



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Fysisk aktivitet i behandling av depresjon

Physical activity in treatment of depression

Julia Desirée Sulen Hansen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 18/05-22



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kari Bøhle

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 godkjennelse.

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: 18/05-22

Antall ord: 8766

Forord

I believe depression is legitimate. But I also believe that if you don't exercise, eat nutritious food, get sunlight, get enough sleep, consume positive material, surround yourself with support, then you aren't giving yourself a fighting chance.

Jim Carrey

Sammendrag

Bakgrunn

Psykiske lidelser er noe som vil ramme 16-22% av den voksne befolkningen i løpet av et år, hvor depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene. Depresjon kan føre til alvorlige helseutfordringer som påvirker menneskets evne til å fungere på skole, jobb og i familielivet. Etter endt behandling kan depresjonen i mange tilfeller komme tilbake. Fysisk aktivitet har vist å fremme positive følelser og tanker, øke troen på å håndtere egne problemer, bedre evne til selvkontroll og gi større selvtillit.

Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å finne ut hvordan den psykiske og fysiske helse påvirker hverandre, samt hvordan fysisk aktivitet kan bidra i behandling av depresjon og bedre den psykiske helsen hos voksne. I vil jeg fremme vernepleierens kompetanse og tilnærming i et eventuelt behandlingsforløp.

Problemstilling

«Hvordan kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?» og «hvordan kan vernepleiere tilnærme seg pasienter med depresjon for å fremme fysisk aktivitet?»

Metode

Denne bacheloroppgaven er kvalitativ litteraturstudie. For å svare på problemstillingen min har jeg brukt teori og forskning hentet fra Google Scholar og Oria, innenfor fysisk aktivitet og depresjon for å besvare denne på best mulig måte.

Konklusjon

Fysisk aktivitet er en viktig del av det å føle seg vel. Den fysiske og psykiske helse henger mye sammen og påvirker hverandre gjensidig. For pasienter med depresjon vil fysisk aktivitet kunne bidra positivt med å gi gode følelser i kroppen og opplevelsen av mestring.

Nøkkelord: Depresjon, fysisk aktivitet, psykisk helse, vernepleierens kompetanse.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Formål	2
1.3	Oppgavens disposisjon	2
2.0	Problemstilling	3
2.1	Avgrensning og utdypelse	3
2.2	Relevans for vernepleieryrket.....	4
3.0	Metode.....	4
3.1	Kvalitativ litteraturstudie.....	4
3.2	Forforståelse	5
3.3	Validitet og reliabilitet, kildekritikk	6
4.0	Teori	7
4.1	Psykisk helse	7
4.1.1	God psykisk helse og livskvalitet.....	7
4.1.2	Psykiske lidelser.....	8
4.2	Depresjon.....	9
4.2.1	Årsak	9
4.2.2	Symptomer	10
4.2.3	Ulike grader av depresjon	12
4.2.4	Behandling	13
4.3	Fysisk aktivitet	15
4.3.1	Effekter av fysisk aktivitet	16
4.3.2	Anbefalinger.....	17
4.3.3	Endorfiner	18
4.3.4	Salutogenese.....	19
4.4	Fysisk aktivitet og depresjon	19
4.5	Vernepleierens rolle og kompetanse	20
4.5.1	Tilnærming.....	21
4.5.2	Brukermedvirkning	22
4.5.3	Mestring og motivasjon	22
4.5.4	Motiver.....	23
5.0	Funn og drøfting.....	24
5.1	Fysisk aktivitet, psykisk helse og depresjon	24

5.2	Hvordan kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?	25
5.2.1	Fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon	25
5.2.2	Kroppslige og psykiske effekter av fysisk aktivitet	26
5.3	Hvordan kan vernepleiere tilnærme seg pasienter med depresjon for å fremme fysisk aktivitet?	27
5.3.1	Vernepleierens tilnærming	27
6.0	Avslutning og konklusjon	28
	Litteraturliste.....	30

1.0 Innledning

Dette kapitlet tar for seg prestasjon og bakgrunn for valg av tema, formålet og oppgavens disposisjon.

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

«Fysisk aktivitet har vært koblet til mental helse, spesielt depresjon, i den medisinske og filosofiske litteraturen gjennom historien» (Borge, 2004: 18). Fysisk aktivitet har gjennom hele mitt liv spilt en stor rolle. «Ut på tur, aldri sur» er ordtak som har blitt brukt så lenge jeg kan huske, og ordtaket har like stor relevans nå i voksen alder. Ut ifra egne erfaringer i praksis og i arbeidslivet har jeg sett viktigheten av miljøforandring og det å være i bevegelse, om det så er en tur ut i naturen, hente posten eller en styrkeøkt på treningssenter. Mye av dette har gitt meg engasjement til å utforske hvilken rolle fysisk aktivitet har for vår psykiske helse. Bacheloroppgaven min blir derfor en måte å se hvordan fysisk aktivitet kan bidra i behandling av depresjon og hvordan vernepleiere kan tilnærme seg pasienter med depresjon for å fremme fysisk aktivitet?

World Health Organization (WHO, 2021) skriver at depresjon rammer om lag 3,8% av verdens befolkning, som er rundt 280 millioner mennesker, og er en vanlig psykisk lidelse. Det vil si at vi ofte er i rundt andre mennesker som har denne lidelsen. Depresjon kan skape alvorlige helseutfordringer som påvirker menneskets evne til å fungere på skole, jobb og i familielivet. I verste fall kan dette føre til selvmord, hvor over 700 000 mennesker har mistet livet til selvmord på verdensbasis (WHO, 2021). I Folkehelseinstituttets (FHI) rapport fra 2018 «Psykisk helse i Norge» finnes det ingen holdepunkter for at andelen med psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen, men det er derimot en økning i andelen unge jenter som oppsøker helsetjenesten for sine psykiske plager. I Ellingsen (2019) sitt statistikknotat *Utviklingen i uførediagnoser* står det at unge uføretrygdede i alderen 18-29 år har økt kraftig de siste årene, og dette særlig på av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. For fremtiden blir det da viktig å fremme god psykisk helse hos de unge for at det ikke skal utvikle seg, og at andelen med psykiske lidelser hos voksne ikke øker. Fysisk aktivitet har vist å fremme positive følelser og tanker, øke troen på å håndtere egne problemer, bedre evne til selvkontroll og gi større selvtillit

(Kjellmann, Martinsen, Taube og Andersson, 2009). Som vil si at det å være i fysisk aktivitet kan hjelpe på de negative følelsene som oppstår ved en depresjon – lidelse.

1.2 Formål

Formålet med denne bacheloroppgaven er å finne ut om fysisk aktivitet har god effekt på den psykiske helsen, og nærmere sett på depresjon. Videre har jeg sett på om fysisk aktivitet kan være aktuelt i behandling av depresjon, og i hvilken grad.

1.3 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 er en innledning med en kort prestasjon og bakgrunn for valg av tema, formålet med bacheloroppgaven og teoretisk og metodisk perspektiv.

Kapittel 2 består av problemstilling og avgrensning og utdypelse.

Kapittel 3 tar for seg metode, datainnsamling, egen forståelse og validitet og reliabilitet.

Kapittel 4 er hoveddelen som tar for seg teori på de ulike begrepene.

Kapittel 5 består av drøfting av i funn fra kapittel 4.

Kapittel 6 består av avslutning og konklusjon.

2.0 Problemstilling

Oppgavens tema er fysisk aktivitet som en del av behandlingen hos pasienter med depresjon. Det blir også tatt for seg vernepleierens kompetanse og tilnærming i møte med pasienter med depresjon, og hvordan vernepleieren kan bruke sin kompetanse for å fremme ønske om fysisk aktivitet.

Problemstillingene i denne oppgaven er: «Hvordan kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon blant voksne?» og «hvordan kan vernepleiere tilnærme seg pasienter med depresjon for å fremme fysisk aktivitet?»

2.1 Avgrensing og utdypelse

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i voksne kvinner og menn med ulik grad av depresjon. Det er valgt å fokusere på funksjonsfriske mennesker som greier å utføre fysisk aktivitet på egenhånd, men som er inaktive eller lite aktive.

Årsaken til at jeg skriver generelt opp mot depresjon er fordi vernepleiere kan møte mennesker med depresjon på ulike steder, eksempelvis på psykiatrisk institusjon eller i andre psykisk helse – tjenester. Depresjon betegnes som en tilstand og er karakterisert ved interesse – og gledeløshet, senket stemningsleie, energitap eller økt trettbarhet (NHI, 2022). Kunnskapen om depresjon kan komme til nytte i yrkeslivet, hvor vernepleiere kan raskere gjenkjenne symptomer, viktigheten av rask behandling og bidra til raskere selvhjelp gjennom f.eks. fysisk aktivitet.

2.2 Relevans for vernepleieryrket

En vernepleier kan jobbe innenfor mange ulike arbeidsområder. Vanlige arbeidsoppgaver en vernepleier har er å gi støtte, omsorg og veiledning, og legge til rette for mestring, opprettholdelse og utvikling av ferdigheter hos de vi møter i arbeidssammenheng.

Vernepleiere kan bruke sin relasjonskompetanse for å bli kjent med pasientene og fremme deres ressurser, samt tilrettelegge for mestringsfølelse både i og utenfor psykiatrisk institusjon.

Vernepleiere skal også kunne se sammenheng mellom helse, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse og sykdom hos pasienten. FO's brosjyre om «vernepleiere i psykisk helse» belyser at gjennom miljøterapeutiske tiltak kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet og skape gode øyeblikk, som kan være helt avgjørende for å fremme ønske om mestring og fremgang hos pasientene som har depresjon.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven bruker kvalitativ litteraturstudie som metode, gjennom å bruke forskning innenfor feltet, teori, pensum og empiri. En kvalitativ litteraturstudie innebærer å hente allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning, for så å tolke dette (Dalland, 2020). En litteraturstudie vil kunne gi et bedre spekter av opplevelser fra både pasienter og helsepersonell. Artikkene jeg har brukt i min besvarelse har relevans for oppgaven, og har kunne gitt meg svar på problemstillingene jeg har valgt.

For å innhente relevant teori til bruk av denne litteraturstudien har jeg brukt bibliotekets database; Oria, i tillegg til Google scholar for å hente vitenskapelige artikler om temaet jeg skriver om. I søk i Oria har jeg søkt etter begrep «fysisk aktivitet» og «psykisk helse», «fysisk aktivitet» og «depresjon», «fysisk aktivitet» og «behandling av depresjon» og krysset av for bøker. I søket fra Oria kom boken til Egil W. Matrinsen «Kropp og sinn – fysisk aktivitet og psykisk helse» opp som er brukt gjennomgående i oppgaven.

I google scholar hvor jeg søkte etter «fysisk aktivitet og depresjon», kom Egil W. Martinsen's litteraturstudie «Fysisk aktivitet for sinnets helse» opp som også er tatt i bruk. I tillegg har jeg hentet faktaopplysninger og statistikk fra World Health Organization (WHO). Jeg har også fått tips til litteratur og artikler av medstudenter som selv har funnet denne nyttig. Jeg har også hatt nytte av å bruke «Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling» fra Helsedirektoratet.

3.2 Forforståelse

Personlige erfaringer, kulturell og sosial bakgrunn, og kunnskap tilegnet gjennom studiet er måten vi som helse – og sosialarbeidere forstår noe på (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009). Min forståelse av hvordan fysisk aktivitet kan bidra i behandling av depresjon er basert på en hermeneutisk tilnæringsmetode. En hermeneutisk forståelse tar utgangspunkt i at hver og en har en type forståelse, eller for – dom, når vi trer inn i en situasjon og blir stilt ovenfor ulike fenomener og hendelser (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009). Så fordommen har vi med oss når vi prøver å forstå noe. «Vi kan aldri tre ut av vår forståelseshorisont, men den kan smelte sammen med andres horisonter gjennom gjensidig samhandling, erfarings – og kunnskapsutveksling» (Thomassen 2006: Brodtkorb og Rugkåsa, 2009: 33). Videre skriver de at ved å bruke vår for – forståelse i tolking av situasjon eller hendelse, dannes en ny forståelse som kan brukes i nye situasjoner. Dette blir kalt den hermeneutiske sirkel.

Min egen forståelse av hvordan fysisk aktivitet kan bidra i behandling av depresjon er basert på praksiserfaringer, egenerfaring og teori innenfor feltet. Jeg erfart at pasienter og brukere sitt humør har steget ved fysisk aktivitet, når de har hatt depressive perioder. Selv har jeg erfart at styrketrening, fjellturer og annen fysisk aktivitet har reddet meg i mine tyngste perioder og til tider vært det eneste målet for dagen. Jeg vet at fysisk aktivitet frigjør endorfiner som gir en behagelig følelse i kroppen. Martinsen (2004) bekrefter dette med å skrive at konsentrasjonen av endorfiner i blodet stiger under hard fysisk aktivitet.

3.3 Validitet og reliabilitet, kildekritikk

Når vi finner en kilde må vi finne ut om den er brukbar for arbeidet med tanke på kvalitet (Dalland, 2020). For å vurdere kildenes relevans og gyldighet har jeg sett på hvem som er forfattere og hvilket årstall bøker og litteratur er skrevet, samt hvilke år studier er gjennomført. Jeg har også vurdert hvor vidt kilden kan svare på og undersøke problemstillingen min om fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Forfattere jeg har brukt har jeg også gjort en bakgrunnsjekk av, blant annet utdanning, i google for å se om de er pålitelige.

Definisjonsbegrepet fysisk aktivitet har nok ikke forandret seg så mye med tiden, men behandlingsmetodene for depresjon har vist å endre seg med tiden. I min litteraturstudie har jeg brukt mye Egil W. Martinsen som kilde, både fra bøker han har skrevet og forskningsartikler/litteraturstudier han utført eller vært med på å utarbeide. Martinsen's litteraturstudie *Fysisk aktivitet for sinnets helse* opp som jeg har tatt i bruk i min oppgave. Selv om den er fra 2000, så har jeg vurdert den som relevant i min oppgave, ettersom jeg har sett mye av det han skriver i den studien fortsatt er relevant. Martinsen er en pålitelig kilde fordi han har doktorgrad og har forsket mye på temaet jeg skriver om. Doktorgraden hans omhandler fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved psykiske lidelser. Bøkene hans har også hjulpet meg på å svare på problemstillingene mine. Den nyeste versjonen hans av boka «Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse» har ikke vært tilgjengelig den perioden jeg hadde bruk for den, så derfor har jeg brukt 1. utgave, men trolig har ikke litteraturen endret seg så altfor mye.

For å svare på og undersøke problemstillingen min har jeg også brukt «Aktivitetshåndboken» fra Helsedirektoratet.

4.0 Teori

I dette kapitlet presenteres litteraturen som er funnet relevant for problemstillingene. Dette er litteratur om psykiske helse, psykiske lidelser, depresjon og hvordan vernepleieren kan tilnærme seg pasientene med depresjon på best mulig måte, og motivere de til å ville gjennomføre fysisk aktivitet.

4.1 Psykisk helse

WHO (2018) definerer psykisk helse:

Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community.

Psykisk helse brukes som et overordnet begrep, og dekker alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser (FHI, 2018). Vi har alle en psykisk helse, på lik linje med den fysiske helsa, hvor disse to er tett forbundet og påvirker hverandre gjensidig. Den psykiske helsa handler om hvordan du har det med deg selv og i møte med andre, om egne tanker og følelser, og hvordan du takler utfordringer (Helsenorge, 2022).

4.1.1 God psykisk helse og livskvalitet

God psykisk helse handler om å føle seg verdifull som menneske og ha troen på seg selv, samt troen på sine egne evner til å håndtere livets utfordringer, ha gode relasjoner til andre mennesker, og et fravær fra psykiske lidelser eller vansker (Frambu, 2020).

Det finnes ingen god fasit på livskvalitet, men bedømmes ut ifra hvert enkelt menneskes referanseramme og erfaringsbakgrunn (Espnes og Smedslund, 2009). Livskvalitet er den subjektive opplevelsen av de materielle og objektive forholdene vi lever under (Jensen, 2000; Espnes og Smedslund, 2009). Det vil si at det som gir god livskvalitet hos noen, vil ikke nødvendigvis gi det hos andre. Livskvalitet kan deles opp i ytre livsvilkår, indre psykologisk tilstand og mellommenneskelige relasjoner (Askheim, 2003). Ytre levevilkår kan dreie seg om bolig, arbeid og økonomi, mens indre psykologisk tilstand kan dreie seg

om følelsesopplevelser, glede, trygghet, energi og selvtillit, og mellommenneskelige relasjoner kan dreie seg om å ha vennskap, partner og familie.

4.1.2 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for tilstander og sykdommer som påvirker følelser og tanker, er svært omfattende og dekker et vidt spekter av tilstander (Malt og Aslaksen, 2020). Videre skriver de at denne kan ofte føre til nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan forårsake ubehag som reduserer livskvaliteten. I flere tilfeller kan psykisk lidelse medføre endring i atferd. Årsakene er ofte sammensatte, og inkluderer som oftest en kombinasjon av arv – og miljøfaktorer. Det kan i tillegg være resultat av fysiske og psykiske påkjenninger etter annen sykdom.

I Folkehelseinstituttets (FHI) rapport fra 2018 «Psykisk helse i Norge» kommer det frem at det ikke finnes noen holdepunkter for at andelen med psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen, men at det derimot vises en økning i andelen unge jenter som oppsøker helsetjenesten for sine psykiske plager. Hvor de vanligste psykiske lidelsene er atferdsforstyrrelser, angst og affektive lidelser som er vanligst. Her blir det viktig å øke kunnskap om årsak og konsekvenser av økningen, og hvordan man kan redusere de psykiske plagene. I Ellingsen (2019) sitt statistikknotat *Utviklingen i uførediagnoser* kommer det frem at unge uføretrygdede i alderen 18-29 år har økt kraftig de siste årene, og at de er særlig uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Andelen er høyest hos 18 – og 19 åringer, og avtar med alderen. I Folkehelseinstituttets tvillingstudie ble angstlidelser funnet å være den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne (FHI, 2018).

Selv om det ikke finnes holdepunkter for en økende vekst av psykiske lidelser hos voksne, er det fortsatt så mange som 16-22 % av den voksne befolkningen som vil få en psykisk lidelse i løpet av et år (FHI, 2018). De vanligste psykiske lidelsene er da depresjon, angst og rusmiddelbruk. Ifølge rapporten til FHI (2018) viser den at psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkning som bidrar til et betydelig helsetap. I 2016 var det 318 244 personer i Norge som mottok uføretrygd, hvor 36 % av de som mottok var uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse og 27% på grunn av muskel – og skjelettsykdom (Ellingsen, 2019). Det vil si at 6 av 10 som mottar

uføretrygd er plaget av psykiske lidelser eller kroppslige sykdommer i muskler og skjelett. Videre i rapporten til FHI (2018) kommer det også frem at depressive lidelser etterfulgt av angstlidelser er de vanligste psykiske lidelsene mennesker oppsøker fastlege eller legevakt i primærhelsetjenesten. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av sitt liv, hvor 15 prosent av disse opplever det i løpet av et år. Depresjon vil ramme en av fem i løpet av livet, hvor en av ti vil oppleve det i løpet av et år. Rapporten oppsummerer også en rekke studier om depresjon, som viser at det er lavere forekomst av depressive lidelser i Norge enn enkelte andre land. Det er også høyere andel psykisk lidelser blant unge og at forekomsten synker med alder, samt at det er dobbelt så mange kvinner som menn som har angst og depresjon.

4.2 Depresjon

Depresjon kommer fra det latinske navnet «depressio» som betyr «nedtrykking». Nedtrykt over noen tid er den dagligdagse omtalen om depresjon (Malt, 2022). Videre skriver han at i psykiatrien er depresjon betegnet som en psykisk lidelse som kjennetegnes av flere karakteristiske symptomer. Begrepet depresjon kan brukes som adjektiv (deppa/depressiv), for å beskrive en sinnstilstand på samme nivå med å være litt nedfor, ute av slag og sliten, og som substantiv, en betegnelse for en gruppe med alvorlig psykiske lidelser (Martinsen, 2004). NHI (2022) definerer depresjon som en tilstand, som er karakterisert ved interesse – og gledeløshet, senket stemningsleie, energitap eller økt tretthet. Som nevnt vil depresjon ramme en av fem i løpet av livet, og en av ti vil oppleve det i løpet av 12 måneder (FHI, 2018).

4.2.1 Årsak

Årsakene til depresjon kan skyldes flere ting. Det kan skyldes kroppslige sykdommer som vitaminmangler, bivirkninger av medikamenter eller komme frem som ledd i psykiske lidelser (Malt, 2022). Helsenorger (2021) mener at det ikke finnes sikker grunn til hvorfor noen blir deprimerte, men at det er knyttet til endringer til det som skjer i hjernen. Videre står det derimot om risikofaktorer for å bli deprimert. Risikofaktorene kan være stressende hendelser som økonomiske problem, dødsfall i nær relasjon og samlivsbrudd. Sosial isolasjon er også en faktor, med mangel på venner eller familie i nærheten, en vanskelig

barndom kan også gjøre deg sårbar for depresjonsepisoder. Det står også at depresjon kan være arvelig.

I tillegg kan fysisk sykdom øke risikoen for å utvikle depresjon. Depresjon kan være en vanlig og naturlig reaksjon knyttet til kronisk sykdom, og undersøkelser har vist at så mye som 1/3 av pasienter med kronisk sykdom viser moderate symptomer på depresjon, og at omtrent 1/4 har alvorlig depresjon (Moody mfl., 1990: Espnes og Smedlund, 2009).

4.2.2 Symptomer

Kjernesymptomene ved depresjon er senket stemningsleie, depressivt tankeinnhold og manglende evne til å føle glede, og symptomene varierer i hvilken grad depresjon forekommer (Holsten, 2020). Symptomene som oppstår er både kroppslige, kognitive og atferdsmessige.

De vanligste depressive symptomene presentert i Holsten (2020):

Tristhet

Variere fra perioder med lett senket stemningsleie til smertefull, sterk tristhet og fortvilelse.

Depressivt tankeinnhold

Fra lette tanker om å ikke strekke til, til konstant grubling, skyldfølelse, mindreverdighetsfølelse, selvbebreidelse, og i alvorlige tilfeller vrangforestillinger om utilgivelige synder og ruin. Ting som har skjedd tidligere i livet kan plutselig komme frem i negativt lys, krenkelser og triste ting huskes, men positive minner forsvinner eller gjenoppstår i et negativt lys.

Svekkede følelsesmessige reaksjoner

Tap av interesse og følelser som tidligere har holdt en opptatt og manglende evne til å føle glede. Man kan også i de alvorligste tilfeller miste følelser for sine nærmeste.

Depressivt utseende

Fra å se trist ut en gang iblant til et fortvilet utseende hvor man ikke greier å holde fasaden. Dette kan være vanskelig å bedømme om man ikke kjenner personen fra før.

Indre spenning

Fra lett indre uro og rastløshet til angst, frykt og panikkfølelse. Dette kan føre til tilbaketrekning og isolasjon, men kan også føre til at pasienten ikke greier å være alene.

Endret nattesøvn

Noen sliter med døgnrytmeproblemer, andre med innsøvningsproblemer, urolig søvn eller våkner tidlig om morgenen. Problemer med å sovne oppstår oftest hos yngre personer med depresjon, men eldre med depresjon oftest har hyppige oppvåkninger. Hypersomni og trøtthet på dagtid ser man særlig hos yngre og pasienter med vinterdepresjon.

Endring av matlyst

Fra normal appetitt til at man går ned i vekt og må overtales til å spise. Økt appetitt og søtsug oppstår ofte hos de med vinterdepresjon.

Konsentrasjonsvansker

Kan variere fra ingen til invalidiserende mangel på konsentrasjon. Vansker for å lese sammenhengende tekster. Sliter med å ta avgjørelser for selv de miste tingene.

Initiativløshet

Kan variere fra ingen svekkelse til fullstendig manglende evne til å ta initiativ. Beveger seg sent, er motorisk hemmet og bruker lang tid på å svare. Trekker seg tilbake fra venner og isolerer seg helt.

Suicidaltanker

Det anses som vanlig at deprimerte har tanker om selvmord og død. Ofte begynner det med at streiftanker om at det kanskje var bedre om man var død, ikke fortjener å leve, og at det hadde vært bedre for de i rundt om man var borte. Tankene er som oftes smertefulle og kan føre til konkrete planer og selvmorshandlinger.

4.2.3 Ulike grader av depresjon

Det finnes mild, moderat og alvorlig grad av depresjon. Disse presentert i Hummelvoll (2012):

Ved *mild depresjon* vil personen oppleve tristhet, men dette påvirker ikke dømmekraften i forhold til seg selv eller anders motiver. Realitetsorienteringen er intakt. Selvfølelsen holdes stabil, selv om selvaktelsen kan være litt redusert og personen har derfor et økt behov for ytre bekreftelse på seg selv. Impulser og drifter er noe forminsket. Nedtryktheten og tristheten samsvarer med realitetene i personens aktuelle situasjon, men følelsene vil forsvinne og skaper ikke funksjonssvikt. Personen vil kunne isolere seg fra andre mennesker og sosiale aktiviteter, og kan kjenne ekstra på det å bli avvist av andre eller tro at de blir det. Konsentrasjon og oppmerksomhet kan svekkes. Fysisk ubehag kan på grunn av økt mottagelighet for sensoriske stimuli kan forekomme.

Ved *moderat depresjon* har personen en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Det kan skje ved følelse av utilstrekkelighet, personen kan tro at andre har negativ oppfatning eller misliker han eller henne. Egne evner blir undervurdert og personens dømmekraft er dårlig siden andres intensjoner ofte mistolkes. Virkelighetsoppfatningen forstyrres, kan være tolkning av kroppslige stimuli. Personen kan føle at det er noe galt med hjerterytmen, fordøyelsen, pusten eller eliminasjon og følelse av tomhet er sentral. Selvaktelsen og selvbildet er lavt. Evnen til å føle glede er markert redusert og depresjonsfølelsen er fremtredende. Personen opplever mangel eller overkontrollert impuls kontroll, eventuelt perioder med høyt alkoholinntak eller overspising. Ekstra sterke reaksjoner ved separasjon eller tapsopplevelser. Tankeprosessen er langsom, og personen blir lett distraheret ved konsentrasjon. Oppmerksomheten og tanker på hverdagslige gjøremål er vanskelig. Tankene om livets mening er også sentral. Kommunikasjonsmåten er karakterisert av blokkering og tvil. Personen kan også oppleve gjentatte ytringer om anger.

Ved *alvorlig depresjon* er realitetstesting så svekket av vrangforestillinger forekommer. Personen bryr seg ikke om konsekvenser for sin atferd, og derfor er vurderingsevnen også meget dårlig. Følelse av fremmedgjøring og kroppslige feiltolkninger. Ettersom det er stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være, og sånn som

vedkommende faktisk opplever seg selv, kan han eller hun overveldes av verdiløshet og skyld. Dermed vil personen føle seg fortvilet, ubrukelig, ulykkelig, hjelpeløs og håpløs. Impulser og drifter er enten så undertrykte at den motoriske aktiviteten nesten har nådd stillstand, eller så ukontrollert at agiterte, raske og hensiktsløse kroppsbevegelser oppstår. Personen vil reagere i forhold til andre ut ifra en egosentrisk referanseramme i form av ekstrem avhengighet eller tydelig desengasjement. Tankeprosessen vil være ulogisk, og konsentrasjonsevne, hukommelse og oppmerksomhet er tydelig svekket. Kommunikasjonsevnen er betydelig redusert, og personen kan nesten opptre som stum. Bunnløs tomhet kan inntre.

4.2.4 Behandling

Behandling av depresjon er avhengig av årsaken og dybden av den (Malt, 2022). «Man skiller mellom akutt behandling, vedlikeholdsbehandling og forebyggende behandling» (Holsten 2020: 104).

Det finnes flere ulike behandlingsmetoder som går ut på kognitiv terapi, medikamentell behandling, lysterapi og elektroshokkbehandling. Aktuelle metoder presentert i Holsten (2020):

Akutt behandling er å gi god informasjon om lidelsen og hvilke behandlingsalternativer som finnes, og tilby tett oppfølging. Behandlingen varer til symptomene er kontrollerbare.

Vedlikeholdsbehandling skal vare like lenge som varigheten av depresjon har hatt. Selv om pasienter ønsker å slutte behandling når symptomene forsvinner, så er det viktig å holde motivasjonen hos pasienten oppe og gjennomføre behandlingen for å unngå tilbakefall.

Psykoterapeutisk behandling har ulike behandlingsformer. Kognitiv terapi og meta – kognitiv terapi har vist seg å være gode behandlingstilnæringer. Psykoterapeutiske retninger inneholder i varierende grad elementer av bearbeidelse, livsmestring og øving på mental kontroll over grubling og negative tanker.

Medikamentell behandling på gruppenivå har det ikke blitt bevist at noen antidepressive legemidler er mer effektive eller bedre enn andre, men de nyere SSRI – preparatene har mindre bivirkninger enn eldre antidepressiver. På individnivå har det derimot vist seg å være store forskjeller i effekt og bivirkninger. Viser deg seg at den medikamentelle behandlingen ikke har effekt etter seks til åtte uker er det viktig å endre preparat. Litium kan være aktuelt ved alvorlige depresjoner med selvmordstanker, selv uten bipolar lidelse. Dette medikamentet minsker og demper suicidale tanker. Ved insomni og depresjon kan man bruke en liten dose av sederende antidepressiv en time før leggetid sammen med annen behandling.

Søvndeprivasjon har vist seg å fungere på opptil 70% av pasientene med depresjon. Det gjelder også partiell søvndeprivasjon. Pasientene vekkes og holdes våken etter lite søvn og har vist seg å ha antidepressiv effekt. De fleste får tilbakefall etter sin neste periode med søvn, som er et problem. For at søvndeprivasjon skal ha vedvarende effekt kan den kombineres med lysbehandling om morgenen eller faseforskyvning av søvnen. Noen bruker også en eller flere netter i uken med søvndeprivasjon. Mekanismen bak den antidepressive effekten er ikke avklart, men kan ha noe med stemningsleie i løpet av døgnet å gjøre.

Lysbehandling om morgenen sammen med annen terapimetode kan være nyttig for mange. Kun ca 10% av personer med depresjon sier at de ikke er tyngre i humøret når vi er i den mørke årstiden.

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) er den behandlingsmetoden som har best dokumentert effekt og brukes ved terapiresistente depresjoner, der pasienten ikke lenger har effekt av legemiddelbehandling, ved psykotiske depresjoner eller der det er stor selvmordsfare. De som har hatt god effekt av ECT tidligere, søker gjerne tilbake til denne behandlingsmetoden.

De fleste av de overnevnte behandlingsmetodene vil ha sine ulemper. Vedlikehold og psykoterapeutisk behandling er begge tidskrevende og ikke alltid tilgjengelig, søvndeprivasjon har vist seg å ikke nødvendigvis ha varig effekt, antidepressive medikamenter har mange bivirkninger, og elektroshokkbehandling medfører også risiko for bivirkninger. Martinsen (2004) skriver om fysisk aktivitet som en aktuell behandlingsmetode.

Fysisk aktivitet med moderat motstand har vist seg å bedre tankemessige, kroppslige og følelsesmessige problemer (Martinsen, 2004). Helsebiblioteket (2021) skriver om fysisk aktivitet som en form for selvhjelpsmetode. Positive effekter ved fysisk aktivitet som behandlingsmetode er godt dokumentert ved milde til moderate former for depresjon. Noen studier viser også at fysisk aktivitet kan ha like god effekt som medikamentell behandling med antidepressiva. Fysisk aktivitet er alle kroppslige bevegelser og kan være alt fra å støvsuge til fysisk anstrengelse ved en hard løpeøkt.

4.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet sitert i Martinsen (2004: 26):

Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur, som medfører energiforbruk. Dette måles vanligvis i kilokalorier per tidsenhet (Caspersen, Powell og Christenson 1985). Ulike kategorier av fysisk aktivitet inkluderer søvn, arbeid og fritidsaktiviteter. Sistnevnte omfatter husarbeid og andre plikter, rekreasjon og sport, dans og lek og systematisk trening (Bluckworth og Dishman 2002).

Vi mennesker er skapt for å bevege oss. Å være i fysisk aktivitet gjør godt for både kropp og sjel. Aktiviteten kan bli gjennomført med ulik intensitet, og med høyere intensitet kommer den umiddelbare virkningen på forskjellige kroppsfunksjoner (Henriksson og Sundberg, 2009).

4.3.1 Effekter av fysisk aktivitet

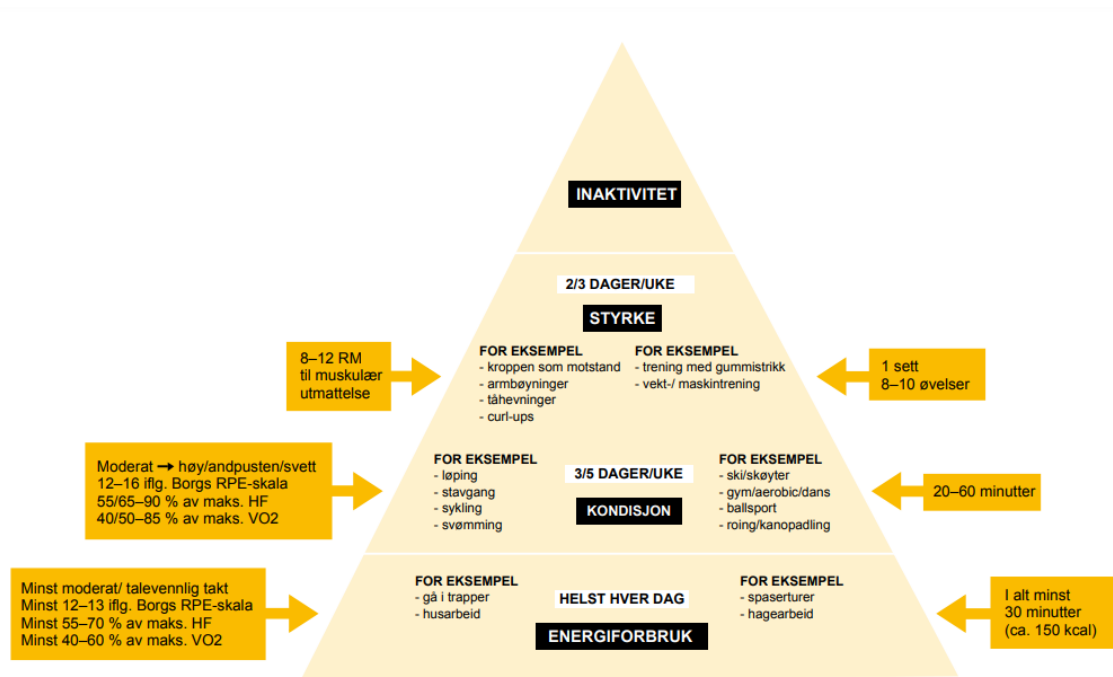
Effekter av fysisk aktivitet kan være en kilde til positive mestringsopplevelser, glede og livsutfoldelse. Det kan påvirke humøret positivt, redusere stress og gi mer overskudd i hverdagen. Fysisk aktivitet kan også være et sosialt fellesskap, bedre livskvalitet, selvbilde og selvtillit. Søvn kan bedres, vektregulering er enklere og det kan også gi mindre angst og depresjon (Helsenorge, 2021).

Oksygenforbruket, som er knyttet til energiforbruket, stiger fra en kvart liter per minutt i hvile til like over 1 liter per minutt ved en rolig spasertur. Ved maksimal aktivitet øker det til mellom 2 og 7 liter per minutt, som vil si opptil 10 – 25 ganger så mye som forbruket i hvile. Ved fysisk arbeid øker hjertets minuttvolum og pulsen. Pusten går raskere, blodtrykket øker, hjertets og musklens gjennomblødning øker, kroppstemperaturen stiger, det dannes mer melkesyre og utskillelsen av hormoner som veksthormon, adrenalin og kortisol øker (Henriksson og Sundberg, 2009). Effekter av veksthormon stimulerer proteinsyntesen sånn at benmasse og muskelmengde økes, mens fettvevet reduseres (Berg, 2020). Adrenalin får hjertet til å slå raskere og kraftigere, men virker avslappende på den glatte muskulaturen i lungene og fordøyelseskanalen. Det øker også blodsukkeret og stoffskiftet slik at musklene får mer næring (Husebye, 2021). Produksjonen av adrenalin fører også til kroppslige reaksjoner som svette, hjertebank, rask puls, uro, angst og skjelving (Hilsen, 2019). Kortisol er viktig for metabolismen, stressrespons, læring, hukommelse og immunsystemet. Når kroppen opplever stress, setter den i gang neuroendokrine responser. Da blir blant annet binyrene stimulert til å skille ut stresshormonene adrenalin, kortisol og noradrenalin (Berg og Otterholt, 2022). Disse stresshormonene kan føles som et kick i kroppen med økt hjerterefrekvens og raskere reaksjonsrefleks, som kan virke positivt iblant annet nødssituasjoner. Så på den andre siden kan stresshormonene også forverre blant annet angst – symptomer (Helsedirektoratet, 2009).

Selv om det å drive med fysisk aktivitet ofte blir sett på som ensidig positivt finnes det også andre effekter av fysisk aktivitet som er negative. Det kan oppstå treningsavhengighet, overtrening, spiseforstyrrelser eller forvridd kroppoppfatning, megareksi, plutselig død og idrettsskader (Espnes og Smedslund, 2009).

4.3.2 Anbefalinger

Tidligere var anbefalingen å være i fysisk aktivitet minst 30 minutter daglig, hvor intensiteten burde være minst moderat, og at helseeffekten oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten (Jansson og Anderssen, 2009). Helsedirektoratet kom nylig med nye nasjonale anbefalinger om anbefaling av fysisk aktivitet. De nye anbefalingene er basert på en rekke studier som WHO presenterer i sine råd om fysisk aktivitet i 2019 og 2020. Det er blant annet nytt at all fysisk aktivitet er nyttig, og det er ikke nødvendig å trene hardt for å få bedre helse. Helsedirektoratet (2022) anbefaler at alle voksne og eldre er fysisk aktive i hverdagen, hvor også lett fysisk aktivitet er gunstig. Moderat fysisk aktivitet er anbefalt å gjennomføre 2,5 til 5 timer fordelt utover uka. Dersom aktivitetsnivået økes til høy intensitet eller anstrengelse, kan tiden halveres. Det vanligste er for mange å gjøre en kombinasjon. To eller flere ganger i uka anbefales det å gjennomføre øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper. For de over 65 år anbefales det å inkludere balansetrening også for å forebygge fall. Helsegevinster oppnås når voksne og eldre gjennomfører fysisk aktivitet i mer enn 300 minutter med moderat intensitet eller over 150 minutter med høy intensitet i uka, eller en kombinasjon av moderat til høy intensitet.



Figur 1: Aktivitetspyramiden (Jansson og Anderssen, 2009).

Aktivitetspyramiden til Jansson og Anderssen (2009) kan brukes som base i utgangspunkt for planleggingen av hvilke hverdagsaktiviteter som kan gjennomføres. Det videre vurderes ut ifra den enkeltes interesse, behov, helsetilstand, fysisk kapasitet, tidligere og aktuelle erfaringer med fysisk aktivitet om det er aktuelt å utvide aktivitetene og bevege seg oppover i pyramiden (Jansson og Anderssen, 2009).

4.3.3 Endorfiner

Endorfin er et peptid med lignende virkning som morfin som naturlig produseres i kroppen. Endorfiner påvirker opioidreseptorer i hjernen, som virker hemmende på ulike aktiviteter i nervesystemet, som angst, smerte og ubehag. Endorfiner produseres og frigjøres ved blant annet anstrengelse og fysisk aktivitet, som antas å ha betydning for opplevelsen av oppstemthet, også kalt eufori (Nguyen, 2020).

4.3.4 Salutogenese

Teorien bak salutogenese er ønske om å fokusere på helsefremmende faktorer fremfor sykdom og risikofaktorer. Begrepet salutogenese ble skapt gjennom Aron Antonovsky (2002) sin forskning på på hvilke faktorer som bidrar til helse (Borge, 2004). Det handler om å finne sine egne mestringsstrategier fremfor å fokusere på problemer og årsak. Antonovsky fant ut at mennesker kan ha god mental helse til tross for store påkjenninger. Borge (2004) skriver videre at den sentrale tesen i hans salutogeniske modell er at sterk opplevelse av sammenheng faktisk er avgjørende for vellykket mestring av de tilstedeværende belastninger som kommer og er i livet og dermed vedlikehold av helse. Denne har tre komponenter:

Belastningene må forstås i en sammenheng, en må ha de nødvendige ressursene til å mestre utfordringene, og en må oppleve livet som forståelig, slik at det er verdt å spandere tid og engasjement på å løse problemene (Borge 2004: 24).

Reaksjonen på sykdom og motgang er avhengig av individets tidligere erfaringer (Walseth og Malterud, 2004). Derfor har pasienter ulike reaksjoner på samme sykdomstilstand, hvor noen kan bli passive og trekke seg fra aktivitet og dagliglivet, mens andre setter i gang opptrening og er motivert for å bli frisk igjen (Espnes og Smedslund, 2009).

4.4 Fysisk aktivitet og depresjon

Mennesker med psykiske lidelser er i gjennomsnitt dårligere fysisk form, sammenlignet med normalbefolkningen, men det er store variasjoner (Martinsen og medarbeidere 1989; Johannessen, 2004).

Å drive med fysisk aktivitet er ikke bare viktig for hvordan vi fysisk sett har det, men er også viktig for trivsel og psykisk velvære, og det kan i tillegg virke forebyggende og behandlende ved psykiske plager (Espnes og Smedslund, 2009). Når inaktive deprimerte pasienter starter å trene, vil dette ha en positiv effekt på tilstanden de befinner seg i (Martinsen, 2000). Videre skriver Martinsen at effekten av fysisk aktivitet er godt dokumentert ved mild til moderat grad av depresjon, som et alternativ til de tradisjonelle behandlingsmetodene. I tillegg nevner han at fysisk aktivitet er også mer effektivt enn

ingen behandling, og reduserer depressive symptomer like godt som etablerte behandlingsmetoder. Den fysiske aktiviteten kan sees som en form for atferdsterapi, og kognitiv atferdsterapi er en godt dokumentert behandlingsmetode ved depresjon (Kjellmann, Martinsen, Taube og Andersson, 2009). Gjennom forskning har det også kommet frem at fysisk aktivitet hadde like bra effekt som antidepressive medikamenter med alvorlig depresjonsgrad hos de som var 60 år og eldre (Blumenthal og medarbeidere, 1999; Martinsen, 2004). I dette forsøket ble de som fikk antidepressive medikamentere raskere frisk, men etter at 12'ukers prosjektet var ferdig hadde treningsgruppa tatt de igjen. Ti måneder etter avsluttet behandling viste de seg at det var færre tilbakefall hos de i treningsgruppa.

I Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon fra 2009 kommer det frem gjennom flere studier at depressive symptomer ved lett til moderat depresjon kan reduseres ved å gjennomføre regelmessig fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan også være nyttig som tilleggsbehandling hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på antidepressive medikamenter. Det er for de fleste pasienter ukomplisert å kombinere fysisk aktivitet og medikamentell behandling, men ingen studier viser at slik kombinasjonsbehandling er mer effektivt enn de enkelte behandlingsmetodene hver for seg.

4.5 Vernepleierens rolle og kompetanse

WHO (2021) viser til at det ikke finnes nok kunnskap hos de som arbeider med pasienter som har psykiske lidelser. «Barriers to effective care include a lack of resources, lack of trained health – care providers and social stigma associated with mental disorders» (WHO, 2021). Kunnskapen om psykiske lidelser er noe vernepleieren må tilegne seg, for å kunne bli best mulig kjent med pasienten. Som vernepleier har man en godt utviklet relasjonskompetanse, og kan med sin bakgrunn spille den andre god etter sine forutsetninger. Relasjonskompetanse handler om å være i stand til å møte hele mennesket, som et subjekt, og at du er i stand til å handle instrumentelt i situasjonene og relasjonene der dette er hensiktsmessig og riktig (Røkenes og Hanssen, 2012).

Vernepleieren som miljøarbeider dreier seg om en faglig tilnærming for å påvirke individuelle forutsetninger og rammefaktorer som gir økt livskvalitet og mestringsevne hos

brukeren (Brask, Østby og Ødegård, 2016). F.eks. vil en vernepleier på en psykiatrisk institusjon gå som miljøarbeider, og samarbeide tett med pasienten som er innlagt. Det som kjennetegner vernepleierens praksis er at den bærer preg av anerkjennelse og tillit. Gjennom dialog vil pasienten og vernepleieren sammen finne konstruktive løsninger på problemstillingen, nærmere sett inaktivitet eller mangel på motivasjon hos pasienter med depresjon. Med fokus på relasjon til den innlagte vil samarbeidet foregå på pasientens premisser, gjennom dialog og individuell tilpasning. I tillegg har vernepleieren et ansvar, og kan ikke la pasienten ligge i senga hele dagen. Viktige egenskaper er derfor å se og anerkjenne den andre. Vernepleierens signalsensitivitet er et avgjørende redskap for å kunne fange opp interesser og intensjoner (Brask m.fl. 2016).

Vernepleieren jobber med mennesker med ulike behov og funksjonsnedsettelse. Det kan da være viktig å ha kunnskap hvordan den psykiske helsa blir påvirket av den fysiske helsa, hvor viktig det er å være i fysisk aktivitet og hvordan kunne legge til rette for at de vi jobber med skal få tatt i bruk sine ressurser for å være aktive. Vi kan også kanskje greie å unngå en depresjon med å være i fysisk aktivitet.

4.5.1 Tilnærming

Hummelvoll (2012) skriver at vernepleieren må tilnærme seg på en anerkjennende måte og bistå pasienten med å bearbeide problemene sine. Vernepleieren må tilnærme seg pasienten på en slik måte at det kan bidra til problemløsning, gjennom systematisk og målrettet arbeid (Brask m.fl. 2016). Pasientene med psykiske lidelser er normale oppegående mennesker som har behov for variert fysisk aktivitet, som resten av befolkningen. Det er ikke slik at to med samme diagnose nødvendigvis har samme respons på samme aktivitet. Moe og Moser (2004) skriver at atferden til mennesker med psykiske lidelser er allikevel ofte styrt av depresjon, lav selvfølelse, ambivalens og depresjon. Så for å kunne hjelpe pasienten til å oppnå ønsket atferd er det viktig å kunne forstå hva personen føler og tenker. Det å skape forandringer er ikke alltid like enkelt, og det kan derfor bli utfordrende å få inaktive pasienter til å gjennomføre fysisk aktivitet. Vernepleieren kan gi nødvendig støtte, men pasienten må gjøre jobben selv.

I Helsedirektoratet (2009) sine nasjonale retningslinjer står det at pasienter uavhengig av alder bør informeres om fordelene ved å følge et strukturert treningsprogram. Mange

steder i landet er det også noe kalt «Aktiv på dagtid» som tilbyr organisert fysisk aktivitet for mennesker som mottar trygdeytelser. Kommunale treningskontakter kan også være til hjelp og kan være med på å motivere til fysisk aktivitet.

4.5.2 Brukermedvirkning

For å kunne legge til rette for brukermedvirkning er det viktig å få frem hva som skal til for at nettopp denne pasienten skal få oppleve gleden av å være i fysisk aktivitet (Johannessen, 2004). Gjennom samtaler kan vi danne oss et bilde av hva slags forhold pasientene har til fysisk aktivitet, hva de liker best, hva de har gjort tidligere og hvor motiverte de er. Vi kan også hjelpe de å forstå at de selv har ressursene for å gjennomføre det. Fysisk aktivitet er psykisk og sosial stimulerende, som kan føre til at pasientene opplever glede under aktiviteten. Det er viktig at aktiviteten som gjennomføres tilpasses den enkeltes yteevne. Dette for å greie å opprettholde motivasjon og ønske om å gjøre den igjen.

4.5.3 Mestring og motivasjon

For at aktiviteten skal bli gjennomført og opprettholdt, må det være noe pasienten liker og ønsker å fortsette med. Motivasjon bør i mest mulig grad være lystbetont (Johannessen, 2004). De fleste pasienter er på forhånd veldig bevisst på alt de ikke klarer. Mennesker med psykiske lidelser kan rammes av manglende motivasjon som en del av sykdomsbildet, som også kan gjelde forholdet til fysisk aktivitet. Mange blir handlingslammet, trekker seg tilbake, føler seg håpløse, tiltaksløse og har dårlig tro på egne ressurser (Moe og Moser, 2004). Som vernepleier er det viktig å snakke med pasientene, og få de til å se det positive og hvilke ressurser de selv har. Det er da viktig å forsøke å imøtekomme pasientene, og la de få være med på å bestemme aktivitet selv. Vernepleieren kan legge til rette for at den fysiske aktiviteten skal være ulike leker med enkle regler som læres raskt og mestres umiddelbart av pasienten. Det kan være leker de fleste har gjort i barndommen i gymtimene, som stiv heks, ulike ballspill eller andre lagspill. Det å oppleve å mestre noe, kan nok oppleves som motiverende i seg selv, da pasientene med depresjon kanskje har følt seg mislykket og langt nede over lengre tid uten å mestre særlig på grunn av at de har hatt små forventninger og dårlig tro på at de greier å oppnå oppsatte mål (Moe og Moser, 2004).

«Fysisk aktivitet har tradisjonelt ikke hatt en naturlig forankring i det psykiatriske behandlingsmiljøet» (Moe og Moser, 2004: 146). Videre skriver de at den passive behandlingskulturen kan forsterke pasientens manglende motivasjon, og at personalet ikke alltid fremstår som gode forbilder og aktive deltakere. Derfor må vi som vernepleiere være bevisst på at vi er forbilder og fremme at bevegelse er en naturlig del av livet og kan være gøy når vi gjør ting vi interesserer oss for. For pasientene er det lettere å delta i aktiviteten dersom de føler seg trygge, og har de med seg et personal de føler seg trygg på kan dette øke motivasjonen deres. Aktivitetsansvarlig må og variere mellom sted, aktivitet, intensitet og variasjon i arbeidsmetode for at pasientene ikke skal bli lei av å drive med ensidig aktivitet.

4.5.4 Motiver

Vanlige motiver for å være fysisk aktive i befolkningen er behovet for aktivitet og sosial kontakt, bedre utseende, ville prestere, gå opp eller ned i vekt, bedre helse og fysisk form og heve sosial status (Moe og Moser, 2004). Motivene er varierte ut ifra alder, miljø og kjønn. Ofte påvirkes unge av venner og at aktiviteten er kul, være flink og ha pent utseende, mens de eldre tenker mest på helse og velvære.

Pasienter som deltok i Gaustadløpene svarte i en undersøkelse at de fleste i utgangspunktet ikke var direkte motivert for selve den fysiske aktiviteten, men andre forhold knyttet til denne (Moe og Moser, 2004). Dette kunne være ønske om å oppleve glede, spenning, ha de moro, muligheter for å bli utfordret og utnytte egne evner, få oppmerksomhet fra personalet og betydningsfulle andre, gjøre noe sosial som var godt for helsen og et avbrekk fra rutinene på avdelingen (Moe 1988: Moe og Moser, 2004).

5.0 Funn og drøfting

For å svare på problemstillingene drøftes funn av fysisk aktivitet, psykisk helse og depresjon, fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon, kroppslige og psykiske effekter av fysisk aktivitet og vernepleierens tilnærming.

5.1 Fysisk aktivitet, psykisk helse og depresjon

Hva er fysisk egentlig aktivitet og hvorfor er det positivt? Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur, som fører til energiforbruk (Martinsen, 2004). Fysisk aktivitet er stort sett forbundet med noe positivt, og har vist å ha en rekke positive effekter på både fysisk helse og psykisk helse. Som vi har sett er det å drive med fysisk aktivitet ikke bare bra for den fysiske helsa, men er også en viktig faktor for psykisk velvære og trivsel, samt at det kan virke forebyggende og behandlende ved psykiske plager (Espnes og Smedslund, 2009). Dette kan tyde på at disse to påvirker hverandre gjensidig og at den psykiske helsa påvirker motivasjonen for fysisk aktivitet også. Som kjent er depresjon en tilstand preget av mangel på glede, interesse, energi og økt trøtthet (NHI, 2022). Gjennom funn er depresjon er en psykisk lidelse som vil ramme omtrent 20% av befolkningen i løpet av livet, og om lag 10% vil oppleve det i løpet av et år (FHI, 2018). Årsakene er noe uklare, men det finnes flere risikofaktorer (Helsenorge, 2021).

Det kommer frem at sammenlignet med normalbefolkningen er mennesker med psykiske lidelser i gjennomsnitt dårligere form, selv om det er store variasjoner (Martinsen og medarbeidere 1989: Johannessen, 2004). Men hvorfor er det slik? Ut ifra Holsten (2020) sin teori om symptomene som oppstår ved depresjon er det mye som kan tyde på at de med depresjon er mer inaktive enn mennesker uten depresjonslidelse. Faktorene kan være tilbaketrekning, isolasjon, dårlig søvn og trøtthet, dårlig kosthold – som kjent kan gi mangel på energi, og initiativløshet.

5.2 Hvordan kan fysisk aktivitet bidra i behandling av depresjon?

5.2.1 Fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon

Kjellmann m.fl. (2009) skriver at fysisk aktivitet er en form for atferdsterapi, og kognitiv atferdsterapi er en anerkjent behandlingsmetode ved depresjon. Martinsen (2004) skriver om fysisk aktivitet som en aktuell behandlingsmetode. Helsebiblioteket (2021) skriver om fysisk aktivitet som en form for selvhjelpsmetode.

Med moderat motstand har fysisk aktivitet vist seg å bedre tankemessige, kroppslige og følelsmessige problemer. De positive effektene som oppstår ved fysisk aktivitet, har vist seg å være en god behandlingsmetode ved mild til moderat form av depresjon. Martinsen (2000) skriver at når deprimerte pasienter begynner å trene, så vil dette ha positiv effekt på tilstanden de befinner seg i. Som alternativ til de tradisjonelle behandlingsmetodene er effekten av fysisk aktivitet godt dokumentert i ulike studier. Helsedirektoratet (2009) støtter denne påstanden med teori på at ved mild til moderat depresjon kan regelmessig fysisk aktivitet redusere symptomene som oppstår, samt forebygge sjansen for tilbakefall.

Hvilken effekt har fysisk aktivitet på personer med depresjon? Det kommer frem i noen studier at det vist seg at fysisk aktivitet kan ha like god effekt som medikamentell behandling med antidepressiva, men at det varierer på grad av depresjon og alder.

Blumenthal og medarbeidere (1999) i Martinsen (2004) bekrefter det med at de gjennom et forsøk delte opp alvorlig deprimerte pasienter over 60 år i to grupper, hvor en av gruppene fikk medikamentell behandling og den andre fikk trening som behandlingsmetode. De som fikk medikamentell behandling ble raskere frisk, men etter 12 uker hadde treningsgruppa nådd igjen de andre. I tillegg kom det frem at ti måneder etter avsluttet behandling var det færre tilbakefall hos treningsgruppa. Dette kan tyde på at de som gjennomførte fysisk aktivitet fant tilbake til sin indre glede, mens de som fikk medikamentell behandling fikk denne tilført «kunstig» og hadde større sannsynlighet for tilbakefall etter endt behandling. I tillegg kan det tyde på at ved å opprettholde den fysiske aktiviteten kan man greie å sortere ut destruktive tanker og få frem de gode følelsene den medbringer. I teoridelen kommer også frem at gjennom fysisk aktivitet kan pasienter med depresjon få økt sin mestringfølelse og frigjøre endorfiner. Nguyen (2020) får frem at endorfiner som frigjøres

antas å ha betydning for oppstemthet. Disse kan da gi pasienter med depresjon en god følelse i kroppen.

Som en del av symptombildet ved depresjon kan personer oppleve konsentrasjonsvansker, som gjør det vanskelig å lese sammenhengende tekster og ta små avgjørelser (Holsten, 2020). Så på hvilken naturlig måte kan konsentrasjonen komme tilbake? Kortisol er et hormon som er viktig for blant annet læring og hukommelse (Berg og Otterholt, 2022). Ved fysisk aktivitet økes som kjent utskillelsen av Kortisol og andre kjente hormoner (Henriksson og Sundberg, 2009). Dette kan tyde på at fysisk aktivitet kan bidra med å lette symptomene hos de med depresjon.

Ved å bruke fysisk aktivitet i behandling kan pasientene får de depressive tankene over på noe annet og distrahere seg selv. Som en del av depresjonens symptomer kan personer med depresjon trekke seg tilbake fra venner og isolere seg helt (Holsten, 2020). Å delta i fysisk aktivitet eller idrett kan få i gang det sosiale livet igjen. Treningsgrupper kan bli sosiale møteplasser og gi betydning for pasientene, men hva er det som motiverer deprimerede pasienter til å ville være en del av en sosial gruppe? I undersøkelsen av pasienter som deltok i Gaustadløpene kom det frem av de ikke var direkte motivert for den fysiske aktiviteten, men andre forhold knyttet til denne. Dette var da opplevelsen av spenning, glede, få oppmerksomhet fra personalet og andre, gjøre noe sosialt og et avbrekk fra rutiner på institusjonen (Moe 1988: Moe og Moser, 2004).

5.2.2 Kroppslige og psykiske effekter av fysisk aktivitet

Det kommer frem at det å drive med fysisk aktivitet har en rekke fordeler for den psykiske helsa og kan fremme gode følelser som er en viktig del av behandlingen av depresjon, men hva slags gode følelser fremmes? Det bekreftes at fysisk aktivitet kan føre til overskudd i hverdagen, bedre søvn, redusere stress og dempe angst – og depresjonssymptomer (Helsenorge, 2021). Så det å være i fysisk aktivitet gjør i utgangspunktet godt for både kropp og sjel, men finnes det noe negative psykiske effekter av fysisk aktivitet? På den andre siden kan føre til overdreven fysisk aktivitet og forstyrre selvbildet og forvri kroppoppfatningen. Dette ses særlig hos unge mennesker. Treningsavhengighet, megareksi og idrettsskader er også noe som kan oppstå (Espnes og Smedslund, 2009).

Ved fysisk aktivitet frigjøres en rekke hormoner. Endorfin er et peptid og er en av de som produseres og frigjøres ved fysisk anstrengelse og kan ha betydning for følelsen av oppstemthet (Nguyen, 2020). Dermed kan det gi en god følelse i kroppen etter å ha anstrengt seg fysisk. Utskillelsen av hormoner som adrenalin, veksthormon og kortisol øker også (Henriksson og Sundberg, 2009). Adrenalin og kortisol er stresshormoner som kan gi en god følelse og adrenalin kan oppleves som et kick i kroppen som er viktig i en nødsituasjon for å handle raskest mulig. På den andre siden kan de også forverre blant annet angst – symptomer (Helsedirektoratet, 2009).

5.3 Hvordan kan vernepleiere tilnærme seg pasienter med depresjon for å fremme fysisk aktivitet?

5.3.1 Vernepleierens tilnærming

Som kjent er det en rekke risikofaktorer som kan føre til depresjon, og som en del av sykdomsbildet kan pasienten oppleve symptomer som depressivt tankehold, depressivt utseende, endret nattesøvn og matlyst, konsentrasjonsvansker og initiativløshet (Holtsen, 2020). I tillegg er de fleste pasienter på forhånd veldig bevisst på at de ikke klarer, og manglende motivasjon kan også være en del av sykdomsbildet. De har dårlig tro på egne ressurser og preges av tiltaksløshet (Moe og Moser, 2004). Hva er det som kan få pasienter til å fokusere på det positive? Salutogenese har vist seg å spille en viktig rolle i behandling av sykdom. Dette fordi det handler om å finne sine egne mestringsstrategier fremfor å fokusere på sykdom og problemer (Borge, 2004). Som vernepleier er det da viktig å tilnærme seg på den måten at ressursene hos pasienten fremmes, på en rolig og anerkjennende måte. Brask m.fl. (2016) skriver at gjennom systematisk og målrettet miljøarbeid kan vernepleieren bidra med å fremme problemløsninger hos pasienten.

Vernepleieren har en godt utviklet relasjonskompetanse. Det handler om å være i stand til å møte hele mennesket og kunne spille den andre god etter sine forutsetninger (Røkenes og Hanssen, 2012). En annen egenskap hos vernepleieren er vernepleierens praksis, som bærer preg av anerkjennelse og tillit (Brask m.fl. 2016). Så hos en pasient med en dårlig barndom eller sykdom preget av isolasjon kan vernepleieren vise anerkjennelse for de negative følelsene, som kan gjøre at pasienten får større tillit til vernepleieren. Da kan

vernepleieren tilnærme seg på den måten slik at pasienten kanskje tør å være med på en fysisk aktivitet, eller greier å motivere seg til å komme seg opp av senga. Vernepleieren sitter også på kunnskap om hvorfor man ikke kan sitte i ro hele dagen, da dette ikke har noen helsefremmende effekt. Som en del av sykdomsbildet kan pasienten slite med tiltaksløst og motivasjon, da kan vernepleieren motivere gjennom miljøterapi for å få pasienten i aktivitet. Johannessen (2004) skriver at mosjon bør i størst mulig grad være lystbetont. Gjennom dialog kan vernepleieren fremme løsninger på inaktiviteten eller manglende motivasjon hos pasienten, samt tilrettelegge for lystbetont fysisk aktivitet. Hva er det som motivere pasienter til å ville gjennomføre fysisk aktivitet? Generelt varierer motivene til å ville være fysisk aktive ifra alder, kjønn og miljø og diagnose. Yngre påvirkes av venner, være flink og pen, mens de eldre tenker på helse og velvære (Moe og Moser, 2004). For pasienter med depresjon kan man nok finne både indre og ytre motiver for å gjennomføre fysisk aktivitet, da de ofte kan ha dårlig energi og et lavt selvbilde (Holsten, 2020). Vernepleieren kan tilnærme seg på den måten om å finne deres indre motivasjon om å føle seg vel. Som nevnt er fysisk aktivitet en form for selvhjelpsmetode (Helsebiblioteket, 2021). Med kunnskap om dette kan vernepleieren veilede til selvhjelp og fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon.

6.0 Avslutning og konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt fysisk aktivitet som eventuell behandlingsmetode, eller som tilleggsbehandling hos mennesker med depresjon, samt hvordan vernepleieren kan tilnærme seg pasienter for fremme ønske om fysisk aktivitet hos inaktive pasienter med depresjon. Det har blitt tatt utgangspunkt i voksne mennesker, både kvinner og menn med ulik grad av depresjon.

Ut ifra teorikapittelet kommer det frem at det finnes ulike teorier om hvorfor depresjon oppstår. Noen har større sannsynlighet for å utvikle det på grunn av arv og miljø. Depresjon kan henge sammen med andre psykiske lidelser, og kan også være en reaksjon på annen sykdom. Salutogenese – begrepet har vist seg å være viktig i synet på sykdom, da det handler om å finne egne mestringsstrategier for å bli frisk, fremfor å fokusere på problemer og årsak til sykdom. Mestringsstrategier og motivasjon varierer fra person til person og årsak til sykdom, men her ser det ut til at vernepleieren kan hjelpe pasienten til å

fokusere på egne ressurser. Vernepleierens kompetanse ser også ut til å spille en stor rolle i møte med pasienter med depresjon og deres forutsetninger.

I tillegg kommer det frem at inaktivitet er et problem hos de som får diagnosen depresjon. Dagene blir tyngre, dårligere søvn og kosthold, og pasientene er preget av lavt energinivå og mangel på motivasjon. Behandlingsmetode for depresjon varierer fra person til person, og det finnes flere ulike metoder, hvor noen også ofte blir sammensatte. Valg av behandlingsmetode vil også ligge i graden av depresjonen, og kan nok også ligge i pasientenes vilje til å bli frisk, og hvor mye de er villig til å gjøre for å bli bra igjen. Det finnes ulike teorier, men fysisk aktivitet blir sett på som en behandlingsmetode og som en del av selvhjelp. Det er også vist at fysisk aktivitet er også mer effektivt enn ingen behandling hos de med depresjon. Fysisk aktivitet koster ingen penger og kan gjennomføres hvor og når som helst. Som behandlingsmetode har fysisk aktivitet stort sett heller ingen uheldige bivirkninger, og kan brukes uten at det krasjer med annen behandlingsmetode. Fysisk aktivitet kan være så mangt, og kan også gjennomføres alene eller sammen med andre. Det ser ut til at den fysiske og psykiske helsa henger mye sammen og påvirker hverandre gjensidig. For pasienter med depresjon vil fysisk aktivitet kunne bidra positivt med å gi gode følelser i kroppen og opplevelsen av mestring med riktig innstilling og hjelp til å finne ressursene.

Litteraturliste

Askheim, Ole Petter, 2003. *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Berg, Jens Petter. 2020. *Veksthormon*. Lest: 13/05-22. <https://sml.snl.no/veksthormon>

Berg, Jens Petter og Eli Otterholt. 2022. *Kortisol*. Lest: 13/05-22.

<https://sml.snl.no/kortisol>

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, s. 15-25. Bergen: Fagbokforlaget.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugåsa. 2009. «Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte». I *Mellom mennesker og samfunn – sosiologi og sosialantropologi for helse – og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal akademisk. 17 – 36.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller: En refleksjonsmodell*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving*. 7.utgave. Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.

«Depresjon, en oversikt». 2022. I *Norsk Helseinformatikk*. Lest: 05/05-22.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/>

Ellingsen, Jostein. 2019. «Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2016». I NAV: *Arbeids – og velferdsdirektoratet/statistikkseksjon*. Lest: 09/05-22.

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>

Espnes, Geir Arild og Geir Smedslund. 2009. *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fellesorganisasjonen (FO). *Vernepleiere i psykisk helse*. Oslo.

<https://www.fo.no/vernepleiere-er-autorisert-helsepersonell/vernepleiere-i-psykisk-helse-article7666-2526.html>

Helsedirektoratet. 2009. IS – 1561. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon>

Helsedirektoratet. 2022. *Anbefalinger om fysisk aktivitet til voksne og eldre*. Lest 12/05-22.

<https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/rad-om-fysisk-aktivitet/>

Helsedirektoratet. 2022. *Hva er psykisk helse?* Lest: 26/04-22.

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>

Henriksson, Jan og Carl Johan Sundberg. 2009. «Generelle effekter av fysisk aktivitet». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

8 – 31. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken>

Hilsen, Monica. 2019. Stresshormonet adrenalin gir sommerfugler i magen ved forelskelse. Lest: 13/05-22.

<https://sykepleien.no/2019/03/stresshormonet-adrenalin-gir-sommerfugler-i-magen-ved-forelskelse>

Holsten, Fred. 2020. «Stemmingslidelser». I *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Red. Marianne Thorsen Gonzales. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 101 – 112.

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

Husebye, Eystein. 2021. *Adrenalin*. Lest: 13/05-22. <https://sml.snl.no/adrenalin>

- Jansson, Eva og Sigmund A. Anderssen. 2009. «Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. 37 – 42. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken>
- Johannessen, Bjørnar i Martinsen, Egil W. 2004. «Praktiske erfaringer med trening av mennesker med psykiske lidelser». I *Kropp og sinn – Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget. 155-166.
- Kjellmann, Bengt, Egil W. Martinsen, Jill Taube og Andersson. 2009. «Depresjon». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. s. 275 – 282. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken>
- Lein, Marthe. 2020. «Fysisk aktivitet og psykiske lidelser». I *Norsk Helseinformatikk*. Lest 09/05-22. <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-psykisk-lidelser/>
- Malt, Ulrik. 2022. «Depresjon». I *Store medisinske leksikon*. Lest: 28/04-22. <https://sml.snl.no/depresjon>
- Malt, Ulrik og Per Aslaksen. 2020. «Psykiske lidelser». I *Store medisinske leksikon*. Lest: 28/04-22. <https://tidsskriftet.no/2000/10/tema/fysisk-aktivitet-sinnets-helse>
- Martinsen, Egil W. 2000. «Fysisk aktivitet for sinnets helse». I *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Lest: 09/05-22. <https://tidsskriftet.no/2000/10/tema/fysisk-aktivitet-sinnets-helse>
- Martinsen, Egil W. 2004. *Kropp og sinn – Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, Toril og Thomas Moser. 2004. Egil W. Martinsen. «Motivasjon». I *Kropp og sinn – Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget. S. 143 – 154.
- Nguyen, Tina. 2020. «Endorfin». I *Store medisinske leksikon*. Lest: 04/05-22. <https://sml.snl.no/endorfin>

«Psykisk helse». 2020. Frambu – kompetansesenter for sjeldne diagnoser. Lest: 09/05-22.
<https://frambu.no/tema/psykisk-helse/>

Redaksjonen, Helsebiblioteket.no. 2021. *Depresjon hos voksne*. Lest: 11/05-22.
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne>

Røkenes, Odd Harald og Per – Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Walseth, Liv Tveit og Kristi Malterud. 2004. «Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv». I *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Lest: 09/05-22
<https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenmedisinsk-perspektiv>

World Health Organization (WHO). 2018. «Mental health: strengthening our response». Lest: 26/04-22. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization (WHO). 2021. «Depression». Lest: 26/04-22.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>