev til 13,341 pasienter over 60 år. Dersom de var interesserte skulle de fylle ut og levere tilbake et skjema, som inneholdt blant annet et scoringssystem som viser grad av depresjon. Bare 14 % av de som ble kontaktet sendte svar, og da var altså 86 % ikke interessert. Videre gikk de gjennom en utvelgelsesprosess med telefonintervju, personlig intervju og tilslutt ble noen tilfeldig utvalgt. Ved at de selv fikk melde seg på kan være med på at de som har trua på å bli friske og de som er positiv til fysisk aktivitet blir med i undersøkelsen. Dette bør være med til vurdering når resultatet blir lest av.

Også Babyak et al. (2000) brukte omtrent den samme måten, hvor det ble lagt ut en annonse. I annonsen søkte de etter deprimerte pasienter til treningsterapi for depresjon. De som svarte på denne annonsen var på samme måte som i Singh et al. (2003) sin artikkel positiv til fysisk aktivitet som behandling av depresjon, og dette gir kanskje et utvalg av deltagere som ikke er helt ønskelig.

#### 7.1.4 Langtidseffekten – vanskelig å kontrollere

Vi synes at studien av Babyak et al. (2000) er veldig interessant og den viser ikke bare effekten av fysisk aktivitet kort tid etter avsluttet trening, men også langtidseffekten. Derimot kan et sânt resultat ikke bare tolkes som en effekt av trening, men man må også tenke på at pasientene kan ha blitt friske på grunn av tidsforløpet. Det ideelle hadde kanskje vært en kontrollgruppe, men dette er mest trolig ikke gjennomførbart, fordi det kan være risikabelt å ikke gi pasienter noen behandling. Etter fire måneder viste treningen å ha nesten like stor effekt som medikamentell behandling. Det som vi syntes var uventet var at etter seks måneder var gruppen som både trente og ble medisinert den gruppen som kom dårligst ut. Færrest fra denne gruppen ble frisk, man skulle kanskje tro at ved å få trening på topp av medikasjon var bedre enn å bare trene eller bare motta medisiner, men slik var det ikke i denne studien. Det kan være flere grunner til det, en grunn kan være det at når de ble med på en studie med fysisk aktivitet, hadde de veldig stor tro på aktivitet og ikke så stor tro på medisiner. På denne måten gav trening i tillegg til den virkelige effekten et placebo effekt, fordi de hadde stor tro på dette. En annen årsak kan være at medisiner hemmer treningen på grunn av forskjellige bivirkninger. Forfatterne av studien Babyak et al. (2000) tror at grunnen kan være at noen av deltagerne i studien har dårlig tro eller ikke liker bruk av medisiner, og at de ble skuffet når de kom i gruppen som fikk medisiner isteden for trening. Noen av deltagerne hadde også uttrykt skuffelse av å ikke komme i gruppen som trente. I følge Babyak et al. (2000) er en av de positive psykologiske fordelene med systematisk trening utvikling av personlig mestring og positiv selvfølelse. Vi tror det er sannsynlig at dette vil spille en rolle i effekten av trening. Det kan tenkes at samtidig bruk av medisiner kan undergrave denne fordelen ved å prioritere et alternativ (Babyak et al. 2000). I denne artikkelen blir det beskrevet på denne måten:

I was dedicated and worked hard with the exercise program; it wasn't easy, but I beat this depression, patients might incorporate the belief that I took an antidepressant and got better (Babyak et al. 2000, 636).

Ellers kan det være vanskelig å si om det som ble registrert etter seks måneder er langtidseffekten av trening, eller om det er effekten av 10 måneder med trening. 48 % av de som var med på treningsprogrammet fortsatte å trene på egenhånd etter at de fire månedene var over. I følge Babyak et al. (2000), er det ofte sånn at når man føler seg

mindre deprimert, er det også mer sannsynlig at pasienten vil fortsette å trene. Og det å fortsette å trene vil gjøre det mindre sannsynlig å få tilbakefall av depressive symptomer (Babyak et al. 2000).

Noe annet som må tas med i betraktning når man tolker resultatene er at 15 % av deltagerne ikke var tilgjengelige for oppfølging seks måneder etter. Dette kan ha forandret resultatet begge veier, selv om 15 % antageligvis er for lite for å vippe resultatet.

### **7.1.5 Høy intensitet og nevrohormoner**

I både Dunn et al. (2005) og Singh et al. (2005) sine studier ble konklusjonen at trening med høy intensitet gir best resultater til pasienter med depresjon. Det kan sikkert være flere grunner til dette, men en av dem kan kanskje være nevrohormoner. Trening med høy intensitet kan vell sies å være kondisjonskrevende aktivitet og i følge Nina Jahren Kristoffersen (2001) øker hjernens produksjon av nevrohormoner ved denne typen trening. Endorfiner og enkefalin har samme virkning som morfin, ser ut til å være grunnen til de psykiske og mentalhygieniske virkningene av fysisk aktivitet (Kristoffersen 2001). Dette kan gjøre at man får lyst til å fortsette å trene og at man etter hvert også blir friskere.

## ***7.2 Hvilke sykepleietiltak kan sykepleiere iverksette for å hjelpe en pasient med depresjon til fysisk aktivitet?***

### **7.2.1. Motivere og støtte**

For å finne motivasjon til å begynne med fysisk aktivitet, må man antageligvis se grunnen til å begynne med aktivitet. Kjernen i all helsefremmende undervisning er å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene (Travelbee 2005). Derfor kan det være viktig å informere om effekten av fysisk aktivitet og andre tiltak som blir satt i verk. I følge Kristoffersen (2001) kan sykepleier prøve å inkludere pasienten ved at man gjør pasienten delaktig i sine observasjoner. Dette kan være med på å gjøre at pasientene prioriterer de

tiltakene som er viktigst. Når pasienten ser at de målene eller delmålene man har blir nådd, vil også motivasjonen øke ytterligere (Kristoffersen 2001). Et bra sykepleietiltak kan være å lage treningsprogrammer med mål og delmål i samarbeid med pasienten. Dette kan få pasienten til å bli litt mer motivert, når han selv får bestemme opplegg og planlegge hvordan han selv skal nå sine mål. Vi fant ingen forskningsartikler som omhandlet dette, og mener at dette kunne ha vært noe som kunne ha blitt forsket mer på.

For å motivere pasienter til å fortsette med trening etter utskrivelse, kan man altså skaffe treningskontakter. Dette avhenger av om det allerede finnes utdannede treningskontakter i nærmiljøet. Skrede et al. (2006) har gode erfaringer med dette, og pasientene ser på dette som starthjelp når de kommer hjem. Denne artikkelen valgte vi og ikke å ta med som forskningsartikkel på grunn av kvaliteten, likevel velger vi å nevne den som forslag til et sykepleietiltak.

I følge Blumenthal et al. (2007) sin studie, viser resultatet som nevnt at hjemmebasert trening gir et dårligere resultat enn trening med tilsyn. Dette kan være på grunn av manglende motivasjon og støtte fra andre. Det kan være lettere å trene dersom man er flere og har en time med fastsatt program. Man kan da få mer motivasjon og støtte.

Dunn et al. (2005) fant ut at resultatet av treningen gir resultater dersom man trener 30 min minst 3 dager i uken. Dette er også det som er helseanbefalingen ifølge artikkelen. Dette kan være med på å gi pasienter motivasjon til å begynne å trene, fordi det er en mengde som kanskje ikke virker så avskrekkende. Dersom man som sykepleier klarer å motivere pasienter til å ha litt intensiv trening minst 3 dager i uken kan det ha stor effekt.

Deltagerne som var med i studien til Ussher et al. (2007) mente at de ville ha trent mer dersom de hadde snakket med en instruktør eller at legen hadde anbefalt fysisk aktivitet. Sykepleierne som ble intervjuet av Faulkner og Biddle (2002) mente at ikke bare fagfolk som leger og spesialister, men også sykepleiere skal være med å promotere fysisk aktivitet. Her kommer altså tverrfaglig samarbeid inn, hvor både lege, sykepleier, fysioterapeut og eventuelt ergoterapeut kan samarbeide om for eksempel et treningsopplegg for pasienter med depresjon. Sørensen (2006) fant ut at ytre motivasjon som at legen eller andre anbefaler pasienten til å trene ikke gjør at pasienter trener mer. Det var indre motivasjon som var det beste for at de skulle fortsette å trene. Selv om eksterne forhold kan motivere et menneske til forskjellige aktiviteter, er den mest effektive motivasjonen den vi mennesker har i oss selv (Wilkinson 1997). Vi mener at leger og andre likevel ikke skal slutte å anbefale fysisk aktivitet på grunn av dette funnet. Dersom pasienter hører mange ganger at fysisk aktivitet har en bra effekt på depresjon, kan dette gjøre at de får en god

opplevelse når de trener. De føler kanskje at de gjør noe bra for seg selv og en indre motivasjon blir skapt.

I følge Kristoffersen (2001) har sykepleier ansvar for å observere og dokumentere pasienters behov for aktivitet og hvordan de mestrer det. Man observerer samtidig pasientens sinnsstemning og evne til tenking og problemløsning. Dersom man ser behov for det skal man undervise om aktivitet. Her bør man også samarbeide med andre faggrupper, man kan samarbeide med fysioterapeut og eventuelt ergoterapeut. Man må også sjekke med lege om det er ordinert noen begrensinger i fysisk aktivitet eller sengeleie. Dette teamet kan sammen planlegge innholdet i treningen, og alle er forpliktet til å veilede pasienten på den måten en har avtalt (Kristoffersen 2001).

I samme artikkelen av Ussher et al. (2007) rapporterte deltagerne at de hadde god tro på trening og at de likte å trene. Men innsatsen var lav i perioder de var triste eller stresset, de mente også at de mottok liten eller ingen støtte fra familie og venner. De rapporterte at de var motiverte for å begynne å trene mer regelmessig. Sykepleiertiltak for å inkludere familie og venner i behandlingen, kan være å arrangere nettverksmøter. Dette kan være en mulighet for pasienten til å fortelle hva han trenger mer støtte på og at for eksempel familie må være med å motivere mer. Lav selvtilit kan bli behandlet med for eksempel kognitiv terapi.

Indre motivasjon og å ha et "self-scheme" er sterkt relatert til å fortsette med fysisk aktivitet (Sørensen 2006). Forklaringen på et "self-schema" var at pasienten så på seg selv som en aktiv pasient. For å motivere psykiatriske pasienter er det viktig å jobbe for at fysisk aktivitet skal være noe de selv vil, ved å fokusere på de positive opplevelser fysisk aktivitet gir. I tillegg til dette er det viktig å prøve å skape et "self-schema" i pasienten (Sørensen 2006). Hvordan Sørensen tenker at en sykepleier kan gjøre dette er for oss litt uklart. Vi kan prøve å forandre deres syn på seg selv, og at de begynner å se på seg selv som aktive mennesker for å øke motivasjonen deres. Pasienter med depresjon har ofte liten tro på seg selv (Hummelvoll 2004). Dette kan gjøre at de selv ikke ser at de kan være aktive. Forteller vi dem hva de virkelig gjør og skryter av dem etter at de for eksempel har gått en tur, kan de begynne å se på seg selv som mer aktive. Deltagerne oppgav en indre motivasjon som den største grunnen til at de trente, flest gjorde det på grunn av helsen og nesten like mange på grunn av at aktivitet gav de en god følelse. De som trente på grunn av at trening gav de en god følelse, var de som opplevde størst reduksjon i depressive

symptomer. Derfor mener vi at det er veldig viktig å tilby aktiviteter som oppleves som positive og hyggelige.

### **7.2.2 Rett treningsmåte og individuell tilrettelegging**

I de fleste av de forskningsartiklene som ble brukt i denne litteraturstudien ble det brukt tredemølle sammen med jogging og gåturer. Dimeo et al. (2001) hadde som nevnt et treningsopplegg som gikk ut på 30 minutter intervalltrening på tredemølle. De som var med i denne undersøkelsen var rundt 50 år, og det er kanskje en treningsform som passer denne aldersgruppen. I Singh et al. (2005) sin studie var deltagerne rundt 60 år, og det ble istedenfor jogging, brukt treningsapparater. I følge Singh et al. (2005) var dette den treningsmåten som passet best for denne aldersgruppen. Likevel ble reduksjonen like stor i studier som for eksempel Dunn et al. (2005) der det ble brukt tredemølle. Rett treningsform for rett pasient er noe vi som sykepleiere må tenke på. Dette kan være med på å motivere pasienter til å begynne med fysisk aktivitet. Man kan avskrekke flere ved å sette de opp på en tredemølle, mens det å gi de noen vekter kan heller være det rette. Ussher et al. (2007) fant ut i sitt forskningsprosjekt at deltagerne var splittet når det gjaldt treningsform de mente var best for dem. Halvparten mente individuell trening var best, mens resten mente at gruppetrening var det beste for dem. Halvparten mente at treningsstudio var det rette, mens den andre halvparten helst ville trene hjemme. Sykepleiertiltak som kan gjøres med tanke på dette er å individualisere treningsopplegget. Noen har mest nytte av å trene sammen med noen, mens andre kanskje synes det er best å trene alene. Sykepleierne bør derfor bli godt kjente med pasientene, og prøve flere tilnærminger for å finne ut hva som passer for hver enkelt. Det kom frem i artikkelen at å gå var det de fleste likte. Derfor bør man kanskje i starten fokusere på å gå turer, og heller øke intensiteten etter hvert som både fysisk og psykisk situasjon forandrer seg. Deltagerne i Sørensen (2006) sin studie likte best å gå som treningsform. Veldig få av deltagerne deltok i organisert trening utenom institusjonen de var innlagt i. Dette kan bety at det er viktig at fysisk aktivitet er en del av treningsopplegget som blir tilbydd.

I de artiklene vi har funnet har treningen foregått både innendørs og utendørs. Vi skulle gjerne sett at de hadde satt litt mer fokus på om det er forskjell på effekt når det gjelder om treningen foregår inne eller ute. Vi har ikke funnet noe forskning som går på om naturen i

seg selv har en effekt på pasienter med depresjon. Vi har heller ikke søkt spesifikt på dette for da hadde oppgaven fort blitt for vid.

### **7.2.3 Finne årsaker til frafall og mislykket behandling og behandle dette**

Selv om man bruker aldri så mye tid på fysisk aktivitet til pasienter med depresjon, er det liten grunn til dette dersom frafallet er veldig stort. Stort frafall ved fysisk aktivitet som behandlingsmåte kan være en av grunnene til at det ikke blir brukt så mye. Derfor er det viktig å finne årsakene til frafall og også manglende utbytte av fysisk aktivitet. Som nevnt oppnevnte deltagerne i Herman et al. (2002) flere grunner til frafall, som problemer med transport og misnøye med opplegget. Derfor er det viktig at den fysiske aktiviteten blir lagt opp og planlagt sammen med pasientene. Problemer med transport er noe de som planla denne studien burde ha tenkt på, og på forhånd kanskje lagt til rette for at sånne praktiske ting ikke skulle påvirke funnene. Men dette kan også være en unnskyldning for å ikke møte opp. Misnøye med opplegget kan også komme av andre ting, enn at opplegget faktisk var for dårlig.

Man må ta i betraktning at angst og misnøye med livet var de viktigste faktorene med tanke på frafall og manglende utbytte. Dette er noe en sykepleier bør ta i betraktning, og kanskje snakke med lege og behandle dette i tillegg til depresjon. Misnøye med livet henger gjerne sammen med depresjon, men angst kan behandles utenom. De trenger kanskje bedre oppfølging og man må som nevnt også rette fokus mot angsten. Dersom angsten blir et mindre problem, vil mest trolig også frafall ved fysisk aktivitet gå ned.

Ussher et al. (2007) fant ut at hovedgrunnene til at psykiatriske pasienter ikke trente var på grunn av tretthet, sykdom eller dårlig vær. Søvnforstyrrelse og depresjon henger ofte sammen, både problemer med å falle i søvn og urolig søvn. Å ha mareritt og å våkne ofte er også vanlig (Hummelvoll 2004). Sykepleietiltak som kan iverksettes for å bedre søvnen er i første omgang å kartlegge problemene. Observasjon av søvn kan være vanskelig, men man kommer gjerne langt med å snakke med pasienten. Man kan prøve å tilrettelegge et best mulig terapeutisk miljø for pasientene, ting man bør tenke på er temperatur i rommet man sover på, lyder, lys, samtale om morgenen og å finne riktig døgnrytme. Man bør undervise pasienten i gode søvnvaner og ellers gi råd og veiledning (Hummelvoll 2004).



Siste utvei for å bedre søvnen kan være å gi medisiner, dette er det legen som avgjør, men vi har ansvar for å observere både virkning og bivirkning. Ellers kom det frem at sykdom og dårlig vær var grunner til at man ikke trente. Hva som menes med sykdom i artikkelen er vanskelig å vite, om det er somatisk sykdom eller psykisk sykdom. Dårlig vær er det lite å gjøre noe med, men man kan kanskje foreslå innetrening.

#### **7.2.4 Rette mer fokus mot effekten fysisk aktivitet**

Vi mener at det er for lite fokus på fysisk aktivitet som behandlingsmåte til pasienter med depresjon. Vi tror at en av grunnene til dette kan være at sykepleiere har for lite kunnskaper om effekten av fysisk aktivitet. Faulkner og Biddle (2002) sin studie tar for seg dette, nettopp hva sykepleiere tenker om fysisk aktivitet, og eventuelt hvorfor det ikke blir brukt. Som nevnt i resultatdelen kommer det ikke frem hvor ofte de bruker fysisk aktivitet som behandlingsmåte, men sykepleierne i studien sier at de prøver å motivere til aktivitet. Hvordan man best kan motivere og effekten av fysisk aktivitet er noe vi mener er veldig viktig at det blir rettet mer fokus mot.

Faulkner og Biddle (2002) brukte kvalitativt intervju som forskningsmetode. De hadde skjemaer med spørsmål som var likt for alle, men det var også åpning for å diskutere andre ting. Dette har sammenheng med at en ikke ønsker for stor grad av styring fra forskeren, det som kommer til uttrykk skal være et resultat fra undersøkelsespersonens egen forståelse (Holme et al. 1996).

En annen ting som må tas i betraktning, er at ved intervjuer kan resultatet bli noe ulikt det som egentlig er virkeligheten. De som blir intervjuet vil helst ikke skuffe forskeren med de svar han gir. Svarene kan bli mer uttrykk for hva en regner med at forskeren forventer, enn for det en selv mener (Holme et al. 1996).

Resultatet fra Faulkner og Biddle (2002) viser at flere sykepleiere så på trening som en livsstil, og at dersom man ikke trente før man ble syk, ville man heller ikke starte med det nå. Dette kan tyde på at de heller ikke prøvde å motivere disse pasientene til å starte med fysisk aktivitet. En sykepleier i studien uttalte dette om fysisk aktivitet:

It`s something that people enjoy and if people are not going to want to do it, then they won`t get any benefit from it whatsoever. You know, if your mental

wellbeing, if you don't want to do anything, it's better to be a couch potato.  
(Faulkner og Biddle 2002, 74)

I Faulkner og Biddle (2002) sier forfatterne at selv om man ikke har trent før, kan sykepleierne hjelpe pasientene til at de blir vant til å trene og at dette nå blir deres nye livsstil.

Som det kom frem i resultatdelen, bruker sykepleierne mye tid på sikkerhetstiltak og å forbygge selvmord, fysisk aktivitet blir dermed nedprioritert. De ser ikke på fysisk aktivitet som tiltak for å redde liv. Dette er kanskje noe som hadde blitt forandret på, dersom det hadde blitt rettet mer fokus på effekten av fysisk aktivitet.

Faulkner og Biddle (2002) kommer frem til at sykepleierne ofte anbefaler å gå en tur eller lignende til pasienter med depresjon. Dette er selvsagt bedre enn ingenting, og kan gjerne være en bra begynnelse. De sa også at de ikke kunne beskrive hvordan eller hva de anbefalte. På grunn av dette virker det som de ikke har noe fast opplegg med å inkludere fysisk aktivitet i behandlingstilbudet. Det burde kanskje vært laget felles retningslinjer som hadde vist hva som er anbefalt mengde med trening og forslag til treningsmetoder. Dette må selvsagt ikke blitt fulgt til punkt og prikke, fordi vi mener at individuelle treningsopplegg er viktige.

Informantene i Faulkner og Biddle (2002) sin artikkel mener at fysisk aktivitet kan ha stor effekt mye på grunn av at det flytter fokus, distraherer og gir de en "fristund" fra institusjon. De mener også at mye av effekten kommer fra det sosiale det er i trening. Også i flere av de andre studiene er dette nevnt, men det har også blitt kommet frem til at fysisk aktivitet har en effekt utenom dette. Dunn et al. (2005) la vekt på at sosial interaksjon ikke skulle påvirke resultatet og de trente i rom helt alene, likevel viste fysisk aktivitet å ha en stor effekt på pasienter med depresjon. Dette mener vi kan rette fokus mot fysisk aktivitet som behandlingsmåte alene, og ikke bare det som er rundt aktivitet.

## 8.0 Konklusjon

Vår første problemstilling gikk ut på å finne ut hvilken effekt fysisk aktivitet har på pasienter med depresjon. Hovedfunnet vårt viser at fysisk aktivitet har en god effekt. Fysisk aktivitet reduserer symptomer på depresjon både ved trening over kort og lang tid. Det som gir best resultat er trening med høy intensitet. I tillegg til dette fant vi også ut at langtidseffekten av fysisk aktivitet er god, selv om det kan være vanskelig og fastlåst at fysisk aktivitet er hovedgrunnen til dette.

Vår andre problemstilling gikk ut på hvilke sykepleietiltak som kan iverksettes for å hjelpe pasienter med depresjon til fysisk aktivitet. Her fant vi en del sykepleietiltak som vi mener er viktige. Blant annet å prøve å motivere pasientene og å tilrettelegge et godt og individuelt treningsopplegg i samarbeid med pasienten. De må fokusere på frafall og mislykket behandling og behandle dette. Det bør også bli rettet mer fokus på effekten av fysisk aktivitet, både til sykepleiere og pasienter.

Vi fant veldig mye forskning på hvilken effekt fysisk aktivitet har på deprimerte. Derimot fant vi mindre forskning som gikk på hvilke sykepleietiltak som kan være aktuelle. Selv om man vet at fysisk aktivitet har effekt, er man like langt om man ikke vet hvordan man kan hjelpe pasientene til å begynne å trene. Pasienter med depresjon er en veldig spesiell pasientgruppe som har symptomer som går nettopp på det at de er tiltaksløse. På grunn av dette mener vi at det skulle vært forsket mer på nettopp dette.

## Kilder

- Asbjørnsen Arve, Terje Manger og Terje Ogden. 1999. *Skole- og opplæringspsykologi*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Babyak Michael, James A. Blumenthal, Steve Herman, Parinda Khatri, Murali Doraiswamy, Kathleen Moore, W. Edward Craighead, Teri T. Baldewicz, og K. Ranga Krishnan. 2000. *Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months*. Psychomatic Medicine 62:633-638
- Blumenthal A. James, Michael A. Babyak, Kathleen A. Moore, W. Edward Craighead, Steve Herman, Parinda Khatri, Robert Waugh. 1999. *Effects of exercise training on older patients with major depression*. Archives of Internal Medicine Vol. 159 No. 19
- Blumenthal A. James, Michael A. Babyak, Murali Doraiswamy, Lana Watkins, Benson M. Hoffman, Krista A. Barbour og Steve Herman et al. 2007. *Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder*. Psychosomatic Medicine 69:587-596
- Dalland Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dimeo F, M Bauer, I. Varahram, G. Proest og U Halter 2001. *Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: A pilot study*. British Journal of Sports Medicine vol 35, Iss.2; pg 114, 4 pgs
- Dunn, L Andrea, Madhukar H. Trivedi, James B. Kampert, Camillia G. Clark og Heather O. Chambliss. 2005. *Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response*. American Journal of Preventive Medicine: 28(1).
- Faulkner G. og Biddle S. 2002. *Mental health nursing and the promotion of physical activity*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 9, 659-665.

Felleskatalogen 2009 *Felleskatalogen*. Oslo: Felleskatalogen. Tilgjengelig fra  
<http://www.felleskatalogen.no/felleskatalogen/?mainpage=/felleskatalogen/show>.  
do. lest: 01.09.2009

Herman Steve, James A. Blumenthal, Michael Babyak, Parinda Khatri, W. Edward  
Craighead, K. Ranga Krishnan og P. Murali Doraiswamy. 2002. *Exercise therapy  
for depression in middle-aged and older adults: predictors of early dropout and  
treatment failure*. Health Psychology, vol. 21, no. 6, 553-563

Holme Idar Magne, Bernt Solvang. 1996. *Metodevalg og metodebruk*. Forfatterne og  
TANO AS

Hummelvoll Jan Kåre 2004. 6 utgave. *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk  
Forlag AS

Håkonsen Kjell Magne. 1994. *Psykologi*. Oslo: universitetsforlaget.

Johannessen Asbjørn Tufte. 2002. *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*.  
Abstrakt forlag AS

Knubben K, FM Reischies, M Adli, P Schlattmann, M Bauer og F Dimeo. 2007.  
*A randomized, controlled study on the effects of a short-term endurance training  
programme in patients with major depression*. British Journal of Sports Medicine  
41:29-33.

Kristoffersen Jahren Nina. 2001. *Generell sykepleie 3*. Gyldendal Norsk Opplag AS

Nortvedt W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007.  
*Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Norsk sykepleier forbund.

- Singh. A Nalin, Theodora M. Stavrinou, Yonne Scarbek, Garry Galambos, Cas Liber og Maria A. Fitatarone Singh. 2005. *A Randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults*. Journal of Gerontology: Medical Sciences, vol. 60A, No 6, 768-776.
- Skrede Alte, Harald Munkvold, Øyvind Watne. 2006. *Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger*. Tidsskriftet for den norske legeforening nr. 15, 126:1925-7
- Snoek Engelstad Jannike, Engedal Knut. 2008. *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribes. 3 utgave
- Sørensen Marit 2006. *Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment*. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 16: 391-398
- Tidsskrift for Den norske legeforening. nr 16/2002, 122. *Betydelig placeboeffekt ved depresjon*. Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=564144](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=564144). Lest 15.10.09
- Travelbee Joyce. 2001. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ussher Michael, Liam Stanbury, Vicky Cheeseman og Guy Faulkner. 2007. *Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom*. Psychiatric Services Vol. 58 No. 3
- Verdens helseorganisasjon. 2002. *Tema: Depresjon*. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) Lest: 18.09.2009
- Wilkinson, J. 1997. *Understanding motivation to enhance patient compliance*. British Journal of Nursing 6 (15)

Willman Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad.*

Författarna och studentlitteratur.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Kvalitetsbedømmelse av studie med kvantitativ metode

Vedlegg 3: Kvalitetsbedømmelse av studie med kvalitativ metode

Vedlegg 4: Oversiktstabell over inkluderte forskningsartikler



PICO / PIO / MIE			
P(M)  Hvem vil vi vite noe om? Pasienter(grupper) Mennesker	I  Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å få vite noe om?	C  Skal det tiltaket vi satte opp under I sammenlignes med et annet tiltak?	O(E)  Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?
P (M)	I		O (E)

## Bilaga G

### Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

*Forskningsmetod*             RCT             CCT (ej randomiserad)  
 multicenter, antal center .....

Kontrollgrupp/er

*Patientkarakteristika*    Antal .....

Ålder .....

Man/Kvinna .....

*Kriterier för exkludering*

Adekvata exklusioner  Ja     Nej

*Intervention* .....

*Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått .....

*Urvalsförfarandet beskrivet?*             Ja             Nej

*Representativt urval?*             Ja             Nej

*Randomiseringsförfarande beskrivet?*             Ja             Nej             Vet ej

*Likvärdiga grupper vid start?*             Ja             Nej             Vet ej

*Analyserade i den grupp som de randomiserades till?*             Ja             Nej             Vet ej

*Blindning av patienter?*             Ja             Nej             Vet ej

- Blindning av vårdare?  Ja  Nej  Vet ej
- Blindning av forskare?  Ja  Nej  Vet ej

**Bortfall**

- Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej
- Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej
- Adekvat statistisk metod?*  Ja  Nej
- Etiskt resonemang?*  Ja  Nej
- Hur tillförlitligt är resultatet?*
- Är instrumenten valida?  Ja  Nej
- Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej
- Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

.....

.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

- Bra  Medel  Dålig

Kommentar

.....

.....

**Granskare sign:** .....

## Bilaga H

### Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?

Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja  Nej  Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja  Nej  Vet ej

– Strategiskt?

Ja  Nej  Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja  Nej  Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja  Nej  Vet ej

– Råder datamätnad?

Ja  Nej  Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja  Nej  Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja  Nej  Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?

Ja  Nej  Vet ej

**Huvudfynd**

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening  
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Bra                       Medel                       Dålig

**Kommentar** .....

.....  
.....

**Granskare (sign)** .....

<b>Forfattere År Land Tidsskrift</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Deltagere/ frafall</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Kvalitet</b>
<b>Forfattere:</b> Babyak et al. <b>År:</b> 2000 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Psychosomatic Medicine, 2000: 62:633-638	Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months.	<b>Hensikten</b> med studien var å vurdere virkningen av et fire måneders treningsprogram til pasienter med alvorlig depresjon. Dette ble gjennomført både etter fire og seks måneder etter avsluttet treningsprogram.	Kvantitativ studie	<b>Deltagere:</b> 156 <b>Frafall:</b> 23	<b>Resultatet</b> var at forfatterne av denne forskningsartikkelen kom frem til at fysisk aktivitet har stor innvirkning på diagnosen depresjon. De gjorde undersøkelsen med både fysisk aktivitet, medikamenter og ved kombinasjon av disse to.	Grad 1
<b>Forfattere:</b> Blumenthal et al. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Psychomatic Medicine 2007: 69:587-596	Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder	<b>Hensikten</b> med studien var å finne ut om pasienter som får aerobisk trening opplever reduksjon i depresjon, sammenliknet med antidepressiva og større reduksjoner sammenlignet med placebo kontroller.	Kvantitativ studie	<b>Deltagere:</b> 202	<b>Resultatet</b> av studien var at etter 4 måneder oppfylte ikke 41% av de deltagende lenger kravene til en alvorlig depresjonsdiagnose. Hos pasienter med aktiv behandling var det større prosentandel som ble friskere enn ved placebo kontroll. Effekten av fysisk trening var i likhet med antidepressiva bedre enn placebo. Placebo svarprosenten var også høy.	Grad 1

<p><b>Forfattere:</b> Dimeo et al. <b>År:</b> 2001 <b>Land:</b> Tyskland <b>Tidsskrift:</b> British Journal of Sports Medicine, 2001: 35-114-117</p>	<p>Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study.</p>	<p><b>Hensikten</b> med studien var å evaluere korttidseffekten av et treningsprogram til pasienter med moderat til alvorlig depresjon</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 12</p>	<p><b>Resultatet</b> var at etter endt treningsprogram på 10 dager var det en vesentlig reduksjon i pasientenes symptomer på depresjon.</p>	<p>Grad 1</p>
<p><b>Forfattere:</b> Dunn et al. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> American Journal of Preventive Medicine, 2005:28 (1)</p>	<p>Exercise treatment for depression efficacy and dose response.</p>	<p><b>Hensikten</b> med studien var å teste om trening er en effektiv behandlingsmåte for depresjon, og sammenhengen mellom trening og reduksjon i depressive symptomer.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 80</p>	<p><b>Resultatet</b> var at aerobic trening forenlig med folkehelsen anbefalinger er en effektiv behandling til pasienter med depresjon. En lavere mengde trening kan sammenlignes med placebo effekt.</p>	<p>Grad 1</p>

<p><b>Forfattere:</b> Faulkner, Biddle <b>År:</b> 2002 <b>Land:</b> England <b>Tidsskrift:</b> Journal of Psychiatric and Mental Health Nusing 2002: 9,659-665</p>	<p>Mental health nursing and the promotion of physical activity</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne oppgaven var å finne ut hvilke oppfatninger sykepleier har om fysisk aktivitet som behandlingsmetode for deprimerte pasienter.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 12</p>	<p><b>Resultatet</b> i denne studien var blant annet at alle sykepleierne mente det burde være mer muligheter for fysisk aktivitet til innlagte pasienter. Fysisk aktivitet ble ofte sett på som en distraherende behandlingsmåte som kommer i tillegg, fremfor en egen behandlingsmåte.</p>	<p>Grad 1</p>
<p><b>Forfattere:</b> Herman et al. <b>År:</b> 2002 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Health Psychology 2002: Vol 21, No. 6, 553-563</p>	<p>Exercise therapy for depression in middle- aged and older adults: predictors of early dropout and treatment failure</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å finne ut årsaker til frfall eller manglende utbytte hos deprimerte pasienter ved behandlingsformer som trening, medisinering eller en kombinasjon av begge</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 156</p>	<p><b>Resultatet</b> i denne studien viste at det var sammenheng mellom frfall og mislykket behandling av depresjon. Pasientens som hadde høy grad av angst og lite tilfreds med livet, falt oftere fra.</p>	<p>Grad 1</p>



<p><b>Forfattere:</b> Knubben et al. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Tyskland <b>Tidsskrift:</b> British Journal of Sports Medicine: 2007:41:29-33</p>	<p>A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression</p>	<p><b>Hensikten</b> med studien var å evaluere effekten av fysisk aktivitet hos pasienter med alvorlig depresjon.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 38</p>	<p><b>Resultatet</b> var at etter 10 dager med fysisk aktivitet var reduksjon av symptomer på depresjon betydelig større i treningsgruppen enn i placebogruppen Trening ble konkludert til å bidra til å oppnå betydelige reduksjon av symptomer hos pasienter med alvorlig depresjon i løpet av kort tid.</p>	<p>Grad 1</p>
<p><b>Forfattere:</b> Singh et al. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Australia <b>Tidsskrift:</b> Journal of Gerontology: Medical Sciences: 2005: Vol.60A, No. 6.768-776</p>	<p>A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults</p>	<p><b>Hensikten</b> med deres studie var å få svar på en hypotese, som gikk ut på trening med høy intensivitet er mer effektiv enn trening med lav intensivitet og vanlig behandling når det gjelder å reducere symptomer på depresjon.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 60 Frafall: 6</p>	<p><b>Resultatet</b> av denne studien ble at høy intensiv trening er mer effektivt enn lav intensiv trening i forhold til reduksjon av symptomer på depresjon.</p>	<p>Grad 1</p>

<p><b>Forfattere:</b> Sørensen Marit <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Norge <b>Tidsskrift:</b> Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports. 16 :391- 398.</p>	<p>Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment.</p>	<p><b>Hensikten</b> med studien var å undersøke sammenhengen mellom mengde fysisk aktivitet og hvilken type motivasjon som fantas. I tillegg om ”self-schema” (kognitive skjema om syn på aktivitet) var tilgjengelig for pasienter som har fysisk aktivitet som en del av behandlingen.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 109</p>	<p><b>Resultatet</b> viste at motivasjon som kom innenfra (motivert av opplevelsen som fysisk aktivitet gir) hadde en positivt og vesentlig sammenheng med hvor mye pasientene trente og reduksjon av depressive symptomer. Motivasjon som kom utenfra (motivert av andre, for eksempel lege) hadde en negativ sammenheng med grad av fysisk aktivitet.</p>	<p>Grad 1</p>
--	--	--	-------------------------------	----------------------------------	---	---------------

<p><b>Forfattere:</b> Ussher et al. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> England <b>Tidsskrift:</b> Psychiatric Services Vol. 58 No. 3</p>	<p>Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the united kingdom</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å vurdere interessen for fysisk aktivitet blant psykiatrisk pasienter</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p><b>Deltagere:</b> 120</p>	<p><b>Resultatet</b> var at pasientene hadde veldig liten tillit til sin egen evne til å være fysisk aktive. De rapporterte at de fikk lite sosial støtte til å trene. Tretthet og sykdom var de vanligste hindringene for aktivitet. De hadde tro på at det ville ha vært til hjelp å snakke med en instruktør eller å bli rådet av legen sin.</p>	<p>Grad 1</p>
--	--	---	-------------------------------	----------------------------------	---	---------------