



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Fysisk aktivitet som hjelpemiddel for mennesker med psykiske lidelser**

**Physical activity as an aid for people with mental disorders**

**Thea Saksen Ulvund**

**Totalt antall sider inkludert forside: 33**

**Molde, 24.05.2023**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. <a href="#">høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

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: Inger Helen Solheim

## 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: 24.05.2023

**Antall ord: 8398**

## Sammendrag

I denne oppgaven ser jeg på temaet fysisk aktivitet som hjelpemiddel for mennesker med psykiske lidelser, hvor hensikten er å se på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjonslidelser. Problemstillingen er derfor: *Hvordan kan fysisk aktivitet påvirke voksne med en depresjonslidelse?*

Gjennom å bruke metodene litteraturstudie, dokumentanalyse og snøballmetoden har jeg funnet fagbøker, fagfellevurderte artikler, stortingsmeldinger, strategiplaner og rapporter, som har vært til stor hjelp med å belyse og svare på problemstillingen. Jeg har sett på ulike artikler og fagbøker som belyser fordeler av å bruke fysisk aktivitet i behandlingen av depresjonslidelser og andre psykiske lidelser. Det er tatt utgangspunkt i teori som handler om psykiske lidelser, depresjon og fysisk aktivitet.

I drøftingen blir problemstillingen belyst gjennom ulike teorier, og det drøftes rundt motivasjon og behov, anerkjennelse og empowerment i tillegg til fysisk aktivitet og følelsen av å ikke strekke til. Viktigheten av å fremme bruken av fysisk aktivitet i behandling både for helsepersonell og for individet selv belyses. Det konkluderes til slutt med at fysisk aktivitet vil være godt både for den fysiske og den psykiske helsen vår, enten man har en depresjonslidelse eller ei.

*Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Jeg går mig hver dag til det daglig velbefindende og går fra enhver sygdom. Jeg har gået mig til mine beste tanker, og jeg kende ingen tanke så tung at man ikke kan gå sig fra den.*

Søren Kierkengard

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Historisk perspektiv.....	4
1.2	Problemstilling.....	5
<b>2.0</b>	<b>Forforståelse</b> .....	<b>5</b>
2.1	Avgrensning.....	6
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>7</b>
3.1	Kildekritikk.....	9
<b>4.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>9</b>
4.1	Helseteori og salutogenese .....	9
4.2	Empowerment.....	10
4.3	GAP-Modellen.....	11
4.4	Honneths anerkjennelsesteori .....	12
4.5	Motivasjonsteori og Maslows behovsteori.....	12
<b>5.0</b>	<b>Drøfting/diskusjon</b> .....	<b>14</b>
5.1	Å ikke strekke til .....	14
5.2	Empowerment og verdien av fysisk aktivitet .....	15
5.3	Maslows behovsteori og motivasjon .....	18
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>22</b>
	<b>Referanser</b> .....	<b>23</b>



## 1.0 Innledning

I dagens samfunn står vi overfor en stor utfordring ved at flere mennesker opplever en eller annen form for psykisk lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). De vanligste psykiske lidelsene blant voksne i den norske befolkningen er angstlidelser, depresjon og rusmisbruk ifølge stortingsmelding om folkehelse, punkt 5.2.2 (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Det er sagt at depresjon gir økt risiko for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom og infeksjonssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Dersom vi ser på den voksne befolkningen, vil 16 til 22 prosent ha en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder (Reneflot et. al. 2018). Mellom 30 og 50 prosent vil ifølge Folkehelseinstituttet få en psykisk lidelse i løpet av livet (Regjeringen 2017).

Videre i stortingsmeldingen om folkehelse, kan vi lese i punkt 5.2.2 *Psykisk helse og livskvalitet i befolkninga* at psykiske plager og psykiske lidelser fortsatt er blant de største folkehelseutfordringene i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Psykiske lidelser er et begrep som omfatter ulike tilstander eller diagnoser, for eksempel depresjon eller schizofreni (Reneflot et. al. 2018). Denne oppgaven skal fokusere på depresjonslidelser hos voksne.

Begrepet depresjon kan brukes både som adjektiv for å beskrive en sinnstilstand og som substantiv for å betegne en gruppe psykiske lidelser (Martinsen 2011). En kan se på depresjonssykdommene som affektive lidelser eller stemningslidelser, noe som betyr at man opplever endringer i stemningsleie. Slike lidelser kan deles inn i to grupper; bipolar lidelse og unipolare depresjoner. Ved bipolar lidelse vil man oppleve en variasjon i sykdomsfasene hvor man veksler mellom depresjon/nedstemthet og mani/oppstemthet. Unipolare depresjoner kan sees på som de rene depresjonslidelsene, hvor noen kun opplever én depresjonsepisode mens andre opplever flere. Det er vanlig med symptomfrihet mellom disse episodene. En annen, mildere form for depresjon er en kronisk depresjon kalt dystymi. Ved denne typen depresjonslidelse vil man aldri bli dypt deprimert, men heller oppleve en moderat depresjon hvor symptomfrie perioder er korte (Ibid).

En depresjonslidelse er ikke noe som bare påvirker humøret, men hele mennesket. Evnen til å kunne glede seg og se frem til noe, i tillegg til interessen for ulike ting reduseres og søvnen forstyrres (Martinsen 2011). Det er mest vanlig å oppleve redusert søvnmengde og kvalitet, selv om noen også opplever økt søvnbehov. Videre kan en føle seg trøtt og ha mangel på energi, i tillegg til å ha negative tanker om seg selv, omgivelser og fremtiden. Vansker med å konsentrere seg og en følelse av ubesluttsomhet er også vanlig. Depresjonssykdommer med sine symptomer vil også kunne påvirke arbeid, og det sies at depresjon er den lidelsen som medfører størst reduksjon av produktiv arbeidstid. Ikke bare fordi lidelsen medfører sykefravær, men den går også utover evnen til effektivt arbeid (Ibid.).

Psykiske plager derimot er tilstander som oppleves belastende, men ikke nødvendigvis er i art eller omfang med etablerte diagnoser (Regjeringen 2017). Psykiske plager er symptomer på for eksempel nedstemthet eller engstelse, og er plager som kan oppleves som mer eller mindre belastende, uten at det nødvendigvis foreligger en psykisk lidelse (Reneflot et. al. 2018).

Psykisk helse er et overordnet begrep som omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Alt fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering er tiltak som benyttes på feltet (Regjeringen 2017). FNs bærekraftsmål nr. 3 handler om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder (FN-sambandet 2023). Livskvalitet er et begrep som omfatter positive følelser, blant annet glede, trygghet og tilhørighet, mestring, tilfredshet, engasjement, mening og interesse med mer. Hvordan man opplever livskvalitet kan være med å legge grunnlag for bedre helse, hvordan vi fungerer i arbeidslivet eller gode familie- eller vennerelasjoner (Reneflot et. al. 2018).

Den psykiske helsen såfremt som depresjon er forårsaket av et nett av ulike faktorer (Kringlen 2012). Vi ser at både genetikk og miljøfaktorer er med på å spille en rolle, og samspillet mellom bestemte gener og visse miljøfaktorer er det som fremkaller depresjon. Alvorlig fysisk sykdom, dødsfall eller andre alvorlige tap kan og spille en rolle for om man opplever en depresjonssykdom (Ibid). Depresjon kan derfor knyttes til mange faktorer, hvor fysisk aktivitet kan være en faktor. Martinsen (2011) skriver at fysisk aktivitet har mange gunstige virkninger, blant annet på selvfølelse og kroppoppfatning, søvn, muskelspenninger og kreativitet og tenkning.

I Norges befolkning ser vi at den fysiske aktiviteten viser en negativ trend, hvor drøyt 2,5 millioner mennesker ikke oppfyller de helsemessige anbefalingene om fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Fysisk aktivitet er enhver kroppslig bevegelse som skjelettmuskulaturen forårsaker, og er med på å forbruke energi (Martinsen 2011). Ifølge Moe og Martinsen (2011) er god fysisk helse gunstig for sinnets helse. Videre forteller de at man ved regelmessig fysisk aktivitet kan oppleve økt velvære og bedre selvfølelse, i tillegg til at det kan gi oss en følelse av mer energi og mindre tretthet. Dette kan også resultere til et bedre forhold til egen kropp (Moe og Martinsen 2011). De sier at regelmessig fysisk aktivitet er med på å redusere faren for å utvikle depresjon, i tillegg til at det kan være en virksom behandlingsmetode for mennesker med psykiske lidelser, da best dokumentert ved depresjonssykdommer (Moe og Martinsen 2011).

For å forstå hvordan fysisk aktivitet kan påvirke oss rent fysiologisk vil det være naturlig å se på hva som skjer med kroppen når den er i fysisk aktivitet. Signalstoffer fører til at impulser overføres mellom ulike nerveceller (Martinsen 2011). Vi kan se at medisinsk behandling av psykiske lidelser påvirker i hovedsak konsentrasjonen av og balansen mellom signalstoffer i de forskjellige delene av hjernen. Videre ser vi at psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke de samme forholdene som medikamenter (Ibid).

Under hard fysisk aktivitet stiger mengden endorfiner, som er kroppens egenproduserte morfinlignende stoffer (Martinsen 2011). Kroppen skaper med dette en generell positiv respons som gjør at atferden som er assosiert med den positive responsen forsterkes. Dopamin er et signalstoff som spiller en viktig rolle når det kommer til motoriske funksjoner, motivasjon og belønning. Ved hjelp av dyreforsøk kan vi se at dopaminsystemet påvirkes av fysisk aktivitet, selv om det ikke er bevist for de områdene i hjernen som er mest involvert i stemningsreguleringen. På samme måte som alkohol kan fysisk aktivitet føre til dopaminforsterkende mekanismer i sentralnervesystemet, noe som igjen kan føre til at man opplever behagelige effekter (Ibid).

Jeg har alltid trodd at fysisk aktivitet er en nøkkel ikke bare til fysisk helse, men også til sinnsro. Mange ganger lot jeg mitt sinne og frustrasjon gå utover en boksesekk istedenfor å ta det ut overfor en kamerat eller endatil en politimann. Trening løser opp spenninger, og spenninger ødelegger sinnsroen. Jeg fant ut at jeg

arbeidet bedre og tenkte klarer når jeg var i fysisk form, så fysisk aktivitet ble en av de ting i mitt liv som jeg aldri gir avkall på. (Nelson Mandela referert i Martinsen 2011, 69)

## 1.1 Historisk perspektiv

I stortingsmeldingen om folkehelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2015), punkt 1.1 *Bedre helse, men nye utfordringer* står det skrevet at Norge rangeres fremst i internasjonale sammenlikninger av trivsel og velferd. Likevel er psykiske plager og lidelser en stor folkehelseutfordring (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

«Historisk har fysisk aktivitet vært koblet til mental helse, spesielt depresjon, i den medisinske og filosofiske litteraturen» (Borge 2011, 24). På 1700-tallet var det bygd store asyler i Europa, hvor pasienter ble innesperret og fastbundet (Borge 2011). Datidens psykiatriske pasienter ble kalt de sinnssyke, og den franske legen Pinel (1745-1826) ble en viktig person for dem. Han var overbevist om at mangelen på frihet og frisk luft gjorde pasientene syke, og frigjorde dem fra lenkene (Borge 2011). Fremfor innesperring og fastbinding fant Pinel et annet alternativ, nemlig en streng moralsk behandling. De sinnssyke ble nå oppdratt med militær disiplin og kroppslige anstrengelser. Videre ble de syke observert og det utviklet seg et positivistisk sykdomssyn, som er en tilnærming til å forstå det biologiske og fysiologiske grunnlaget for sykdom (Ibid).

Videre på midten av 1800-tallet i Norge ble det bygget store asyler, hvor institusjonene ble plassert i landlige omgivelser tilknyttet gårdsdrifter (Borge 2011). Norges første psykiater, Herman Wedel Major (1814-1854), mente sysselsetting og mulighet for frisk luft var viktig for de syke. Videre var han talsmann for den moralske behandlingen, hvor regelmessige vaner og selvkontroll hos pasienter ble innøvd. Å utføre arbeidstrening gjennom å bruke kroppen var direkte helbredende, og fysisk aktivitet i form av gårdsarbeid var en viktig del av behandlingen for pasientene (Ibid).

Det ble på et tidspunkt stilt spørsmål til denne type behandling, da det kunne sees på som utnyttelse i den form at man brukte mennesker som var i en sårbar situasjon i livet som billig arbeidskraft. Passivitet og inaktivitet ble derfor en konsekvens av det nedlagte gårdsarbeidet, og flere ble etter hvert klar over disse ulempene (Borge 2011). Fysisk

aktivitet ble derfor nok en gang tema for behandling av mennesker med psykiske lidelser, og i 1930-årene ble dette brukt som en del av rekreasjonsterapien innen psykiatrisk behandling (Borge 2011).

Allerede i 1989 kom Martinsen og Medhus (1989) ut med en artikkel i Nordisk psykiatrisk tidsskrift. De skrev om en norsk studie som viste at pasienter, som var innlagt på psykiatrisk sykehus med en depresjonslidelse, selv kunne fortelle etter utskrivelse at de så på fysisk aktivitet som den viktigste delen av sin behandling.

Det er mange som har vært opptatt av enten den psykologiske eller den kroppslige forståelsen av psykiske lidelser (Martinsen 2011). Da psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bürlow-Hansen uttrykte sin interesse for sammenhengen mellom kropp og følelser, ble det skapt et felles utgangspunkt i erkjennelsen av denne sammenhengen, som gikk mellom muskelspenninger, pust og følelser. Dette samarbeidet la grunnlaget for utviklingen av psykomotorisk fysioterapi, som er en behandlingsmetode utviklet i Norge (Ibid).

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan fysisk aktivitet påvirke voksne med en depresjonslidelse?

## **2.0 Forforståelse**

Jeg har fra barndommen hatt en forestilling om at alle med psykiske lidelser var vanskelige å forholde seg til, og til tider utagerende eller uberegnelige. Uten å ha noen god grunn til det, trodde jeg lenge at psykiatri var en samlebetegnelse på gale mennesker, vonde behandlingsmetoder og et stort skille mellom personalet og pasienten. Gjennom oppveksten og studiet har jeg innsett at dette ikke stemmer, men følelsen av at psykiatri er skremmende har hengt over meg frem til jeg fikk erfare noe annet i fordypningspraksis. I forbindelse med studiets fordypningspraksis var jeg hos en akutt psykiatrisk seksjon for voksne. I løpet av praksisperioden fikk jeg et nytt syn på psykiatrien, og innså at det var langt mer spennende og mindre skremmende enn jeg først hadde trodd. Det ga videre motivasjon til å gå dypere inn i hvordan å arbeide og legge til rette for at mennesker med

psykiske lidelser kan få best og raskest mulig behandling for å komme seg tilbake til en så tilnærmet normal hverdag som mulig.

Min forforståelse bygger på tidligere praksis- og yrkeserfaring i tillegg til kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom pensum og faglitteratur knyttet til studiet. Av egen erfaring har jeg tanker om at fysisk aktivitet er bra for kroppen, både fysisk og psykisk. I arbeidssammenheng har jeg observert alt fra barn og ungdom til godt voksne mennesker som har hatt god nytte av å drive med fysisk aktivitet regelmessig. Dette har vist seg på flere måter. Jeg har sett hvordan mennesker utvikler bedre selvfølelse og mer energi. Jeg har gjentatte ganger fått høre takknemlighet overfor det å kunne få bruke kroppen på ulike vis, og hvordan dette har ført til bedre selvfølelse.

Ikke bare har egne erfaringer vært med på å skape denne forforståelsen, men også venner av meg har gitt uttrykk for å bruke fysisk aktivitet i sin hverdag for å opprettholde et godt forhold til egen kropp. Jeg har observert et stort fokus på hvordan aktivitet og trening kan bidra til at man oppnår det utseende man ønsker, men dessverre er det få som snakker om de psykiske fordelene aktivitet og trening medfører.

## **2.1 Avgrensning**

Problemstillingen avgrenses til at begrepet voksne innebærer mennesker fra 18 år og oppover. Dette er på grunn av at materialet jeg har brukt i dokumentanalysen min ikke har påpekt en spesifikk alder når begrepet voksne blir nevnt. Studier som var utført i land med ikke-vestlig kultur eller publikasjonsdato som var eldre enn ønsket ble utelukket i litteratursøket, for at oppgaven skal kunne rettes mest mulig mot dagens samfunn og med kulturer tilnærmet lik Norge. Fysisk aktivitet kan være et godt hjelpemiddel i behandlingen av depresjonslidelser. Det kan likevel tenkes at fysisk aktivitet ikke vil kunne hjelpe alle, da andre alternative behandlingsformer også kan være nødvendig. Oppgaven vil derfor være rettet mot mennesker med mild til moderate depresjonslidelser. Fordi vi mennesker er ulike individer med ulike ønsker og behov vil ikke en spesifikk form for aktivitet være aktuell for alle. Det er likevel gjort forskning som viser til at fysisk aktivitet er gunstig for psykisk helse, og gjennom arbeidet med oppgaven ønsker jeg i all hovedsak å fremme den gode virkningen fysisk aktivitet har.

### 3.0 Metode

Metoder som er brukt i arbeidet med oppgaven er dokumentanalyse, litteratursøk og snøballmetoden. Dokumenter er ifølge Asdal og Reinertsen (2020) kilder til makt og de gir muligheter og handlingsrom. I et dokument finner vi et materielt objekt som noen har utformet for en spesifikk grunn og fungerer som en forbindelse til verden utenfor seg selv (Asdal og Reinertsen 2020). Videre skriver de om dokumentenes kraft, hvordan selve dokumentets sjanger aktivt virker på leseren. Dokumentanalyse handler om å få mest mulig ut av materialet (Asdal og Reinertsen 2020). Jeg har derfor gjennom litteratursøk gjort funn av ulike dokumenter. Videre har jeg analysert det jeg ønsker å bruke, notert for meg selv og brukt fargekoder ved ulike tema som depresjon, teorier, fysisk aktivitet, psykiske lidelser og lignende. Det er brukt allerede utført forskning og andres funn for å presentere og sette lys på ulike deler av oppgaven. Materialet brukt i oppgaven er for det meste av kvalitativ art. For å finne aktuelle dokumenter var det nødvendig å utføre litteratursøk. I arbeidet er Oria, Google Scholar, Medline og Idunn brukt som søkemotorer.

Å bruke Idunn som søkemotor, med søkeordene *psykisk helse*, *depresjon* og *fysisk aktivitet*, resulterte i 177 treff. Et raskt overblikk viste at flere av artiklene inneholdt irrelevant informasjon, blant annet barn og skole. Det var derfor hensiktsmessig å avgrense søket ved å ekskludere ordene barn og skole. Det nye søket ga 113 resultater, hvor jeg etter et raskt overblikk plukket meg ut en håndfull interessante artikler og studerte disse mer detaljert før jeg fant frem en relevant artikkel som kunne brukes i oppgaven. Jeg ønsket å lese på norsk, noe som utelukket en del artikler. I tillegg ønsket jeg å finne studier som var gjennomført i Norge, som førte meg til artikkelen om «ABC hos voksne i Norge» (Haug et.al. 2021).

I Medline kombinerte jeg søket ved å bruke søkeordene *physical activity*, *depression*, *treatment* og *mental health*. Dette førte til 101 treff. Det som utelukket en del artikler var at de inneholdt blant annet ordene *cancer*, *COVID-19* og *partner violence*. Når jeg fikk luket ut alt som ikke var relevant for problemstillingen og ønskene mine, endte jeg opp med en artikkel som omhandlet behandleres oppfatning av å bruke fysisk aktivitet i behandlingen av depresjon og angst.

Ved et annet søk i Google Scholar brukte jeg ordene *psykisk helse og depresjon*, som raskt sende meg til en artikkel som igjen gjennom referanser viste meg til en bok jeg alt lest en del i. Igjen viste bokens referanseliste en artikkel som var interessant med tanke på tema, som jeg har valgt å bruke i oppgaven. Dette er en artikkel som inneholdt svar fra spørreskjema, hvor pasienter med depresjon selv har fortalt om sin opplevelse med bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode.

Oria er brukt hyppig for å finne bøker mitt lokale bibliotek har tilgjengelig. Søkemotoren er brukt for enkle søk, gjerne med inspirasjon fra referanser i artikler og bøker jeg allerede har funnet og lest. Videre har jeg også tatt i bruk google scholar for å søke meg frem til referanser jeg har funnet i ulik litteratur jeg har lest. Denne måten å søke etter dokumenter og informasjon på kan forklares ved en metode Asdal og Reinertsen (2020) kaller for snøballmetoden.

Snøballmetoden er beskrevet som en «... opplevelse av at materialet og temaet begynner å vokse» (Asdal og Reinertsen 2020, 158). Det kan sees på som en liten snøklump som vokser seg større jo lengre den ruller, uten at det på forhånd var planlagt hvilken retning ballen skal rulle (Asdal og Reinertsen 2020). Det som skiller denne fiktive snøballen og det reelle søket, er at søket gjerne ikke ruller i den samme retningen hele tiden, men at datainnsamlingen har en 360 graders radius. Videre beskrives dette ved at ulike ideer kan føre i ulike retninger på samme tid, som gjør at det empiriske feltet raskt utvider seg i mange retninger (Ibid). Jeg har opplevd dette selv ved å først gå inn på en artikkel som igjen har referert til en annen artikkel eller bok, hvor jeg deretter finner flere referanser jeg kan gå til for å finne informasjonen som passer til oppgaven.

Mine utvalgsriterier har blant annet vært at jeg kan være en «feilkilde», fordi forforståelsen min, utvalgsriteriene mine og lignende kan være med å styre hvordan jeg velger ulike artikler. Jeg har derfor forsøkt å være åpen, og ta en titt på det jeg først ville luket ut. F.eks. artikler på engelsk. Ellers har jeg ønsket at overskrifter på artikler gjerne skulle inneholde depresjon og fysisk aktivitet, og dersom ordet voksne ble nevnt var det et stort pluss. Aller helst ville jeg finne og bruke artikler hvor studier er gjennomført i Norge, men dersom en god og relevant artikkel fra en studie gjennomført i et annet land dukket opp ville jeg likevel bruke denne for å styrke mangfoldet i oppgaven. De artiklene og



studiene jeg endte opp med har vært til god hjelp for å sette lys på ulike deler av problemstillingen.

### **3.1 Kildekritikk**

Det har vært viktig for meg å være bevisst på om kilden jeg har funnet er primær eller sekundærkilde. Ved bruk av sekundærkilder kan jeg trekke inn andres unøyaktigheter, feiltolkninger eller egne meninger inn i min tekst (Dalland 2020). Dette kan gjøre oppgaven mer unøyaktig og mindre troverdig. Det vil derfor være hensiktsmessig å benytte primærkilder i aller høyeste grad, når jeg selv skal skrive noe. Å bruke sekundærkilder kan være en fin metode for å finne informasjon, og lese hvordan andre tolker primærkilden. Dette kan hjelpe meg å skape nye tanker rundt temaet, samtidig som jeg kan lete opp primærkilden og se hvordan teksten opprinnelig ble skrevet. Dette kan gi meg mulighet til å se en sak fra flere sider, før jeg bestemmer meg for hvilken side jeg ønsker å fremme i min oppgave.

Selv om fokuset har vært på å bruke primærkilder i stor grad, har det vært utfordringer knyttet til å få tilgang til litteratur jeg har ønsket. Ved noen tilfeller har jeg måttet benytte meg av sekundærkilder på grunn av at bøkene jeg ønsket å bruke var utlånt så jeg ikke fikk tilgang. Andre ganger har kildene kun vært tilgjengelig på internett, og da med ulike abonnent, så man måtte ha betalt for tilgangen. Jeg har forhørt meg med bibliotekar for å få hjelp til å finne en del kilder, men det var noe de dessverre ikke kunne hjelpe meg med. Dette har ført til at jeg har brukt sekundærkilder ved noen tilfeller i oppgaven, og dette kan som tidligere nevnt føre til unøyaktigheter eller feiltolkninger.

## **4.0 Teori**

### **4.1 Helseteori og salutogenese**

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert ordet helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser (Regjeringen 2022). En viktig inspirasjon når det kommer til hvordan vi tenker om utvikling av helse er sosiologen Antonovsky, som mener alle kan påvirke sin egen helse

(Borge 2011). Han forsket på faktorer som bidrar til helse, og gjennom denne forskningen ble begrepet salutogenese skapt. Denne tankegangen handler i all hovedsak om å finne mestringsstrategier fremfor å se på årsaker og problemer (Borge 2011). I sin forskning ble det oppdaget at mennesker med store påkjenninger likevel kan ha god mental helse, da opplevelsen av sammenheng vil være avgjørende for hvorvidt man mestrer livets belastninger (Borge 2011).

En salutogen tilnærming har fokus på hva som skaper grobunn for helse, og det salutogene perspektivet forsøker å avdekke hvorfor noen mennesker til tross for høy stressbelastning har god helse mens andre ikke (Antonovsky 2012). Utfallet av å bli utsatt for stressfaktorer påvirkes av hvorvidt den ansente tilstanden håndteres. Videre skriver Antonovsky at studier av hvilke faktorer som påvirker håndtering av spenning og stress, er helsevitenskapens viktigste oppgave. Begrepet salutogenese er ifølge Antonovsky noe som forteller oss om hva som holder oss friske (Walseth og Malterud 2004). Vi kan se på hvordan vår reaksjon på motgang og sykdom er individuell, og vil avhenge av tidligere erfaringer. Vi opplever individuelle forskjeller på hvorvidt vi tolererer stress, og Antonovsky sannsynliggjorde at de samme elementene har betydning for vår håndtering av sykdom og sykdomsutvikling, altså motstandsressursene våre (Walseth og Malterud 2004).

## **4.2 Empowerment**

Empowerment er et begrep som handler om overføring av makt, hvor makten skal tilbake til de avmektige (Askheim 2003). Det er ulike bevegelser som har vært med på å inspirere og påvirke empowerment-ideologien. Blant annet kvinnebevegelsen, frigjøringsbevegelsene og ulike former for selvhjelpsorganisering. Bevegelsen som gjerne knyttes til opprinnelsen av begrepet empowerment er den amerikanske borgerrettsbevegelsen på 1970-tallet (Askheim 2003).

Paulo Freire står bak frigjørende pedagogikk rent teoretisk, og dette har vært et viktig utgangspunkt for empowerment-ideologien. Freire (1999) skriver at verden ikke er et lukket system, eller en gikk realitet som man må tilpasse seg og godta. Vår tilværelse er fylt med problemer vi selv må gjøre noe med. Videre står det at livet er en oppgave, og vi må ta på oss denne oppgaven, gjerne så selvstendig som mulig (Freire 1999). Hver enkelt må selv ta ansvar for å forbedre livet dersom en ønsker å leve et verdig liv. Dette kan

gjøres ved å frigjøre seg fra undertrykte roller og vaner. Freires pedagogikk kan sees gjennom ideen om å være subjekt i eget liv, hvor hver enkelt stimuleres til å ta initiativ, forandre og forbedre på egen hånd. Gjennom veiledning og læring vil man kunne oppleve nye muligheter til et rikere liv med økt frihet både individuelt og kollektivt (Ibid).

I forbindelse med grupper som står i en avmektig posisjon ser vi begrepet empowerment blir brukt (Askheim 2003). Eksempler på dette kan være barn, kvinner, innvandrere, homofile eller lignende. Ifølge Kieffer er empowerment et begrep med en todelt betydning som omhandler både målet og veien dit (Walseth og Malterud 2004). Denne prosessen handler om at man på veien til målet utvikler ferdigheter som skal til for å nå målet. Videre vil målet være å oppnå kompetanse til å delta og påvirke (Walseth og Malterud 2004).

Denne prosessen deler Kieffer opp i fem faser, hvor den første fasen handler om å vekke bevissthet og engasjement gjennom å erfare en episode som utgjør en trussel mot det vi opplever som bra og viktig i livet (Walseth og Malterud 2004). Den andre fasen er preget av usikkerhet og begynnende analyse av situasjonen. I den tredje fasen går man gjennom en prosess hvor man oppnår forståelse av situasjonen, og man blir oppmerksom på muligheter og ressurser man har tilgjengelig. Fjerde fase handler om å teste disse ressursene og reflektere over erfaringene fra utprøvelsen. Til slutt i en femte fase vil man kunne oppleve å ha nye ferdigheter og kjenne på evnen til å ha deltakende kompetanse (Ibid).

### **4.3 GAP-Modellen**

I den relasjonelle modellen, også kalt GAP-modellen, kan vi se at det skapes et skille mellom individets forutsetninger og samfunnets krav i ulike konkrete situasjoner. Selv om den kalles relasjonell omhandler den ikke sosiale relasjoner, men det å se noe i forhold til noe annet (Owren 2020). Denne modellen beskriver i utgangspunktet hvordan funksjonshemming kan sees på som et misforhold, da forutsetningene til individet ikke møter kravet samfunnet stiller, og det oppstår derfor et gap (Owren 2020).

## 4.4 Honneths anerkjennelsesteori

Axel Honneth er en tysk professor og filosof født i 1949, som har skrevet to hovedverk, *Kamp om anerkjennelse* og *Freedom's Right* (Myklebust 2016). *Kamp om anerkjennelse* er en etisk teori Honneth utviklet basert på begrepet anerkjennelse. Teorien forteller oss om hvilke minimumsbetingelser som trengs for å skape et godt og rettferdig samfunn. Videre er Honneth opptatt av å gi en konstruktiv samfunnskritikk for å først kunne vise hva som skal til for å kunne gi en diagnose av samfunnet. Basert på dette utvikler Honneth en diagnose med identifiserbare problemer som han til slutt kommer med forslag til hvordan kan løses (Ibid).

Utgangspunktet for Honneths anerkjennelsesteori handler om nettopp anerkjennelse, og menneskets behov for gjensidig anerkjennelse (Myklebust 2016). For å kunne utvikle identiteten vår og oppnå et godt forhold til oss selv, mener Honneth at vi trenger gjensidig anerkjennelse. Dette kan og være med på å gjøre det mulig å finne ut hvem man er i samspill med andre i tillegg til muligheten for å leve et godt liv i fellesskap med andre (Ibid). For å forklare begrepet anerkjennelse sier Honneth at det betyr å bekrefte de positive egenskapene eller grunnleggende behovene menneskelige subjekt eller grupper har (Myklebust 2016). Han sier videre at anerkjennelse kan være både en handling og en holdning.

## 4.5 Motivasjonsteori og Maslows behovsteori

Motivasjon er en «prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd» (Kaufmann og Kaufmann 2015, 113). Når man snakker om motivasjon, spør vi gjerne om hvilke motiver som ligger til grunn for en spesifikk atferd, eller hvilke drivkrefter som får oss til å handle. Skal man gå inn i motivasjonspsykologien ser vi at den er opptatt av å si noe om hvorfor man velger en handling fremfor en annen, altså hvilken retning atferden tar (Kaufmann og Kaufmann 2015). Videre vil det spørres om hvilke hensikter man har, eller hva målet med den aktuelle handlingen er. Kaufmann og Kaufmann definerer motivasjon som «de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å nå et mål» (Kaufmann og Kaufmann 2015, 113).

For å forstå temaet motivasjon kan vi se på ulike teorier som tolkningsrammer. Vi har behovsteorier, kognitive teorier, sosiale teorier og situasjonsteorier (Kaufmann og Kaufmann 2015). Dersom vi ser på behovsteorier er motivert atferd noe som oppstår på grunn av grunnleggende behov. Den første teorien som klassifiserer og ordner menneskets behov i et system ble utviklet av Abraham Maslow (Kaufmann og Kaufmann 2015). Han mente de menneskelige behov kunne deles inn i fem hovedkategorier, hvor behovene er organisert hierarkisk. Det vil si at behovene er plassert systematisk etter rang, fra høyest til lavest. Tanken bak dette var at man må tilfredsstille de laveste behovene til et minimum før de høyere behovene aktiveres (Kaufmann og Kaufmann 2015). Et eksempel kan være at man er avhengig av å oppfylle behovet for næring og søvn før man kan gå videre til behov om å ha trygge omgivelser som verner en mot fysisk og psykisk skade. Det vil ikke være behov for trygge omgivelser dersom man ikke får nok næring og søvn, da dette er grunnleggende for å holde seg i live.

Kaufmann og Kaufmann (2015) viser til Maslows behovshierarkis fem hovedkategorier; *Fysiologiske behov* er det første behovet og ligger i bunn av hierarkiet. Dette er helt grunnleggende for overlevelse og innebærer behovet for næring, luft, vann og husly. *Sikkerhetsbehov* er det neste behovet, som aktiveres etter en minimums tilfredsstillelse av forrige behov. Dette handler om å oppholde seg i omgivelser hvor man er trygg mot fysisk og psykisk skade. *Sosiale behov* er det tredje behovet, og vil ifølge Maslows antagelser aktiveres når begge de to forrige behovene er tilfredsstilt. Det handler om behov for tilknytning i form av partnere vi kan dele sidene av livet som er intime med, i tillegg til sosiale omgivelser som formidler støtte og aksept (Kaufmann og Kaufmann 2015).

*Aktelse* er ulik de tre første behovene på den måten at det ikke er rettet mot å dekke en underskuddstilstand, men handler om mulighet for personlig vekst i form av å videreutvikle personlige egenskaper og kompetanse. Dette behovet vil være med på å utvikle personlig vekst i form av å utvikle god selvrespekt og få anerkjennelse fra andre. *Selvaktualisering* er det høyeste nivået i hierarkiet, og er i likhet med *aktelse* et behov som går på overskudds- eller vekstmotiver. Dette behovet handler om å kunne realisere egne evner og potensial, gjennom å frigjøre kapasitet til å utvikle dette (Kaufmann og Kaufmann 2015).

## 5.0 Drøfting/diskusjon

Ved å ta utgangspunkt i de ulike teoriene og funn fra litteratursøkene og dokumentanalysen skal jeg nå diskutere rundt problemstillingen: *Hvordan kan fysisk aktivitet påvirke voksne med en depresjonslidelse?*

### 5.1 Å ikke strekke til ...

Som voksen med en depresjonslidelse kan man oppleve å ikke kjenne seg igjen i seg selv. Martinsen (2011) forteller, som nevnt tidligere, at en depresjonslidelse påvirker hele mennesket, og kan være med på å redusere evnen til å glede seg over noe og man kan oppleve tap av interesser. Søvn kan påvirkes og en følelse av nedstemthet, mangel på energi, konsentrasjonsvansker og ubesluttsomhet er vanlig (Martinsen 2011). Som nevnt tidligere vil depresjonssykdommer også kunne påvirke arbeid. Voksne med depresjonslidelse kan sees i sammenheng med GAP-modellen, hvor det er et skille mellom individets forutsetninger og samfunnets krav i spesifikke situasjoner.

På grunn av symptomene og de uheldige konsekvensene en depresjonslidelse kan medføre, kan det tenkes at enkelte føler på utenforskap. Et eksempel på dette kan være et menneske med en depresjonslidelse som tidligere har vært en livlig person med mange venner som ofte deltar i sosiale settinger og aldri sier nei til noe. På grunn av ulike grunner har vedkommende utviklet en depresjonssykdom, og opplever nå en nedstemthet og søvnproblemer. Dette fører til at personen ofte sier nei til å finne på ting eller hjelpe til med noe fordi vedkommende er redd for å skape dårlig stemning på grunn av sin nedstemthet og trøtthet. Søvnproblemer fører også til at personen er dårlig opplagt og blir sløv på jobben, og blir sett ned på av kollegaer som tror vedkommende er blitt lat og kjedelig. En følelse av å ikke strekke til kan oppstå, og det vil være vanskelig for de rundt å vise forståelse ved mangel på kunnskap.

Eksempelet over viser et eksempel på hvordan et gap kan oppstå når det blir et skille mellom hva personen er i stand til å gjøre og hva de rundt krever og forventer. Det kan i slike tilfeller passe godt med et gammelt ordtak fra den greske filosofen Plutark, som handler om at det er vanskelig å forstå andres lidelse: *Den vet best hvor skoen trykker, som har den på.*

Som vernepleier kan man i situasjoner hvor man opplever et gap arbeide for å tette dette gapet eller skillet. Det vil være hensiktsmessig å jobbe for å endre samfunnets krav og/eller styrke individets forutsetninger. Dette kan gjøres på ulike måter, og man må se an hver enkelt situasjon for å finne ut hva som er den beste løsningen. Et alternativ kan være å inntre brobyggerrollen, for å oppnå et godt samarbeid på systemnivå (Brask, Østby og Ødegård 2016). Her vil et samarbeid og god dialog med familier og nettverk til pasienten, miljøpersonale eller kommunale instanser kunne spille en viktig rolle. Samtaler med pasienten selv og pårørende kan være til hjelp for å bli kjent med hvordan pasienten er bak symptomene. Det kan være med på å styrke forutsetningene til individet ved å legge til rette for blant annet motivasjonsarbeid.

## **5.2 Empowerment og verdien av fysisk aktivitet**

Empowermentbevegelsen kan ha vært viktig både for mennesker med en depresjonslidelse og ellers for pasienter i psykiatrien, da de kunne sees på som en gruppe i en avmektig situasjon. Tidligere i oppgaven er det nevnt hvordan mennesker med psykiske lidelser på 17- og 1800-tallet ble sett på som de «sinnsyke», og de måtte bli innesperret og fastbundet (Borge 2011). Det var ingen selvbestemmelse eller mulighet til å påvirke sin egen situasjon eller sitt eget liv. Videre er det nevnt i oppgaven hvordan arbeidstrening i form av gårdsarbeid ble brukt som en del av behandlingen, men dette ble avvirket på grunn av spørsmål om utnyttelse (Borge 2011). Vi kan se på passivitet og inaktivitet som en uheldig konsekvens av dette, og det tok ikke lang tid før flere ble klar over disse ulempene.

På 1970-tallet ble empowermentbevegelsen for alvor et viktig tema for mange som av ulike grunner befant seg i avmektige posisjoner. Vi kan se at dette også har vært med å påvirke livene til de med psykiske lidelser, blant annet gjennom en artikkel skrevet av Martinsen og Medhus i 1989, hvor de omtalte en norsk studie i Nordisk psykiatrisk tidsskrift. De viser til en tidligere studie hvor de har undersøkt resultatene, og sett på de psykologiske effektene av fysisk aktivitet som behandling for pasienter med depresjon. Denne studien viser til at pasientene selv, etter å ha avsluttet behandlingen og blitt utskrevet fra sykehuset, svarte på en undersøkelse med ulike spørsmål knyttet til behandlingsmetodene (Martinsen og Medhus 1989). Spørsmålene var blant annet om hvilken del av behandlingen pasientene så på som mest verdifull og hvordan de har

opplevd sin psykiske tilstand i tiden etter utskrivelsen. Pasientene som hadde fysisk trening som en del av, eller større del av, behandlingen sin svarte at de så på dette som det viktigste elementet i behandlingen (Martinsen og Medhus 1989).

Vi kan se at et viktig element i studien viste til betydningen av motivasjon og anerkjennelse, ved at pasientene utøvde fysisk aktivitet i intime grupper med en profesjonell instruktør som kunne veilede og støtte pasientene gjennom aktiviteten. Studien viser til at det ser ut til at pasienter med depresjon trenger hjelp og støtte for å komme i gang med aktivitet (Martinsen og Medhus 1989). Gjennom de intime gruppene kan det tenkes at pasientene opplevde sosialt samhold ved at de alle var i noenlunde samme situasjon. Dette kan være med på at de opplevde en form for selvrealisering i relasjoner til andre, som igjen kan oppleves positivt ved at man kan oppleve utvikling av identitet og kjenne på at man er i et godt fellesskap med andre.

Videre i studiet ser vi at mer enn halvparten av pasientene etter utskrivelse fortsatte med jevnlig fysisk aktivitet, og de kunne fortelle at de hadde mindre symptomer på depresjon enn de som ikke fortsatte med jevnlig fysisk aktivitet. Med svar på spørreundersøkelsen sendte flere av pasientene med et personlig brev som fortalte at det som virkelig hjalp dem var aktiviteten (Martinsen og Medhus 1989).

Selv om man kunne se allerede i 1989 at pasienter med en depresjonslidelse verdsatte fysisk aktivitet som en del av behandlingen, kan vi gjennom en artikkel fra 2023 se at det fremdeles er en utfordring å få implementert fysisk aktivitet som et naturlig valg når pasienter med depresjon skal få behandling (Garvey et.al. 2023). I artikkelen viser Garvey et.al. (2023) til en australsk kvalitativ studie. De sier at fysisk aktivitet har sine fordeler, men likevel kan man se klinikere innen psykisk helse som ofte ikke foreslår eller bruker fysisk aktivitet som en del av den tradisjonelt aksepterte behandlingsmodellen. I den kvalitative studien var målet å undersøke klinikere i psykisk helses forståelse for sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet. Videre så de på hvis og hvordan fysisk aktivitet kan brukes av klinikere som behandling for mennesker med depresjon og angst. Til slutt undersøkte de hvor grensen går for å forskrive fysisk aktivitet som behandling (Garvey et.al. 2023).



Studien viser til at mennesker med depresjon er mer utsatt for hjerte- og karsykdommer, fedme og andre metabolske sykdommer. De nevner også at antidepressiva, en type medikament mot depresjon, ofte blir assosiert med uønskede metabolske endringer for de som bruker dette i sin behandling (Garvey et.al. 2023). Videre kan vi se at fysisk aktivitet kan forbedre metabolsk og kardiovaskulær helse, og har færre bivirkninger sammenlignet med for eksempel antidepressive medikamenter, i tillegg til å bedre noen av symptomene på depresjon. Studier forteller at selv med alle helsefordelene fysisk aktivitet bringer ser vi likevel at klinikere ofte ikke henviser pasienter med depresjon til profesjonelle aktivitetører eller at de ikke innehar kunnskap om hvem de skal henviser pasienten videre til (Ibid).

Selv om dette er en australsk studie vil det være relevant informasjon med tanke på at Australia har en vestlig kultur, lik den vi har i Norge. Dagens samfunn har utviklet en teknologi som gjør kunnskap lett tilgjengelig uansett hvor man er. Kunnskap om psykisk helse og fysisk aktivitet vil være tilgjengelig for den som ønsker å lære mer om temaet, og man kan derfor undre seg over hvorfor et så bevisstgjort tema enda ikke virker til å ha hatt en fullstendig innflytelse når det kommer til behandlingen av mennesker med depresjonslidelser. Garvey et.al. (2023) påpeker at det kan være flere grunner til dette. Blant annet at fysisk aktivitet ikke er en del av de tradisjonelle metodene for behandling av psykisk helse. I tillegg kan en faktor være at leger uten spesialisering innen aktivitet som en behandlingsmetode føle på kunnskapsmangel, som gjør at de ikke bruker eller henviser pasienter til behandling som omhandler fysisk aktivitet da dette er utenfor deres kompetanse (Garvey et.al. 2023).

Som vernepleier kan man bidra i en slik situasjon ved å inntre vernepleierens kjerne roller. En mulighet kan være å gå inn i brobyggerrollen, som handler om å prøve å skape et godt samarbeid på systemnivå. Dette samarbeidet vil være preget av samhandling og dialogisk kommunikasjon (Brask, Østby og Ødegård 2016). Målet er at man skal kunne være åpen for andres perspektiver og jobbe for en felles løsning, som gjerne omhandler tverrprofesjonelt samarbeid (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det kan tenkes at vernepleieren kan snakke med legen og tilby seg å hjelpe til med å utforske muligheter til å finne aktuelle profesjonelle aktører som har ekspertise på området rundt fysisk aktivitet, dersom legen ser på dette som hensiktsmessig. Dette kan være med på å avlaste arbeidsmengden til legen og samtidig sørge for at pasienten får et best mulig behandlingstilbud.

Studiens resultater viser til at noen av svarene nevner at en grunn til å ikke bruke fysisk aktivitet som behandling for depresjon kan handle om at selvbilde kan være et problem. Det nevnes en problematikk knyttet opp mot at man kan påvirke selvbildet til pasienten negativt ved å påpeke at fysisk aktivitet kan være en del av behandlingen (Garvey et.al. 2023). Vi kan se på hva Martinsen (2011) forteller hvordan han gjennom funn fra flere studier med kontrollerte forsøk, kan vise til at fysisk trening kan bidra til å bedre fysisk selvfølelse og andre viktige selvoppfatninger, da eksempelvis kroppsbilde. Videre påpeker han at slike positive endringer kan skje i alle aldre og kjønn, men det er best dokumentert hos barn og middelaldrende (Martinsen 2011).

### **5.3 Maslows behovsteori og motivasjon**

Ved hjelp av Maslows behovsteori og annen motivasjonsteori kan vi se på hvordan noen faktorer kan spille inn på å motivere pasienter med depresjon til å utforske fysisk aktivitet, og muligens kunne benytte dette som en del av behandlingen. Som nevnt tidligere sier Kaufmann og Kaufmann (2015) at motivasjon handler om intensitet i atferd og hvilke motiver vi benytter for å få frem en spesifikk atferd eller hva som er drivkraften i våre handlinger. De snakker om hva som gjør at man velger en handling fremfor en annen. Dette kan delvis forstås gjennom Maslows behovsteori, som handler om å se våre grunnleggende behov i en viss rekkefølge (Kaufmann og Kaufmann 2015).

Uansett om man opplever å ha en depresjonslidelse eller ei vil de fysiologiske behovene ligge til grunn for alle mennesker. Vi må utfylle disse behovene for å ikke havne i en underskuddstilstand, som etter hvert kan ta livet av oss dersom behovene ikke blir tilfredsstilt (Kaufmann og Kaufmann 2015). Dersom man lider av depresjon kan man kjenne på vansker knyttet opp mot mangel på tilfredsstillelse allerede ved andre hovedkategori av Maslows fem behovskategorier. Det andre behovet handler om sikkerhetsbehov, og så fort vi har tilfredsstilt det første behovet til et minimum vil en oppleve å kjenne på behovet for sikkerhet. Man ønsker å oppholde seg i omgivelser som er fri for fysisk og psykisk skade (Kaufmann og Kaufmann 2015). En depresjonslidelse kan sees på som psykisk skade, og man kan derfor ha vansker med å kjenne på andre behov lenger opp i hierarkiet på grunn av dette.

Neste behov handler om sosiale behov. Dette er et behov som man kan tenke seg at ikke blir utfylt dersom den med en depresjonslidelse kjenner på nedstemthet og unngår sosiale settinger. Grunnen til dette kan være mange, men det å miste interesse for ting, ha søvnevansker og konsentrasjonsvansker i tillegg til en følelse av ubesluttsomhet kan tenkes å påvirke individets mulighet til å være sosial. Depresjonslidelsen vil derfor være med å påvirke alle de øvrige behovene, og det kan sees på som hensiktsmessig både for individet og de rundt at man behandler depresjonen raskt, for å gi individet mulighet til å kjenne på og oppleve at man oppfyller de øvrige behovene.

Selv om anerkjennelse ikke gjør seg til kjenne som et behov for å dekke en underskuddstilstand, vil det likevel spille en viktig rolle for mennesket da det gir muligheten til å oppleve personlig vekst ved å utvikle respekt for seg selv og det å få anerkjennelse fra andre (Kaufmann og Kaufmann 2015). Ifølge Honneths anerkjennelsesteori, som nevnt tidligere, handler anerkjennelse om nettopp behovet for gjensidig anerkjennelse. Honneth er opptatt av problematikken rundt depresjon blant den vestlige samfunns befolkning, og mener han har en sannsynlig årsak for hvorfor så mange opplever lidelser som blant annet depresjon.

Et begrep han bruker for å forklare dette er sosial frihet, som bygger på teorien om anerkjennelse (Myklebust 2016). Han forklarer det som hvordan den faktiske og fullverdige friheten vi opplever krever at man går inn i gjensidige relasjoner til andre. Som nevnt tidligere kan symptomer på og konsekvenser av en depresjonslidelse være blant annet nedstemthet og ensomhet. Honneth mener at en årsak til at mennesker opplever for eksempel depresjonslidelser handler om at frihet har fått en annen og for ensidig betydning, hvor vi fokuserer på oss selv i form av selvstendighet og uavhengighet fra andre. Vi glemmer at vi er grunnleggende avhengig av hverandre for å kunne skape vår identitet og leve i felleskap med andre (Myklebust 2016). Vi kan slik se en sammenheng mellom depresjon og anerkjennelse, og viktigheten av å oppleve anerkjennelse, da også for mennesker med en depresjonslidelse.

Dersom man forsøker å jobbe med problemstillingen Honneth presenterer, og at man klarer å opprettholde gjensidige relasjoner med andre kan det tenkes at dette kan påvirke noen av de ulike symptomene ved en depresjonslidelse. En måte å oppleve samspill og gjensidighet på kan være gjennom å delta sammen på en felles aktivitet. Fysisk aktivitet

kan ved mange tilfeller være sosialt, og ved å delta sammen og utføre aktivitet sammen kan en tenke seg at dette kan føre til en form for gjensidig anerkjennelse.

Selv om en voksen med depresjon ikke nødvendigvis er glad i fysisk aktivitet eller trening, kan det fortsatt bidra til å dempe symptomer på lidelsen. Vi kan derfor se det som hensiktsmessig å forsøke å motivere pasienten på best mulig måte. Slik motivasjonsarbeid kan være aktuelt som vernepleier, fordi det kan være med på å bidra til at pasienten opplever økt livskvalitet. Vi kan se allerede på slutten av 1980-tallet at motivasjon, og hvordan man som motivator tilnærmer seg pasienten vil spille en viktig rolle for pasienten. I Martinsen og Medhus' artikkel fra 1989 skriver de at resultatene fra studien viser til at det ser ut til at pasienter med depresjon vil kunne trenge hjelp og støtte for å komme i gang med fysisk aktivitet. I studien ser vi at pasientene som hadde fysisk aktivitet som en stor del av behandlingsplan ble delt inn i små grupper med en profesjonell instruktør som veiledet og støttet pasientene. De fikk tett oppfølging, noe som viste seg å være verdifullt for at de skulle oppleve mestring og føle seg trygge på seg selv i situasjonen (Martinsen og Medhus 1989).

Videre i artikkelen forteller Martinsen og Medhus (1989) at studiens resultater kunne vise til at 91% at pasientene som hørte til gruppene som hadde fysisk aktivitet som en del av sin behandlingsplan fortsatte med dette når de kom hjem. Vi kan se på resultatet som et fint eksempel på at dersom man får hjelp i startfasen kan dette legge til rette for at man etter hvert blir mer selvstendig. Som vernepleier kan denne støtten i startfasen gis ved å inntre partnerrollen, som handler om å arbeide på individnivå. Det er i en slik rolle fokus på å være samhandlende i form av nært samarbeid og dialog med den enkelte (Brask et.al. 2016). Målet er at pasienten skal få mulighet til å uttrykke selvbestemmelse i størst mulig grad, noe som kan gjøres ved at pasienten kan fortelle hvilke aktivitet hen ønsker å prøve.

Som vernepleier i en partnerrolle ønsker vi å spille den andre god, og det kan derfor være hensiktsmessig å legge til rette for at pasienten får mulighet til å prøve ulike aktiviteter. Ved hjelp av en god dialog kan pasienten videre få mulighet til å fortelle hva som gir mestringsfølelse, så vernepleieren kan jobbe for at vedkommende får mulighet til å fortsette med den type aktivitet, nettopp for å fremme muligheten til å oppleve mestring.

Det å oppleve mestring på de riktige punktene kan være med på å fremme helse, da også den mentale helsen. Skal vi tro det Antonovsky sier om salutogenese påpeker han, som nevnt tidligere i teksten, at man kan ha god mental helse til tross for store påkjenninger. Som voksen med en depresjonslidelse kan man oppleve symptomer som føles som store påkjenninger på ulike vis for hvert enkelt individ. Antonovsky snakker om opplevelse av sammenheng, og at belastningene også må forstås i en sammenheng (Borge 2011). En slik sammenheng handler om å ha ressursene som trengs for å mestre utfordringene. I tillegg vil det være viktig å oppleve livet som forståelig for å kunne finne verdien i å bruke tid og engasjement på å løse problemene og utfordringene man står overfor (Borge 2011). Sett i sammenheng med voksne med en depresjonslidelse kan vi tenke oss til at det vil være viktig at pasienten får mulighet til å oppdage og oppleve denne sammenhengen, for å finne motivasjonen og etter hvert mestringsfølelsen, som kan bidra til å lette på symptomene som følger med depresjonslidelsen.

Det er gjort flere funn gjennom arbeidet med dokumentanalyse for å belyse og besvare problemstillingen. Blant disse funnene er det en gjenganger at forfattere av ulike bøker og artikler gjerne presenterer sitt eget forhold og egne erfaringer til fysisk aktivitet knyttet opp mot psykisk helse, noe som kan tolkes som en introduksjon på og grunnlag for hvorfor de velger å skrive om akkurat dette temaet. Martinsen (2011) nevner blant annet i begynnelsen av en av sine bøker at han selv løp seg ut av depresjonen. Han forteller kort hvordan han opplevde en depresjonslidelse og gikk til psykolog i tillegg til å prøve medikament, men måtte slutte fordi han ikke tålte bivirkningene. Han tok etter hvert kontakt med en tidligere kollega som jogget tre ganger i uka og fikk spørsmål om å bli med han å jogge. Han forteller om at han først ikke var motivert til dette, da han ikke følte seg pigg, men valgte likevel å bli med. Det endte med at han kom i form, løp fra kollegaen sin og følte seg bedre enn på lenge (Ibid). Avslutningen på den egne erfaringen lyder slik:

Nå føler jeg at jeg er på plass, og jeg er ganske sikker på at det er treninger som har hjulpet meg. Jeg hadde ikke klart å komme i gang alene, men nå er jeg ikke lenger avhengig av at noen henter meg. Jeg synes det er moro å løpe, og ikke tør jeg å slutte heller. For jeg vil ikke tilbake til der jeg var. (Martinsen 2011, 5).

## 6.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med litteratursøk og dokumentanalyse kan vi se at det er ingen tvil om at fysisk aktivitet vil kunne bli brukt som et hjelpemiddel for mennesker med psykiske lidelser, og at det vil kunne hjelpe mange voksne med en depresjonslidelse i ulik grad. I diskusjonen kommer det tydelig frem at fysisk aktivitet kommer med mange helsefordeler, både fysisk og psykisk. Selv om aktivitet alene ikke nødvendigvis er en mirakelkur for alle med en depresjonslidelse, vil det kunne være hensiktsmessig for de aller fleste å gi det et forsøk.

For mange kan det være en utfordring å komme i gang med fysisk aktivitet på egen hånd, så derfor vil støtte fra helsepersonell og andre rundt, spille en viktig rolle for motivasjonen og muligheten til å få gjennomført fysisk aktivitet i den grad at det blir en naturlig del av hverdagen til mennesker med en depresjonslidelse. Det kan tenkes at dersom man først får hjelp til å komme i gang, vil man kunne kjenne på resultatene det gir, og at dette gir videre motivasjon til å fortsette på egen hånd. Det er gjentatte ganger gjennom erfaring fra forfattere og resultater fra ulike studier bevist at mennesker med depresjon vil kunne ha godt nytte av å implementere fysisk aktivitet i sin hverdag.

Gjennom arbeidet og erfaringen med oppgaven ser vi at fysisk aktivitet spiller en viktig rolle når det kommer til behandling av depresjonslidelser og at det også vil kunne påvirke andre psykiske lidelser. Fysisk aktivitet vil kunne brukes både i et behandlingsløp i samarbeid med helsepersonell, men også på egenhånd av den som opplever en depresjonslidelse. Det kan tenkes at fysisk aktivitet er en lett tilgjengelig metode, og dersom man utvikler et sunt forhold til fysisk aktivitet vil dette kunne brukes som et lavterskeltilbud uten bivirkninger i forhold til hva for eksempel medikamenter kan.

Gjennom arbeidet med oppgaven ser man at selv ved gode resultater og en tydelig sammenheng mellom fysisk aktivitet og fravær av depresjonssymptomer fra 1989, er det enda i 2023 en usikkerhet rundt det å bruke fysisk aktivitet som en naturlig del av behandlingen ved depresjonslidelser. Ved å bevisstgjøre denne sammenhengen og fremme de gode resultatene, vil dette kunne være hensiktsmessig for mange av de som lider av en depresjonslidelse og samfunnet for øvrig. Fysisk aktivitet er et godt valg for å styrke både fysisk og psykisk helse, og alle burde få muligheten til å oppleve dette.

## Referanser

Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens hysterium – den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk

Asdal, Kristin og Hilde Reinertsen. 2020. *Hvordan gjøre dokumentanalyse: en praksisorientert metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

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

Borge, Lisbet. 2011. «Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv». I *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, redigert av Egil W. Martinsen, 19-34. Bergen: Fagbokforlaget

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

Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal

FN-sambandet. 2023. «God helse og livskvalitet.» FN-sambandet. Lest: 16.05.2023.  
<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>

Freire, Paulo. 1999. *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Garvey, Loretta, Amanda Clare Benson, Debra Bengert, Tamsin Short, Harry Banyard og Karen-Leigh Edward. 2023. «The perceptions of mental health clinicians integrating exercise as an adjunct to routine treatment of depression and anxiety». *Internal Journal of Mental Health Nursing* 32: 502-512.

Haug, Markus A., Erik R. Sund, Ziggi Ivan Santini, Vibeke Koushede og Steinar Krokstad. 2021. «ABC (Act-Belong-Commit) for bedre psykisk helse hos voksne i Norge. En HUNT-studie.» *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 18 (2): 175-187.  
<https://www.idunn.no/doi/epdf/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-05>

Helse- og omsorgsdepartement. «Folkehelsemeldingen: Gode liv i et trygt samfunn.» St. meld. nr. 19 (2018-2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement, 2019.

Helse- og omsorgsdepartement. «Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter.» St. meld. nr. 19 (2014-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement, 2015.

Kaufmann, Geir og Astrid Kaufmann. 2015. *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Kringlen, Einar. 2012. *Depresjon*. Stavanger: Hertevig akademisk

Løken, K. H. (2006). «Å lykkes med brukermedvirkning». I A. Almvik & L. Borge *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187- 200). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Martinsen, Egil W. 2011. «Depresjon». I *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, redigert av Egil W. Martinsen, 65-92. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, Egil W. 2011. «Fysisk aktivitet og fysisk helse». I *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, redigert av Egil W. Martinsen, 35-46. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, Egil W. 2011. «Generelle virkninger av fysisk aktivitet». I *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, redigert av Egil W. Martinsen, 59-64. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, Egil W. 2011. «Kognitiv terapi». I *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, redigert av Egil W. Martinsen, 47-58. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, Egil W. 2011. «Negative virkninger av overdreven fysisk aktivitet». I *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, redigert av Egil W. Martinsen, 157-170. Bergen: Fagbokforlaget.



Martinsen, Egil W. og Asgeir Medhus. 1989. «Adherence to exercise and patients' evaluation of physical exercise in a comprehensive treatment programme for depression». *Nordisk psykiatrisk tidsskrift* 43 (5): 411-415.

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

Myklebust, Anne Hinderaker. 2016. «Axel Honneth om etikk og samfunnskritikk – hvordan kan Honneth sin teori om anerkjennelse bidra til moralens vilkår i dagens individualistiske samfunn?» Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

Owren, Thomas. 2020. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming». I *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 27-45. Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen. 2017. *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*.

Regjeringen. 2022. «Verdens helseorganisasjon.» Regjeringen. Lest: 16.05.2023.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Reneflot, Anne, Leif Edvard Aarø, Heidi Aase, Ted Reichborn-Kjennerud, Kristian Tambs og Simon Øverland. 2018. *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Walseth, Liv Tveit og Kirsti Malterud. 2004. «Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv». *Tidsskriftet for Den norske legeförening* 124: 65-6.