



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Friluftlivets fordeler for psykisk helse

How nature benefits mental health

Anette Sæther

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

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 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: 18.05.22

Antall ord: 11605

Forord:

«Det ligger igjen mange bekymringer oppi Moldemarka»

- Vidar Halaas, prest i Molde domkirke.

Sammendrag

Bakgrunnen for denne oppgaven er at depresjon er det fjerde største helseproblemet i verden, og at friluftsliv har vist seg å være en stor ressurs når det gjelder følelse av selvverd, mestring og indre ro. Fysisk aktivitet er kjent for å være bra for helse og kropp, kombinerer man friluftsliv med disse faktorene kan effekten bli desto større.

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvilke fordeler friluftsliv har for mennesker med depresjon. Jeg vil også belyse hvordan min rolle som vernepleier er viktig i denne tilnærmingen.

Metoden jeg har valgt er kvalitativ litteraturstudie. I tillegg til pensum og annen faglitteratur har jeg benyttet meg av ulike søkemotorer for å samle inn data.

Det konkluderes i mitt litteratursøk at uavhengig av om det er mild eller moderat depresjon, har friluftsliv store fordeler for mennesker med depresjon. Mine funn har vist at man som vernepleier sitter med kunnskap og kompetanse samt en evne til tilrettelegging som kan være viktig i arbeidet med mennesker med depresjonslidelser.

Nøkkelord: Friluft, fysisk aktivitet, depresjon, behandling, friluftsliv, natur, medikamentfri, vernepleier.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3	Relevans for vernepleieryrket	2
1.4	Oppgavens oppbygging.....	3
2.0	Problemstilling	4
2.1	Begrunnelse for og avgrensning av problemstilling	4
2.2	Begrepsdefinerings	4
2.2.1	Friluftsliv	4
2.2.2	Depresjon	5
3.0	Metode	6
3.1	Kvalitativ litteraturstudie	6
3.2	Egen forforståelse	6
3.3	Validitet og reliabilitet	7
4.0	Teori	8
4.1	Depresjon	8
4.1.1	Hva er depresjon/symptomer	8
4.1.2	Årsak	10
4.1.3	Behandling	12
4.2	Friluftsliv	14
4.2.1	Effekten av å være i fysisk aktivitet ute	16
4.2.2	Fysisk aktivitet og depresjon.....	17
4.2.3	Fysisk aktivitet og mestring	19
4.3	Psykologiske behov.....	20
4.3.1	Mestring	20
4.3.2	Motivasjon	21
4.3.3	Vernepleierens rolle i arbeid med motivasjon og depresjon.....	22
5.0	Drøfting	26
5.1	Hvilke fordeler har friluftsliv for mennesker med depresjonslidelser?	26
5.1.1	Positive og negative konsekvenser	29
5.1.2	Vernepleierens rolle og brukervedvirkning	31
6.0	Avslutning	33
	Litteraturliste	35

Vedlegg 1. Vernepleierens arbeidsmodell39

1.0 Innledning

Tema for denne oppgaven er friluftsliv sine fordeler for mennesker med depresjon.

1.1 Presentasjon av tema

Depresjon har de senere årene blitt omtalt som en folkesykdom, og forekomsten av depresjon er økende. Ifølge Kjellmann, Martinsen, Taube og Andersson (2008) varierer livstidsprevalensen mellom 6 og 20 prosent i forskjellige land og gjennom forskjellige studier. Verdens helseorganisasjon rangerte i 2000 depresjon som det fjerde største helseproblemet i verden (Ustün, Ayuso-Meteos, Chatterji, Mathers og Murray (2004). Styrkegrad og omfang av depresjon kan variere stort da det ikke er en klart avgrenset tilstand, men mer et syndrom med forskjellige kjennetegn (Eknes, 2006).

Gjennom livet vil nok mange oppleve oppturer og nedturer, og symptomene på depresjon er mange av følelsene man kan kjenne på daglig. Om det er håpløshet, tretthet, irritasjon, ubesluttsomhet med mer. Dette er vanlige følelser man kjenner på som er en normal del av livet, men for noen blir omfanget av disse følelsene for omfattende, og varigheten strekker seg ofte over en lengre periode. Eknes (2006) skriver at de som er rammet av en depresjonslidelse ikke selv evner å komme seg gjennom en depressiv periode, og det er ofte det som skiller depresjonslidelser fra enkelte depressive symptomer som man kommer seg gjennom på egen hånd.

Befolkningsundersøkelser har vist en positiv korrelasjon mellom fysisk aktivitet og generelt velvære og godt humør, men en dissosiasjon med depresjon (Martinsen 2018). Systematiske litteraturgjennomganger og befolkningsundersøkelser har vist at regelmessig fysisk aktivitet reduserer risiko for depresjon med 12% (Mammen og Faulkner, 2013; Teychenne, Ball og Salmon, 2008) og (Hatch, Wessley, Mykeltun og Hotopf, 2018) gjengitt i Martinsen (2018).

De siste årene har det vært stor endring i behandlingen av psykiske lidelser, og det finnes for eksempel utendørsterapeuter som jobber spesifikt med å ta med pasienter ut i friluft på forskjellige aktiviteter som telting, kano, klatring, fjellturer, bålturer osv. (Jakhelln, 2020). Ved Sørlandet sykehus har de et prosjekt som heter Friluftsterapi, hvor de i det psykiske helsearbeidet bruker de positive effektene av å være i naturen. Naturopplevelser og friluft

har en positiv effekt på psyken, noe som har blitt mer verdsatt i terapien de seneste årene. Martinsen (2018) skriver at naturopplevelser kan være viktige kilder til glede. Gleden av å bruke alle sansene sine ute i naturen til å både lytte, lukte og smake kan være viktige elementer i fysisk aktivitet. Faktisk har man funnet at fysisk aktivitet i naturen kan ha en større styrkende virkning enn hva innendørs trening kan (Bischoff, 2012; Kaplan, 1995) gjengitt i Martinsen (2018).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Årsaken til at jeg har valgt tema depresjon og friluftsliv er fordi jeg selv vet hvor godt det gjør for kropp og sinn å gå i fjellet eller være ute i naturen. Jeg har ingen historie hvor min psykiske helse har skrantet, men jeg har dager som alle andre hvor ting er litt tyngre og litt kjipere. En fjelltur hjelper alltid på humøret. Jeg har også sett mange rundt meg som har brukt fysisk aktivitet i naturen som en slags medisin for både dårlig kropp og slitent sinn. Fraser som «Jeg vet ikke hvor jeg hadde vært uten muligheten til å bevege meg i naturen» kommer opp stadig. Det å være i fysisk aktivitet, og da spesielt ute i naturen – er noe som er ekstremt viktig for meg og som gir meg mange positive effekter som bedre humør, friskere kropp, mer energi og overskudd og ikke minst uendelige gode minner av fantastiske dager og utsikter. Fjellet burde vært på blå resept og jeg har selv sett hvor positiv virkning det har på mennesker som har det vanskelig psykisk. Uten muligheten til å bevege seg ute vet jeg om mange som ikke hadde vært her i dag.

1.3 Relevans for vernepleieryrket

Som vernepleier er miljøarbeid en sentral rolle i arbeidet og vår kompetanse. Det dreier seg om en «faglig tilnærming for å påvirke både rammefaktorer og individuelle forutsetninger i retning av økt livskvalitet og mestringsevne hos brukeren» (Brask, Østby og Ødegård 2016:23). Som vernepleier jobber man med mennesker og man vil mest sannsynlig i løpet av sin karriere oppleve at noen man jobber med er deprimert. Som vernepleier er det min oppgave å tilrettelegge for mestring og økt livskvalitet, og jeg mener selv at fysisk aktivitet i naturen eller generelt det å være ute i friluft er noe som kan være med på å nå disse målene over. Jeg har selv sett i arbeid hvor stor nytte mange av tjenestemottakerne har hatt av friluft og fysisk aktivitet. Fordelen som vernepleier er at man har mange områder man kan jobbe på, og det er derfor relevant å være bevisst på at det finnes andre måter å behandle og forebygge depresjon på enn medikamentell

behandling. Det kan være lett å sende noen rett i samtaler og på antidepressiva, før man i det hele tatt har prøvd ut andre ting som ikke nødvendigvis krever medisiner. Eventuelt kan man alltid prøve en kombinasjon av alt!

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg vil først starte med å presentere problemstilling med avgrensinger, før jeg går videre på metode. Der reflekterer jeg litt rundt egen forforståelse og kildekritikk, før jeg tar for meg teoriinnsamlingen som skal brukes i neste del av oppgaven som er drøfting. Til slutt blir det en avslutning av oppgaven.

2.0 Problemstilling

Det overordnede temaet er friluftslivs effekt på mennesker med depresjonslidelser. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

«Hvilke fordeler har friluftsliv for mennesker med depresjonslidelser?»

2.1 Begrunnelse for og avgrensning av problemstilling

Problemstillingen ble avgrenset til depresjon og friluftsliv da depresjon som tidligere nevnt er det fjerde største helseproblemet i verden. Det er som nevnt også funnet at fysisk aktivitet utendørs kan ha en større virkning på psyken enn hva innendørs trening kan. Dette valget er basert på egne interesser for friluftsliv og virkningen av det.

Jeg ville ta utgangspunkt i en lidelse som kan være et hinder for mange i hverdagen, og som kan føre til sykmeldinger og flere dager og uker hvor man så vidt klarer å komme seg opp av senga.

Jeg vil fokusere på unge voksne og voksne i alderen 20 – 60 år, og da mennesker som har fått konstatert en mild eller moderat grad av depresjon, og som er i behandling for lidelsen. Jeg vil også ta utgangspunkt i at det ikke finnes fysiske hindringer for å kunne delta i aktiviteter utendørs, samt at menneskene i utgangspunktet ikke er fysisk aktiv fra før.

2.2 Begrepsdefinering

De to begrepene som står seg som tema for problemstillingen min er friluftsliv og depresjon. Jeg vil gi en kort definering her, men begrepene vil bli utdypet i teoridelen.

2.2.1 Friluftsliv

Friluftsliv kan ha mange definisjoner, men jeg har lagt følgende definisjoner til grunn: Waaler (2022) skriver følgende om friluftsliv:

Friluftsliv er ikke-motorisert ferdsel, opphold og aktiviteter i naturen med rekreasjon som formål. Motivene for friluftsliv varierer stort, men er som regel knyttet til helse, naturopplevelse, ro og stillhet, restitusjon, fysiske og mentale utfordringer og sosialt samvær.

Meld. St. 18 (2015-2016) skriver også at friluftsliv er en sentral del av den personlige identiteten til mange mennesker, og at kombinasjonen fysisk aktivitet og naturopplevelse er unik. Denne utgjør selve kjernen i friluftsliv.

2.2.2 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som påvirker humør, atferd, følelser osv. Man er gjerne nedtrykt over tid. Noen opplever kun en periode med depresjon, mens andre får flere – men da har man ofte symptomfrihet mellom episodene (Martinsen, 2018).

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ litteraturstudie

Jeg har valgt å benytte meg av kvalitativ litteraturstudie som metode. Jeg har innhentet informasjon fra pensumbøker, støttelitteratur til pensumlisten, tips fra andre studenter, samt benyttet meg av snøballmetoden ved å se på andre studenters litteraturliste. Jeg har også funnet litteratur ved å se på litteraturlisten til artikler eller bøker som jeg har brukt, samt benyttet meg av ulike søkemotorer som Google Scholar, Google, Idunn og bibliotekets database Oria.

Jeg har søkt etter begrep som «fysisk aktivitet», «friluftsliv», «psykisk helse», «depresjon» «natur», «friluft» og «behandling». Jeg har også kombinert de ulike ordene overfor.

3.2 Egen forforståelse

Basert på mitt liv og mine erfaringer, har jeg en forforståelse som legger til grunn at jeg kommer til å finne litteratur og studier som svarer på mine teorier om at fysisk aktivitet utendørs i friluft er med på å styrke sinnet og kan ha en positiv effekt for mennesker med depresjon. Brodtkorb og Rugkåsa (2001) skriver at alle har en type forforståelse når vi kommer inn i en situasjon og opplever ulike hendelser og fenomener. De skriver videre at de ulike holdninger og oppfatninger som er en del av vår forståelseshorisont består av samlede fordommer. Disse fordommene og vår forståelseshorisont består av individuell art og er forskjellig avhengig av personlige erfaringer, sosial og kulturell bakgrunn. Når jeg nå skal tolke dataene jeg har innhentet, må jeg være bevisst min egen forforståelse. Etter dette får jeg muligens en ny forståelse for temaet, og det er dette som ifølge Brodtkorb og Rugkåsa (2001) kalles den hermeneutiske sirkel. Det er viktig at jeg er bevisst på min forforståelse og prøver så godt jeg kan å reflektere rundt den, da min forforståelse og kunnskap er noe som er selvsagt for meg.

Jeg har også en forforståelse når det gjelder depresjon og psykisk helse, som er at mange mennesker i løpet av livet vil få en psykisk lidelse, og at mange ikke søker hjelp for denne lidelsen. I tillegg tror jeg at mennesker som er fysisk inaktive kan ha større sjanse for å utvikle psykiske lidelser over tid.

3.3 Validitet og reliabilitet

Det er viktig å være klar over hvor man henter informasjonen fra. Er det en annens person meninger skrevet på en blogg, eller er det fagfelleverdert og derfor også mer gyldig og pålitelig. Saklige og reflekterte kilder som er støttet opp med empiri er åpenbart bedre for oppgaven, og det er derfor nyttig å bruke skolens databaser hvor det også står hva som er fagfelleverdert og ikke.

Da jeg for eksempel skulle finne kilden til rangeringen gjort av WHO, søkte jeg opp navnene til forfatterne i artikkelen, og fant ut at de var pålitelige og ikke minst jobbet for WHO. Jeg har også brukt Faarlund som kilde, hvor mye av det han skrev er fra 1973. Jeg valgte likevel å benytte meg av Faarlund som kilde, da hans forståelse av friluft samstemmer med min forståelse av det. I tillegg har han en lang bakgrunn som friluftsmann, og derfor så jeg det som relevant å benytte meg hans ord.

Når det gjelder den ene kilden jeg har brukt om friluftsliv, som kommer fra store norske leksikon, har jeg søkt opp forfatteren som er Rune Waaler. Han er underviser og forsker ved Norges arktiske universitet og forsker blant annet på motivasjon for friluftsliv, i tillegg til at han underviser i diverse emner innen friluftsliv.

I tillegg referer Hansen (2017) til en rapport, og fremfor å vise til Hansen fant jeg heller den faktiske rapporten og brukte den som kilde isteden.

Fremfor å vise til en kilde som igjen viser til en rapport fra Miljøverndepartementet fra 2009, fant jeg heller frem til denne rapporten selv og bruke den alene som kilde.

4.0 Teori

I denne delen presenteres funnene fra litteraturstudien. Jeg vil ved hjelp av teori forklare hva depresjon er, årsaker til depresjon og behandling av det. Jeg vil deretter ta for meg friluftsliv og effekten av fysisk aktivitet ute. Videre vil jeg ta for meg fysisk aktivitet og mestring og fysisk aktivitet og depresjon, før jeg går over på psykologiske behov som er viktige for å i det hele tatt kunne være fysisk aktiv. Til slutt vil jeg ta for meg hvilken rolle jeg som vernepleier har i arbeid med motivasjon og depresjon.

4.1 Depresjon

4.1.1 Hva er depresjon/symptomer

Depressive lidelser blir ifølge Nysæter og Walvig (2016) delt inn av ICD-10 i enkeltepisoder, tilbakevendende depressiv lidelse og vedvarende affektive tilstander. De skriver videre at det finnes kriterier for at noe skal bli diagnostisert som depresjon, og det er at tilstanden har vedvart over to uker, og at man kan utelukke organisk etiologi samt bipolar lidelse.

I ICD-10 deles klinisk depresjon inn i mild (fire symptomer), moderat (fem til seks symptomer) og alvorlig (syv eller flere symptomer), og det står at hvert symptom på depresjon bør være til stede mesteparten av dagen. Grenseverdiene i diagnostiseringen er basert på konsensus og ikke på empirisk evidens. Grensene mellom depresjon og ikke depresjon vil være tilfeldig, og det er tvilsomt at alvorlighetsgraden av depresjon kan fastsettes ved å telle symptomer (Helsedirektoratet, 2009).

Jeg vil kun ta for meg mild og moderat da det er dette som er utgangspunktet for oppgaven.

4.1.1.1 Mild depresjon:

Hummelvold (2012) forklarer at mild, forbigående depresjon ofte kjennetegnes ved at realitetsorienteringen er intakt. Personen kan føle seg trist, men dette påvirker ikke dømmekraften når det gjelder seg selv eller andre. De med mild depresjon har ofte et økt bekreftelsesbehov, på tross av en stabil selvfølelse og at selvaktelsen kan være redusert. Ofte kan milde depresjoner komme fra realitetene i personens situasjon, som for eksempel noens død eller et relasjonsbrudd. Tristheten og nedtryktheten samsvarer derfor med dette, og det er sjelden følelsene vedvarer og de skaper heller ikke en funksjonssvikt

(Hummelvold, 2012). Han forklarer videre at de som lider av mild depresjon kan trekke seg tilbake fra sosiale sammenhenger, og også blir ekstra følsom for reelle eller antatte avvísninger fra mennesker rundt.

4.1.1.2 Moderat depresjon:

Ved moderat depresjon er realitetsorienteringen ikke i like stor grad tilstedeværende (Hummelvold, 2012). Dette fordi at man kan presse egne følelser om selvforakt eller utilstrekkelighet over på andre, som gjør at personen som er deprimert får en følelse av at andre misliker han/henne eller at de har en negativ oppfatning av den personen. Dette gjør at man mistolker andres intensjoner, og at dømmekraften blir dårlig. Det kan også føre til at personens egne evner blir undervurdert.

Han forklarer videre at selvbildet er negativt preget, og depresjonsfølelsen er fremtredende. Det forklares videre at impulskontrollen enten er mangelfull eller overkontrollert, noe som kan føre til overspising, høyt alkoholkonsum og aggressiv oppførsel. Ved tap eller lignende vil personer med moderat depresjon reagere ekstra sterkt, og de har også en tendens til å trekke seg tilbake fra sosiale sammenkomster. Andre symptomer er at tankeprosessen er langsom og at personen lett kan bli distraheret når man bør være konsentrert. «Kommunikasjonsmåten er karakterisert av tvil og blokkering, talen er langsom og ordknapp. Innholdet i talen er ofte selv-nedvurderende eller preget av gjentatte ytringer av anger» (Hummelvold 2012:200).

4.1.1.3 Symptomer og forekomst

Symptomer på depresjon kan være senket stemningsleie, nedsatt energi og aktivitetsnivå samt manglende interesse for ting og mangel på en følelse av glede (Nysæter og Walvig, 2016). Ofte er konsentrasjonsevnen og oppmerksomheten nedsatt, i tillegg til redusert selvfølelse og selvtillit og pessimistiske tanker om seg selv og fremtiden. En følelse av mindreverd og skyld er også vanlig. Nysæter og Walvig (2016) skriver også at depresjon ofte utløser angst og uro, og at somatiske plager som søvnforstyrrelser, dårlig appetitt, vektnedgang, redusert seksuallyst også forekommer hyppig.

Hansen (2017) skriver at det finnes mange type depresjoner, men at det de alle har til felles er at de som er deprimerte – alle har store lidelser som er et stort hinder i hverdagen.

Som tidligere nevnt blir depresjon omtalt som en av de nye folkesykdommene. Depresjon kan ifølge Eknes (2006) ødelegge drømmer, ekteskap, mennesker, karriere, vennskap osv.

Kringlen, Torgersen og Cramer (2001) gjengitt i Eknes (2006)

En undersøkelse fra Oslo viste at 7,3% av befolkningen har i løpet av en periode på 1 år en markert depressiv forstyrrelse (Kringlen, Torgersen og Cramer 2001 gjengitt i Eknes (2006). De siste årene har dette økt, og Berge (2021) skriver at det faktisk er opp mot 12% av befolkningen som har depresjon til enhver tid. Han skriver videre at Verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykmelding og uførhet.

Med andre ord er det ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet som kan forårsakes av depresjon, men også enorme økonomiske og samfunnsmessige tap (Berge 2021). Eknes (2006) skriver derimot at forekomsttallene for depresjon er vanskelig å få nøyaktig av mange grunner. Blant annet fordi depresjon er en fellesbetegnelse for en rekke ulike fenomener. Noen fyller kanskje kriteriene til en viss grad, men mangler et symptom eller symptomet ikke er klart nok til stede for å vurdere om det ligger innenfor eller utenfor skalaen. I tillegg er det mange tilfeller som aldri blir rapportert, spesielt blant menn. Levesett og kultur påvirker også utbredelsen av depresjon, da det i mange kulturer ikke er like akseptert å ha en depresjonslidelse (Eknes, 2006). Hansen (2017) skriver også at psykiatri ikke er eksakt vitenskap, da alt handler om subjektive opplevelser. Verken blodprøver, MR, CT eller røntgenundersøkelser kan gi svar på om man er deprimert eller ei. Han forklarer at de sjekklistene man bruker som psykiater bør ses på som et hjelpemiddel og ingen absolutt sannhet.

4.1.2 Årsak

Eknes (2006) forklarer at det ligger mange årsaker bak depresjon. Dette er faktorer knyttet til biologi, arv, psykologi, kultur og samfunn. Han skriver videre at man må forstå at årsak – virkning ikke bare går en vei, men begge. Et eksempel er at depresjon kan føre til redusert søvn, men redusert søvn kan også forsterke depresjon. Han nevner også følgende årsaker:

- Vanskelige livshendelser
- Omveltninger i livet
- Mangel på nærhet, fortrolighet og sosial støtte
- Svake sosiale ferdigheter
- Lavt selvbilde
- Funksjonshemning

- Somatisk sykdom som:
- Stress
- Kjemisk ubalanse
- Bivirkninger av medikamenter

Det finnes ulike forklaringsmodeller på utviklingen av depresjon (Hummelvold, 2012).

Han skriver videre at de sammen belyser ulike sider ved årsaksforholdene. Mange av disse modellene er like de eksemplene over som Eknes (2006) har gitt. Disse modellene er genetisk betinget depresjon, den biokjemiske teorien, objekttap, kognitiv terapi, lært hjelpeløshet, innadrettet aggresjon og kjønnsperspektiv.

Genetisk betinget depresjon er en modell. Den er basert på at arv og miljøfaktorer spiller en avgjørende rolle ved depresjon. Depresjon kan ha større sjanse for å opptre dersom personens familie har en historie med depresjoner.

Den *biokjemiske teorien* er benyttet for å forklare hvordan stress i en livssituasjon kan påvirke nevrokjemiske forandringer som kan karakteriseres som depressive tilstander. Han skriver videre at monoamine neurotransmittorer er med i reguleringen av hvordan kroppen reagerer på stress, og det modifierer og dermed endrer atferden slik at den igjen viser seg i depressive lidelser.

Objekttap er noe som refererer til et traumatisk tap eller brudd med personer som står individet nært. Hummelvoll (2012) viser til Spitz (1942) og Bowlby (1960) som skriver følgende: «Separasjon hos voksne er en utløsende faktor for utvikling av depresjoner, og opplevelse av tap i barndommen er en disponerende faktor for forekomsten av depresjon senere i livet» (s:203).

Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at mennesker opplever symptomer på depresjon fordi tankeprosessen våre er forstyrret, mye likt med Eknes (2006) sitt punkt om kognitive feilmekanismer.

Lært hjelpeløshet er også et punkt i Eknes (2006) sine eksempler, noe som også er en forklaringsmodell ifølge Hummelvoll (2012). Den deprimerte personen forventer negative resultater av situasjonen man er i, og personen tror at dens respons ikke vil forhindre at negative hendelser skjer, og tenker derfor at det ikke spiller noen rolle om man prøver endre situasjonen eller ei.

Innadrettet aggresjon er noe Freud brukte som en forklaring på depresjon, da han mente det var et resultat av at det aggressive instinkt blir rettet mot personen selv. Det blir videre forklart at det av forskjellige årsaker ikke er mulig å rette aggresjonen mot den utløsende

årsaken, noe som fører til en opplevelse av skyld. Situasjonen som skaper en slik reaksjon kan være tap av noen som personen er ambivalent mot, og man kan ikke uttrykke følelsene sine da de kan oppleves som upassende og følelsene blir derfor undertrykt.

Det vises til slutt til Heifner (1996) som mente at grunnen til at det er dobbelt så mange kvinner som menn som blir diagnostisert som deprimerte, knyttes til sosiale og kulturelle faktorer. Denne teorien kalles *kjønnspektiv*, og går på at de sosiale faktorene inkluderer forhold som kvinner er preget av.

Kjellmann mfl. (2008) skriver at det ikke finnes en enkelt årsakssammenheng, og det er heller ingen klar genetisk disposisjon. De skriver derimot at en modell som ofte brukes, er stress- og sårbarhetsmodellen. Negativt stress som tap og lignende, kan utløse en depresjon. Risikofaktorer som kan gi økt sårbarhet er separasjoner i barndommen, krenkelser eller psykiske traumer samt en rekke somatiske faktorer som tidligere nevnt.

4.1.3 Behandling

Farmakologisk behandling med moderne antidepressive legemidler og en rekke psykoterapiformer har godt dokumentert effekt i behandling av depresjon (Kjellmann mfl., 2008). Eknes (2006) forklarer at det finnes en rekke grep og innfallsvinkler når det gjelder å lindre, avbryte eller forkorte en depresjon. Han skriver videre at det også kan være aktuelt med tilnærminger for å forebygge en depresjon. Det er både psykologiske, medikamentelle og miljøterapeutiske behandlinger som er aktuelt i behandlingen av depresjon. Nysæter og Walvig (2017) skriver at det i behandling av depresjonslidelser må skilles mellom en spesifikk sykdomsfase, og forebyggende behandling som skal hindre tilbakefall. De skriver videre at det finnes biologiske behandlingsmetoder som medikamenter og elektrokonvulsiv terapi, i tillegg til psykologiske behandlingstilnærminger som psykoedukasjon og spesialiserte former for psykoterapi.

Samtalebehandling

I samtalebehandling skiller man gjerne mellom kognitiv terapi, interpersonlig terapi og problemløsende terapi (Helsenorge, 2021).

Kognitiv terapi forklarer Helgesen (2011) som her-og-nå-orientert tilnærming, hvor terapeuten fokuserer på pasientens tanker og forestillingene pasienten har om seg selv. Det er viktig å identifisere de automatiske og lite tilgjengelige tankene, og bli bevisst på hvilke negative tankemønstre som gjør pasient så misfornøyd med seg selv. Det er avgjørende å

finne frem til nye og mer hensiktsmessige tankemønstre som fungerer for pasienten og gjør pasienten tryggere på seg selv.

Eknes (2006) forklarer *interpersonlig psykoterapi* som et tidsbegrenset behandlingsprogram for depresjon. Denne form for behandling er manualisert, og den gjennomføres med ukentlige samtaler over 12-20 uker. «Interpersonlige termer som rolleforandring, rollekonflikt, tapsopplevelser og sosiale ferdigheter, er sentrale» (Eknes 2006:77). Han forklarer videre at man har fokus på hvordan symptomer trer frem i mellommenneskelige relasjoner, og legger tilsvarende mindre vekt på intrapsykiske forhold.

Problemløsende terapi forklarer Helsenorge (2021) som terapi som tar utgangspunkt i de spesifikke problemer pasienten sliter med. Man drøfter problemet og ved en trinnvis metode kan man lære seg å finne løsninger på komplekse problemer.

Psykodynamisk terapi har som mål å øke affektbevisstheten til pasienten, samt øke evnen til å gjenkjenne og uttrykke følelser og behov (Eknes, 2006).

Medikamentell behandling

I akuttbehandling av depresjon er det ofte nødvendig å gi medikamenter. Det brukes tre legemiddelgrupper som er antidepressiva, stemningsstabiliserende medisiner og antipsykotiske medisiner (Nysæter og Walvig, 2016).

Antidepressiva er en samlebetegnelse på medikamenter som blir brukt i behandling av depresjon. Disse kan påvirke humør og sinnsstemning hos deprimerte, men har ingen effekt på de som ikke er deprimerte. Effekten av disse medikamentene kan være at livslyst og optimisme vender tilbake hos den deprimerte. Nyere antidepressiva påvirker virkningen av serotonin og/eller noradrenalin (Eknes, 2006).

Det kan ifølge Eknes (2006) også være nyttig for mange som er deprimert og starte med *kosttilskudd* som folat og omega-3.

Stemningsstabiliserende medikamenter.

Disse brukes ved akuttbehandling, men også ved tilbakevendende depresjon.

Andre behandlingsformer som kan nevnes er *transkraniell magnetisk stimulering* som er en ny behandlingsform og lik elektrostimuleringsbehandling, men som er mildere og med færre bivirkninger.

Deep brain stimulation (DBS) er innen faget nevrokirurgi hvor man implanterer elektroder i hjernen. Det aktuelle området kan da stimuleres på en kontrollert måte.

Nervus vagus stimulering er lik DBS men her settes elektrodene inn i nakken, som sender signaler til området i hjernen som påvirker produksjon eller aktivitet til signalstoffer. *Akupunktur og placebomedisin* er også aktuelle behandlingsmetoder brukt ved depresjon. *ECT –Elektrostimuleringsbehandling* er en behandling som går ut på å gi en liten dose elektrisk strøm mot hodet for å utløse et epileptisk anfall. Dette er en behandling som har vært i bruk siden 1940-tallet, men som har blitt brukt ganske kritisk opp gjennom årene (Nysæter og Walvig, 2016). Denne behandlingen blir dog brukt på de mest alvorlige depresjonene eller hvor pasienten er i psykose. Nå blir denne behandlingen gitt i lett narkose med et muskelavslappende middel, i samråd med narkoselege (Eknes, 2006). Av de som lider av vinterdepresjon er det opp til 75% som har god effekt av *lysbehandling*. Dette er en terapiform som går over en til to uker, hvor pasienten sitter ved en spesiell lampe hver morgen i 1-2 timer. Denne lampen gir fra seg et kraftig dagslignende lys uten skadelige UV-stråler (Eknes, 2006).

Fysisk aktivitet og psykisk helse

Allerede i 1905 ble det ifølge Hansen (2017) publisert en vitenskapelig artikkel om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og hvordan man føler seg. Han forklarer videre at etter en undersøkelse gjort av James Blumenthal ble det funnet at mennesker som trente regelmessig hadde like mye effekt av dette som av Zoloft, et medikament med bivirkninger. Martinsen (2006) skriver at fysisk aktivitet har vist seg å ha en antidepressiv effekt og medfører reduksjon i depressive symptomer på lik linje som andre former som behandling. Pasientene som er undersøkt har milde til moderate symptomer, som er gruppene jeg har valgt å fokusere på. Han forklarer videre at et stort problem ved depresjonslidelser er tendensen for tilbakefall, men at undersøkelser tyder på at regelmessig fysisk aktivitet kan redusere denne faren hos pasienter som tidligere har blitt vellykket behandlet. Martinsen (2018) viser også til flere undersøkelser gjort hvor fysisk aktivitet har gitt bedring hos mennesker med depresjonslidelser.

4.2 Friluftsliv

Norsk Institutt for Naturforskning (NINA) definerer friluftsliv på følgende måte: «Friluftsliv er fritidsbruk av natur». Friluftslivet er en stor del av samfunnet da man har statens friluftsråd, administrasjon for friluft og naturvern, fylker og kommuners friluftsnemnder, natur og ungdom, naturvernforbundet, Bellona og også politiske parti med natur som kjernesak. Man finner friluftsliv på planen til skoler, i turistnæringen, i butikker,

i behandling osv. De siste årene har friluftsliv på alvor skutt fart i Norge, og det selges turklær, telt, kajaker, hengekøyer osv. som aldri før (Faarlund, 2003). Han forklarer videre at friluftsliv kan virke innenfor forskjellige forståelser, romme forskjellige verdier og i tillegg virke som terapi og nytelsesmiddel eller som alternativ livserfaring og livsformopplevelse. Friluftsliv dyrkes som en flukt fra samfunnet hvor man slipper unna det daglige. Enten i form av dagsturer eller i form av ferie og fritid. Slik flukt har de siste år blitt sett på som nyttig da det gir rekreasjon. Dette er en viktig faktor til å sikre helsen for menneskene i samfunnet (Faarlund, 2003).

Martinsen (2018) skriver at betydningen av rammene rundt fysisk aktivitet ikke er like vitenskapelig undersøkt som fysisk aktivitet i seg selv. Han skriver også at naturopplevelser kan være viktige kilder til glede over å oppleve planter og dyr. Mange opplever andre kvaliteter ute i naturen enn på et treningssenter. Videre skriver han at det å få lukte, smake, se og høre mens man er i fysisk aktivitet er viktige elementer. Han viser til et sitat av Dronning Sonja hvor hun sier at «hjernen renses i fjellet», og at «tankene får fortsette fritt uten avbrudd». Det som skiller friluftsliv fra idrett eller annen fysisk aktivitet utendørs er at det foregår i naturen. Det er heller ikke en konkurransebasert aktivitet, men der selve opplevelsen av naturen er det som er motivasjon til å gjøre aktiviteten.

Natur- og friluftaktiviteter er et tradisjonsrikt innslag i norsk natur (Vikene, 2012). For mange er det også et viktig hverdagsinnslag, da det er forbundet med noe positivt som ifølge Abraham, Sommerhalder og Abel (2010) gjengitt i Vikene (2012) blir brukt av mange for å øke fysisk, psykisk og sosialt velvære.

I tillegg er det gjort norske undersøkelser som omhandler menneskers motiver for å dra på tur, og der viser det seg at det viktigste motivet er behovet for frisk luft, stillhet og ro. En annen motivasjon er ifølge Vaagbø (1993) og Wergeland (2009) vist til i Vikene (2012) det å slippe unna støy og forurensing. Friluftsliv er tett knyttet til turbegrepet, og assosieres med å være i og oppleve naturen sammen med andre i form av aktiviteter eller fysisk aktivitet, gjerne i varierte naturområder.

Forskjellige aktiviteter

Amdam (2021) har i en artikkel fra Norsk friluftsliv i samarbeid med Den Norske Turistforening laget 1500 tips til uteaktiviteter for store og små.

Dette er aktiviteter som stort sett kan tilpasses alles behov og mål. Listen spenner seg fra både sommer- og vinteraktiviteter, til lands og til vanns samt med og uten dyr. Alt fra å bare se på solnedgangen eller gå på bær- og sopptur, til mer ekstreme varianter som juvvandring og stisykling er nevnt.

4.2.1 Effekten av å være i fysisk aktivitet ute

I en studie ved Stanford i California, ble hjernen til 90 friske deltakere scannet etter at de hadde gått en tur i en grønn, stille park, versus ved siden av en motorvei (Martinsen 2018). Deltakerne som gikk i naturen viste en lavere aktivitet i hjerneområder forbundet med selvfokusert tilbaketrekking og grubling, i tillegg til mindre selvrapportert grubling. Fred og ro i naturen er ofte forbundet med bedre helsetilstand. Dette gjennom naturopplevelser og fysisk aktivitet (Riese og Vorkinn, 2002 i Vikene, 2012).

Norsk friluftsliv (2017) viser til en amerikansk studie fra 2009 som undersøkte naturens positive effekt på evnen til å reflektere over problemer i livet. Deltakerne fikk i oppgave å gå i naturen i 15 minutter, men også bruke 15 minutter på å gå i urbane omgivelser. Dette viste at naturen hadde som effekt at den økte oppmerksomhetskapasiteten og deltakernes positive følelser, i tillegg til at det var en positiv effekt på evnen til å reflektere over problemer i livet. Effektene viste seg sterkere ved opphold i naturen. Mari Sundli Tveit ble intervjuet av Kristiansen (2015), hvor hun fortalte om at omgivelsene påvirker helsen vår, både fysisk og psykisk. Hun sa videre at det finnes forskningsbasert dokumentasjon på hvordan det skjer, og at det ofte skjer mer direkte enn man tror. Ifølge Sundli Tveit er bare det å ha utsikt til grønne miljøer noe som gir positive helseeffekter. Kjente effekter av dette er raskere bedring etter mental utmattelse og stress, mindre aggresjon i fengsler samt raskere rekonvalesens på sykehus.

Utøvelse av friluftsliv har nytteverdier og verdier i seg selv både for samfunnet og den enkelte. «Friluftsliv gjør en glad og en trives med det. Folk søker fred og ro. Dette blir viktige kvaliteter som bør opprettholdes for at friluftsliv skal regnes som en positiv verdi i samfunnet» (Kurtze, Eikemo og Hem 2009:6). De forklarer videre at basert på deres analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet viser det seg at friluftaktiviteter ser ut til å være helsefremmende for den delen av befolkningen som er yrkesaktiv. Det forklarer videre at det å delta i ulike former for friluftsliv er viktigere enn antall dager man er med på aktiviteter i friluft. De konkluderer med at det skal bety at i et

folkehelseperspektiv virker det til å være viktigere å få folk ut i naturen, fremfor å oppfordre til økt aktivitet blant de som allerede deltar. Ifølge deres analyser gjort i 2009 vil en økning i friluftaktiviteter føre til økning i fysisk aktivitet, bedring i helsetilstand og samtidig ha en betydelig, selvstendig samfunnsøkonomisk verdi.

4.2.2 Fysisk aktivitet og depresjon

I 2009 publiserte Miljøverndepartementet en rapport som viser til forskning fra ulike ståsteder som beskriver bruk av naturen som kilde til bedret psykisk helse og økt livskvalitet. Fra tidligere finnes det mye forskning som viser til at regelmessig fysisk aktivitet har effekt på behandling av depresjon, men i de senere år har det også kommet vitenskapelig dokumentasjon som viser at opplevelser i naturen har en positiv innvirkning på den psykiske helsen (Vikene, 2012). Han viser så til en studie gjort av Kelley, Coursey og Selby (1997) hvor 57 pasienter med ulike psykiske lidelser deltok. Studien strakk seg over tre perioder hvor hver periode hadde en varighet på ni uker. Noe av innholdet i programmet var klatring, grottevandring, fotturer og kanopadling. Pasientene hadde generelt positive opplevelser av å være med på friluftsturene, og funnene viste at det var positive endringer i selvoppfatning og selvfølelse.

En undersøkelse viser at fysisk aktivitet kan forebygge utvikling av psykiske lidelser (Martinsen, 2006). Han skriver videre at mange som begynner å trene kan kjenne på en bedre selvfølelse, og at dette er bekreftet i vitenskapelige forsøk. I tillegg er det erfaringsmessig slått fast at de som trener regelmessig, også sover bedre. «Fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt og medfører like stor reduksjon i depressive symptomer som andre former for behandling» (Martinsen 2006:123). En studie gjort av Voss mfl. (2010) viser til en forskningsrapport om hjernestudien med fMRI av 100 personer i 60-årsalderen. Målet med undersøkelsen var å forstå hvordan hjernen påvirkes av at man blir eldre. Disse 60-åringene ble fordelt i to grupper hvor den ene gruppen skulle gå jevnlig gåturer et par ganger i ukens, mens den andre gruppe skulle gjøre rolige øvelser som ikke fikk opp pulsen. Resultatet var at den gruppen som hadde gått jevnlig turer, ikke bare hadde fått bedre kondis, men også en mer effektiv hjerne. Den fysiske aktiviteten hadde påvirket hjernens koblingsmønster til det bedre. Man så at den delen av hjernen som påvirkes mest når man blir eldre – koblingen mellom tinninglappen og pannelappen, hadde bremsert opp i aldring.

Fysisk aktivitet er en virksom behandlingsmetode, og er som kognitiv terapi en form for atferdsaktivering (Martinsen, 2018).

De siste årene har det blitt en stor endring i behandlingstilbud når det gjelder medikamentfri behandling. Ifølge Helse Møre og Romsdal har DPS Vegsund i Ålesund – i likhet med Sørlandet Sykehus fokus på friluftsterapi. Her skal terapien foregå i naturen, da mange ser mer nytte av dette framfor å sitte på et kontor å fortelle om tankene sine.

Det foreligger ifølge Vikene (2012) dokumentasjon som viser at regelmessig fysisk aktivitet har en god effekt på behandling av depresjon, og viser med dette til Saxena, Van Ommeren, Tang og Armstrong (2005) samt Martinsen (2008). Han skriver videre at det i de senere år også har kommet vitenskapelig dokumentasjon som viser at opplevelser i naturen har en positiv innvirkning på psykisk helse. Han viser videre til en forskning basert på natur som terapeutisk orientert aktivitet, hvor Bowler, Buyung-Ali, Knight og Pullin (2010) gjorde en litteraturstudie hvor 25 tidligere studier inngikk i datamaterialet. Basert på selvrapporing fra deltakerne viste resultatene en svak tendens til at fysisk aktivitet i friluft var positivt sammenlignet med aktivitet innendørs. Han viser til en annen undersøkelse av Coon, Bobby, Stein, Whear og Depledge (2011) som gjennomførte en litteraturstudie hvor de undersøkte om hvorvidt fysisk aktivitet i naturen gir en bedre effekt på vår fysiske og mentale helse, enn hva fysisk aktivitet gjorde. Resultatene viste seg positive i favør fysisk aktivitet i naturen. De oppsummerte studiet med at trening ute ga en sterkere følelse av energi og positivitet, og at følelser som spenninger, sinne, depresjon og frustrasjon avtok. Disse deltakerne rapporterte en større grad av vilje og glede til å gjennomføre aktiviteten ute ved en senere anledning.

Han viser også til en analyse av flere utvalgte studier gjort av Barton og Pretty (2010) hvor resultatene viste at gruppen med mennesker som hadde psykiske lidelser, var av de gruppene som forbedret sin selvpåfatning og humør mest etter å ha gjennomført aktivitet i friluft. Pryor, Carpenter og Townsend (2005) vist til av Vikene (2012) har tidligere sett på forskning og erfaringer rundt bruk av friluft som terapeutisk virkemiddel for psykisk helse. «De konkluderer med at natur og friluftslivprogrammet kan hjelpe mennesker med ulike problemer» (Vikene, 2012). Videre står det at kombinasjonen av friluft, gruppen og friluftaktivitetene gir en økt helsemessig gevinst som i noen tilfeller kan overgå tidligere tradisjonell behandling.

Når man er deprimert, vil depresjonen forverres ved å ta det for rolig (Eknes 2006). Han skriver videre at fysisk aktivitet kan bidra til at man blir mindre trett og ha mer overskudd,

i tillegg til at det kan fungere som en avledning mot depressiv grubling. Han skriver videre at fysisk aktivitet kan være med på å bidra til mindre ubehag, og at når man blir klar over dette oppsøker den fysiske aktiviteten oftere fordi man merker effekten det har på kroppen og psyken. Han skriver videre at effekten av fysisk aktivitet er at det gir en generell lette av depresjonen over tid, og at det er både behandlende og forebyggende. Han viser også til Mather mfl. (2002) som skriver at trening kan gi effekt i tilfeller hvor antidepressive medikamenter ikke virker. Han viser til Baybak mfl. (2000) som skriver at blant mennesker som tidligere har opplevd en depresjon, fant man ut at de som var fysisk aktiv i minst 50 minutter per uke, halverte risikoen for at depresjonen skulle komme tilbake i løpet av en 10 måneders periode. Fysisk aktivitet fører til kjemiske forandringer i hjernen som reduserer depresjon (Eknes 2006). Han viser videre til Callaghan (2004) som skriver at nytteverdien av fysisk aktivitet i behandlede og forebyggende arbeid av depresjon er betydelig undervurdert.

4.2.3 Fysisk aktivitet og mestring

«Målet for helsetjeneste skal være å forebygge mer og reparere mindre, ved å tilrettelegge for opplevelse av mestring, økt selvfølelse, positivt menneskeverd og trygghet» Martinsen (2006:122) Som ledd i motivasjonsarbeidet kan det ifølge Eknes (2006) være nyttig å understreke argumentene for aktivitet. Han skriver at det å gjennomføre et trenings- eller aktivitetsopplegg kan føre til økt opplevelse av mestring. Det gir et bedre selvilde som kan lette tankene om at man ikke er god nok. Banduras mestringstro beskriver hvordan lav mestringstro hos deprimerte kan føre til negativ selvvurdering og uhensiktsmessige tenkemåter (Martinsen 2018). Han skriver videre at en effektiv måte å øke egen mestringstro på er fysisk aktivitet. Dette fordi det gir gode muligheter for å skape mestringsopplevelser som føles meningsfulle. Vikene (2012) skriver at ved god planlegging og tilrettelegging av friluftsturer i behandlingen, vil bruken av natur representere en ufarlig arena for mestring og opplevelser. Gabrielsen og Fernee (2014) skriver at det fra deres funn kom frem at friluftsterapi kan påvirke mestring, og spesielt da mestringstro, samt livskvalitet og tilstedeværelse i positiv retning for mennesker med depresjon. Deres resultater viste at det var en bedring av psykisk helse og mestringstro, samt sosial fungering.

4.3 Psykologiske behov

Helgesen (2011) skriver at mennesker har et fundamentalt behov for å hevde seg selv, utvikle en trygg og positiv selvoppfatning, samt å føle egenverdi. Dette henger sammen med at vi klarer å oppnå mestring ved å utføre betydningsfulle aktiviteter og oppgaver. Men for å oppleve mestring, må man også ha motivasjon til å utføre disse betydningsfulle aktivitetene og oppgavene.

4.3.1 Mestring

Den amerikanske psykologen Albert Bandura lanserte begrepet self-efficacy som på norsk kan oversettes til mestringsforventning. Dette er et begrep som betegner evnen man har som menneske til å sette seg klare handlingsmål kombinert med forventninger til seg selv om at man skal mestre disse målene (Helgesen, 2011). Wester, Wahlgren, Wedman og Ommundsen (2008) skriver følgende: «Mestringsforventning er selve drivkraften eller pådriveren, og ved hjelp av de ulike virkemidlene genererer dette bevegelse fra et endringsstadium til et annet og i sin tur også økt mestringsforventning» (s:96).

Mestringsopplevelse gjennom aktivitet i trygge rammer en viktig kilde til følelsen av tilhørighet i en sosial gruppe (Martinsen, 2018). Denne følelsen av tilhørighet vil igjen styrke den indre motivasjonen for å fortsette aktiviteten. Mestringstro bestemmer valg av atferd, utholdenhet i oppgaven, hvilke mål som velges, anstrengelse og motivasjon, forventninger om å lykkes samt hvordan man reagerer følelsesmessig (Martinsen, 2018). Han fortsetter med at mange mennesker med psykiske lidelser er fysisk inaktive, og at manglende mestringstro kan bidra til at selv små krav oppleves som umulige.

Ingstad (1998) skriver at det er et kulturelt perspektiv når det gjelder hvordan man tolker mestringsbegrepet. Dette går ut på at mennesker handler basert på sine omgivelser ut fra den mening de legger i situasjonen. Hun skriver også at det finnes praktisk mestring og emosjonell mestring. Det vil si at man kan mestre det å holde familien i gang praktisk, mens emosjonelt går det i oppløsning. For mange vil mestring være en mestring av ferdighet, men det kan også være evnen til reflektert mestring av egne følelser og forhold. Han skriver videre at mental mestring er evnen til å tåle å leve med en mindre form for mestring, altså tåle tape, tåle å lide (Magnussen, 1998).

4.3.2 Motivasjon

Helgesen (2011) forklarer motivasjon som «et begrep som dekker alt som gir atferden vår energi, retning og mål» (s:84). Han skriver videre at emosjoner og motivasjon er to nært beslektede begreper, da han mener at emosjonelle impulser motiverer oss til handling. Vi blir som regel mest motivert til en handling som bidrar til positive følelser. Men ofte kan dette også være motsatt, da man kan ta valg basert på hva man føler er rett, og ikke hva man nødvendigvis ønsker selv. Det kan også være vanskelig å handle på tross av at man vet at aktiviteten gir positive følelser. Helgesen (2011) skiller også blant underskuddmotivasjon, vekstmotivasjon, prestasjonsmotivasjon og indre og ytre motivasjon. De to sistnevnte kommer jeg tilbake til senere.

De fleste vet at fysisk aktivitet er nyttig og viktig, men mange får det ikke til (Martinsen, 2018). Motivasjon er et sentralt tema når det gjelder fysisk aktivitet. Dalland (2010) støtter dette ved å skrive at ofte vil virkningen av for eksempel fysisk aktivitet eller endrede vaner, først vise seg etter lang tid. Motiveringsarbeid vil da være viktig, og det kan være nødvendig å finne sekundære gevinster. Indre motivasjon for fysisk aktivitet regnes som optimalt (Martinsen, 2018). Han skriver også at forskning viser at indre motivasjon er assosiert med mer stabil deltagelse, mindre stress og mer velvære. Han skriver dog at de aller fleste mennesker ikke er der at de har en indre motivasjon for fysisk aktivitet, og at man derfor må innom ytre motivasjon og at man på lengre sikt kan oppnå indre motivasjon.

4.3.2.1 Indre og ytre motivasjon

«Ytre motivasjon innebærer at en handling er motivert utelukkende av det konkrete resultatet vi ønsker å oppnå med den» (Helgesen, 2011:96).

Han skriver videre at ytre motivert atferd har en ren instrumentell funksjon, og at handlinger som har som eneste funksjon å dekke et underskuddsbehov, er i hovedsak ytre motivert. Han forklarer at alle handlinger som vi oppfatter gir oss ettertraktede sosiale eller materielle konsekvenser er noe som motiverer oss. Dette er ytre motivasjon da man bruker mennesker, ting og opplevelser for å dekke et behov. Videre forklarer han at mens ytre motivert atferd er knyttet mot konsekvensene av handlingen, «er indre motivasjon knyttet til atferdens egenverdi» (s:97). Han forklarer det med at vi motiveres for en spesifikk atferd fordi den interesser oss.

Han skriver videre at vekstmotivert atferd i all hovedsak er indre motivert, og at ytre motivasjon som belønning, ros, positiv evaluering osv. kan virke stressende på den spontane gleden man får ved å utføre selvmotiverende handlinger. Han viser videre til begrepet «flyt», som er et fenomen innen indre motivert atferd. Det kan føles som en nesten berusende mental opplevelse, og når man er i en flyttilstand er man så konsentrert i den aktiviteten man holder på med, at man blir helt fri fra forstyrrende aktiviteter og kan lykkes 100% i det man gjør. Helgesen (2011) skriver at Csikszentmihalyi hevder at slike opplevelser er blant menneskets aller sterkeste motivasjonskilder, og at slike opplevelser bidrar til økt psykisk helse og livskvalitet.

Indre motivasjon handler om at selve aktiviteten er det som driver oss, og ikke de eventuelle belønningene som venter etter utført aktivitet (Dalland, 2010). Han skriver videre at ytre motivasjon innebærer nettopp de eventuelle belønningene som venter etter utført aktivitet. Owren (2011) hevder at ytre motivasjon også kan være noe man gjør fordi andre ønsker det, forventer det eller presser oss til det ved å belønne oss for å gjøre det. Han forklarer videre at det er to faktorer som kan bidra til å svekke indre motivasjon, nemlig opplevelsen av å ikke mestre noe, men også opplevelsen av å være under ytre kontroll. Et eksempel kan være en fotballspiller som spiller fotball basert på indre motivasjon, men jo mer som kreves og jo mer andre presser, dess mer mister man av den indre motivasjonen, og det blir til ytre motivasjon istedet.

4.3.3 Vernepleierens rolle i arbeid med motivasjon og depresjon

Det vil være nyttig å legge opp en plan dersom man skal motivere noen til aktivitetsgjennomføring (Eknes, 2006). Som vernepleier har man en unik kompetanse når det kommer til målrettet miljøarbeidet, og man kan lage planer basert på kartlegging av personens mål og ønsker. Dette vil være en viktig del i motivasjonsarbeidet når man jobber med noen som er deprimert. Som vernepleier har man kompetanse innen både målrettet miljøarbeid, men også kan ha en tilnærming på relasjonsnivå. Da har man fokus på det mellommenneskelige og det å se den andre og prøve sette seg inn i dens perspektiv. Det vil også være viktig å ha god relasjonskompetanse. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening for pasienten, i tillegg til at man ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen på en måte som ikke krenker den andre parten (Røkenes og Hansen, 2002).

Owren (2011) skriver også at man kan bidra til å styrke den indre motivasjonen med gode interpersonlige relasjoner. Det kan føre til at den man skal motivere får lyst til å gjøre noe, fordi de gjør det sammen med noen – eller ved at noe kan få verdi for oss, ved at noen vi liker verdsetter det man gjør. Han vektlegger derimot selvbestemmelse som den aller sterkeste faktoren. Han sier at når man skal utforme et tjenestetilbud er det viktig å utforme det slik at det sikrer personens selvbestemmelse og egenkontroll ved å tilrettelegge for struktur og forutsigbarhet. Det vil også være viktig å finne ut hva som gir mening for den man jobber med, og akseptere det som meningsfullt for den personen og så igjen legge til rette for aktivitet basert på det. Han skriver videre at det å la mennesker velge sine utfordringer selv, og gi de kontrollen underveis er med på å både styrke relasjon, men også motivasjon for den man jobber med. Man bør jobbe for å styrke menneskers opplevelse av gode relasjoner, respekt og støtte.

Helgesen (2011) viser til Bandura som peker på noen forutsetninger for å lykkes med motivasjonsarbeid. Han mener det er viktig med relevante erfaringer innen det aktuelle målområdet. Et eksempel kan være en vernepleier som har mye erfaring innen fysisk aktivitet i friluftsliv. Bandura vektlegger også viktigheten av en rollemodell, eller observasjon av andre som lykkes. Verbal oppmuntring er også en viktig forutsetning for motivasjon, i tillegg til det Helgesen (2011) kaller emosjonell beredskap som går ut på hjelperens evne til å skape entusiasme og motivere for vekst og mestring. Helsepersonell som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet bør i tillegg til aktivitetserfaring, også ha kunnskap om motivasjonsstrategier (Martinsen, 2018). Han viser til Borg og Topor (2014) som skriver at ansvarlige behandlere må føle seg fram og være klar over at det som fungerer på en person kanskje ikke fungerer på andre. Det er en fin balanse mellom aktiv motivering, press, mas og tvang.

Helsepersonells oppfølging av mål som er skrevet i pasientens individuelle plan, er en viktig del av motiveringsarbeidet (Martinsen, 2018). Det er også viktig at personalet har en felles holdning om pasientens funksjonsnivå og autonomi, da dette er en bra forutsetning for å oppnå motiverte pasienter. Han vektlegger også viktigheten av helsepersonell som er motivert, energisk, har realistiske forventninger og tør vise hva de står for og ikke mestrer. Dette bidrar til økt samarbeid, tillit og gode relasjoner. Han skriver videre at personalets holdninger og motivasjon smitter over på pasienten, og at kunnskap, erfaring, vilje, tro og engasjement er sentrale moment som vil påvirke motivasjonen. Videre forklarer han at

dersom man tilpasser den ytre motivasjonen, kan dette bidra til at pasienten endrer atferd og selv tar kontroll og styrer sine valg. Andre faktorer som bidrar til motivasjon er god planlegging, gjennomføring og oppfølging da dette øker forutsigbarheten for fysisk aktivitet.

Deltagelse bør vektlegges framfor prestasjon, og at medansvar og selvbestemmelse må stå sentralt (Martinsen, 2018). Brask mfl. (2016) skriver at man som vernepleier kan tre inn i noe som kalles partnerrollen. Dette er samhandlingsorientert arbeid på individnivå. Dette er en rolle som stiller krav til hvordan vi oppfatter den andre, og hvordan vi evner å se situasjonen i et brukerperspektiv, noe som står tett sammen med selvbestemmelse. Det er viktig å skape en trygg relasjon med den man jobber med, for å kunne bidra til økt motivasjon. Som hjelpere skal vi bidra til at de man jobber med skal ha muligheter til å leve et mest mulig normalt liv, og dette innebærer at vi må respektere valg og væremåter som muligens motstrider hva man selv anser som normalt (Borge, 2006). Hun skriver videre at når man tar utgangspunkt i personens ressurser fremfor avvik, har man et optimistisk menneskesyn. Dette er et viktig ledd i arbeid med mennesker med depresjon, da man må jobbe med det man har, fremfor å stille uoppnåelige krav som ikke fører til mestring eller øker motivasjon.

Motivasjonsteorier handler om hvordan man kan arbeide systematisk med motivasjon (Martinsen, 2018). Han skriver at de to mest brukte er selvbestemmelsesteorien og motiverende intervju. Selvbestemmelsesteorien bygger på tre indre psykologiske behov som er knyttet til menneskers velvære, integritet og vekst. Disse er tilhørighet, kompetanse og autonomi. Motivasjonssamtalen er basert på teorier om at endring skjer i faser eller stadier. Videre nevner Martinsen (2018) noen faktorer som er viktige for å lykkes med motivering til fysisk aktivitet, da spesielt på institusjon: nødvendige rammebetingelser, nyttige rammebetingelser og valg av aktiviteter. Ivarsson og Prescott (2008) viser også til motiverende samtaler for å bidra til økt fysisk aktivitet. De skriver at motiverende intervju krever god evne til å lytte, og at man må lytte med aksepterende, ikke-moraliserende interesse. Det å forstå fremfor å overtale er viktig, og man må også unngå å komme med egne løsninger på pasientens problemer.

Vernepleieren kan bruke sin kompetanse ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 1) og kartlegge alle områder rundt pasienten (Brask mfl., 2016). På den måten

tilpasser man aktivitetene og behandlingsmetoden etter hva som passer pasienten best. Dette er også en gunstig måte å få til brukermedvirkning på, da man for eksempel kan lage en interessekartlegging over hvilke aktiviteter som kan være spennende å prøve ut, og pasienten bestemmer da aktiviteten selv. Her kommer også relasjonskompetansen inn, og viktigheten av motivasjonsarbeidet. Som tidligere nevnt kan det være vanskelig for de med depresjonslidelser å finne nytte og lykke i nye ting når dette er følelser de kan ha vanskeligheter med å kjenne på. Som vernepleier jobber man med miljøet rundt en person, og man jobber for økt livskvalitet, et viktig punkt i behandlingen av mennesker med depresjonslidelser (Linde og Nordlund, 2006). Det vil være viktig med tverrprofesjonelt samarbeid hvor vernepleieren bruker sin rolle aktivt i det å skape trygge rammer for mestring og selvbestemmelse, og samtidig har respekt og anerkjennelse og samarbeider med andre profesjoner i prosessen.

5.0 Drøfting

Problemstillingen min er: «Hvilke fordeler har friluftsliv for mennesker med depresjonslidelser?» Som tidligere nevnt er det ikke forsket like mye på friluftsliv i behandling som det er på fysisk aktivitet generelt, men det har likevel kommet frem at friluftsliv gir en reduserende depresjonsfølelse, og at mange ser på naturen som motivasjon i seg selv til å være fysisk aktivt ute. For å prøve svare på problemstillingen min vil jeg drøfte funnene gjort i teorien opp mot problemstillingen.

5.1 Hvilke fordeler har friluftsliv for mennesker med depresjonslidelser?

Som tidligere nevnt, ble det ifølge Hansen (2017) allerede i 1905 publisert en vitenskapelig artikkel som tok for seg virkningen fysisk aktivitet hadde på hvordan man føler seg. Fysisk aktivitet har vist seg å ha en antidepressiv effekt som fungerer på lik linje som andre former behandling (Martinsen, 2006). Men hva gjør at fysisk aktivitet i friluft kan være enda mer effektiv i behandling av depresjon? Som Faarlund (2003) skriver har friluftsliv alltid blitt dyrket som en flukt fra det daglige, og at det gir rekreasjon. Dette er en viktig faktor for å sikre helsen til menneskene i samfunnet generelt. Martinsen (2018) poengterer at naturopplevelser er viktige kilder til glede, og at mange opplever andre kvaliteter ute i naturen enn på et treningssenter. Det å kjenne på mestring ved å gå en enkel tur i naturen, kan gi helt andre følelser av enkel gange på tredemølle.

Dersom man går på en tredemølle kan den ytre motivasjon ha i overkant stor makt, som Helgesen (2011) påpekte er ytre motivasjon en handling drevet av resultatene man oppnår. Mens ved gange i naturen kan det gjøre at naturen i seg selv blir den indre motivasjonen. Den fysiske aktiviteten vil da være noe som kommer i tillegg fordi man drar ut for å være i naturen, og treningen blir som en gevinst og at man slår to fluer i en smekk. Noe som Dalland (2010) vektla da han skrev at indre motivasjon handler om at det er aktiviteten i seg selv som driver oss. Nå er det jo ikke dermed sagt at fysisk aktivitet i behandling er forbeholdt trening inne. Anbefalinger når det gjelder fysisk aktivitet er jogging 2-3 ganger i uken med en varighet på 30-45 minutter i minst 9 uker, eller en daglig spasertur på 30 minutter. I tillegg er det også anbefalt styrketrening 2-3 ganger i uka i 30-60 minutter per gang (Kjellmann mfl. 2008). Styrketrening gjøres stort sett inne, og dette kan jo være

vanskelig i utgangspunktet da mange deprimerte sliter med selvfølelse, og å da skulle begi seg ut på et treningscenter er muligens det minst gunstige.

Men en ting er å jogge seg en tur i parken, en annen ting er naturopplevelser. Følelsen av å ha besteget et fjell gir for mange en helt annen type eufori enn følelsen av å ha gjort ferdig en joggerunde. Friluftsliv kan jo fungere som Faarlund (2003) sa som et nytelsesmiddel og som terapi. Det er noe som rommer forskjellige verdier og det dyrkes som en flukt fra det ellers travle samfunnet. Følelsen av rekreasjon er jo en veldig viktig faktor i bedring av vår psykiske helse (Faarlund, 2003), så hvorfor ikke vektlegge dette enda mer i behandling når det har så mange fordeler?

Ved å være fysisk aktiv i naturen, får man mange gevinster med på kjøpet som kan være med på å lette tankene. Som Dronning Sonja sa «Hjernen renses i fjellet» (Martinsen, 2018). Friluft blir av mange brukt for å øke både fysisk, psykisk og sosialt velvære, og motivene for å være ute i friluft er behovet for frisk luft, stillhet og ro (Vikene, 2012).

På fjellet kan man ha de beste egenstundene, men også kvalitetstid med venner og familie. Tankene letter og man føler seg alene i ett med naturen, uten forstyrrelser fra andre eller støy fra trafikken. De beste samtaler har jeg hatt på fjellet! Det å kunne kombinere fjellturer, båltenning, klatring, sove i hengekøye osv. med å ha fine og gode samtaler både med medpasienter og behandlere kan for noen være det optimale behandlingstilbudet med store helsefremmede fordeler.

Du får den viktige samtalen, men du får også opplevelsen av å være i et fellesskap med andre, du kan få en opplevelse av mestring eller av å være fri og at vonde tanker letter.

Martinsen (2018) viste til en undersøkelse hvor deltakere skulle gå tur i en grønn og stille park, eller langs en motorvei. De som hadde gått i naturen rapporterte om mindre grubling, samt mindre aktivitet i et område av hjernen som er knyttet til selvfokusert tilbaketrekning og grubling. Nå er det vel fåtallet av oss som klarer slappe av når man går langs en motorvei, men det støtter likevel opp min oppfatning av at friluftsliv har en god effekt på depresjonssymptomer. I tillegg viste Norsk Friluftsliv (2017) til en studie som undersøkte naturens positive effekt på evnen til å reflektere over problemer. Funnene sa at naturen økte oppmerksomhetskapasiteten og deltakernes positive følelser. Dette er området mennesker med depresjonsslidelse har problemer med, da spesielt de med moderat depresjon har lav evne til å holde oppmerksomhet lenge, samt de har problemer med å se

glede i ting (Nysæter og Walvig, 2016). Ifølge analyser gjort av Kurtze, Eikemo og Hem (2009) vil en økning i friluftaktiviteter føre til økning i fysisk aktivitet og bedring i helsetilstand.

Er ikke disse fordelene grunn nok til å ta friluftsliv mer i bruk i behandlingen og forebyggingen av depresjonslidelser? Det er som tidligere nevnt flere steder som benytter seg av denne form for terapi, men hva er det som hindrer flere til å gjøre det samme? DPS Vegsund har egne ansatte som kun jobber med å finne på nye aktiviteter ute i friluft, og så arrangere disse aktivitetene. Med seg har de psykologer eller psykiatere som alle er interessert i friluft, slik at dette muligens kan ha en positiv smitteeffekt på pasientene de tar med seg.

Det er bevist at enkelte mennesker som trener regelmessig har like stor effekt av det som av medikamenter (Hansen, 2017). I tillegg er det vist til undersøkelser som sier at fred og ro i naturen er forbundet med en bedre helsetilstand (Vikene, 2012). Tilbake i 2009 ga også Miljøverndepartementet ut en rapport som bekrefter at bruk av naturen bedrer den psykiske helsen og det gir en økt livskvalitet. Dette er riktig nok en del år siden, men like – om ikke mer relevant i dag.

Det har de siste årene kommet mer vitenskapelig dokumentasjon som viser at opplevelser i naturen har en positiv innvirkning på den psykiske helsen, og det støtter opp min oppfatning om at friluftsliv har store fordeler for mennesker med depresjonslidelser (Vikene, 2012). Faktisk har noen undersøkelser vist at fysisk aktivitet i friluft kan gi mer glede og positiv innvirkning på psyken enn hva trening inne gjorde. Undersøkelser viser også til en redusert følelse av spenninger, depresjon og frustrasjon ved trening ute i friluft, som jo er hva man ønsker å oppnå i behandling av depresjon.

I en analyse gjort av Barton og Pretty (2010) vist til av Vikene (2012) kom det faktisk frem at mennesker med psykiske lidelser er av den gruppen som hadde størst utbytte av fysisk aktivitet ute, da de hadde forbedret sin selvoppfatning og sitt humør.

Når det i tillegg til dette kommer frem at kombinasjonen av friluft, gruppeaktivitet og fysisk aktivitet i friluft gir en økt helsemessig gevinst som i noen tilfeller kan overgå tidligere tradisjonell behandling, så er det i hvert fall lite som snakker imot hvor store fordeler friluftsliv har for mennesker med depresjon (Vikene, 2012).

Helsedirektoratet (2009) sine anbefalinger for behandling av mild til moderat depresjon er rådgivning og psykologisk intervensjon, samt ikke-medikamentell behandling som råd mot søvnproblemer, angstmestring og oppfordring til fysisk aktivitet. Men er det nok å bare gi et råd om fysisk aktivitet? De er nok allerede klar over at dette er viktig, men det mangler motivasjonen til å starte med det. Hvorfor ikke ha et tilbud hvor fysisk aktivitet er en del av behandlingen, og ikke bare et råd? Det er jo bevist at det også gir bedre søvn og redusert angstfølelse. Ved fysisk aktivitet kan man dekke mange problemer, fremfor å gi råd om hvert enkelt «problem». Å printe ut et ark med «10 tips til bedre søvn», er muligens ikke like effektivt som fysisk trening i seg selv, med tanke på alle gevinstene som kommer på kjøpet. I tillegg viser miljøverndepartementet (2009) til studier gjort av helsesosiolog Ingemar Norling, som bygger en konklusjon basert på kvantitative metoder og store undersøkelsesgrupper. Konklusjonen hans er at naturbaserte fritidsaktiviteter synes å ha avgjort den mest allsidig positive effekten når det gjelder psykisk helse. På bakgrunn av alt dette kan det tenkes at friluftaktiviteter bringer med seg store positive effekter for pasienter med depresjonslidelser, og det burde derfor være en del av behandlingen – og ikke bare et råd man gir. Men kan det også tenkes at det kan ha negative konsekvenser i tillegg?

5.1.1 Positive og negative konsekvenser

Det er mange positive konsekvenser av fysisk aktivitet, og det er kjent at fysisk aktivitet betyr endring av atferd (Kjellman mfl., 2008). En atferdsendring kan påvirke følelser og tanker og på den måten bidra til å redusere depresjonssymptomene. Fysisk aktivitet fremmer positive tanker og følelser og personen øker troen på å håndtere egne problemer, samt man får større selvtillit og bedre evne til selvkontroll (Kjellman mfl., 2008). Dette er jo endringer en person med depresjonslidelser er ute etter når man oppsøker hjelp, så det er helt klart mange positive konsekvenser som er viktig i behandlingen av depresjon. I tillegg er velvære en psykologisk virkning av fysisk aktivitet (Martinsen, 2006). Den økte selvfølelsen man får har en naturlig sammenheng med at man får et annet forhold til egen kropp.

Andre effekter av fysisk aktivitet er at man sover bedre, man tenker mer kreativt og problemløsende, i tillegg til at det gir reduksjon av muskelspenninger (Martinsen, 2006). Søvnmangel og muskelspenninger er jo ofte et symptom på depresjon, og det blir her klart at fysisk aktivitet kan bedre dette. Miljøverndepartementet (2009) forklarer at

sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert, og at regelmessig fysisk aktivitet beskytter mot utvikling av en rekke livsstilsykdommer og lidelser. Fysisk inaktivitet øker den generelle risikoen for dødelighet, sykelighet og svekker funksjonsdyktigheten. Videre skriver de at dersom man tar utgangspunkt i naturbaserte aktiviteter som tiltak og redusert depresjon som mål, kan man oppnå fysiologiske og neurologiske effekter som økt oksygenopptak, psykiske og sosiale effekter som opplevelse av egenkontroll, kompetanse og mening, forbedret sinnsstemning, fellesskap og sosial støtte (Miljøverndepartementet, 2009). Det er derfor liten tvil om de positive effektene fysisk aktivitet har på kroppen og sinnet.

Dog kan ekstremt mye trening utløse et overtrenthetssyndrom med symptomer som har mange likhetstrekk med depresjon. Det er sjelden at dette er en reell fare for mennesker med depresjonslidelser (Eknes, 2006). Likevel kan det for noen kanskje bli som en avhengighet, og at treningen på et vis blir det eneste de selv har kontroll over og et det eneste område de føler mestring på. Det kan muligens resultere i andre lidelser og treningen blir ikke lenger behandlende, men heller noe som fører til stress og økning av depresjonssymptomer. Det er også viktig at trening eller aktivitet ikke kan være for hard, krevende og smertefull da psykologiske gevinster like godt kan oppnås med lav intensitet (Martinsen, 2018). Hvis aktiviteten blir for krevende kan dette redusere gleden og muligens gjøre det mindre sannsynlig for at man fortsetter aktiviteten.

Det kan også være de som ikke kjenner på den samme følelsen som «alle andre», de som ikke opplever mestring i naturen og ikke får den gleden som er forventet at man skal få. Dette kan gjøre at det får motsatt effekt og man kan føle seg utstøtt og selvfølelsen kan muligens reduseres, noe som forsterker de depressive symptomene. I tillegg forklarer Hummelvold (2012) at et kroppslig symptom ved depresjon kan være undervekt og nedsatt matlyst, noe som kan føre til en reduksjon av vekt. Da bør man i tilfelle tilpasse aktiviteten slik at det ikke fører til ytterligere vektreduksjon. Det er heller ikke anbefalt med fysisk aktivitet for deprimerte med spiseforstyrrelser da det kan bidra til å opprettholde et sykkelig forhold til mat og trening (Hummelvold, 2012). På tross av disse mulige negative konsekvensene, er det likevel mange positive konsekvenser som helt klart taler for større bruk av friluftsliv i behandling av mennesker med milde og moderate depresjonslidelser.

5.1.2 Vernepleierens rolle og brukermedvirkning

Miljøarbeid har en sentral posisjon i en vernepleiers arbeid og kompetanse, og dette går ut på at man har en faglig tilnærming som sørger for å påvirke individuelle forutsetninger og rammefaktorer i retning av økt livskvalitet og mestringsevne (Brask mfl., 2016).

I sammenheng med friluftsliv som behandling, kan dette gå ut på at man som vernepleier kartlegger pasientens interesser for å finne ut hvilke aktiviteter i friluft som passer best. Kanskje pasienten har vannskrekk og dermed ikke kan være med på padletur? Eller har klaustrofobi og ikke vil undersøke grotter i fjellet? Som vernepleier har man en unik kompetanse i det å virkelig bli kjent med den man jobber med, både via å tre inn i en partnerrolle, men også fordi man gjennom hele utdanningen har fokus på relasjonskompetanse som ifølge Røkenes og Hanssen (2002) handler om å forstå og samhandle med de menneskene man møter på en god og hensiktsmessig måte.

Man kan styrke brukermedvirkningen ved å gjennom hele prosessen jobbe sammen med pasienten for å komme frem til et tiltak best egnet for vedkommende. Ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 1) og hele tiden inkludere pasienten i prosessen, vil sannsynligheten for best mulig resultat øke betraktelig da det er tiltak laget basert på pasientens egne valg, forutsetninger, interesser og mål. Vi kan tilrettelegge aktivitetene utfra hvilke interesser og forutsetninger man har, og bidra til å øke livskvaliteten og mestringsevnen på denne måten (Brask mfl., 2016). En vernepleier ser individet, og kan bidra i behandlingen ved å bygge relasjoner, øke mestringsfølelsen, motivere og tilrettelegge. Dette er områder som kan være av stor betydning i behandling av depresjonslidelser.

Ved å bruke sin kompetanse innen kommunikasjon, og vise pasienten at man respekterer dem og deres valg, kan dette øke mestringstroen som er som nevnt i teoridelen et viktig aspekt for å kunne nå mål. Det er dog viktig å reflektere over sin rolle og hvordan man tilnærmer seg den man jobber med. Som Hummelvold (2012) forklarte, kan de med milde depresjoner trekke seg tilbake fra sosiale sammenhenger, samt bli ekstra følsom for reelle eller antatte avvisninger fra mennesker rundt. Mens de med moderat depresjon ofte kan få en følelse av at andre misliker en eller at alle har en negativ oppfatning av en. Man kan lett mistolke andres intensjoner og dømmekraften blir dårlig. Hva hvis man som vernepleier har en dårlig dag og er stresset? Dette kan smitte av på de man jobber med, og det kan føre

til at pasienten kan få et feil inntrykk av at vernepleieren misliker han eller henne. I slike situasjoner vil det være viktig at man sitter på kunnskap når det gjelder depresjon og hvordan den deprimerte kan føle og oppleve ting. Hvordan bør man da som vernepleier tilnærme seg disse pasientene for å unngå at de får en dårlig opplevelse? Hummelvold (2012) vektlegger viktigheten av fysisk berøring og en varm, rolig og aksepterende holdning. Det vil også være viktig å ta seg god tid og la pasienten bruke den tiden han eller hun trenger for å etablere god kontakt. Kan det tenke seg at ved å skape gode relasjoner til pasientene, så kan dette føre til en følelse av mindre håpløshet og mer mestring hos pasienten? Relasjon er uansett en viktig faktor i arbeid med mennesker, uavhengig av lidelse.

6.0 Avslutning

Formålet med denne oppgaven var å belyse hvilke fordeler friluftsliv har for mennesker med depresjon. Funnene viser at det er mange fordeler, og at det hadde vært nyttig å bruke det mer i behandling. Litteraturen og studier viser at mennesker med depresjon ofte er fysisk inaktive, og at de gjerne har nedsatt energi- og aktivitetsnivå. De har også en manglende interesse for ting og mangel på følelse av glede. Det finnes mange ulike forklaringer og årsaksforhold, og det er også mange ulike behandlingstilnærminger. Jeg har i denne oppgaven lagt vekt på mild og moderat depresjon, samt fysisk aktivitet ute i friluft, eller bare friluftsliv generelt. Jeg har gått mer inn på begrepet friluftsliv og forsøkt knytte dette opp mot depresjon, mestring og motivasjon. Jeg har funnet mange studier som viser fysisk aktivitet sin virkning på depresjonslidelser. Det viser seg at fysisk aktivitet er både behandlende og forebyggende i behandling av depresjon, og at det ofte kan være en erstatter for medikamentell behandling. Det er studier som har undersøkt om fysisk aktivitet ute er mer helsefremmende enn fysisk aktivitet inne, og funnene har vist seg positive i favør friluft.

Friluftsliv gir en følelse av indre fred og ro, og man kan bruke alle sansene mens man er ute i friluft. Flere sykehus har de siste årene tatt i bruk Friluftsterapi, hvor man kombinerer det å være ute i friluft med for eksempel kognitiv samtaleterapi. Man har samtalene, men fremfor å ha de på et kontor – så er kontoret for dagen en kajakk. Det er mange studier som viser de positive helsegevinstene friluftsliv gir, og ikke minst hva det gjør med sinnet og selvfølelsen. Ut fra mine funn og drøfting, er det tydelig at friluftsliv har mange positive fordeler for mennesker med depresjon. Ikke bare fører det til bedre søvnkvalitet, generelt bedre helse og mindre sykdom, men det gjør også at man føler på mestring, bedre selvfølelse og selvbilde samt en følelse av indre ro og fred. I tillegg har det gode fordeler som at man minsker de grublete og negative tankene, og man får et bedre forhold til egen kropp og eget sinn. Man kan også føle på et samhold ved å være ute sammen med andre, da det gir en felles følelse av at man mestrer noe sammen, i tillegg til at gode samtaler ofte blir til i friluft – borte fra støy og uro som man muligens opplever ellers.

I tillegg er det klart at tjenesteyterne som jobber med mennesker med depresjonslidelser må bruke sin kompetanse både for å sikre brukermedvirkning, men også for å sikre at relasjonen de imellom blir trygg og respektfull. Det vil være viktig at man har kunnskap og

interesse for feltet selv, da dette kan smitte over på pasientene. I tillegg er fokus på forståelse, god kommunikasjon, motivasjonsarbeid og tilrettelegging viktig. Man bør ha kunnskap om depresjon, og ikke minst fysisk aktivitet som behandling.

Jeg står igjen med en forståelse av at friluftsliv tydelig vil være positivt for mennesker med mild til moderate depresjonslidelser. Det gir såpass mange fordeler at det vil være et nyttig redskap å bruke i behandlingen eller forebyggingen av disse lidelser. Etter min mening vil det å være ute i friluft gi fordeler så store at det kan ha en innvirkning på hele livet til et menneske med depresjonslidelser.

Litteraturliste

Amdam, Christine. 2021. *1500 tips til uteaktiviteter for store og små*. Norsk friluftsliv.

<https://norskfriluftsliv.no/redd-for-a-kjede-deg/> Sist lest: 04.05.22

Berge, Torkil. 2021. *Hva er depresjon?* Norsk psykolog forening.

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-depresjon> Sist lest: 03.05.22

Borge, Lisbet. I «Det gode liv». 2006. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen:

Fagbokforlaget. S: 32-50

Brask, Ole David, Østby, May og Ødegård, Atle. 2016. *Vernepleierens kjerne roller, en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget

Brodtkorb, Elisabeth og Rugkåsa, Marianne. 2001. i «Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte». *Mellom mennesker og samfunn, Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utg. Oslo: Gyldendal s: 21-47

Dalland, Olav. 2010. *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo:

Gyldendal akademisk

Eknes, Jarle. 2006. *Depresjon og mani: forståelse og behandling*. Oslo:

Universitetsforlaget

Faarlund, Nils. 2003. *Friluftsliv. Hva – hvorfor – hvordan*. Hemsedal: Høgfjellskolen.

<http://www.naturliv.no/faarlund/hva%20-%20hvorfor%20-%20hvordan.pdf> Sist lest: 05.05.22

Gabrielsen, Leiv Einar og Fernee, Carina Ribe. 2014. *Psykisk helsearbeid i naturen – friluftsliv inspirert av vår historie og identitet*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-08> Sist lest: 05.05.22

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

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

Helgesen, Leif. A. 2011. *Menneskets dimensjoner, lærebok i psykologi*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet. 2021. *Depresjon hos voksne*.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/> Sist lest: 03.05.22

Helsedirektoratet. 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. 15-1561. s: 31-34, 39, 42-49, 54-78.

Helse Møre og Romsdal. Medikamentfri behandling, psykisk helsevern. DPS Vegsund: Ålesund.
<https://helse-mr.no/behandlinger/medikamentfri-behandling-psykisk-helsevern?fbclid=IwAR055K9SBaULjHKFn66fMImI3TlneyDRS53555IE-lJcRVD6P5Ua5E0Uz2Y#fysisk-aktivitettreningfriluftsliv> Sist lest: 07.05.22

Ivarsson, Barbro Holm og Prescott, Peter. I «Motiverende samtaler om fysisk aktivitet». 2008. *Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. S:103-117

Ingstad, Benedicte. i «Studiet av mestring – det antropologiske perspektivet». 1998. *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug. S:113-144

Jakhelln, Linn Elise. 2020. *Friluftsliv som terapi*. Oslo: Norsk Friluftsliv
<https://norskfriluftsliv.no/friluftsliv-som-terapi/> sist lest: 03.05.22

Kjellmann, Bengt, Martinsen, Egil W, Taube, Jill og Andersson, Eva. i «Depresjon». 2008. *Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. S:275-285

Kristiansen, Nina. 2015. *Folk blir friskere av grønn utsikt*. Forskning.no
<https://forskning.no/boker-forskningsformidling-mine-fagbokfavoritter/mine-fagbokfavoritter-folk-blir-friskere-av-gronn-utsikt/504034> sist lest: 08.05.22

Kurtze, Nanna, Eikemo, Terje og Hem, Karl-Gerhard. 2009. *Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet*. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn

Linde, Sølvi og Nordlund, Inger. 2006. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Magnussen, Finn. I «Atferdsforstyrrelser og mestring – hvem skal mestre hva?». 1998. *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug. S: 340-353

Martinsen, Egil W. 2018. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – Psykisk helse – kognitiv terapi*, 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Martinsen, Egil W. 2006. i «Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser». *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget. S: 121-138

Meld. St. 18 (2015-2016). Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20152016/id2479100/?ch=3> Sist lest: 03.05.22

Miljøverndepartementet. 2009. *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse. Rapport fra det nordiske miljøprosjektet «Friluftsliv og psykisk helse*. Nordisk ministerråd.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/vedlegg/rapporter/t-1474.pdf> Sist lest 14.05.22

Nina. Friluftsliv. *Norsk institutt for naturforskning*. Hentet fra: <https://www.nina.no/> Sist lest: 09.05.22

Norsk friluftsliv. 2017. *Naturen hjelper oss til å reflektere over problemer i livet*. <https://norskfriluftsliv.no/naturen-hjelper-oss-til-a-reflektere-over-problemer-i-livet/> Sist lest: 06.05.22

Nysæter og Walvig i «Stemmingslidelser». 2016. *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s: 122-139

Owren, Thomas. I «Sosial helse og funksjon». 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget. S:108-128

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard. 2002. *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. 2004. *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. Br J Psychiatry 2004;184:386-92

Vikene, Odd Lennart. 2012. *Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluftsliv*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-07> Sist lest: 13.05.22

Voss, M.mfl. 2010. *Plasticity of brain networks in a randomized intervention trial of exercise training in older adults*. Frontiers in aging neuroscience. Doi: 10.3389/fnagi..2010.00032 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2010.00032/full> sist lest: 12.05.22

Waalder, Rune. 2022. *Friluftsliv*. Store norske leksikon snl.no <https://snl.no/friluftsliv> sist lest: 04.05.22

Wester, Anita, Wahlgren, Lina, Wedman, Ingemar og Ommundsen, Yngvar. «I Å bli fysisk aktiv». 2008. *Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. S: 84-103

Vedlegg 1. Vernepleierens arbeidsmodell

VERNEPLEIERENS ARBEIDSMODELL

