



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Fysisk aktivitet som en del av behandlingen hos mennesker med en depresjonslidelse**

**Physical activity as part of the treatment amongst people suffering with a depression**

Elin Solheim

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

Molde, 22.05.19



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kristin Røvik

## 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

Dato: 22.05.19

Antall ord: 9567

## **Forord**

En fin studenttilværelse avsluttes med denne bacheloroppgaven. Vernepleiestudiet ved Høgskolen i Molde har gitt meg kunnskap, vennskap og livserfaringer. Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess, spesielt da jeg fikk velge et tema for bacheloroppgaven jeg brenner for. Kunnskapen jeg besitter etter endt skriving vil jeg ta med meg ut i yrkeslivet, og benytte i livet ellers.

Til slutt vil jeg takke min veileder Kristin Røvik for gode råd og veiledning.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Psykiske lidelser har utviklet seg til å bli en av de største folkehelsesykdommene, og blant ungdom er depresjon den vanligste psykiske lidelsen. Fysisk aktivitet er kjent for å være bra for helsen og kroppens velvære, og mange opplever ro i sjelen etter å ha vært fysisk aktive, siden det vil kunne stimulere hjernen til å få bevegelse i tankene.

**Hensikt:** Hensikten med denne systematiske kvalitative litteraturstudien er å belyse hvordan fysisk aktivitet kan være en del av behandlingen av depresjon hos ungdom, og på hvilke måter. Jeg vil også belyse vernepleieren sin rolle, samt hvordan kompetansen en vernepleier besitter vil være viktig i behandlingen.

**Problemstillinger:** «*Burde fysisk aktivitet være en del av behandlingen av depresjon blant ungdom, og i så fall på hvilke måter?*» og «*Hvilken rolle og kompetanse har vernepleieren i behandling av depresjon?*».

**Metode:** Metoden som er anvendt i oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie. Jeg har benyttet ulike søkedatabaser for å samle inn data til oppgaven.

**Konklusjon:** Uansett hvilken grad av depresjon pasienten befinner seg i, vil fysisk aktivitet være en viktig del av behandlingen av depresjon. Vernepleiere besitter kunnskap som vil være viktig og relevant for å kunne bistå og samarbeide med pasienter med en depresjonslidelse.

**Nøkkelord:** Psykisk helse, depresjon, fysisk aktivitet, ungdom, vernepleier.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2	Problemstilling .....	4
1.3	Avgrensninger og utdypelse av problemstilling .....	4
1.4	Oppgavens oppbygging.....	5
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1	Kvalitativ litteraturstudie .....	6
2.2	Datainnsamling .....	8
2.3	Validitet og reliabilitet .....	8
<b>3.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>9</b>
3.1	Psykisk helse .....	9
3.1.1	Psykiske lidelser.....	10
3.2	Depresjon .....	11
3.2.1	Årsak .....	11
3.2.2	Symptomer .....	11
3.2.3	Behandling .....	13
3.3	Fysisk aktivitet .....	15
3.3.1	Aktivitetsanbefalinger .....	16
3.3.2	Effekt av fysisk aktivitet .....	17
3.4	Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv.....	19
3.5	Vernepleierens rolle og kompetanse .....	20
3.6	Motivasjon og mestring .....	21
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
4.1	Burde fysisk aktivitet være en del av behandlingen av depresjon blant ungdom, og i så fall på hvilke måter? .....	23
4.1.1	Fysisk aktivitet som behandlingsform ved depresjon.....	23
4.1.2	Positive og negative effekter ved fysisk aktivitet .....	24
4.1.3	Fremmer fysisk aktivitet en bedre psykisk helse? .....	25
4.1.4	Fysisk aktivitet og medisinerings .....	26
4.1.5	Fysisk aktivitet og støtte .....	27
4.2	Hvilken rolle og kompetanse har vernepleieren i behandlingen av depresjon?..	28

4.2.1	Vernepleierens arbeidsmodell.....	28
4.2.2	Brukermedvirkning .....	29
4.2.3	Tilnærming i samarbeid med den deprimerte .....	29
4.2.4	Motivasjon .....	30
4.2.5	Mestring .....	31
<b>5.0</b>	<b>Avslutning og konklusjon .....</b>	<b>33</b>
<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>34</b>

## Vedlegg

1: Vernepleierens arbeidsmodell

## 1.0 Innledning

Dette kapittelet tar for seg bakgrunn for valg av tema, problemstilling, samt avgrensninger og utdypning av problemstilling.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Trening er en depresjonsmedisin i seg selv. En medisin som dessuten mangler bivirkninger – og som i prinsippet får alle til å føle seg bedre»  
(Hansen 2017, 107).

Et stort helseproblem blant norsk ungdom i dag er psykiske lidelser og plager. Mennesker med psykiske lidelser har en mer helseskadelig atferd i forhold til resten av befolkningen (Aarre, Bugge og Juklestad 2015). Verdens helseorganisasjon (WHO) skriver at depresjon er en vanlig lidelse, og anslår at 300 millioner mennesker i verden lider av depresjon (WHO 2018). Blant ungdom er depresjon den vanligste psykiske lidelsen (Snoek 2002), og et alvorlig problem (Rashidi 2016). Ofte oppstår depresjon for første gang i barne- eller ungdomsalderen, og vises i stor grad å følge med inn videre i voksenlivet (Sund m.fl. 2012). I perioden 2008-2017 har det vist seg at bruken av antidepressiva har økt med 18% hos gutter og 60% hos jenter. Blant jenter i aldersgruppen 15-17 år er bruken av antidepressiva nesten fordoblet (Furu m.fl. 2018). Fra 1992 til 2001 økte henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien for depresjon i Norge lineært, fra 0,5 % i 1992 til 15% i 2001 ifølge alle henvisninger de får inn (Reigstad, Jorgensen og Wichstrom 2004 sitert i Sund m.fl 2012).

I tillegg til den økende forekomsten av depresjon, vises det også at stillesitting hos ungdom øker med alderen. En statistikk fra helsedirektoratet belyser at barn på 9 år hadde 28% høyere aktivitetsnivå enn de på 15, og blant de mellom 20 og 34 år er det omtrent 30% som oppfyller anbefalt aktivitetsnivå. Statistikken belyser et høyt antall mennesker som ikke oppfyller minimumsanbefalingene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2016). Et stillesittende liv vil føre til økt sykdomsrisiko (Bahr 2008). Depresjon forekommer hyppigere hos ungdom som er inaktiv, enn hos ungdom som er regelmessig fysisk aktive (Martinsen 2004). Sammenligninger av de mest aktive versus de mest inaktive, viser at



regelmessig fysisk aktivitet reduserer risiko for tidlig død med 30% (Martinsen 2018).

## 1.2 Problemstilling

Overordnet tema for oppgaven er fysisk aktivitet som en del av behandlingen hos mennesker med en depresjonslidelse. I tillegg skal jeg se på hvordan vernepleierens kompetanse og rolle vil komme til bruk i behandlingen. Jeg har valgt følgende problemstillinger:

*«Burde fysisk aktivitet være en del av behandlingen av depresjon blant ungdom, og i så fall på hvilke måter?» og «Hvilken rolle og kompetanse har vernepleieren i behandling av depresjon?».*

## 1.3 Avgrensninger og utdypelse av problemstilling

Problemstillingen blir sett i lys av og vurdert med et helsefremmede perspektiv. Oppgaven bygger på data om fysisk aktivitet og depresjon hos ungdom i alderen 13-20 år. Den rettes mot ungdom med mild, moderat og alvorlig grad av depresjon. Det tas utgangspunkt i at ungdommene allerede er diagnostisert med depresjon, samt er innlagt på en psykiatrisk avdeling. Videre blir det tatt utgangspunkt i at ungdommene ikke har noen fysiske hindringer for å kunne være i fysisk aktivitet, men at de er lite fysiske aktive eller inaktive. Oppgaven er ikke rettet mot noen spesifikk form for fysisk aktivitet, men fysisk aktivitet generelt. I oppgaven blir det tatt utgangspunkt i fysisk aktivitet som behandlingsform, men andre ulike behandlingsformer blir også belyst.

Videre trekkes vernepleierens rolle og kompetanse inn i oppgaven. Som fremtidig vernepleier vil psykiatrisk avdeling være en aktuell plass for meg å arbeide på, hvor det er en stor sjanse for at jeg kan møte mennesker med depresjon. Jeg vil også kunne møte mennesker med en depresjonslidelse på andre steder enn en psykiatrisk avdeling. Kunnskapen jeg besitter etter denne forskningen vil derfor være nyttig å bringe med meg videre ut i yrkeslivet.

## 1.4 Oppgavens oppbygging

*Kapittel 1* gir en sammenfatning av bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensninger og utdypelse av problemstilling, samt oppgavens oppbygging.

*Kapittel 2* tar for seg valg av metode. Oppgavens fremgangsmåte og innhenting av data blir begrunnet, samt validitet og reliabilitet.

*Kapittel 3* er oppgavens teorikapittel hvor psykisk helse og lidelser først blir beskrevet, før jeg videre går over til oppgavens tema, som er depresjon. Jeg har valgt å beskrive og definere psykisk helse for å gi leseren en bredere bakgrunnsforståelse før videre lesing.

*Kapittel 4* er diskusjonsdelen, og representerer bakgrunnsinformasjonen for de valgte problemstillingene. Dette kapitlet søker å forklare om fysisk aktivitet burde være en del av behandlingen av depresjon hos ungdom, samt vernepleierens rolle og kompetanse i behandling av depresjon.

*Kapittel 5* er avslutning og oppsummerer oppgavens viktigste funn.

## 2.0 Metode

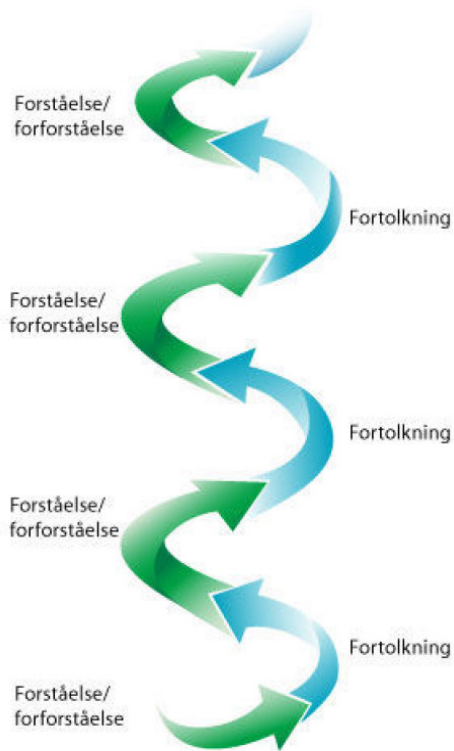
I dette kapitlet belyser jeg metoden jeg har brukt for å tilegne meg fagstoff til å samle inn data og empiri til oppgavens problemstilling. Jeg vil argumentere for at en kvalitativ litteraturstudie er den mest hensiktsmessige for oppgavens problemstilling.

### 2.1 Kvalitativ litteraturstudie

En kvalitativ litteraturstudie tar for seg allerede eksisterende empiri og teori på feltet, som jeg vil bruke for å svare på min egen problemstilling. Ved litteraturstudie som metode vil det være nødvendig med forklaring av fremgangsmetode, samt redegjøre for kildekritikk, som videre gir leseren mulighet til å se valg av litteratur og se relevansen til oppgaven (Dalland 2012).

I motsetning til kvantitativ metode som har til hensikt å gå i bredden og gir informasjon som kan formes til målbare enheter, har jeg i denne oppgaven valgt å bruke et kvalitativt forskningsdesign som har gitt meg en høy grad av fleksibilitet. En kvalitativ metode egner seg når vi er interessert i å forske nærmere på hva som ligger i et begrep eller fenomen. Hensikten til en kvalitativ metode er som regel å få fram hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon (Jacobsen 2005). Det finnes mye informasjon om depresjon og fysisk aktivitet både i bøker og på internett, noe som også har gjort det viktig med et kritisk blikk.

Utgangspunktet for besvarelsen min ligger bak en hermeneutisk metode. Hermeneutikken fokuserer på forståelse og fortolkning. Egenrefleksjon av min egen forforståelse, samt hvilke «briller» jeg har hatt gjennom skrivingen har vært avgjørende i møtet med oppgaven. Min egen forforståelse vil utgjøre horisonten, men kan også påvirkes i møtet med teorier, noe som fører til at min fortolkning av teksten endres ut ifra hvilke oppfatninger jeg hadde før jeg startet lesingen (Aadland 2011).



*Figur 1: Den hermeneutiske spiral (Ebdrup 2012).*

I prosessen av arbeidet har jeg anvendt den hermeneutiske spiral, noe som har gjort at jeg har utvidet min forforståelse gjennom lesing av studier. Jeg har søkt etter og funnet relevant litteratur, noe som igjen har ført meg videre i prosessen. Ut ifra dette har jeg fått innsikt i ulike perspektiver og utvidet forståelsen for temaet.

Min forforståelse av hvordan fysisk aktivitet kan være en del av behandlingen av depresjon er basert på min egen erfaring og lesing av studier på dette området. Jeg selv har opplevd positive effekter av fysisk aktivitet som blant annet økt selvfølelse, glede, mestringsfølelse og søvnkvalitet, som jeg igjen tenker vil kunne virke positivt inn på en depresjon. Min forforståelse på dette temaet sier meg at fysisk aktivitet vil være en viktig del av behandlingen av depresjon, både som behandlingsform alene ved mildere depresjon, og sammen med andre behandlingsformer ved alvorligere depresjon. I tillegg tror jeg at fysisk aktivitet vil være med å redusere den økende bruken av medikament.

## 2.2 Datainnsamling

For å tilegne meg kunnskap og relevant litteratur til oppgaven har jeg benyttet meg av bibliotekets databaser, som blant annet Oria og Norart, samt Google Scholar for å finne vitenskapelige artikler om temaet. Jeg har søkt etter begrep som «depresjon», «fysisk aktivitet», «psykisk helse». I tillegg har jeg også kombinert blant annet «depresjon + ungdom», «depresjon + fysisk aktivitet» etc.

Boken "Kropp og sinn" av Egil W. Martinsen (2018) og «Fysisk aktivitet og helse» av Torstveit m.fl (2018) har gjennom oppgaven blitt en del brukt. I tillegg har jeg benyttet meg av Helsedirektoratets nettside og boken «Aktivitetsboken» for å gi oppgaven et faglig løft. Nettsiden og disse bøkene har vært relevante, og samtidig har jeg tilegnet meg mye kunnskap som har vært relevant for mine teorifunn i oppgaven.

Jeg har også vært medlem av Facebookgruppen «FYSKICK», som er et nasjonalt nettverk for fysisk aktivitet innen psykisk helse & rus. Inne på denne gruppen har jeg undersøkt fysisk aktivitet og depresjon, hvor resultatet har vært flere relevante studier og inspirasjon til videre skriving. Gruppen blir oppdatert daglig, noe som har holdt meg oppdatert på nyere studier etterhvert som de har blitt delt i gruppen.

## 2.3 Validitet og reliabilitet

Begrepet *validitet* kan sees synonymt med «gyldighet» og begrepet *reliabilitet* kan sees synonymt med «pålitelighet» (Aadland 2011). Kildekritikk skaper et skille mellom pålitelige og upålitelige kilder. Kildekritikk viser at du mestrer å være kritisk til det kildematerialet du anvender i oppgaven, samt hvilke kriterier du har benyttet i valgene av kilder (Dalland 2012).

For å kunne gi troverdige faktaopplysninger til oppgaven har jeg lest bøker og artikler fra internett med et kritisk blikk. I oppgaven har blant annet Helsedirektoratet og Egil W. Martinsen blitt anvendt, som jeg mener er pålitelige kilder. I sin egen bok skriver Martinsen at han er professor og overlege ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Hans medisinske doktorgrad fra 1989 handlet om fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved psykiske lidelser.

## 3.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet blir teori presentert ved å forklare hva psykisk helse, depresjon og fysisk aktivitet er. Videre blir kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmede perspektiv presentert, vernepleierens rolle og kompetanse i behandlingen av depresjon, samt motivasjon og mestring. Dette er relevant på bakgrunn av mine problemstillinger: «*Burde fysisk aktivitet være en del av behandlingen av depresjon blant ungdom, og i så fall på hvilke måter?*» og «*Hvilken rolle og kompetanse har vernepleieren i behandling av depresjon?*».

### 3.1 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer en psykisk helse som

en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (Folkehelseinstituttet 2017).

Hummelvoll (2012, 35) definerer psykisk helse som «en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære – og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet.»

Forutsetninger for en god helse er at man føler sammenheng i tilværelsen. Helse er et sammensatt fenomen som fastsettes av en helhetlig forståelse av sosiale, fysiske, psykiske, kulturelle og åndelige dimensjoner, som vil påvirke, samt være avhengig av hverandre (Fugelli og Ingstad 2014). Den psykiske helsen er noe som tar utgangspunkt i hver enkelt menneskes situasjon og ønsker. Hvordan helse oppleves baseres på samspillet mellom mennesket og omgivelsene i en prosess som stadig endres. Har man en lidelse, kan helse oppleves i varierende grad. Sykdom vil ikke være helsens motpol, men det vil uhelse eller helsesvikt (Hummelvoll 2012).

I Hummelvoll (2012) nevner psykologen Marie Jahoda (1958) sentrale faktorer for en god psykisk helse. Disse faktorene innebærer å ha en positiv selvoppfatning, evnen til å være

aktiv og ta nytte av egne ressurser, være en integrert person, å ha evne til empati, å kunne etablere dype og ekte relasjoner med andre mennesker, være selvstendig, samt kunne handle uten å isolere seg fra andre.

### **3.1.1 Psykiske lidelser**

Psykiske lidelser er psykiske plager som har en intensitet som gjør det mulig å diagnostisere i henhold til den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer, ICD-10. Lettere psykiske lidelser kan bestå av enkle fobier, avgrensede angstlidelser, mild til moderat depresjon, lettere ruslidelser eller lettere spiseforstyrrelser. Omkring 7-8% av barn og unge mellom 3 og 18 år har en psykisk lidelse som bør behandles (Norsk psykologforening n.d).

Folkehelseinstituttet ga ut en rapport i 2018 som omhandlet psykiske lidelser i Norge, og rapporten viste et økende antall tenåringsjenter som får behandling for psykiske lidelser. Fra 2008 til 2011 var det rundt 5% av jenter i aldersgruppen 15-17 år som fikk en psykisk lidelse registrert i spesialisthelsetjenesten hvert år. I 2016 økte antallet til 7%, noe som tilsvarer en relativ økning på 40% i løpet av fem år. En av fire diagnosegrupper som fører til denne økningen er depresjon. I tillegg vises det en dobling i bruken av antidepressiva hos jenter i denne aldersgruppen i samme periode. Antallet tenåringer som behandles for psykiske lidelser i andre land er også i økning, noen steder blant gutter, men spesielt hos jenter (Surén 2018).

## 3.2 Depresjon

Depresjon blir definert av Martinsen (2018, 58) som

Begrepet depresjon brukes både som adjektiv (depressiv/deppa) for å beskrive en sinnstilstand på linje med å være litt nedpå, sliten, ute av slag, og som substantiv for å betegne en gruppe psykiske lidelser eller sykdommer.

Berge og Repål (2013, 81) beskriver depresjon som «å miste evnen til å være glad».

### 3.2.1 Årsak

Årsaken til depresjonen kan ligge i et samspill mellom arvelige faktorer, oppvekstmiljø og livserfaringer. Har foreldre eller andre nære relasjoner en depressiv lidelse, har en økt risiko for å få det selv (NHI 2016). Andre årsaker kan være dødsfall hos nære pårørende, mobbing eller annen bekymring knyttet til skolearbeid, som for eksempel manglende mestring eller andre sosiale sammenhenger (Helsebiblioteket 2019). Årsaker til depresjon kan også være langvarig stress (Hildebrandt 2012).

### 3.2.2 Symptomer

Depresjon kan oppleves i gradene mild, moderat og alvorlig. Felles for alle gradene er at dømmekraften blir redusert, selvbildet påvirket negativt og det oppleves en følelse av tomhet (Hummelvoll 2004). Depresjonssykdommene påvirker ikke kun humøret, men mennesket som helhet (Martinsen 2018).

Kjente tegn på depresjon hos ungdom er at de kan miste interessen for omgivelser og isolerer seg sosialt, og kan vise dette gjennom kommunikasjon ved å si at de ikke orker eller at alt er kjedelig. Tristhet vil ofte ikke være tydelig for andre, men til gjengjeld kan de opptre irritabel og aggressiv i stor grad (Eknes 2006). Det kan også være redusert interesse for aktiviteter som tidligere følte viktig, at vedkommende klandrer seg selv for ting som går galt, har redusert eller manglende konsentrasjonsevne, får dårligere karakterer på skolen, samt tenker på eller snakker mye om døden (Helsebiblioteket 2019). Depresjon kan føre til vansker med å sovne om kvelden, samt at en opplever oppvåkninger på natt



eller tidlig om morgenen. Hos noen kan det påvirke matlysten ved at den blir dårlig og deretter gir vektnedgang, mens andre kan oppleve økt matlyst og vektøkning (Martinsen 2018).

En *mild depresjon* oppstår to til tre ganger så ofte som alvorlige depresjoner (NHI 2019). Ved mild depresjon vil personen kunne forstå virkeligheten rundt seg. Personen vil kunne oppleve tristhet og selvaktelsen kan være redusert. Følelsen av tristhet og nedtrykthet vil stå i samsvar med den reelle situasjonen, som for eksempel dyp sorg av en nærstående persons død, men disse følelsene vil ikke vedvare eller skape funksjonssvikt. Personen vil trekke seg bort fra sosiale aktiviteter og andre mennesker, og reelle eller antatte avvisninger fra andre kan oppleves som ekstra følsomt. Evnen til konsentrasjon og oppmerksomhet kan bli forstyrret, grunnet at tankeprosessene kan bli påvirket (Hummelvoll 2012).

Ved *moderat depresjon* er det økt sjanse for å forveksle på realitetsoppfatningen. Dette kan oppstå i møtet med andre mennesker, ved at personen tror at andre misliker han eller har en negativ oppfatning av han. Dømmekraften oppfattes som dårlig, da andre mennesker kan bli feilvurdert, samt at egne evner blir undervurdert. Personen kan føle tomhet, eller at noe er galt med hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen. Selvbildet er negativ preget og selvaktelsen er lav, samt at evnen til å føle glede er i stor grad redusert. Impulskontrollen kan enten være overkontrollert eller mangelfull med aggressive gjennombrudd, og det kan muligens oppstå perioder med overspising eller høyt alkoholforbruk (Hummelvoll 2012).

Ved *alvorlig depresjon* vil det oppstå vrangforestillinger, og vurderingsevnen er meget redusert da personen ikke bryr seg om konsekvenser atferden medfører. I denne graden er realitetsoppfatningen forandret så mye at ekstrem derealisasjon og depersonalisasjon kan forekomme, som videre kan føre til en følelse av fremmedgjøring av kroppslige feiltolkninger. Grunnet så stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være, og slik personen opplever seg, vil følelser av verdiløshet og skyld oppstå. Personen vil kunne føle seg håpløs, fortvilet, ubrukelig, ulykkelig og hjelpeløs. Evnen til kommunikasjon vil i stor grad være redusert, og noen vil være i en tilstand av tilnærmet stumhet. Hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjonsevne er i stor grad svekket,

samtidig som at tankeprosessen vil være ulogisk. Det kan oppstå en følelse av bunnløs tomhet, og evnen til å føle sensorisk stimuli virker ikke-eksisterende (Hummelvoll 2012).

### **3.2.3 Behandling**

#### *Samtaleterapi*

Ungdom med depresjon kan bli hjulpet i form av en behandling. For noen vil det være nødvendig med henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) for samtaleterapi, mens for andre vil samtale med fastlegen være nok. Interpersonlig terapi og kognitiv atferdsterapi er en av de to viktigste terapiformene innen samtaleterapi. Dette kan være kombinert med medikamenter. Interpersonlig terapi innebærer læring av nye og bedre måter forholde seg til andre mennesker på. Terapiformen baseres på depresjon som oftest er knyttet til samhandlingsvansker, som for eksempel problemer med å få venner eller krangling med foreldre. Kognitiv atferdsterapi søker å endre negative tanker som barnet har om seg selv og verden, over til et mer positivt tanke- og handlingsmønster (Helsenorge 2015).

#### *Legemidler*

Antidepressive medikamenter har vært tilgjengelig siden 1950-tallet. Fra 1990-tallet har nye generasjoner medikamenter blitt tatt i bruk. Disse er ikke påvist mer effektive enn de gamle, men brukere av medikamentene opplever mindre bivirkninger, samt de ikke er giftige i overdose (Martinsen 2018). Antidepressive medikamenter kan normalisere symptomene ved en depresjon, og brukes som oftest i behandling av moderate og alvorlige depresjoner (Felleskatalogen 2017). Ved bruk av antidepressiva kan økt forekomst av selvmordstanker og selvmordsforsøk oppstå, særlig de første ukene (Tran 2018). Hos ungdom under 18 blir det som oftest ikke gitt antidepressiva. Forskning har vist at et medikament ved navn serotoninreopptakshemmere (SSRI) kan hjelpe ungdom med depresjon. Dette medikamentet kan bli anbefalt dersom depresjonen er svært alvorlig, eller dersom samtaleterapi alene ikke har tilstrekkelig effekt. Medikamentet bør gis samtidig med samtaleterapi (Helsenorge 2015). Ved behandling av mild til moderat grad av depresjon er SSRI førstevalget, da dette medikamentet har færre bivirkninger enn andre medikamenter. Helsedirektoratet (2010) hevder at de tradisjonelle behandlingsformene som medisiner og samtaleterapi de mest brukte i behandling av depresjon.

### *Elektrosjokk behandling (ECT-behandling)*

ECT-behandling gir en overraskende bra effekt i form av at depresjonen reduseres. Behandlingsformen blir mest brukt ved alvorlige depresjoner, og er kjent som den mest effektive korttids-behandlingen (Bendiksen 2013). Behandlingen blir gitt av en anestesilege og en psykiater. Behandlingen går ut på at pasienten får et strømstøt fra en elektrode som er plassert ved tinningen og en øverst på pannen på samme side. Det blir gitt narkose, surstoff og muskelavslappende av anestesilegen i starten av behandlingen (Heiberg 2004).

### *Veiledet selvhjelp*

Fysisk aktivitet er en selvhjelpsmetode, som vil si at mennesker selv kan benytte seg av metoden. Mennesker med psykiske lidelser kan møte hindringer på veien mot fysisk aktivitet, da de kan oppleve å være i fysisk dårlig form eller har lite kunnskap om temaet. Helsetjenesten og helsepersonell vil kunne besitte relevant kunnskap når det kommer til å informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet som forebyggings- og behandlingsmetode (Helsedirektoratet 2010). Veiledet eller assistert selvhjelp har vært nyttig i behandling av depresjon, og innebærer at helsepersonell belyser eller viser til selvhjelpsmateriell, som kan være i form av bøker, brosjyrer eller elektronisk baserte programmer. Ved mild depresjon vil veiledet selvhjelp anbefales som førstevalg, før eventuelle tiltak som psykoterapi eller medikamentell behandling (Helsedirektoratet 2009). Også ved mer alvorlige depresjoner vil veiledet selvhjelp kunne være viktig som et supplement til behandling (Berge og Repål 2012).

### *Dyreassistert terapi*

Mennesker med psykiske lidelser kan oppleve å være utrygge i kontakt med andre mennesker. For mange kan det være enklere å etablere kontakt med og oppleve trygghet til et dyr, noe som over tid kan smitte over på kontakten med mennesker (Martinsen 2018).

### *Fysisk aktivitet*

Ved mild til moderat grad av depresjon er effekten av fysisk aktivitet godt påvist, og fysisk aktivitet er et alternativ til de tradisjonelle behandlingsformer (Martinsen 2000). Martinsen (2018) viser til Franz og Hamilton (1905) som sier at første gangen fysisk aktivitet ble omtalt som en behandlingsmetode ved depresjon, er over hundre år siden.

De siste årene har fysisk aktivitet blitt brukt i større grad av behandling hos mennesker med psykiske lidelser, som et supplement til samtaleterapi og medisinerer (Martinsen 2004). Ved alvorlig depresjon har det vært vanskelig å gjennomføre kontrollerte forsøk på fysisk aktivitet som behandlingsform, men de fleste mener at fysisk aktivitet ikke er tilstrekkelig nok alene. I tillegg til fysisk aktivitet, vil pasienter med alvorlig depresjon ofte tilbys antidepressive medikamenter eller samtaleterapi (Martinsen 2018). Selv om pasienter med alvorlig depresjon orker lite, vil en godt tilrettelagt aktivitet kunne gi en positiv virkning (Hummelvoll 2012).

### **3.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet kan defineres på flere måter. Fysisk aktivitet og fysisk trening blir ofte brukt om hverandre, men har to ulike betydninger.

Martinsen (2018, 34) beskriver fysisk aktivitet som:

Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå

Martinsen (2018, 34) beskriver fysisk trening som:

En form for fysisk aktivitet, som er strukturerte, planlagte og gjentatte kroppslige bevegelser, som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse

Fysisk form kan defineres som ”kapasiteten til å utføre fysisk aktivitet” (Martinsen 2018, 35).

Ofte blir begrepet fysisk trening brukt om målrettede aktiviteter for å forbedre idrettsprestasjoner, og fysisk aktivitet blir brukt om mosjonsaktiviteter, der målet er glede, helse og avkobling (Martinsen 2018). Dette viser forskjellene på fysisk aktivitet og fysisk trening. Videre i oppgaven blir det tatt utgangspunkt i denne forståelsen om fysisk aktivitet. Selv om fysisk trening viser flere positive kroppslige effekter, vil ikke denne betegnelsen bli inkludert videre i oppgaven.

Fysisk aktivitet inkluderes i mange situasjoner i løpet av hverdagen. Fysisk aktivitet foregår ved rydding av hus, når en går til jobb, turer i skogen, trening på treningssenteret, spilling av håndball med jentegjengen eller andre måter en bruker kroppen på i løpet av dagen (Ommundsen og Haugen 2018). Det vil være viktig å finne aktiviteter som oppleves som meningsfulle, samt er av interesse. Disse kan føre til økt mestring, livskvalitet og glede (Borge 2005). Naturopplevelser som kommer i form av planter og dyr, lukter, smaker, syns- og hørselsinntrykk kan føre til glede, samtidig som at dette vil være viktige elementer for å være fysisk aktiv. Funn innen miljøpsykologien viser at kontakt med naturen har en styrkende virkning på mennesket, og studier tyder på at fysisk aktivitet ute i naturen kan føre til en større virkning enn trening innendørs (Bischoff 2012).

Ofte er fellesaktiviteter som turer med flere mennesker verdifulle, da de bedrer den fysiske tilstanden, gir mulighet for å slippe ut følelser og spenning, samt gir en økt fellesskapsfølelse. Mennesker med depresjon som klarer å motivere seg til fysisk aktivitet vil ofte kjenne på følelsen av at deres «ånd og sjel» stimuleres da den fysiske aktiviteten produserer kjemiske substanser, også kalt endorfiner. Endorfinene fører til en naturlig «oppfriskningsfølelse», og å hjelpe deprimerte pasienter til bevegelse kan gi et tilsvarende kjemisk løft, samme som oppstår ved bruk av antidepressiva (Hummelvoll 2012).

### **3.3.1 Aktivitetsanbefalinger**

For barn og unge vil minimumsanbefalingene være minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag. Minst tre ganger i løpet av uken bør aktiviteten inneholde høy intensitet, samt at det bør utføres aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrket skjelett (Helsedirektoratet 2019). Redusering av stillesitting og 60 minutter med fysisk aktivitet daglig vil gi betydelig helsegevinst (Anderssen og Ekelund 2018).

### 3.3.2 Effekt av fysisk aktivitet

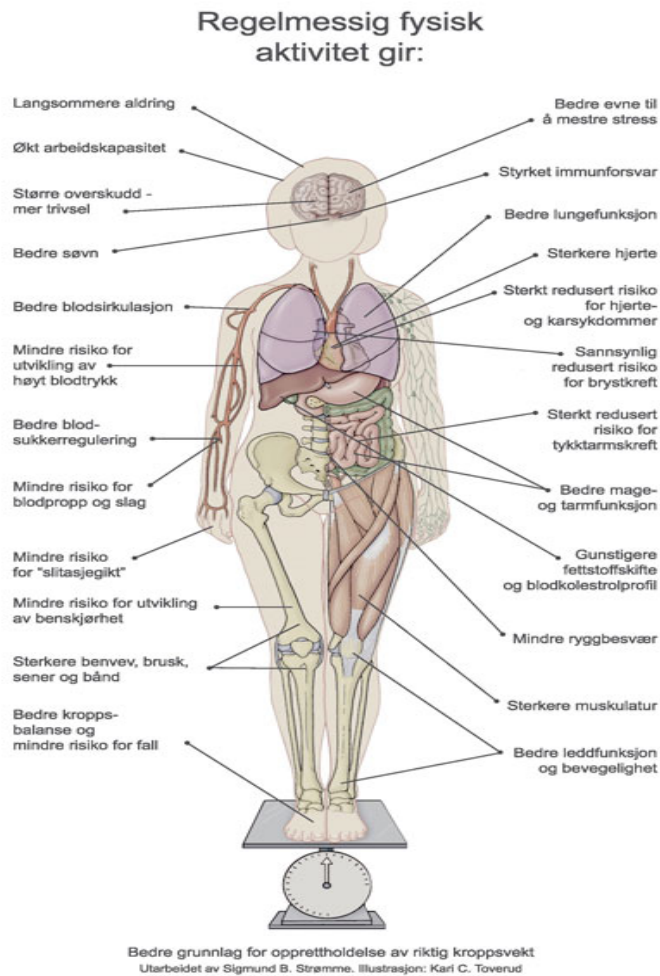
Fysisk aktivitet bidrar til å fremme helse, forebygge og behandle en rekke fysiske og psykiske sykdomstilstander (Bahr 2008). Kroppen er skapt for å bevege seg, og vil forfalle dersom den ikke er i bruk (Martinsen 2018).

Er man i en god fysisk form, vil dette kunne *motvirke stress*. De som er i god form har som oftest bedre helse og har større motstandsdyktighet mot belastninger (Martinsen og Taube 2015). Det vil i tillegg redusere sjansen for å gå inn i panikk- hvor hjertet jobber på høygir, blodtrykket stiger og det blir vanskelig å tenke klart. Regelmessig fysisk aktivitet vil føre til at en i større grad håndterer situasjonen uten å reagere like sterkt, verken fysisk eller psykisk (Hansen 2017). Det vil bidra til *økt velvære og glede*, samt et bedret forhold til egen kropp (Hummelvoll 2012). Ungdom som deltar og opplever mestring gjennom fysisk aktivitet, kan oppleve økt selvbilde (Lein 2016).

Sammenlignet med inaktive personer, har personer som er i regelmessig fysisk trening *mindre søvnproblemer* og tretthet på dagtid (Martinsen 2018). Mennesker opplever en mer *kreativ* og problemløsende form for tenkning noen timer etter fysisk aktivitet. Videre skriver han at økt konsentrasjonsevne også vil være en positiv effekt av regelmessig fysisk aktivitet. På den andre siden har tester vist resultat av at dersom man presser seg for hardt i form av fysisk aktivitet, vil man prestere dårligere (Hansen 2017).

Begrepet '*runners high*' kommer av observasjoner som er utført på mennesker under fysisk aktivitet. Det viste seg at løperne kom i en ruslignende, euforisk tilstand under treningen. Trettheten forsvant, sanseinntrykk blir mer intensive og opplever en følelse av at en kan løpe uendelig langt og raskt. Følelsen er så intens at dersom du har hatt det, vil du definitivt huske det. Effekten kan minnes den man får med morfin (Hansen 2017).

Figuren under illustrerer flere positive effekter som fysisk aktivitet fører til.



Figur 2: *Effektene av regelmessig fysisk aktivitet (Helsenorge 2019).*

Fysisk inaktive vil få størst gevinst dersom de begynner rolig, og deretter øke intensiteten og frekvensen i aktiviteten gradvis (Moe og Martinsen 2011). Det er vist at overdreven fysisk aktivitet og trening kan føre til overtrening, noe som først og fremst rammer toppidrettsutøvere eller mosjonister som trener mye. Overtrening er en konsekvens av ubalanse mellom trening og restitusjon, samtidig som at andre stressfaktorer kan påvirke dette negativt. For eksempel kan søvnforstyrrelser, personlige problemer eller miljøstress gi økt risiko for å bli overtrent. Overtrening kan fremkalle psykologiske symptomer som kan sammenlignes med depresjon, som blant annet langvarig tretthet, gjerne kombinert med fysiske og psykiske forstyrrelser, manglende konsentrasjonsevne og/eller søvnproblemer og dårlig humør (Dyrstad 2018).

### 3.4 Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv

#### *Kropp og sjel i et fenomenologisk perspektiv*

Edmund Husserl (1869-1938) anses som opphavsmannen av denne filosofiske retningen. Utviklingen av det fenomenologiske perspektiv er i nyere tid en viktig inspirasjonskilde, og fenomenologi betyr «det som trer fram eller viser seg» (Borge 2018, 27). Det vil være relevant å gå nærmere inn på det fenomenologiske perspektivet på kropp og sjel, hvor det blir tatt utgangspunkt i at kroppen er en levd erfaring. Kroppen som helhet vil ha betydning for hvordan mennesker fortolker og erfarer verden (Damasio og Carvalho 2013 sitert i Martinsen 2018). Vår oppfatning av verden baseres på kroppen. Vi hører, ser, smaker og kjenner, og kroppen anses som menneskets tilgang til verden. Dersom vi opplever en forandring i kroppen kan dette videre føre til en forandring av vår opplevelse av verden (Duesund 1995 sitert i Martinsen 2018). Sykdom vil være et fenomen som forstyrrer mennesket i det daglige liv. Derfor vil den også tiltrekke seg oppmerksomhet, noe som fører til at det utvikles et plagsomt fenomen som ønskes fjernet (Svenaesus 2005).

#### *Helhetlig helsefremmede perspektiv*

Hensikten med et helsefremmede arbeid er å styrke faktorer som bidrar til god helse gjennom en forståelse av at helse er mer enn fravær fra sykdom (Owren 2011). Sosiologen Antonovsky har vært en viktig inspirator for tenkning om utvikling av helse. Antonovsky forsket på faktorer som bidro til helse, og skapte begrepet salutogenese. Salutogenese består av saluto som betyr helse, og genese som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Begrepet kommer fra hans forskning på hvilke faktorer som bidro til helse, inspirert av hans dybdeintervju med kvinner som hadde ekstreme opplevelser fra Holocaust. Antonovsky undret seg over hvordan disse kvinnene kunne vise kjærlighet, leve et normalt liv, etablere gode relasjoner og ta seg av barn, familie og arbeid. Denne forskningen ble salutogenese bygget på (Borge 2018).

Til tross for stor grad av ulike påkjenninger, vil mennesker kunne ha god psykisk helse. Menneskets evne til å møte utfordringer vil være avgjørende for en vellykket mestring av livets påkjenninger og oppretthold av helsen. I stedet for å fokusere på årsaker og problemer, vil det være viktig å søke mestringsstrategier. Blant annet kan fysisk aktivitet være en god ressurs der mennesket selv kan oppleve egen mestring og finne mening



gjennom aktiviteten. I samvær med andre kan aktiviteten styrke den indre opplevelsen av sammenheng (Borge 2018). Mennesket viser i stor grad evne til å takle stress og tilpasse seg livssituasjoner i perioder med helsesvikt, sykdom og andre belastede påkjenninger (Hummelvoll 2012).

### 3.5 Vernepleierens rolle og kompetanse

Vernepleieren må ta utgangspunkt i å møte den deprimerte som person, samt bistå med å finne og bearbeide problemene i den deprimertes liv (Hummelvoll 2012). En vernepleier vil arbeide med å løse utfordringer som krever et målrettet og systematisk arbeid (Fellesorganisasjonen 2017). Her vil vernepleierens arbeidsmodell spille en viktig rolle (vedlegg 1). Arbeidsmodellen består av fire faser: kartlegging, målvalg, tiltak og evaluering. *Kartleggingsfasen* består av å innhente data i form av ulike metoder, noe som danner grunnlag for videre arbeid. Kartleggingen skal inneholde situasjonsbeskrivelser og vurderinger. Neste del i arbeidsmodellen er fasen *målvalg*, som inneholder prioriteringer, mål eller hensyn. Videre kommer *tiltaksfasen* som inneholder handlemåter eller tiltak som kan tenkes å skape endringer (Owren og Linde 2011). Det avsluttes med en *evaluering* som vil være nødvendig for å gjøre en vurdering av arbeidet, og for å finne ut hva det har resultert i. Vil vedkommende ta vare på seg selv fysisk og psykisk? Er personen i stand til kontaktetablering? Er vedkommende innforstått med hendelsen som eventuelt førte til depresjonen? Dette er spørsmål en kan ta med i evalueringen (Hummelvoll 2012).

Innspill og tilbakemeldinger fra pasienten vil være sentralt (Owren og Linde 2011). Et samarbeid som dette utformer en praksis om tar utgangspunkt i pasientens perspektiv og ønskemål (Hummelvoll 2012). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og innebærer at brukeren har rett til å medvirke i tjenester som mottas, og i utforming av tjenestetilbudet skal behov og ønsker vektlegges (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Den enkelte skal tilegnes tilstrekkelig informasjon, og ut ifra et godt utgangspunkt kunne ta egne valg angående sin helse (Hummelvoll 2012). I forhold til brukermedvirkning er Empowerment et sentralt begrep. Empowerment kan sees synonymt med selvbestemmelse, og Askheim (2003) skriver at begrepet innebærer overføring av makt, der makten gis eller tas tilbake av de avmektige.

Tilnærmingen bør baseres på en varm, rolig og aksepterende holdning. Kontaktetablering vil kreve tålmodighet. Det vil være viktig å ta seg god tid, selv om den deprimerte uttrykker seg lite verbalt. Det vil være nødvendig for pasienten å uttrykke følelser, da det er sjans for at pasienten besitter følelser som har bidratt til den nåværende helsetilstanden. Ved å uttrykke følelser kan også intensiteten av disse bli redusert. En vesentlig del av det samlede behandlingstilbudet, er fysisk omsorg og pleie, ved at berøring kan formidle omsorg og bekreftelse til pasienten (Hummelvoll 2012).

### **3.6 Motivasjon og mestring**

Motivasjon regnes som drivkraften til det som styrer atferd hos mennesket (Teigen 2016). I behandlingsprosessen vil det første steget være motivasjon, og er derfor helt essensielt for å utføre fysisk aktivitet i et psykisk helseperspektiv (Moe og Moser 2005). Motivasjon er inndelt i indre og ytre motivasjon. Det som kjennetegner indre motivasjon er at vi utfører noe fordi vi velger selv å gjøre det. Det blir gjort ut ifra egen interesse og opplevelsene som handlingen eller aktiviteten gir. Ytre motivasjon kommer av at andre forventer det, ønsker det eller gir oss en belønning for å gjøre det (Owren 2011). Mangel på motivasjon vil være en del av sykdomsbildet hos deprimerte pasienter, samt manglende tro på seg selv, lite initiativ, isolasjon og håpløshet (Moe og Moser 2005).

En positiv mestringsforventning innebærer at dersom vi har en forventning om å lykkes med noe, vil muligheten til å lykkes øke. Dette vil øke selvtilliten til den deprimerte, noe som videre vil føre til styrke. Det vil gi mulighet til å være fleksibel og se etter andre muligheter i møtet med hindringer, grunnet den underliggende troen på at det nytter (Berge og Repål 2012).

Vernepleieren kan bidra i veiledet selvhjelp gjennom et samarbeid hvor det blir satt konkrete mål som er mulig å oppnå innen rimelig tid, og pasienten oppmuntres til å snakke med andre som har vært gjennom lignende situasjoner, for å høste av deres erfaringer. Dette for å gi en bedre selvinnsikt på hvordan en selv kan påvirke resultatet av behandlingen. Oppmuntring og oppmerksomhet fra helsepersonell og nære relasjoner vil bidra til å styrke pasientens mestringsforventninger. Positive mestringsforventninger fungerer som et godt grunnlag for god helseatferd, og informasjon om sykdommen og evnen til å mestre den gir økt selvtillit. Økt kunnskap, og evnen til å se sin egen rolle i

behandlingen kan også gi motivasjon til å jobbe mer rettet mot løsningen. Vi kan påvirke vår egen helse til en viss grad, men vi er likevel sårbare for uforutsigbare faktorer som arvelige forhold, ulykker og andre livsbelastninger. Ved veiledet selvhjelp er det viktig å fokusere på å erkjenne problemenes omfang og styrke, samt å få frem at det finnes tiltak som den enkelte kan benytte for å bygge motivasjon og håp om bedring (Berge og Repål 2012).

Mestring innebærer at den enkelte personen endrer adferd og følelser slik at ens syn på sammenheng og mening med livet endres. Dette bidrar videre til å kunne bearbeide følelser, løse problemer som oppstår, samt bidrar til en forbedret livssituasjon (Olsson og Vågan 2018). For at pasientene skal oppleve mestring bør aktivitetene være basert på deres tidligere interesser, i tillegg til at det ikke bør være for tidkrevende grunnet mangel på motivasjon og engasjement. Mestringsfølelse kan føre til økt selvbilde og selvtillit, samt bidra til tro på at sykdommen kan lindres (Hummelvoll 2012).

En mestringsstrategi i seg selv kan være å holde ut en lidelse som oppleves belastende. De kan føle at lidelsen tar over livet, men mestringsfølelsen kan bidra til at personen er i stand til å fortsette videre (Bastøe 2011). I arbeidet med deprimerte pasienter vil det være viktig å tenke på at interessen for ting som tidligere har vært meningsfulle, ofte vil være redusert eller helt borte. Da vil det forsøkes å finne andre ting som oppleves som lystbetont, eller gjenvinne det som tidligere har vært meningsfylt (Hummelvoll 2012).

## **4.0 Diskusjon**

De utvalgte problemstillingene søker å finne ut om fysisk aktivitet burde være en del av behandlingen av depresjon hos ungdom og hvilken rolle og kompetanse vernepleieren besitter i behandlingen av depresjon. På bakgrunn av teori og innsamlet data vil dette kapittelet diskutere og drøfte oppgavens problemstillinger.

### **4.1 Burde fysisk aktivitet være en del av behandlingen av depresjon blant ungdom, og i så fall på hvilke måter?**

I dette kapittelet skal vi diskutere om fysisk aktivitet burde inngå som behandlingsform ved en depresjonslidelse blant ungdom som er innlagt ved psykiatrisk avdeling.

#### **4.1.1 Fysisk aktivitet som behandlingsform ved depresjon**

Fysisk aktivitet ble omtalt som behandlingsform ved depresjon allerede for over hundre år siden (Franz og Hamilton 1905). Martinsen (2018, 34) definerer fysisk aktivitet som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå». Dette kan bekreftes av Ommund og Haugen (2018) som hevder at fysisk aktivitet kan foregå ved rydding av hus, når en går til jobb, går turer i skogen, samt ved andre aktiviteter hvor en bruker kroppen i løpet av dagen. Hver enkelt vil være drevet av ulik mening og motivasjon, men ifølge Borge (2005) er det viktig å finne aktiviteter som oppleves som meningsfulle, samt er av interesse for å oppnå best mulig effekt.

For Martinsen (2000) er fysisk aktivitet en selvhjelpsstrategi. Det finnes flere ulike former for fysisk aktivitet, og begrepet fysisk aktivitet blir brukt om mosjonsaktiviteter, der målet er glede, helse og avkobling (Martinsen 2018). Ifølge Bischoff (2012) vil naturopplevelser som planter, dyr, lukter, smaker, syns- og hørselsinntrykk kan føre til glede. Å bruke naturen til fysisk aktivitet kan også være et enklere og rimeligere alternativ enn å trene på et treningssenter, da naturen alltid er tilgjengelig og kan virke mer fristende. Det kan tenkes at ulike aktiviteter ute i naturen vil være en mer komfortabelt dersom den deprimerte ikke ønsker å være blant store folkemengder.

Aktiviteter som er av interesse kan føre til økt mestringsfølelse, livskvalitet og glede (Martinsen 2018). På bakgrunn av slike effekter kan det tenkes at fysisk aktivitet vil bringe med seg positive elementer for en deprimert pasient, og burde dermed være en del av behandlingen. Eller kan det tenkes at en slik behandling også kan ha negative effekter hos ungdom som har blitt innlagt ved psykiatrisk avdeling?

#### **4.1.2 Positive og negative effekter ved fysisk aktivitet**

Martinsen (2018) nevner blant annet flere positive effekter som fysisk aktivitet fører med seg; for pasientene kan det være en buffer mot stress, gi økt velvære, økt selvfølelse, sunnere kroppsbilde, økt søvnkvalitet, resultere i en mer kreativ tenkning og tilstanden 'runners high'. Figur 2 i oppgaven viser også hvilke positive effekter regelmessig fysisk aktivitet kan resultere i, som for eksempel langsommere aldring, bedre evne til å mestre stress, styrket immunforsvar, økt overskudd og trivsel, bedre søvn, bedre leddfunksjon og bevegelighet, samt et sterkere hjerte (Helsenorge 2019). Disse faktorene vises å være motsatt av depresjonssymptomene som Hummelvoll (2012) nevner. Blant annet skriver Martinsen (2018) at depresjon kan føre til søvnproblemer, men videre skriver han også at regelmessig fysisk aktivitet vil kunne bidra til økt søvnkvalitet. Sammenlignet med inaktive personer, har personer som er i regelmessig fysisk aktivitet mindre søvnproblemer og tretthet på dagtid. På bakgrunn av dette kan det antas at fysisk aktivitet vil spille inn en viktig rolle i behandlingen av depresjon.

På den andre siden har vi sett gjennom teori at det vil at overdreven fysisk aktivitet kan føre til overtrening. Stressfaktorer i livet til den deprimerte kan påvirke dette, som blant annet søvnproblemer eller miljøstress. Overtrening fører med seg symptomer som langvarig tretthet, gjerne kombinert med fysiske og psykiske forstyrrelser, manglende konsentrasjonsevne og/eller søvnproblemer og dårlig humør (Dyrstad 2018). Selv om dette i større grad rammer toppidrettsutøvere eller mosjonister som trener mye, kan det tenkes at dette kan ramme de deprimerte pasientene i noen tilfeller, og på denne måten i verste fall føre til en forverring i pasientens depresjon. I slike tilfeller vil det være viktig at de som tidligere har vært fysisk inaktiv, gradvis øker nivået og intensiteten, samt finner en balanse mellom aktivitet og restitusjon (Moe og Martinsen 2011).

En faktor som kan forårsake tilfeller som overtrening, kan være tilstanden 'runners high'. Tidligere i teorien blir 'runners high' beskrevet som en ruslignende tilstand som kan oppstå ved fysisk aktivitet. Denne følelsen kan bli så sterk at den gir en kortvarig euforisk tilstand (Hansen 2017). På en andre siden kan det tenkes at denne tilstanden kan gi en negativ effekt over tid. Vil 'runners high' bli en tilstand mennesker med depresjon higer etter? Dette kan føre til overdreven fysisk aktivitet, som igjen kan utvikle seg til form for treningsavhengighet som kan ha en negativ effekt. På den andre siden, vil 'runners high' gi økt motivasjon og stimulere til fysisk aktivitet? Det er ikke sikkert de fleste vil få oppleve den ruslignende tilstanden av rolig fysisk aktivitet, men heller vil oppleve en frigjøring av endorfiner, som kan gjøre deg glad og gi en følelse av velvære.

### **4.1.3 Fremmer fysisk aktivitet en bedre psykisk helse?**

Psykisk helse blir definert i oppgaven som en tilstand av best mulig psykisk, fysisk, åndelig og sosialt velvære, ikke kun fravær av svakelighet og sykdom (Hummelvoll 2012). Marie Jahoda (1958) sitert i Hummelvoll (2012) skriver at en god psykisk helse innebærer blant annet en positiv selvoppfatning, evnen til å være aktiv, ta nytte av egne ressurser og kunne etablere dype og ekte relasjoner med andre. Dette vil være individuelt, men ut ifra teorien belyst over kan det antas at hvilket forhold en har til seg selv, relasjoner, mestringsopplevelser og evnen til å delta i samfunnet, aktiviteter eller arbeid vil være essensielt for ungdom med depresjon. Helse kan oppleves i varierende grad dersom man har en lidelse (Hummelvoll 2012). Vil noen takle en lidelse bedre enn andre? Vil man takle depresjonen bedre om man er fysisk aktiv og har en sterk psykisk helse? Sykdom vil være noe som er forstyrrende for mennesket, som følge av at den vil trekke til seg oppmerksomhet. Sykdommen utvikles til et plagsomt fenomen som ønskes fjernet (Svenaesus 2005). Duesund (1995) sitert i Borge (2018) hevder at en forandring i kroppen vil kunne føre til en forandring av vår opplevelse av verden.

Til tross for stor grad av ulike påkjenninger, vil mennesker kunne ha god psykisk helse. Det som vil være avgjørende for en vellykket mestring av livets påkjenninger og oppretthold av helsen, vil være evnen til å møte utfordringer på. Det vil være viktig å søke mestringsstrategier fremfor å fokusere på årsaker og problemer, og fysisk aktivitet kan være en god ressurs der mennesket selv kan oppleve mestring, samt samvær med andre kan styrke den indre opplevelsen av sammenheng (Borge 2018).

Folkehelseinstituttet (2017) beskriver en god psykisk helse som blant annet å kunne håndtere normale stressituasjoner. Kan det tenkes at ungdommer i god fysisk form har større sjanse for å oppnå en god psykisk helse? I teoridelen har vi sett at de som er i god fysisk form ofte har bedre helse og større motstandsdyktighet mot belastninger. Ifølge Hansen (2017) vil en god fysisk form redusere sjansen for å få panikk, og samtidig øker sjansen for å håndtere en stressende situasjon bedre. Det kan bety at de som er fysisk aktive vil takle belastninger i større grad enn de som er fysisk inaktive. På bakgrunn av dette kan det tenkes at det å være fysisk aktiv vil skape svært gode effekter for den deprimerte.

Et helsefremmede arbeid vil styrke faktorer som bidrar til god helse gjennom en forståelse av at helse er mer enn fravær fra sykdom (Owren 2011). Antonovsky undret seg over hvordan disse kvinnene med ekstreme opplevelser fra Holocaust kunne vise kjærlighet, leve et normalt liv, etablere gode relasjoner og ta seg av familie og arbeid (Borge 2018). Ifølge Hummelvoll (2012) viser mennesket stor grad av evne til å takle stress og tilpasse seg livssituasjoner i perioder med helsesvikt, sykdom eller andre belastninger. Vil denne elastisiteten være en forutsetning for å opprettholde helsen? Ved at man blir mer motstandsdyktig mot stress, kan det være med å behandle depresjonen, da dette ifølge Hildebrandt (2012) ofte er en vanlig årsak til depresjonen. På bakgrunn av dette kan det antas at mennesker som er i en god fysisk form har større sjanse for å oppnå en god og sterk helse, som videre kan tenkes å gjøre personer mer motstandsdyktige og mindre mottakelige for en psykisk lidelse som depresjon.

#### **4.1.4 Fysisk aktivitet og medisiner**

Ungdom med depresjon kan bli hjulpet i form av en behandling, og i behandling av depresjon er det flere ulike behandlingsformer som har vist en god dokumentert effekt. Antidepressive medikamenter kan bidra til å normalisere symptomene ved depresjonen, og brukes som oftest i behandling av moderate og alvorlige depresjoner (Felleskatalogen 2017). Bruken av antidepressiva kan øke risikoen for selvmordstanker og selvmordsforsøk hos pasienten (Tran 2018). Medikamenter og fysisk aktivitet viser begge gode effekter ved behandling av depresjon, men fysisk aktivitet gir ikke tilsvarende bivirkninger som nevnt over. Kan det på bakgrunn av dette tenkes at fysisk aktivitet vil være viktig å integrere i

behandlingen for de som er innlagt med en depresjonslidelse? Det kan også tenkes at fysisk aktivitet kan ha en god effekt, spesielt når man tar antidepressive medikamenter i tillegg. På bakgrunn av dette, kan det videre tenkes at ungdom med en alvorlig depresjon kan dra nytte av fysisk aktivitet, men at dette muligens ikke er nok behandling alene. Ifølge Hummelvoll (2012) vil fysisk aktivitet kunne utløse endorfiner hos pasienten, og et tilsvarende kjemisk løft, som kan oppstå ved bruk av antidepressiva. På denne måten kan det være muligheter for at bivirkningene til medisinene ikke vil ha like store negative effekter, i tillegg til at den fysiske aktiviteten kan øke hos den deprimerte. Dette kan tyde på at fysisk aktivitet vil ha en god effekt ved bruk av antidepressiva hos ungdom diagnostisert med depresjon.

#### **4.1.5 Fysisk aktivitet og støtte**

Pasienter med depresjon vil ofte føle seg ensomme og isolere seg (Eknes 2006), så derfor kan fysisk aktivitet, støtte og samtaler med andre mennesker, eller kontakt med dyr være viktige supplement for å kunne komme seg ut av depresjonen (Helsedirektoratet 2010). Dette kan spesielt tenkes å forekomme blant mennesker som er innlagt ved psykiatrisk avdeling.

Ungdommer som er innlagt på psykiatrisk kan motivere hverandre til å delta på aktiviteter sammen. Pasienter med depresjon vil ofte trekke seg bort fra sosiale aktiviteter (Hummelvoll 2012). Vi har sett gjennom teori at hos pasienter med alvorlig grad av depresjon er vurderingsevnen redusert i stor grad, noe som gjør at pasienten ikke bryr seg om konsekvenser som atferden medfører. Det blir også belyst i teorien at det å trekke seg bort fra sosiale aktiviteter kan forekomme ved mild grad av depresjon, men det kan tenkes at det er større sjanse for at pasienter med mild grad deltar i sosiale aktiviteter grunnet forståelsen av virkeligheten rundt seg. Det kan derfor tenkes at ungdom med mild grad av depresjon kan dra nytte av fysisk aktivitet. Aktiviteter sammen med flere mennesker vil være verdifulle, da det ifølge Hummelvoll (2012) vil kunne bedre den fysiske tilstanden og gi økt fellesskapsfølelse. Dette kan videre føre til kontaktetablering og støtte fra andre ungdommer, noe som vil være viktige faktorer for å ha en god psykisk helse, samt i behandlingen.



Mennesker med psykiske lidelser kan oppleve å være utrygge i kontakt med andre mennesker. For mange kan det være enklere å etablere kontakt med, og oppleve trygghet til et dyr, som videre over tid kan smitte over på kontakten med mennesker (Martinsen 2018). For de som synes det er utfordrende å motivere seg til fysisk aktivitet, kan dyr være god støtte. Opplever pasienten glede og trygghet sammen med dyrene, kan det være en sjanse for at pasienten ikke tenker over at han er fysisk aktiv. Vil dette pågå regelmessig over tid, kan det tenkes at positive effekter fra den fysiske aktiviteten forekommer.

## **4.2 Hvilken rolle og kompetanse har vernepleieren i behandlingen av depresjon?**

I dette kapittelet skal vi diskutere hvilken rolle en vernepleier og deres kompetanse kan ha under behandlingsformen når det gjelder depresjon hos pasienter.

### **4.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell**

Det kan tenkes at vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 1) vil være gunstig i behandlingen ved depresjon, da det innebærer å løse utfordringer som krever et målrettet og systematisk arbeid (Fellesorganisasjonen 2017). Arbeidsmodellen kan for eksempel ta utgangspunkt i pasientens utfordringer og funksjonsvansker, og søker etter måter å møte disse på. Data vil samles inn på en helhetlig måte, blant annet gjennom samtaler eller observasjon. Vernepleieren jobber målrettet og systematisk ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell. Som for eksempel gjennom å veilede en pasient i ulike måter å forholde seg til utfordringer han eller hun måtte møte grunnet depresjonen. Dette krever et målrettet og systematisk arbeid fra vernepleierens side. Dette kan for eksempel være kontaktetablering, der vernepleieren veileder den deprimerte i ulike mestringsstrategier. I tillegg vil vernepleieren veilede og hjelpe pasienten til å møte og bearbeide følelsen av meningsløshet, samt styrke selvaktelsen og tilknytning til andre mennesker.

## 4.2.2 Brukermedvirkning

Vernepleieren skal ta utgangspunkt i pasientens perspektiv og ønsker i arbeidet (Owren og Linde 2011). Vernepleieren besitter kompetanse om brukermedvirkning og empowerment, noe som vil være viktig å ivareta i behandlingen. Det kan tenkes at ungdom befinner seg i en fase i livet hvor de selv ønsker å ta ansvar. De kan ha et ønske om at ingen «bestemmer» over dem, og det kan tenkes at de setter pris på at deres forslag og innspill blir hørt. Viktigheten av dette har blitt belyst tidligere i teoridelen av oppgaven. Å føle seg hørt, kan føre til økt mestringsforventning, noe som igjen vil føre til at pasienten er mer forberedt i møtet med utfordringer. Brukermedvirkning og selvbestemmelse vil være viktige og gjennomgående faktorer, som vi har sett i teorikapitlet at er en lovfestet rettighet. Hummelvoll (2012) hevder at samarbeid som dette utformer en praksis som tar utgangspunkt i pasientens perspektiver og ønskemål. Vernepleieren skal gi pasienten tilstrekkelig informasjon og veiledning om situasjonen. For at pasienten skal ha et godt nok grunnlag for å fatte egne beslutninger, vil det være nødvendig at informasjonen som blir gitt er tilpasset individets evne til å forstå. Men på en annen side, sett med et kritisk blikk, vil de unge pasientene besitte tilstrekkelig nok kunnskap til å ta selvstendige beslutninger alene? På bakgrunn av dette kan det tenkes at vernepleieren kan være en god støttespiller gjennom behandlingsprosessen ved å komme med gode råd og veiledning videre.

## 4.2.3 Tilnærming i samarbeid med den deprimerte

Det kan tenkes at vernepleierens tilnæringsmetode i samarbeidet med deprimerte pasienter vil være viktig. Tilnærmingen bør være varm og rolig, i tillegg til en aksepterende holdning (Hummelvoll 2012). Hvordan hadde det vært for pasienten dersom vernepleieren hadde virket stresset og viste en negativ holdning? I teorien ble det belyst at den deprimertes dømmekraft er dårlig, som kan føre til mistolking av andre. Det kan antas at pasienten vil få en negativ oppfatning eller tenke at vernepleieren misliker han. Dette kan oppleves som ekstra følsomt (Hummelvoll 2012). Vil dette videre danne en god samarbeidsrelasjon? I slike situasjoner som dette vil det være viktig at vernepleieren besitter kunnskap om depresjonens ytringsform og dynamikk. Fysisk berøring kan formidle omsorg og bekreftelse til pasienten (Hummelvoll 2012). Det er noe vi opplever fra begynnelsen av livet. Ved fysisk berøring kan pasienten oppleve følelsen av tilhørighet

og trygghet, noe det kan tenkes at pasienten mangler i større eller mindre grad.

Kontaktetablering vil kreve tålmodighet, og selv om pasienten ikke uttrykker seg så mye vil det være viktig å ta seg god tid og følge pasientens tempo (Hummelvoll 2012). Ifølge Hummelvoll (2012) vil kommunikasjonsevnen hos de deprimerte i stor grad være redusert, og noen vil være i en tilstand av tilnærmet stumhet. Tilfeller hvor pasienten har nedsatt kommunikasjonsevne, vil fysisk berøring kunne være viktig for å formidle bekreftelse. Hvilke hensyn må vernepleieren ta i forhold til en nedsatt kommunikasjonsevne? Det kan tenkes at det vil være viktig å ta pauser i samtalen og stille åpne spørsmål, samt at vernepleieren viser sympati og er rolig. For å styrke relasjonen mellom vernepleier og pasient, kan det være viktig med full oppmerksomhet, øyekontakt, aktiv lytting og vise hensyn til pasientens behov.

Det kan tenkes at gode relasjoner til helsepersonellet kan føre til mindre isolasjon og håpløshet, som ifølge Moe og Moser (2005) er en del av sykdomsbildet. Dette kan videre føre til at pasienten lettere åpner seg til andre mennesker og dermed skaper nye relasjoner, samt opplever økt pågangsmot til utprøving av mestrings- eller problemløsningsstrategier. Kan dette føre til at pasienten tar mer initiativ og viser mer engasjement, og muligens opplever økt motivasjon til å være fysisk aktiv?

#### **4.2.4 Motivasjon**

Motivasjon kan være det som fører til eller opprettholder og styrer atferden (Teigen 2016). Derfor vil motivasjon være en viktig faktor for å begynne eller fortsette med fysisk aktivitet. Vernepleieren kan bidra med ytre motivasjon, og pasientens indre motivasjon for fysisk aktivitet kan drives av å være i aktiviteter som en liker og oppleves som betydningsfulle. Dette belyser viktigheten av å finne en aktivitet pasienten selv ønsker. Ved fysisk aktivitet som en del av behandlingen, vil det være viktig at vernepleieren tilbyr aktiviteter som tidligere har vært av interesse og er meningsfulle for pasienten. Grunnet mangel på motivasjon og engasjement er det viktig at aktivitetene ikke er for langvarig eller krevende. Ifølge Helsebiblioteket (2019) vil personer med depresjon oppleve redusert interesse for aktiviteter som tidligere var viktig. Hummelvoll (2012) påpeker at ansvaret til vernepleieren vil være å forsøke å gjenvinne eller finne lystbetonte aktiviteter som passer til og er tilrettelagt for pasienten, noe som videre kan gi økt motivasjon til fysisk aktivitet.

Vernepleieren besitter kompetanse om tilrettelegging, og ifølge Hummelvoll (2012) vil en godt tilrettelagt aktivitet virke positivt inn på pasienter med alvorlig depresjon. Det kan tenkes at for de med alvorlig grad av depresjon vil det å komme seg opp fra sengen være utfordrende, så det å være i fysisk aktivitet kan være urealistisk for noen. I behandlingsprosessen vil det første steget være motivasjon, og er derfor helt essensielt for å utføre fysisk aktivitet i et psykisk helseperspektiv (Moe og Moser 2005). For å kunne sikre fysisk aktivitet vil motivasjon derfor være en viktig faktor. Vernepleieren kan bistå med motivasjonsarbeid, støtte og tilrettelegging for fysisk aktivitet, noe som kan gi en ytre motivasjon hos pasienten. Tilretteleggingen skal tilpasses ut ifra depresjonens alvorlighetsgrad og pasientens fysiske form. Dette vil kunne gi et større fokus på mestring hos pasienten, fremfor det han ikke mestrer. På bakgrunn av dette er det god grunn til å tro at vernepleierens kompetanse kan spille en viktig rolle i behandlingsprosessen av depresjon.

#### **4.2.5 Mestring**

Som vi har sett tidligere i oppgaven gjennom teori kan det være en mulighet for at mennesker med psykiske lidelser har lite kunnskap om fysisk aktivitet. Kan det være at de ikke vet hvor lite fysisk aktivitet som er nødvendig før det gir helsegevinst? Det vil være nødvendig for vernepleieren å besitte relevant kunnskap når det kommer til fysisk aktivitet, for å kunne belyse informasjon og fremme fysisk aktivitet som behandlingsmetode (Helsedirektoratet 2010). Men hvordan kan vernepleieren bidra med mestring hos pasienter med depresjon?

Vernepleieren vil være en viktig støttespiller i behandlingsprosessen, samt tilrettelegge for mestring. Mestring vil være viktig for den deprimerte pasienten, da det kan føre med seg positive effekter som økt selvbilde (Lein 2016). Vi har sett at økt selvbilde kan gi økt tro på at situasjonen kan forbedres, som videre fører til å tro på at sykdommen kan lindres (Hummelvoll 2012). Vernepleieren kan bidra med å gi opplæring og veiledning i ulike måter å håndtere stress på innenfor gitte mestringsstrategier. En mestringsstrategi kan føre til at pasienten er i stand til å fortsette videre (Bastøe 2011). Pasienten vil få bruk for gode mestringsstrategier, og ved å bruke fysisk aktivitet vil fokuset kunne komme bort fra de triste tankene, og over til naturomgivelser eller andre aktiviteter hvor et engasjement vil

være nødvendig. Andre opplever en økt kreativ tenkning og løser problem lettere under fysisk aktivitet (Hansen 2017), i tillegg til at aktiviteter som gjøres i fellesskap vil gi en god mulighet for sosialisering og kontaktetablering, noe som igjen kan redusere isolering. Å isolere seg sosialt, og i tillegg være innlagt ved en psykiatrisk avdeling, vil kunne redusere følelsen av mestring og tilhørighet, men ved regelmessig fysisk aktivitet i hverdagen vil det muligens kunne bidra til økt mestringsfølelse og tilhørighet i tilværelsen.

Tidligere i oppgaven har vi sett gjennom teori at veiledet selvhjelp vil kunne styrke pasientens mestringsfølelse. Dette innebærer forventningen om å lykkes, som gjør at sjansen for å lykkes er større. Dette vil gi muligheten til å være fleksibel i større grad, samt se etter muligheter i møtet med hindringer grunnet den underliggende troen på at det nytter. Veiledet selvhjelp kan føre til økt selvtillit ved at pasienten får et større innblikk over sin egen sykdom, samt evnen til å mestre den. Dette kan føre til at pasienten ser sin egen rolle som vil kunne gi motivasjon og finne tiltak som den deprimerte kan benytte for å føle videre mestring (Berge og Repål 2012).

## 5.0 Avslutning og konklusjon

Vi har i denne oppgaven undersøkt fysisk aktivitet som en del av behandlingen hos mennesker med en depresjonslidelse. Oppgavens problemstillinger har undersøkt om fysisk aktivitet burde være en del av behandlingen av depresjon blant ungdom, og på hvilke måter, før vi har studert hvilken rolle og kompetanse vernepleieren har i behandling av depresjon. Oppgaven har tatt utgangspunkt i depresjon blant ungdom i alderen 13-20 år, som har blitt diagnostisert med depresjon, samt er innlagt på en psykiatrisk avdeling.

På bakgrunn av den anvendte litteraturen i oppgaven og studiets første problemstilling, ser man at fysisk aktivitet kan være en viktig del i behandling av depresjon blant ungdom. Virksomme selvhjelpsstrategier vil være viktig, da forekomsten av mennesker med depresjon øker og ofte oppstår for første gang i barne- og ungdomsalderen. Vi ser at ungdom diagnostisert med depresjon kan oppleve positive effekter på sin tilstand på bakgrunn av fysisk aktivitet. På den andre siden kan det også føre med seg noen negative effekter, som for eksempel treningsavhengighet og/eller overtrening. Det er gjort flere funn på fysisk aktivitet som en del av i behandlingen av mild til moderat grad av depresjon enn hos alvorlig grad. Fysisk aktivitet alene som behandlingsform vil nok ikke være tilstrekkelig hos de med alvorlig grad av depresjon, men det vil kunne gi god effekt i tillegg til andre behandlingsformer, som medikament og samtaleterapi. Ved mild grad av depresjon kan det tenkes at fysisk aktivitet alene kan være tilstrekkelig nok, men uansett hvilken grad pasienten befinner seg i, vil fysisk aktivitet kunne være en viktig del av behandlingen. Ulike behandlingsformer har god dokumentert effekt. I behandlingsprosessen er det ikke sånn at det er kun medisin, eller kun samtaleterapi som funker, men ofte vil det være nødvendig å kombinere disse. Dette vil være avhengig av hvilken grad av depresjonen pasienten har. Det er vist at regelmessig fysisk aktivitet kan gi pasienten et kjemisk løft, noe som også oppstår ved bruk av antidepressiva.

Ut ifra min underproblemstilling «*Hvilken rolle og kompetanse har vernepleieren i behandling av depresjon?*» tyder det på at vernepleierens rolle og kompetanse vil være viktig under behandlingen. Vernepleieren vil besitte kunnskap om tilnæringsmetoder, relasjonskompetanse, samarbeid og brukermedvirkning, noe som vil være viktige faktorer under behandlingen for at pasienten skal føle seg ivaretatt og oppleve en mulig bedring under behandlingsprosess.

## 6.0 Litteraturliste

Anderssen Sigmund A. og Ulf Ekelund. 2018. «Anbefalinger for fysisk aktivitet». I *Fysisk aktivitet og helse*, redigert av Torstveit, M. K, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen og S.A.

Anderssen, 55-81. Oslo: Cappelen Damm AS.

Askheim, Ole P. 2003. *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bahr, Roald. 2008. «Forord». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, redigert av Helsedirektoratet, 5-6. Lest 02/02-19

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Bastøe, L .K. H. 2011. «Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken I*. 4. utg, redigert av I. M. Holter og T. E. Mekki, 81- 103. Oslo: Akribe AS.

Bendiksen, Ingunn K. 2013. «Elektrosjokk mot alvorlig depresjon». I *Forskning*. Lest 05/05-19 <https://forskning.no/depresjon-psykiske-lidelser/elektrosjokk-mot-alvorlig-depresjon/628327?qt-artikkelbunn=0>

Berge, Torkil og Arne Repål. 2012. *Veiledet selvhjelp ved depresjon*. Lest 20/04-19 <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/01/veiledet-selvhjelp-ved-depresjon>

Berge, Torkil og Arne Repål. 2013. *Lykketyvene: Hvordan overkomme depresjon*. rev.utg. Oslo: Aschehoug.

Bischoff, Annette. 2012. *Mellom meg og det andre finns det stier. En avhandling om stier, mennesker og naturopplevelser*. PhD avhandling. Ås: Universitetet for miljø- og biovitenskap.

Borge, Lisbeth. 2005. «Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv». I *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*, redigert av E.W Martinsen, 15-25. Bergen: Fagbokforlaget.

Borge, Lisbeth. 2018. «Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmede perspektiv». I *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*, redigert av E.W Martinsen, 19-32. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*, 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dyrstad, Sindre M. 2018. «Mulige plager og bivirkninger av fysisk aktivitet». I *Fysisk aktivitet og helse*, redigert av Torstveit, M. K, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen og S.A. Anderssen, 295-314. Oslo: Cappelen Damm AS.

Ebdrup, Niels. «Hva er hermeneutikk?». I *Forskning*. Lest 13/05-19  
<https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

Eknes, Jarle. 2006. *Depresjon og mani*. Oslo: Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. 2017. «Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge». Lest 10/05-19  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

Fellesorganisasjonen. 2012. «Vernepleierbrosjyre». Lest 20/04-19  
<https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>

Felleskatalogen. 2017. «Depresjon». Lest 02/05-19  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/depresjon>

Fugelli, Per og Benedicte Ingstad. 2014. *Helse på norsk: God helse slik folk ser det*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Furu K, Hjellevik V, Hartz I, Karlstad Ø, Skurtveit S, Blix HS, Strøm H, Selmer R. 2018. «Legemiddelbruk hos barn og unge i Norge i 2008-2017». I *Folkehelseinstituttet*. Lest 09/05-19  
[https://fhi.no/contentassets/7324b171f61840e5ace8590ba23a3c6e/legemiddelbruk-barn-og-unge\\_publicert.pdf](https://fhi.no/contentassets/7324b171f61840e5ace8590ba23a3c6e/legemiddelbruk-barn-og-unge_publicert.pdf)



Hansen, Anders. 2017. *Hjernesterk. Hvordan fysisk aktivitet påvirker hjernen*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Heiberg, Astrid Nøklebye. 2004. «Elektrosjokkbehandling». I *Helsenett*. Lest 05/05-19  
<https://www.helsenett.no/211-sykdommer/psykiatri/psykiatri/1716-elektrosjokkbehandling.html>

Helsebiblioteket. 2019. «Depresjon hos barn og ungdom». Lest 14/05-19  
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-barn>

Helsedirektoratet. 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

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

Helsedirektoratet. 2016. «Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting». Lest 05/11-18  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>

Helsedirektoratet. 2019. «Fysisk aktivitet for barn og unge». Lest 14/05-19  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-barn-og-unge#barn-og-unge-bor-vaere-i-fysisk-aktivitet-minimum-60-minutter-hver-dag>

Helsenorge. 2015. «Depresjon hos barn og unge». Lest 05/05-19  
<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-hos-barn>

Helsenorge. 2019. «Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen». Lest 10/04-19  
<https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen>

Martinsen, Egil W. og Jill Taube. 2015. «Angst». I Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. 214-223. Lest 29/04-19

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Hildebrandt, Sybille. 2012. «Derfor kan stress føre til depresjon». I *Forskning*. Lest 09/05-19 <https://forskning.no/psykologi-stress/derfor-kan-stress-fore-til-depresjon/727050>

Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt – ikke stykkevis og delt*, 6 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt – ikke stykkevis og delt*, 7 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lein, Marthe. 2016. «Fysisk aktivitet og psykiske lidelser». I *Norsk Helseinformatikk*. Lest 28/04-19 <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-psykisk-lidelser/>

Martinsen, Egil W. 2000. «Fysisk aktivitet for sinnets helse». I *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Lest 28/04-19 <https://tidsskriftet.no/2000/10/tema/fysisk-aktivitet-sinnets-helse>

Martinsen, Egil W. 2004. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, Egil W. og Jill Taube. 2015. «Angst». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, redigert av Helsedirektoratet, 214-223. Lest 29/04-19 <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Martinsen, Egil W. 2018. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, Egil W. 2018. «Fysisk aktivitet og psykiske lidelser». I *Fysisk aktivitet og helse*, redigert av Torstveit, M. K, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen og S.A. Anderssen, 245-264. Oslo: Cappelen Damm AS.

Moe, Toril og Thomas Moser. 2005. «Motivasjon». I *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*, redigert av E.W Martinsen, 143-154. Bergen: Fagbokforlaget.

Moe, Toril og Egil W. Martinsen. 2011. «Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid». I *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*, redigert av L. Borge, E.W. Martinsen & T. Moe, 76 – 96. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk helseinformatikk (NHI). 2016. «Depresjon hos barn og unge». Lest 09/05-19  
<https://nhi.no/sykdommer/barn/barnepsykiatri/depresjon-hos-barn-og-unge/?page=4>

Norsk helseinformatikk (NHI). 2019. «Depresjon, en oversikt». Lest 01/05-19  
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/>

Norsk psykologforening. N.d. «Fakta om psykiske lidelser». Lest 14/05-19  
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>

Ommundsen, Yngvar og Tommy Haugen. 2018. «Hva påvirker barn, ungdom og voksnes fysiske aktivitet?». I *Fysisk aktivitet og helse*, redigert av Torstveit, M. K, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen og S.A. Anderssen, 321-347. Oslo: Cappelen Damm AS.

Olsson, Anne Britt S. og André Vågan. 2018. «Mestring». I *Mestring*. Lest 05/05-19  
<https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/>

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. «Innledning». I *Vernepleiefaglig teori og praksis*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 13-20. Oslo Universitetsforlaget AS.

Owren, Thomas. 2011. «Sosial helse og funksjon». I *Vernepleiefaglig teori og praksis*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 108-128. Oslo Universitetsforlaget AS.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. «Vernepleierens arbeidsmodell». I *Vernepleiefaglig teori og praksis*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 65-84. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Lest 02/03-19 [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Rashidi, Kaveh. 2016. «Hvordan avdekke depresjon hos ungdom». I *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Lest 07/05-19 <https://tidsskriftet.no/2016/06/fra-andre-tidsskrifter/hvordan-avdekke-depresjon-hos-ungdom>

Snoek, Jannike E. 2002. *Ungdomspsykiatri*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Sund, Anne M, I. Bjelland, H. Holgersen, P. Israel og K.J Plessen. 2012. «Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller». I *Psykologtidsskriftet*. Lest 07/05-19 <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/01/om-depresjon-hos-barn-og-unge-med-vekt-pa-biologiske-modeller>

Surén, Pål. 2018. «Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før?». I *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Lest 02/05-19 <https://tidsskriftet.no/2018/09/leder/har-ungdommer-darligere-psykisk-helse-enn>

Svenaesus, Fredrik. 2005. *Sykdommens mening: og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Teigen, Karl. H. 2016. «Motivasjon». I *Store norske leksikon*. Lest 06/04-19 <https://snl.no/motivasjon>

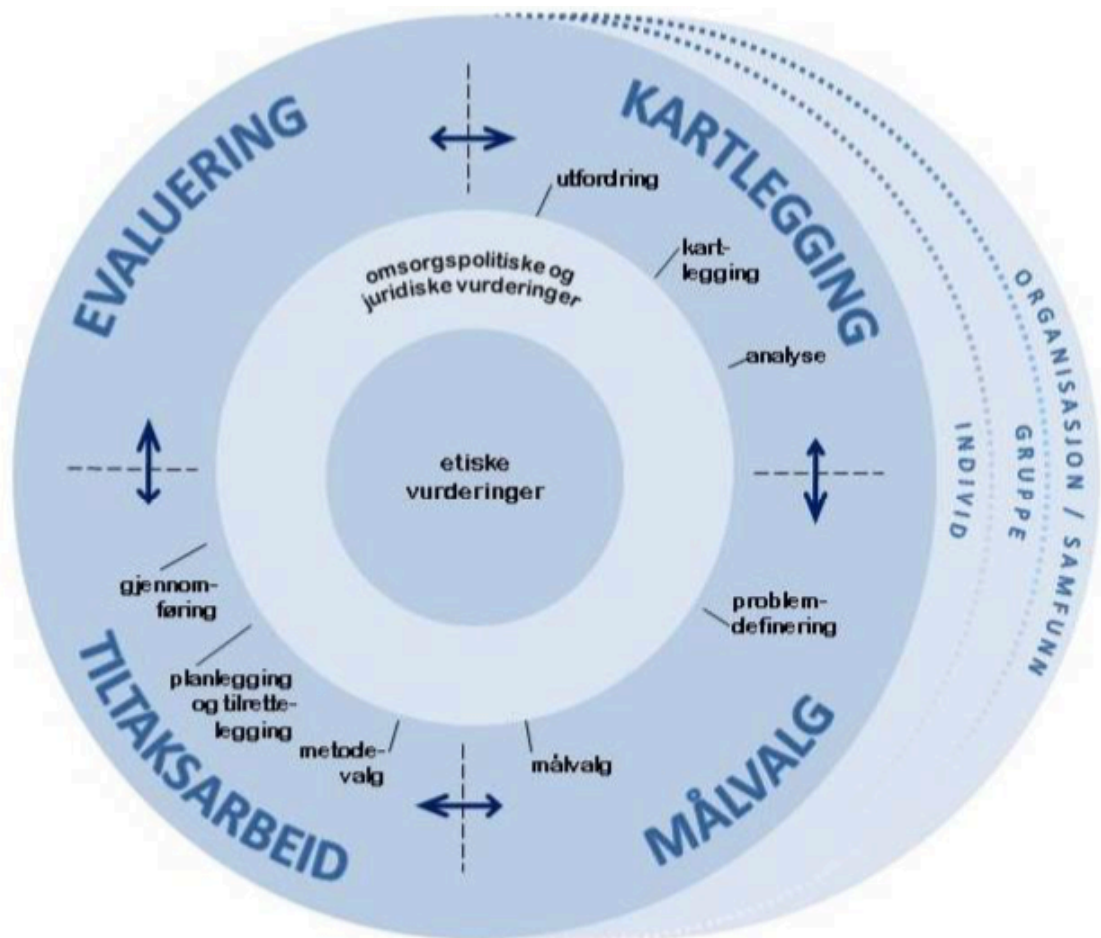
Tran, Jenny P. 2018. «Antidepressiva». I *Store medisinske leksikon*. Lest 14/05-19 <https://sml.snl.no/antidepressiva>

World Health Organization (WHO). 2018. «Depression». Lest 13/05-19 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg...* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Aarre, Trond F., Petter Bugge og Siv I. Juklestad. 2015. *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1- Vernepleierens arbeidsmodell



Hentet fra Fagplan (2012).

<http://studiehandbok->

[arkiv.himolde.no/content/download/15011/350296/version/1/file/Fagplan%2](http://studiehandbok-arkiv.himolde.no/content/download/15011/350296/version/1/file/Fagplan%2)

[B2012%2Bvernepleie-revidert2014.pdf](http://studiehandbok-arkiv.himolde.no/content/download/15011/350296/version/1/file/Fagplan%2B2012%2Bvernepleie-revidert2014.pdf)