



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum avdeling for folkehelsefag

Christopher Hansen

Bacheloroppgave

Kan regelmessig fysisk aktivitet påvirke selvfølelse og/eller
depresjonssymptomer hos ungdom og unge voksne?

Does regular physical activity affect self-esteem and/or symptoms of depression in
adolescents and young adults?

Bachelor folkehelse

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

Denne bacheloroppgaven er utarbeidet ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse og idrett, skoleåret 2013-2014.

Etter to år ved Høgskolen i Hedmark er det tid for siste og kanskje viktigste innlevering. Denne innlevering skal representere mye av hva jeg har lært, erfart og opplevd gjennom disse to årene. Jeg har lært mye om hva folkehelse innebærer og hvordan man kan bruke de tilegnede kunnskapene fra dette studiet til å forhåpentligvis forbedre den generelle folkehelsen. Da jeg har en lidenskap for trening, og har fått opplevd de positive effektene av dette på kroppen, ble det naturlig for meg å fokusere på dette i min bacheloroppgave. På grunn av dette ville jeg undersøke temaet «Kan regelmessig fysisk aktivitet påvirke selvfølelsen og/eller depresjonssymptomer hos ungdom og unge voksne?».

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært en svært lærerikt og utfordrende prosess. Tidvis var dette en tung og vanskelig oppgave, men ved hjelp av medstudenter og bibliotekarer ved skolen føler jeg at jeg klarte denne utfordringen. Jeg ønsker å takke min veileder Svein Barene for en svært god hjelp gjennom denne prosessen. Den lærdommen jeg har fått i denne perioden vil jeg ta med meg ut i arbeidslivet.

Sammendrag

Forfatter:

Christopher Hansen

Oppgavens tittel:

Kan regelmessig fysisk aktivitet påvirke selvfølelsen og/eller depresjonssymptomer hos ungdom og unge voksne?

Problemfelt:

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om fysisk aktivitet kan påvirke selvfølelsen og depresjonssymptomer hos ungdom og unge voksne, og om se om selvfølelsen har noen påvirkning på depresjonssymptomer.

Teori:

I teorien ser jeg på mental helse, psykiske lidelser og stemningslidelsen depresjon. Deretter beskrives diagnostikksystemer, forklaringsmodeller på depresjon og opplevelsen av depresjon hos ungdom. Videre ser jeg på fysisk aktivitet, generelle anbefalinger for fysisk aktivitet, dose-respons og fysisk aktivitet som behandling av depresjon. Til slutt ser jeg på selvbilde.

Metode:

I metodedelen presenterer jeg mitt valg av metode, og forklarer dette. Videre beskrives litteraturstudie og kildematerialet. Til slutt presenteres innholdsanalysen.

Resultat og diskusjon:

Gjennom denne oppgaven kom jeg frem til at regelmessig fysisk aktivitet forbedret selvfølelsen og dermed kunne redusere depresjonssymptomene.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. INNLEDNING	6
1.1 PROBLEMSTILLING	7
1.2 BEGREPSAVKLARING.....	7
2. TEORI.....	9
2.1 PSYKISK HELSE.....	9
2.2 PSYKISKE LIDELSER.....	10
2.3 DEPRESJON.....	10
2.3.1 <i>Mild depresjon</i>	<i>11</i>
2.3.2 <i>Moderat depresjon</i>	<i>11</i>
2.3.3 <i>Opplevelse av depresjon.....</i>	<i>11</i>
2.3.4 <i>Kjennetegn/symptomer på depresjon</i>	<i>12</i>
2.4 DIAGNOSTIKKSYSTEMER.....	13
2.5 FORKLARINGSMODELLER PÅ UTVIKLING AV DEPRESJON	13
2.6 DEPRESJON HOS UNGDOM	14
2.7 FYSISK AKTIVITET	15
2.7.1 <i>Generelle effekter av fysisk aktivitet.....</i>	<i>15</i>
2.8 GENERELLE ANBEFALNINGER OM FYSISK AKTIVITET OG DOSE – RESPONS.	16
2.9 FYSISK AKTIVITET SOM BEHANDLING AV DEPRESJON	17
2.10 SELVBILDE	17
2.10.1 <i>Kroppsoppfatning.....</i>	<i>18</i>

2.10.2	<i>Det moralske selvet</i>	18
2.10.3	<i>Selvaktelse</i>	19
3.	METODE	20
3.1	BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	20
3.2	KILDEMATERIALET	21
3.2.1	<i>Omfang</i>	21
3.2.2	<i>Utvalget</i>	21
3.3	INNHALDSANALYSE	21
3.3.1	<i>Inkluderings og ekskluderingskriterier</i>	21
3.3.2	<i>Plan for litteratursøk</i>	22
3.3.3	<i>Pensumlitteratur</i>	22
3.3.4	<i>Nettsider og databaser</i>	22
3.3.5	<i>Gjennomføring av litteratursøk og seleksjon av studier</i>	23
3.3.6	<i>Vurdering og utvelgelse</i>	24
4.	RESULTAT	25
5.	DISKUSJON	28
6.	KONKLUSJON	32
	LITTERATURLISTE	33

Tabell- og figuroversikt

Figur 1	Dose-responskurven.....	17
Tabell 1	Søkehistorikk.....	23

1. Innledning

De aller fleste har opplevd gleden med en morsom aktivitet og kanskje også fått kjenne på kroppen den gode følelsen av å ha vært sliten etter en treningsøkt eller en lang tur. Vi som nordmenn har en lang tradisjon ved det å være ute i naturen sommer som vinter, med mange forskjellige aktiviteter som turgåing, skiturer, og flere andre aktiviteter. Dette gjør at de aller fleste av oss kjenner til den gode følelsen av glede og velvære etter å ha brukt kroppen vår. Ommundsen (2000) påpeker at fysisk aktivitet og idrett er positivt relatert til psykisk velvære og overskudd, derfor er det ikke så merkelig at det trekkes en tråd mellom fysisk aktivitet og mental helse. Professor Peter Hjort omtaler den økende utfordringen innenfor psykisk helse som «den 3. bølgen», dette handler om samsykdommene som har klare tegn til å være økende i dagens samfunn (referert i Snoek & Engedal, 2008, s. 15). Verdens helseorganisasjon [WHO] beregner at psykiske lidelser er årsaken til en tredjedel av all uførhet i verden og at depresjon er den vanligste lidelsen av disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003), dette er en klar indikator på omfanget av denne sykdommen. Da jeg selv har opplevd å bli oppmuntret og glad av det å være i fysisk aktivitet ble jeg nyskjerrig på sammenhengen mellom en aktiv livsstil og den mentale helsen til mennesket. Jeg ønsker derfor i min bacheloroppgave å se nærmere på forholdene mellom fysisk aktivitet, selvfølelse og depresjonssymptomer.

Det vil først i denne oppgaven bli presentert teori som tar for seg mental helse og utredning av depresjonssykdommen, fysisk aktivitet og selvbilde. Det vil så bli presentert et metodekapittel som tar for seg valg av metode, litteratursøket og prosessen av utvelgelse av artikler. Til slutt vil resultatene fra artiklene bli presentert, og det vil følge en diskusjon omkring funnene og en konklusjon.

1.1 Problemstilling

Kan regelmessig fysisk aktivitet påvirke selvfølelse og/eller depresjonssymptomer hos ungdom og unge voksne?

1.2 Begrepsavklaring

Shephard & Balady sin definisjon av fysisk aktivitet og trening er den definisjonen oppgaven tar utgangspunkt i, den lyder slik:

“Physical activity has been defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure. Exercise can be defined as a subset of physical activity that is planned, structured, repetitive, and purposeful in the sense that improvement or maintenance of physical fitness is the objective” (Shephard & Balady, 1999, s. 963).

Regelmessig fysisk aktivitet vil i denne sammenheng bety et visst antall minutter med aktivitet på ukentlig basis. Jeg har i den forbindelse valgt å bruke helsedirektoratets anbefalinger, dvs. at voksne bør ha minst 150 minutter moderat fysisk aktivitet i uken eller minst 75 minutter med høy intensitet, mens ungdom minst 60 minutter moderat aktivitet daglig, som kan fordeles utover i uken med dager med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2011). Oppnåelsen av disse kravene kan påvirke selvfølelsen i en positiv retning.

Selvfølelse er en vurdering av egenverd og vurdering av personlige egenskaper i positiv eller negativ retning (Hansen & Slagsvold, 2011). Selvfølelsen er en av flere selvpoppfatningsaspekter som til sammen utgjør det globale selvbilde (Martinsen, 2011).

Det globale selvbilde er alle de samlede aspektene ved selvet. Alle aspektene ved det fysiske selvet og det personlige selvet vil tilsammen forme det globale selvbilde (Hummelvoll, 2012).

Ungdom defineres som en livsfase mellom barn og voksenlivet. Overgangen fra barn til ungdom har ingen klare grenser, men vil i denne oppgaven gjelde fra fylte 13 år. Når en person fyller 18 år er den da etter norske lover myndig, og dermed også voksen (Store Norske Leksikon, 2013).

Ung voksen er den alderen man gjerne omtaler etter fylt 18 år og flytter fra foreldrehjemmet, og til man er etablert i en boenhet og er selvforsørgende (Fastlegen.no). I denne oppgaven vil jeg avgrense ung voksen som en personer i alderen 18-30 år.

Depresjonssymptomer er de fysiske og mentale konsekvensene av det å ha denne sinnslidelsen. Symptomene på depresjon er også hva man tar stilling til når denne diagnosen stilles, dette ofte med utgangspunkt i diagnostikksystemer som eksempelvis DSM-IV (Kjellman et al., 2008). Da depresjon ikke kan måles ved biologiske markører brukes de fysiske og mentale symptomene som kriterier. Disse symptomene består av blant annet vedvarende tristhet, nedsatt interesser for ting man vanligvis liker, søvnproblemer, lav selvtillit og selvmordstanker (Kjellman et al., 2008)

Moderat til høy intensiv fysisk aktivitet er en målestokk som sier noe om omfanget av innsatsen til fysisk aktivitet (Magnitude of effort eller METs). Aktivitetene blir kategorisert i moderat (3-6) eller høy intensiv (>6) fysisk aktivitet på bakgrunn av METs (World Health Organization, 2010).

2. Teori

Med utgangspunkt i problemstillingen vil jeg nå presentere sentral teori. I dette kapitlet skal det forklares hva psykisk helse innebærer samt se på hva som legges begrepet psykisk lidelse. Videre skal det redegjøres for stemningslidelsen depresjon og hvilke former og forekomst denne sykdommen har. Symptomene og sykdomsgrad vil bli gjort rede for og det gis innblikk i hvilke diagnostikksystem som kan brukes for å kartlegge depresjonen. Det skal nevnes kort om forklaring til årsaksforhold på depresjon og hvordan depresjon viser seg i ungdom. Etter dette blir fysisk aktivitet gjort rede for, samt at ulike helsegevinster av fysisk aktivitet blir belyst. Til slutt i kapitlet vil selvbilde bli redegjort.

2.1 Psykisk helse

Ordet psykisk har sin opprinnelse fra det greske ordet “psykhē” – sjel, og det betegner det sjelelige og sinnsmessige i motsetning til det kroppslige som omhandler det fysiske (Snoek & Engedal, 2008). Vår psykiske helse forteller om vårt følelsesmessige liv, berår de tankene vi har om ting og påvirker hvordan vi oppfører oss skriver Dahl (2007). Verdens helseorganisasjon [WHO] definerer psykisk helse som:

“Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” ([WHO], 2013)

Denne definisjonen legger også vekt på menneskets følelser i likhet med hva Dahl skriver, dette er fordi vår psykiske helse bygger på våre tanker og følelser som igjen gir grunnlag for viktige opplevelser som tilpasser oss som mennesker. Disse følelsene som glede, lyst, begeistring, skam, frykt og sinne fører til at vi overlever og tilpasser oss våre omgivelser (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Følelsene er en del av vår biologi og når disse kommer i ubalanse begynner man å snakke om psykiske lidelser. Her må vi skille mellom det å lide psykisk som kan være et tegn på sunnhet da det gir mennesket erfaring og former individet og det å ha en psykisk lidelse, som oppleves som fravær av sunnhet (Skårderud et al., 2010).

2.2 Psykiske lidelser

I følge Snoek og Engedal (2008) er psykiske lidelser, som også kan bli kalt sinnslidelser, en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelsene som i vårt samfunn ses på som sykkelig og dermed behandlingstrengende. I alle kulturer finnes det historier og myter om det sjelelige og det åndelige, og alle disse har til felles at sjelen ikke er bundet av kroppens grenser. Mange fenomener og gammel overtro er noe man i dag forbinder med sinnslidelser. Selv om det har vært stor utvikling og forskning på dette feltet er det enda ingen fullgod forklaring på hva psykisk lidelse egentlig er, heller ikke hvordan den skiller seg fra eller ligner på fysisk sykdom (Snoek & Engedal, 2008). Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer skriver at psykisk helse merker man ikke før man har psykisk uhelse. Videre omtaler han helsen som en rytme i livets melodi, når sykdom oppstår spilles det falskt og vi blir forstyrret og hindret i vårt daglige liv (referert i Skårderud et al., 2010, s. 29). Det er denne ubalansen i selvforståelsen som kanskje best beskriver psykisk lidelse (Snoek & Engedal, 2008).

Psykiske lidelser er kanskje mer vanlig enn hva folk tror og omtrentlig halvparten av oss mennesker vil oppleve en slik tilstand en gang i løpet av livet (Skårderud et al., 2010). En av fire personer som har blitt uføretrygdet er opplistet med psykisk lidelse som årsak. Mellom en femtedel og en fjerdedel av barn og unge har psykiske vansker. Alt i alt finnes det per dags dato omtrentlig 800.000 nordmenn med en eller annen form av psykisk lidelse som er tidvis hjelpetrengende (Skårderud et al., 2010). I denne oppgaven skal det avgrenses til stemningslidelsen depresjon som er en affektiv psykisk lidelse.

2.3 Depresjon

Begrepet depresjon brukes ofte som adjektiv (depressiv/deppa), som en betegnelse for en sinnstilstand i samme skala som det å være litt utafør, ikke i slaget, og som substantiv for å beskrive en gruppe av psykiske lidelser (Martinsen, 2011). Depresjonssykdommene som kan gå under navnene *affektive lidelser* eller *stemningslidelser* deles gjerne inn i to hovedgrupper. Den første og mest sjeldne av disse kalles for *bipolar lidelse*, tidligere kalt manisk-depressiv. Dette er en sykdom hvor den rammede varierer tilstanden mellom depresjon (nedstemthet) og mani (oppstemthet). Denne sykdommen rammer bare omtrentlig 1 % av befolkningen. Den andre sykdomsvarianten i hovedgruppen blir omtalt som de *rene depresjonslidelsene*, som også går under navnet *unipolar depresjoner*, og rammer rundt 20

% av alle mennesker i løpet av livet (Martinsen, 2011). Av disse er det noen som kun opplever depresjonen en gang, mens andre kan få depresjonsepisoder opptil flere ganger. De som lider av depresjon opplever ofte symptomfrie perioder mellom episodene. De som har mild til moderat depresjon, har som oftest *dystymi* som er en kronisk sykdom med korte symptomfrie perioder (Martinsen, 2011).

2.3.1 Mild depresjon

Mild depresjon er ofte forbigående og realitetsorienteringen er intakt. Vedkommende vil oppleve tristhet og nedstemthet. Selvfølelsen vil forbli stabil selv om selvaktelsen kan være til dels redusert og dermed har personen en økt trang til ytre bekreftelse av seg selv. Stemningsleie er i henhold til realiteten i personens aktuelle situasjon, men dette triste stemningsleiet vil ikke vedvare og vil ikke medføre funksjonssvikt. Vedkommende vil få en tendens til asosial atferd og avstå fra andre mennesker og sosiale aktiviteter. Tankene blir påvirket i en slik grad at konsentrasjonsevnen og oppmerksomheten blir svekket samt at personen kan oppleve fysisk ubehag (Hummelvoll, 2012).

2.3.2 Moderat depresjon

Hos de med moderat depresjon vil fordreielsen av virkelighetsoppfatningen være i en større grad enn ved mild depresjon. Personen som er rammet vil føle seg utilstrekkelig og dette projiseres på andre slik at personen lever i troen av at andre misliker eller tenker negativt om vedkommende. Personen kan oppleve en følelse av at noe er galt med hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen. Selvaktelsen er mye lavere enn hos en vanlig person og selvbilde er preget av svært mye negativitet. Personen har en markant redusert evne til å glede seg over noe og depresjonsfølelsen er svært fremtredende, og vil i mye større grad være asosial. Kommunikasjonsmåten utstråler tvil, er langsam, ordknapp og viser mye negativitet til seg selv (Hummelvoll, 2012)

2.3.3 Opplevelse av depresjon

Nedstemthet og sorg er en vanlig samt ofte nødvendig følelse hos alle mennesker, og vil være en del av livet for alle mennesker. Sorg er en følelse som vanligvis kommer av tap, og den kraftigste sorgreaksjonen kommer som en følger av tap av en kjær person ved død eller separasjon på en annen måte. Denne følelsen kan også oppstå ved tap av selvaktelse, som kan bestå av tap av jobb, økonomi og sosial aktelse (Hummelvoll, 2012). Personer med

depresjon har en opplevelse av livet som tomt, gledeløst og meningsløst. Vanligvis finner man tilbake etter det man kaller en *sorgprosess*, om dette ikke skjer blir sorgen varende (Skårderud et al., 2010). Den rammede kan miste evnen til å glede seg over ting som før var interessant og søvnmønsteret kan forstyrres. Videre kan personen miste evnen til å tenke realistisk om seg selv og sin framtid, selvmordstanker kan oppstå som den eneste utveien av sorgen (Martinsen, 2011). Opplevelsen av depresjonen vil avhenge av depresjonsgraden.

2.3.4 Kjennetegn/symptomer på depresjon

En deprimerert person har mistet troen på seg selv, på andre mennesker rundt seg, mistet troen på livet og på de høyere makter. Dette fører til følelsene tristhet, pessimisme, håpløshet og lav selvaktelse. Kroppen blir også påvirket av denne sykdommen i den grad at den kan oppleves langsam, kraftløs og matt (Hummelvoll, 2012). Følgende depresjonssymptomer er vanlig å ta stilling til når man diagnostiserer denne sinnslidelsen (Kjellman et al., 2008)

- **Nedsatt appetitt:** Mange føler at maten ikke smaker like godt som før og det fører til at enkelte mister matlysten. De føler at de ikke har rett til mat, dette ved melankoli. Som en konsekvens av dette får mange vekttap, andre igjen spiser mer enn normal og dermed går opp i vekt (Hummelvoll, 2012).
- **Søvnforstyrrelser:** Dette er et meget vanlig symptom på depresjon og medfører at noen kan ha vansker med å sovne, dette er fordi personen føler seg rastløs eller urolig. Mange plages av mareritt og dårlig søvnkvalitet som igjen medfører til at personen ikke føler seg uthvilt (Hummelvoll, 2012).
- **Tristhet/nedstemthet:** De som lider av depresjon er ofte preget av en tristhet eller nedstemthet størsteparten av dagen nesten daglig (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2008).
- **Redusert interesse:** Mange får en mindre glede eller redusert interesse for de aller fleste aktiviteter store deler av dagen. Selv ikke aktiviteter som før depresjon var givende, virker interessante (Kjellmann et al., 2008).
- **Følelsen av verdiløshet/lav selvtillit:** Svært mange sliter med følelsen av verdiløshet og/eller lav selvtillit. Denne følelsen er ofte eller daglig (Kjellmann et al., 2008).

Omfang av disse symptomene kan variere etter grad av depresjon. Det hevdes at det er det dynamiske samspillet mellom ytre faktorer og den indre egostyrken som avgjør graden av

depresjon (Hummelvoll, 2012). For å kunne avgjøre om en person lider av depresjon og omfanget av depresjonen må man benytte seg av et diagnostikksystem.

2.4 Diagnostikksystemer

For å kunne vurdere graden og skille mellom de forskjellige formene for depresjon er det viktig å kunne diagnostisere og klassifisere sykdommene (Malt, 2000). Det har blitt utviklet flere forskjellige diagnostikksystemer til dette formålet. I denne oppgaven er det to diagnostikksystemer som er av betydning.

Beck Depression scale (BDS) er en skala som har 21 spørsmål hvorav 4 svaralternativer. Disse spørsmålene legger vekt på kognitive og somatiske symptomer (Krüger, Lund, Skarstein, & Stubhaug, 2000). Vanlige personer som får en score på 21 eller mer er indikativ på depresjon, men for personer med påvist depresjon er tolkningen av poengsum slik:

- Poengsum mellom 0 og 9: Personen opplever ingen grad av symptomer på depresjon.
- Poengsum mellom 10 og 16: Personen opplever i noen grad symptomer på depresjon.
- Poengsum mellom 17 og 29: Personen opplever i moderat grad symptomer på depresjon.
- Poengsum mellom 30 og 63: Personen opplever i svært stor/alvorlig grad symptomer på depresjon (All-on-Depression-Help, 2009).

Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) er et skjema bestående av 25 spørsmål med fire svaralternativer som rangeres fra "ikke i det hele tatt" og til "Svært mye". Dette skjemaet skal kartlegge angst, depresjon og somatisering. Personen som besvarer dette skjemaet skal vurdere i hvor stor grad hvert enkelt spørsmål om symptom har plaget eller vært til ulempe de siste 14 dagene (Formi, 2013). Disse diagnostikksystemene forteller om en person har indikasjon på depresjon, men forklarer ikke hvorfor.

2.5 Forklaringsmodeller på utvikling av depresjon

De vanligste årsakene/forklaringene for utvikling av depresjon er genetisk betinget depresjon, biokjemisk teori, objekttap, kognitiv teori, lært hjelpsløshet, innadrettet aggresjon og kjønnsperspektiv. Hummelvoll (2012, s. 201) sier at "Ingen av disse kan stå alene som allmenngyldige forklaringer, men de belyser på hver sin måte ulike sider ved

årsaksforholdene”. I forhold til denne oppgaven vil tre av disse forklaringsmodellene kort bli presentert, disse er biokjemisk teori, kognitiv teori og lært hjelpsløshet.

Biokjemisk teori går ut på at stress i livssituasjonen kan tolkes som nevrokjemiske forandringer som karakteriseres depressive tilstander. Monoamine neurotransmittorer inngår i justeringen av kroppens reaksjoner på stress og er med på å forandre oppførselen slik at den viser seg i depressive lidelser. Her kan både ytre og genetiske faktorer spille inn (Hummelvoll, 2012).

Kognitiv teori beskriver at noen mennesker opplever symptomer på depresjon fordi tankeprosessen er forstyrret. Beck hevder at depresjon er et kognitiv problem som styres av at personen har en negativ vurdering av seg selv, omverdenen og sin framtidsutsikt. Videre sier han at hvert menneske har et *skjema* eller et tankemønster for sine tanker som igjen preger personens måte å møte livet på. Dette skjemaet bestemmer individets reaksjoner på eksterne påvirkninger (referert i Hummelvoll, 2012 s. 202).

Lært hjelpsløshet vil si at den deprimerte personen forventer negative resultater av sin situasjon. Personen legger skylden for at han mislykkes på seg selv istedet for å klandre ytre faktorer, og føler seg hjelpsløs i forhold til kontroll på utfallet av en situasjon. Dette er fordi personene har lært at hans vilje og handling har lite betydning for resultatet (Hummelvoll, 2012).

2.6 Depresjon hos ungdom

I tillegg til de vanlige symptomene som nedstemthet, tap av glede og interesse kan depresjon hos unge vise seg som irritabilitet. Andre vanlige tegn er initiativløshet, ubesluttsomhet, nedsatt selvtillit og en håpløshetsfølelse. Ofte kommer økt tretthet og dermed nedsatt aktivitet, konsentrasjon og oppmerksomhet i tillegg. Tankebanene går fort mot en følelse av verdiløshet og skyldfølelse og personen føler at den er til bry for andre. Selvmordstanker kan oppstå da denne personen mener at det var best for alle om han/hun ikke var til stedet. Flere blir plaget av søvnforstyrrelser og tapt matlyst (Snoek, 2002). Depresjon er en av de vanligste årsakene til psykiatrisk behandling hos ungdom og har en omtrentlig forekomst av 2-5 % hos 8-16 åringer og gjentatte depressive episoder i tenårene kan være forløperen til en bipolar lidelse i tidlig voksen alder hos mellom 20 til 40 % av de berørte ungdommene (Snoek, 2002).

2.7 Fysisk aktivitet

Menneskekroppen er laget for å kunne være i bevegelse og fysisk aktivitet gjør godt for kropp og sjel. De aller fleste organer og vev blir påvirket av fysisk aktivitet og kroppen har en egen evne til å tilpasse seg de fysiske utfordringene som den møter. Regelmessig fysisk aktivitet kan i en betydelig grad minske risikoen for prematur død (Henriksson & Sundberg, 2008). Når det snakkes om fysisk aktivitet menes dette med all kroppslig bevegelse som er følger av muskulært arbeid og som fører til et økt energiforbruk. Fysisk aktivitet kan bli utført på forskjellige intensitetsnivåer, ved høyere intensitet vil den umiddelbare effekten på kroppen også bli høyere. I litteraturen skilles det mellom fysisk aktivitet (*physical activity*) og fysisk trening (*exercise*) hvorav fysisk aktivitet beskrives slik som nevnt ovenfor. Fysisk trening er en form for fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og gjentatte kroppslige bevegelser med hensikt i å forbedre eller vedlikeholde den fysiske formen. Fysisk form et begrep som beskriver den kroppslige kapasiteten til å utføre fysisk aktivitet. Fysisk form inkluderer hjerte- og lungekapasitet, muskulær styrke og utholdenhet, fleksibilitet og kroppssammensetning (Martinsen, 2011).

2.7.1 Generelle effekter av fysisk aktivitet

Ved å forbedre fysisk form kan man oppnå forskjellige positive effekter, flere av disse kan ha en innvirkning på selvfølelsen og depresjonssykdommen (Martinsen, 2011).

Flere studier viser til at fysisk trening kan bidra til å øke fysisk selvfølelse og andre sentrale selvoppfatninger som eksempelvis kroppsbilde. Det er positive endringer hos begge kjønn i alle aldre, men det er best dokumentert hos barn og middelaldrende. Om man har dårlig selvtillit vil sjansen for forbedret selvfølelse være større her enn hos personer med normal selvtillit. Fysisk aktivitet påvirker mest den fysiske selvoppfatningen, men dette er igjen et aspekt ved den helhetlige selvfølelsen skriver Ekeland (referert i Martinsen, 2011).

Regelmessig fysisk aktivitet vil påvirke flere forskjellige funksjoner i menneskets nervesystem. Fysiske funksjoner som blir forbedret av dette er koordinasjon, balanse og rekreasjonsevne. En forbedret funksjonsevne kan bidra til en økt følelse av velvære. De kognitive evnene opprettholdes, søvnkvaliteten blir bedret, depresjonssymptomer reduseres og selvfølelsen økes (Henriksson & Sundberg, 2008).

Mange mosjonister og personer som trener regelmessig opplever at fysisk aktivitet bidrar til bedret søvn. Dette fører igjen til at disse personene har mindre søvnproblemer og dermed føler seg mer uthvilt og opplagt på dagtid. Det er ikke bevist at fysisk aktivitet bedrer søvnen, men mange studier viser til at personer som trener regelmessig rapporterer at de har forbedret søvnkvalitet (Martinsen, 2011).

Studier viser til at en god fysisk form beskytter mot belastende livserfaringer sier Crew & Landers (referert i Martinsen, 2011). Forklaringen for dette kan være at ved en god fysisk form er man bedre rustet til å takle fysiske stressreaksjoner og finner tilbake til normaltilstanden raskere skriver Dishman & Jackson (referert i Martinsen, 2011).

I dette underkapittelet er det blitt sett på mulige helseeffekter av fysisk aktivitet, men det må spesifiseres nærmere i hvilken grad fysisk aktivitet må utføres for å oppnå dette.

2.8 Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet og dose – respons.

Den totale mengden med aktivitet kan kobles til forskjellige helsevariabler i noe som kalles for dose-respons-forhold. Mengden av treningen bestemmes av intensiteten, varigheten og frekvensen av fysisk aktivitet. Helsedirektoratet (2011) har konkrete nasjonale anbefalinger angående antall minutter i uken man bør være i fysisk aktivitet. Dette er en fleksibel mal å følge, da man kan legge opp intensitet og mengde alt etter hvilke aktiviteter man utfører.

De anbefalingene helsedirektoratet har, tar utgangspunkt i eksisterende kunnskap om dose/responsforholdet mellom fysisk aktivitet og helse. Dette forholdet er relatert til forskjellige helsegevinster. Ved en lavere fysisk form vil økt fysisk aktivitet ha en større effekt enn hos personer som driver regelmessig fysisk aktivitet. Helseeffekten er størst mellom inaktive personer og personer som er lite i aktivitet (Jansson & Anderssen, 2008). Dette fremstilles i figuren nedenfor.



Figur 1: Dose- responskurve. (Kilde: Norges Idrettsforbund lokalisert 10.04.2014).

2.9 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon

Om fysisk aktivitet kan forebygge depresjon og andre psykiske lidelser er et viktig spørsmål å stille. Flere befolkningsundersøkelser fra flere land viser til at de fleste rapporterte en positiv sammenheng mellom et høyt aktivitetsnivå og lavt nivå av depresjon. Fysisk aktivitet på fritiden var positivt koblet med rapportering av generelt velvære og humør, videre var det en negativ sammenheng med depresjon og angst (Martinsen, 2011).

2.10 Selvbilde

Av alle dyr og organismer er det kun mennesket som kan reflektere over hva det er og derved sammenfatte eller abstrahere en idé om sin egen natur og eksistens. Oppfattelsen av sin natur er det man kaller for selvbilde. Dette selvbildet formes av bevisst refleksjon, kunnskap om seg selv, selvvurdering, selvaktelse og selvkontroll. Gail Stuart definerer selvbegrepet som

«... alle de forestillinger, meninger og overbevisninger som utgjør individets kunnskap om seg selv, og som influerer dets forhold til andre. Begrepet omfatter persepsjonen av dets spesielle egenskaper og evner, dets interaksjon med andre mennesker og med omgivelsene. I selvet ligger individets verdier, som er knyttet til erfaringer og objekter, i tillegg til dets mål og idealer.» (referert i Hummelvoll, 2012 s. 133).

Stuart ser på selvet som nyansert fenomen som er knyttet til det kognitive plan mens andre igjen ser på selvet som et *system*. Hildegard Peplau beskriver dette som et system da hun mener selvet er bundet sammen av flere funksjoner og disse har som regel en evne til å holde likevekt og stabilitet. Om en del av selvets funksjoner endres vil dette medføre en forandring for hele selv-systemet. I selv-systemet har generelt sett de samme funksjonene som et sosialt system bestående av opprettholdelse av dets mønster, integrering, måloppnåelse og adaptasjon. Selv-systemet er et produkt av sosialisering og at dette kun kan finnes i relasjon til andres selv. Vårt selv bilde er i dynamisk samspill med våre behov og følelser. Disse behovene er motivet for våre handlinger mens følelsene våre er ubevisste vurderinger av det vi opplever. Selv-begrepet er sammensatt av flere aspekter selv om det fungerer som ett, det globale selv bilde, og kan grovt inndeles ved at identiteten er bygd opp av to aspekter, det fysiske selv og det personlige selvet. Det fysiske selvet består av kroppsoppfatning og kroppsuttrykk. Det personlige selvet er oppbygd av ideal-selvet, det moralske selvet, selvaktelsen og selvkonsistensen (Hummelvoll, 2012). Det skal sees litt nærmere på noen aspekter av det totale selv bilde som er viktig i denne oppgaven.

2.10.1 Kroppsoppfatning

Dette aspektet er kontinuerlig, foranderlig helhet av bevisste og ubevisste informasjon som også angir følelser i forbindelse med egen kropp, dette medfører at kroppen er grunnleggende for egen identitet. Hvordan vi ser på eller vurderer egen kropp har stor innvirkning på vår selvoppfatning. Mange føler at det fysiske selvet skulle ha vært annerledes for å kunne være i samsvar med kroppsidealet, dette idealet påvirkes av holdninger, media og sosialt samvær. Når det fysiske selvet må endres i form av en permanent skade eller sykdom kan det oppstå depresjon (Hummelvoll, 2012).

2.10.2 Det moralske selvet

Dette er en funksjon som fungerer som en observatør, normsetter og det aspektet som sammenligner personene og vurderer hvem han er. Hos deprimerte vises det at disse sammenligningene og vurderingene er svært strenge. Dette gjør at personen føler skyld som følge av dommen over egne feil og mangler (Hummelvoll, 2012).

2.10.3 Selvaktelse

Dette forteller noe om individets oppfatning av egenverd. Denne selvaktelsen spiller en stor rolle på tankemønstre, emosjoner, lengsler, verdier og mål. Selvaktelsen stammer fra selvet og fra andre. Det er en funksjon som kommer av å være elsket og respektert av andre. Personer med dårlig selvaktelse kan være preget av angst og kan ha problemer med å omgås med andre (Hummelvoll, 2012).

Det har i dette kapitlet blitt forklart hva psykisk helse og psykisk lidelse innebærer samt forklart stemningslidelsen depresjon og dets grader. Videre ble opplevelsen og kjennetegnene på depresjon gjort rede for, og ut i fra dette ble to diagnostikksystemer forklart. Deretter oppgis tre forklaringsmodeller på depresjon og det forklares opplevelsen av depresjon for ungdom. Videre redegjøres fysisk aktivitet, generelle helseeffekter av fysisk aktivitet og nasjonale anbefalinger for å oppnå disse helseeffektene. Avslutningsvis forklares begrepet selvbilde og hvilke aspekter av selvbilde som tas hensyn til.

I det neste kapitlet skal det praktiske rundt metodevalg og hensikten med valg av metode forklares. Videre vil prosessen ved innhenting, vurdering og valg av litteratur redegjøres.

3. Metode.

Det å bruke en metode, som stammer av det greske ordet *methodos*, og betyr å bruke en fastsatt mal for å oppnå et mål (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Samfunnsvitenskapelig metode handler om måten man skal gå fram for å innhente informasjon fra den sosiale virkeligheten og hvordan denne informasjonen skal analyseres. Når vi observerer virkeligheten og registrerer den på en eller annen måte, er virkeligheten blitt data, av det latinske ordet *datum* som betyr noe som er gitt. Empiri er gjengivelse av virkeligheten som har sin bakgrunn i erfaring, ikke syensing (Johannessen et al. 2010).

3.1 Bakgrunn for valg av metode.

Da jeg valgte hvilke metode som var mest gunstig for min forskning måtte jeg overveie mulighetene og kjenne til begrensningene ved de valgene jeg hadde. «...valg innebærer ofte overveielser mellom det en anser som den ideelle fremgangsmåten, og det som er praktisk gjennomførbart» (Dalland, 2012, s. 114). Det overordnede målet var å svare tilfredsstillende på problemstillingen. Om jeg hadde valgt feil, eller ugunstig metode kunne det være fare for at undersøkelsen ble av dårligere kvalitet.

På grunn av de økonomiske og tidsmessige rammene jeg hadde som student, så jeg at det å utføre min egen forskning i feltet var svært lite gunstig. For en forskningsoppgave på bachelornivå kan det bli alt for omfattende å utføre egen undersøkelse på psykisk helse, selvfølelse og aktivitetsvaner da det kan oppstå vansker med å få tilstrekkelig med personer til delta på dette. Dette samt de kostnadsrelaterte og tidsmessige faktorene ved egne undersøkelser medfører komplikasjoner ved å velge en slik løsning. Etter å ha vurdert mulighetene mine for forskningsdesign, falt valget på litteraturstudie.

Litteraturstudie er et omfattende studie som tar for seg og tolker eksisterende forskning tilknyttet et tema (Aveyard, 2010). Man prøver å finne et svar ved å tolke, analysere og sammenligne relevant litteratur og deretter trekke ut essensen av det man har funnet slik at man får ny innsikt i det temaet man skal undersøke. Ved å sette sammen den kunnskapen man har tilegnet seg, og framstilt dette på en strukturert måte får man belyst det området man forsker på (Aveyard, 2010). I litteraturstudier brukes ikke noen bestemt metode, men du beskriver fremgangsmåten (Dalland, 2010). Det betyr at du må gjøre rede for valg av

litteratur. I denne sammenheng er kildekritikk et sentralt begrep, dette betyr å vurdere og overveie kvaliteten på den informasjonen man har funnet, dette i forhold til behov, uavhengig av medium (Høgskolen i Østfold, 2012). I den forbindelse er validiteten og reliabiliteten til kildene svært viktig, slik at konklusjonen gjenspeiler virkeligheten, og korrekt besvarer det spørsmålet man har stilt seg. Validiteten sier noe om gyldigheten eller relevansen (Larsen, 2007). Dette forteller om det er samsvar mellom det vi måler og det vi tror vi måler. Jo større validitet, desto større sammenheng mellom det fenomenet som undersøkes og den innsamlede dataen (Johannessen et al. 2010).

Reliabiliteten forteller hvor pålitelighet eller nøyaktig noe er (Larsen, 2007). Innen forskning omhandler dette hvilke data som brukes, hvordan den samles inn og hvordan den bearbeides (Johannessen et al. 2010). Ved en god reliabilitet skal en annen forsker kunne gjøre samme undersøkelse som deg og få de samme resultatene (Larsen, 2007).

3.2 Kildematerialet

3.2.1 Omfang.

Etter å ha gjort flere artikkelsøk på temaene fysisk aktivitet, depresjon og selvfølelse så jeg at det fantes mye relevant forskning. Dette kan hjelpe til med å bygge opp svarene som blir funnet i dette litteraturstudiet.

3.2.2 Utvalget.

Kriteriene for den forskningen som brukes i denne oppgaven er at den må være mest mulig reliabel og valid. Dette vil si forskning som tar for seg nøkkelbegrep i min problemstilling, at forfatteren/e er troverdig, materialet er objektivt, oppdatert og nøyaktig med støtte i eksisterende kilder (Høgskolen i Østfold, 2012).

3.3 Innholdsanalyse

3.3.1 Inkluderings og ekskluderingskriterier

For å finne god litteratur som vil bygge opp oppgaven måtte jeg velge ut artikler og teoribøker som var valide. Måten dette ble gjort på var å ta med inkluderings og ekskluderingskriterier da jeg valgte ut litteraturen. Dette er en prosess hvor man velger ut

hvilke teori man ønsker å ha med på bakgrunn av innholdet og relevansen til min problemstilling. Nedenfor er disse kriteriene listet opp.

Inkluderingskriterier:

- Omhandler fysisk aktivitet
- Omhandler selvfølelse
- Omhandler depresjon og depresjonssymptomer
- Omhandler ungdom og unge voksne
- Omhandler mental effekt av fysisk aktivitet
- Omhandler kombinasjoner av de allerede nevnte kriteriene.

Ekskluderingskriterier:

- Forskning på andre diagnoser enn depresjon
- Forskning på alvorlig depresjon
- Forskning på eldre personer
- Forskning fra ikke vestlige land

3.3.2 Plan for litteratursøk

Det første som ble gjort var å få en oversikt over hvilke ressurser man hadde til rådighet, dette vil si hvor man kunne innhente stoff. Biblioteket ved høyskolen i Hedmark har et rikelig utvalg av pensumlitteratur innenfor alle de aktuelle fagområdene som man kan benytte seg av.

3.3.3 Pensumlitteratur.

Bøker som er brukt mye i oppgaven er “Kropp og sinn” (2011) skrevet av legen og spesialist i psykiatri Egil W. Martinsen, “Helt – Ikke stykkvis og delt” skrevet av Jan Kåre Hummelvoll (2012) og “Aktivitetshåndboka” (Bahr, 2009). Disse bøkene tar for seg depresjon, fysisk aktivitet og hvordan fysisk aktivitet virker inn på sykdomsbildet for personer med depresjon.

3.3.4 Nettsider og databaser.

I tillegg til dette kan man via skolens nettverk søke på flere akademiske databaser hvor litteraturen er kvalitetssikret, det er hovedsakelig her det meste av forskning har blitt hentet. Det er også blitt hentet informasjon fra offentlige nettsider som Helsedirektoratet og

Helsebiblioteket. Det ble søkt i de engelskspråklige databaser «ScienceDirect» og «EBSCOhost».

3.3.5 Gjennomføring av litteratursøk og seleksjon av studier.

Da jeg skulle søke på artikler gikk jeg inn på høgskolen i Hedmark sin hjemmeside som har en bibliotekside hvor alle databasene er oppnevnt i en rubrikk. Fra denne siden valgte jeg de forskjellige databasene jeg ønsket å benytte. Da en database var valgt var det bare å skrive inn søkeord i søkefeltet. Jeg brukte følgende søkeord: “physical activity”, “depression”, “depression symptoms”, “mental health”, “self-worth”, “self-esteem”, “youth” og “young adults”. Jeg søkte på disse søkeordene enkeltvis og kombinert for å snevre inn. På de fleste søkeordene var det mange treff og jeg måtte lese artikkeloverskriften som første runde i seleksjonsprosessen, om tittelen virket lovende i forhold til min problemstilling leste jeg da abstraktet for å få en litt bredere innsikt av innhold og undersøke om artikkelen var relevant for min forskning. Ut fra abstraktet valgte jeg de artiklene jeg ønsket å lese gjennom før jeg tok det endelige valget om hvilke artikler som skulle brukes til oppgaven. Søkeord, antall treff og relevante artikler fra de forskjellige databasene er fremstilt i tabellen nedenfor.

Tabell 1, Søkehistorikk:

Søkeord:	EBSCOhost	Relevante:	ScienceDirect	Relevante:
Physical activity & mental health	6328	1	113,338	4
Physical activity & depressive symptoms	1172	4	78,777	6
Physical activity & self-worth	222	0	63,421	1
Depressive symptoms, physical activity & young adults	32	3	1668	4

3.3.6 Vurdering og utvelgelse

Etter å ha lest abstraktet til de relevante artiklene ble det skrevet ut 11 artikler som ble grundigere gjennomlest. Disse 11 ble valgt ut på grunnlag av at de inneholdt noen eller flere av inkluderingskriteriene slik som fysisk aktivitet, depresjon og selvfølelse i abstraktet. Ved et abstrakt som inneholdt disse kriteriene, virket artiklene svært aktuell ved første øyekast og var verdt å lese gjennom. Etter gjennomlesningen måtte jeg ekskludere de artiklene som viste seg å være for lite relevant med tanke på inkluderings- og ekskluderingskriteriene samt en tematikk som var for vag i forhold til min oppgave. Hovedgrunnet for ekskludering var at disse artiklene omhandlet andre diagnoser i tillegg til depresjon, slik som schizofreni, angst og bipolare lidelser og/eller omhandlet en annen aldersgruppe enn hva jeg tar for meg i min problemstilling. Andre grunner for ekskludering var at artiklene ikke sa noe om selvfølelsen eller depresjonssymptomene.

.

4. Resultat

I dette kapitlet skal det framlegges de mest sentrale funn gjort i dette litteraturstudiet. Dette er for å kartlegge hva som har kommet frem i forskning tilknyttet oppgavens problemstilling.

I en finsk kohortstudie av Suija et al. (2013), bestående av 5497 menn og kvinner født i 1966 og testet i 1997-1998, ble det undersøkt sammenhengen mellom fysisk form og depressive symptomer hos, daværende, unge voksne. På bakgrunn av testing av deltakernes fysiske form (aerob kapasitet, isometrisk håndgripsstyrke og isometrisk rygghevstest) samt en spørreundersøkelse som omhandlet fysisk aktivitet og depressive symptomer (Hopkins' Symptom Checklist-25), viste det seg at prevelansen av depressive symptomer var ca. 12% hos menn og ca. 17-18% hos kvinner. Videre viste studien at ca. 15% av de mannlige deltakerne og ca. 21% av de kvinnelige deltakerne i gruppen med dårligst resultat på rygghevstesten hadde depressive symptomer, mens kun 7-8% av deltakerne i gruppen med best resultat på rygghevstest hadde depressive symptomer. I tillegg var dårlig resultat på isometrisk håndgripsstyrke relatert til depressive symptomer hos menn, men ikke hos kvinner. Antall timer med fysisk aktivitet i uken var motsatt/omvendt relatert til depressive symptomer for begge kjønn. Kardiovaskulær form var ikke relatert til depressive symptomer for noen av kjønnene.

I et kohortstudie av 39 personer med forhøyet depressive symptomer, dvs. en minimumsscore som tilsvarende BDS > 10 jf. s. 13, ønsket White et al. (2009) å vurdere om fysisk aktivitetsmengde hadde en innvirkning på depresjonsgrad og potensielle mekanismer som selvfølelse (målt ved Global Self-Esteem Scale), fysisk selvoppfatning (målt ved The Physical Self-Perception Profile), mestringsstro (målt ved The Perceived Physical Ability subscale) og humør (målt ved The Positive Affect and Negative Affect Schedule). Under studiet var det et frafall av 15 personer. Depresjonsgrad og potensielle mekanismer ble målt ved utgangspunktet, etter tre uker og til slutt etter åtte uker. Det viste seg at deltakerne deltok i mer aktivitet enn de 60-90 minuttene i uken som de hadde fått som retningslinje. Videre viste studien en signifikant reduksjon i depresjon fra studiestart og til uke åtte, hvorav den største reduksjonen fant sted fra studiestart og til uke tre. I uke åtte var det en total nedgang i gjennomsnittlig BDS score fra 28.4 til 14.1 som tilsvarende en nedgang på ca. 50%. Det viste seg også en signifikant forbedring i de potensielle mekanismer. Faktoren selvfølelse hadde en økning fra 25.6 i utgangspunkt og til 34.7 i uke åtte, dette tilsvarende en forbedring på 35-

36%. Ved siste måling i uke åtte ble det funnet at 16 av 39 deltakere ikke lenger var klassifisert med mild, moderat eller alvorlig depresjon i følge BDS skala.

I et longitudinelt studie av Brunet et al. (2012), bestående av 1293 ungdom i alderen 12-13 år, ble sammenhengen mellom tidligere og nåværende fysisk aktivitet, deltakelse i lagsport og depressive symptomer i unge voksne undersøkt. Data ble innsamlet ved hjelp av et selvrapportert spørreskjema som ble utfylt hver tredje måned i alle fem skoleårene. Spørreskjemaet inkluderte mengde og type fysisk aktivitet i samtlige undersøkelser, i den siste undersøkelsen ble det inkludert spørsmål om depressive symptomer (The Major Depression Inventory). Det viste seg at tidligere deltakelse i idrett var positiv relatert med nåværende deltakelse i idrett hos unge voksne. Det ble funnet at deltakelse i lagsport var signifikant relatert til lavere forekomst av depressive symptomer i ung voksen alder, men det viste seg ingen relasjon mellom moderat til høy intensiv fysisk aktivitet i skoleårene og depressive symptomer i ung voksen alder.

I et norsk tverrsnittstudie av 2055 ungdom, hvorav 995 gutter og 1060 jenter, ville Haugen et al. (2011) undersøke påvirkningen av tilfredshet ved egen kropp, evaluering av eget utseende og selvpoppfattet atletisk kompetanse i forhold til fysisk aktivitet og globalt selvbilde. Innsamling av data ble utført i skoletiden, dette ved hjelp av et selvrapportert spørreskjema som inkluderte mengde og type fysisk aktivitet (organisert og/eller uorganisert), selvpoppfattet atletisk kompetanse (målt ved The Athletic Competence subscale), globalt selvbilde (målt ved Global Self-Worth subscale) og tilfredshet ved egen kropp (målt ved The Body Areas Satisfaction Scale). Det ble funnet at mengde fysisk aktivitet, større tilfredshet ved egen kropp, bedre evaluering av eget utseende og bedre selvpoppfattet atletisk kompetanse var positivt relatert til globalt selvbilde. Studien viste også at ungdom som var klassifisert i gruppen «ikke aktiv», var signifikant mindre tilfreds med seg selv i forhold til ungdom som deltok i organisert eller uorganisert aktivitet. Videre viste studien at gruppen «kun organisert aktivitet» scoret høyere enn «kun uorganisert aktivitet» når det gjaldt tilfredshet med egen kropp og utseende evaluering. Det ble funnet at gruppen «kun uorganisert aktivitet» scoret høyere enn ungdom i gruppen «ikke aktiv» da det gjaldt globalt selvbilde. Det viste seg i denne studien at gutter i gjennomsnitt rapporterer en bedre selvfølelse og deltok oftere i fysisk aktivitet.

I en sekundærdata analyse av et selvrapportert skjema ønsket McPhie & Rawana (2012) å teste hypotesen om at det omvendte forholdet mellom fysisk aktivitet og depressive

symptomer ville bli påvirket av faktoren selvfølelse i både tidlig og sen ungdomsalder. Utvalget besto av 2109 jenter og 2095 gutter i tidlig ungdomsalder (gjennomsnittsalder 14.7 år) og i sen ungdomsalder (gjennomsnittsalder 16.2). Skjemaet etterspurte depressive symptomer (målt ved The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale), selvfølelse (målt ved The Self-Esteem Scale) samt mengde og type fysisk aktivitet. Studien viste at det ikke var en sammenheng mellom fysisk aktivitet og redusert depressive symptomer for gutter i tidlig ungdomsalder da faktoren selvfølelse ble inkludert, dette gjaldt også gutter og jenter i sen ungdomsalder. Derimot for jenter i tidlig ungdomsalder var det ingen sammenheng mellom fysisk aktivitet og depressive symptomer selv uten å inkludere faktoren selvfølelse. Det viste seg i denne studien at jenter generelt rapporterte oftere at de hadde depressive symptomer, en lavere selvfølelse og deltok mindre i fysisk aktivitet i forhold til guttene i begge aldersgruppene.

5. Diskusjon

Hensikten med denne diskusjonen vil være å komme frem til om fysisk aktivitet kan påvirke selvbilde og depresjonssymptomer, og hvordan forskjellige faktorer spiller inn på dette.

Diskusjonen tar utgangspunkt i innhentet kildemateriale som har blitt benyttet i teoridelen, funnene fra resultatkapitlet vil også bli drøftet i lys av egne vurderinger.

Det har i denne oppgaven kommet frem flere forhold som spiller inn på depresjonssymptomer og faktorer som påvirker selvfølelse, fremstilt i resultatene, hos ungdom og ung voksne. Disse faktorene og forholdene er sammensatte og er alle med på å påvirke både de depressive symptomene samt selvfølelsen.

I studien til Suija et al. (2013) ble det funnet en sammenheng mellom fysisk form målt av en isometrisk rygghevstest og større forekomst av depressive symptomer hos deltakergruppen med svakest/dårligst resultat. Videre viser denne studien at for menn er en svakere håndgripsstyrke forbundet med depressive symptomer. Disse resultatene viser til likheter med studien utført av White et al. (2009) hvor det ble påvist en halvering i depressive symptomer etter kun kort tid, dette ved å øke mengden fysisk aktivitet. Samtidig med denne reduksjonen av depressive symptomer, ble også selvfølelsen og humøret forbedret etter kun tre uker, med en videre forbedring etter åtte uker. Når man studerer disse resultatene kan man trekke en sammenheng mellom fysisk aktivitet og forbedret mental og fysisk helse. Det vises også til at forbedringer skjer etter svært kort tid, dette bare ved å øke det fysiske aktivitetsnivået i en moderat mengde, eksempelvis i lys av helsedirektoratets (2011) sine anbefalinger. Dette er en svært interessant faktor da dette er en indikator på at fysisk aktivitet kan påvirke depresjonssymptomene i en positiv retning ved å redusere disse. Videre kan det tenkes at personer som lider av depresjon kan bli oppmuntret til fysisk aktivitet da det vises til et dose-responsforhold i helsegevinstene av aktivitet, og at disse kan bli oppnådd etter kun kort tid. Suija et al. (2013) spekulerer i hvorvidt mangel på fysisk aktivitet er en årsak og/eller konsekvens av depresjon, dette er en viktig spekulasjon da mangel på fysisk aktivitet kan forhindre en i å oppnå helsegevinstene, eksempelvis bedret søvn, forbedret funksjonsevne, takling av stress og bedret selvfølelse (Martinsen, 2011). Dette kan tenkes å virke inn på utviklingen av depresjon, men samtidig kan depresjon forhindre fysisk aktivitet da personer med denne lidelsen ofte rapporterer tristhet, pessimisme, kraftløs og matt kropp (Hummelvoll, 2012). På grunn av disse faktorene kan det

være vanskelig å utføre fysisk aktivitet. For å bryte ned barrieren, som fysisk aktivitet kan være for personer med depresjon, kan det være viktig å informere om at all form for fysisk aktivitet, ifølge definisjonen til Shephard & Balady (1999), kan være med på å redusere depressive symptomer om de nasjonale aktivitetsanbefalingene (Helsedirektoratet, 2011) følges. Dette betyr at deprimerte personer kan velge en aktivitetsform de finner fornøylig og dermed kanskje lettere får oppleve en reduksjon av depressive symptomer.

Brunet et al. (2012) kunne se i deres studie at tidligere og nåværende deltakelse i lagidrett hadde en signifikant sammenheng med redusert depressive symptomer i ung voksen alder. De kunne ikke finne en signifikant sammenheng mellom moderat til høy intensiv fysisk aktivitet i skoleårene og depressive symptomer i ung voksen alder. Lignende resultater ble kartlagt da Haugen et al. (2011) fant ut i deres studie at rapportert aktivitetsmengde var relatert til grad av tilfredshet ved egen kropp og selvevaluert utseende. Videre viste det seg i dette studiet at organisert aktivitet påvirket globalt selvbilde i større grad en uorganisert aktivitet, men generelt sett gav fysisk aktivitet en bedre selvfølelse og bedre vurdering av selvet i forhold til de som var innaktiv. Forskjellen mellom organisert og uorganisert fysisk aktivitet er svært interessant å studere, da man skulle tro at all fysisk aktivitet ville ha den samme effekten om intensiteten var den samme om man følger Shephard & Balady sin definisjon (1999). Det kan være flere forklaringer på denne forskjellen, men det er naturlig å se på sammenhengen av konteksten av fysisk aktivitet. Organisert fysisk aktivitet har en hensikt, et mål og en mening, samtidig som den ledes av en eller flere voksne personer. Dette kan spille en viktig rolle omkring motivasjon og oppmuntring da det å føle samhold og tilhørighet til en gruppe kan ha en innvirkning ved å redusere følelsen av verdiløshet og lav selvtillit, hos ungdom (Snoek, 2002). Videre er det mulig å trekke en sammenheng til dette da en person med depresjon kan trenge en ytre bekreftelse av seg selv fordi han/hun negativt vurderer seg selv, eller forventer et negativt resultat av situasjonen (Hummelvoll, 2012). Derfor kan det være gunstig å delta i denne type fysisk aktivitet da det normalt sett kan være en inkluderende, oppmuntrende og lagbyggende atmosfære i organisert idrett for ungdom. Selv om det var en forskjell på organisert og uorganisert fysisk aktivitet, viste det seg at det var en positiv sammenheng mellom generell fysisk aktivitet, en høyere tilfredshet av egen kropp og bedret fysisk selvfølelse. Viktigheten av dette kommer til uttrykk i Hummelvolls (2012) beskrivelse av at kroppsoppfatning og kroppsuttrykk er en sentral faktor for utviklingen av identiteten til mennesket. Med utgangspunkt i dette kan det derfor være mulig å trekke en sammenheng mellom fysisk aktivitet og et forbedret globalt selvbilde.

Viktigheten av selvfølelsen ble tydeliggjort i studiet av McPhie & Rawana (2012) der det ble funnet at det ikke var noen sammenheng mellom fysisk aktivitet og reduksjon i depressive symptomer da selvfølelse ble inkludert som en faktor, dette gjaldt for gutter i tidlig og sen ungdomsalder, samt jenter i sen ungdomsalder. For jenter i tidlig ungdomsalder var det ingen sammenheng mellom fysisk aktivitet og reduksjon i depressive symptomer selv uten inkludering av faktoren selvfølelse. Dette viste til at det var faktoren selvfølelse som medførte reduksjonen i depressive symptomer, men det var fysisk aktivitet som påvirket selvfølelsen. Det synes å være en likhet i hva som ble funnet i denne forskningen og forskningen gjort av Haugen et al. (2011) hvor begge studiene sier at jenter oftere rapporterer depressive symptomer, en lavere selvfølelse og deltar mindre i fysisk aktivitet i forhold til guttene samme alder. Ved å se på hva som tidligere har blitt kartlagt i dette diskusjonskapitlet omhandlende fysisk aktivitet, og i lys av hva det Martinsen (2011) sier i sin litteratur, er det flere studier som viser til at fysisk aktivitet er med på å øke fysisk egenverd og andre sentrale selvoppfatninger som eksempelvis kroppsbilde. Ekeland forteller at fysisk aktivitet påvirker for det meste den fysiske selvoppfatningen, men dette er et viktig aspekt ved den helhetlige selvfølelsen (referert i Martinsen, 2011, s. 60). Dette er en ganske naturlig effekt av fysisk aktivitet, da et regelmessig aktivt menneske kanskje kan oppnå fysiologiske helsegevinster som tilsier at kroppssammensetningen kan bli forbedret. Dette kan medføre at en person kan få et kroppstrykk som er i henhold til det som oppfattes som kroppsidealet i dagens samfunn.

Med bakgrunn i resultatene i denne oppgaven vises det også til forskjellig vektning mellom kjønnene hvorav unge menn i større grad enn unge kvinner vektlegger fysisk/atletisk kompetanse, eksempelvis isometrisk håndstyrketest (Suija et al. 2013), mens unge kvinner vektlegger i en høyere grad selvoppfattet fysisk attraktivitet opp mot det som anses å være kroppsidealet, og dette relaterte sterkere for dem når det gjaldt globalt selvbilde (Haugen et al. 2011). Felles for kjønnene er viktigheten av den følelse som fysisk aktivitet gir og at et forbedret fysisk selvbilde/egenverd er med på å positivt forsterke det globale selvbildet. Dette kommer godt frem i Haugen et al. (2011) og McPhie & Rawana (2012) sine resultater som trekker en klar sammenheng mellom mengde aktivitet og rapportert selvfølelse. Her viser de til at gutter generelt sett føler bedre om seg selv enn hva jenter gjør, dette kan være relatert til de hormonelle forskjellene mellom kjønnene i denne alderen, men det er naturlig å anta at mengden fysisk aktivitet kan spille den største rollen.

Videre vises det i McPhie & Rawana (2012) sin studie at selvfølelsen spiller en sentral rolle i forhold til opplevelsen av depressive symptomer da en forbedret selvfølelse vil kunne gjøre en person bedret rustet til å møte hverdagen og andre mennesker. Bakgrunnen til dette kan ligge i at selvfølelsen er en sammensatt og enkeltstående faktor som i seg selv påvirker en persons sinnstilstand og generell mental helse. Da verdens helseorganisasjon (2013) legger tyngde på velvære og evne til å takle stress, som er relatert til selvfølelse og selvtillit (Hummelvoll 2012), i sin definisjon av mental helse, tydeliggjøres viktigheten selvfølelsen har for den mentale helsen. Selv om selvfølelse kan stå som en egen faktor i forhold til påvirkningen av depresjon, sier McPhie & Rawana (2012) at fysisk aktivitet er med på å forsterke selvfølelsen. På bakgrunn av dette, og analysene av resultatene fra de utvalgte artiklene kan man anta at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt, og dermed virke forebyggende mot depressive symptomer.

Det vises til begrensninger av denne oppgaven da man ikke alltid kan generalisere resultatene funnet i artiklene. Jeg ønsker å vise til at enkelte studier kanskje hadde et begrenset utvalg av kandidater, herav White et al. (2009), hvor det også var et stort frafall. Trolig vil det blitt vist til lignende resultater ved et lignende kohortstudie med større utvalg. Videre baserer mange av artiklene seg på selvrapportert skjema som kan medføre begrensninger da deltakerne kan misstolke/missforstå spørsmålene, det kan også være en fare med at deltakerne ikke svarer genuint på spørsmålene. På den andre siden var utvalget i disse studiene stort, og derfor kan faren for feilkilder bli lavere enn om utvalget var mindre. I forskningen til McPhie og Rawana (2012) vises det til at dette var den første studien til å undersøke de forholdene i deres problemstilling.

6. Konklusjon

I lys av sammenfattet resultat kommer det frem at ungdom og unge voksne som regelmessig deltar i fysisk aktivitet ikke har en tendens til å rapportere depressive symptomer, de later også til å være mer fornøyd med det fysiske selvet og har bedre selvoppfatning. Disse er viktige faktorer som påvirker selvfølelsen i stor grad. På bakgrunn av dette vil regelmessig fysisk aktivitet kunne forbedre selvfølelsen, som igjen vil kunne redusere depresjonssymptomene hos ungdom og unge voksne.

Det er i dag for lite forskning som studerer innvirkningen og betydningen som selvfølelsen har for den mentale helsen. Dette er et veldig interessant tema som bør få mer oppmerksomhet videre. Det kan gjøres longitudinelle studier som tar for seg langtidseffekten av bedret selvfølelse og hvordan dette påvirker den mentale helsen. Videre kan det være interessant å finne ut hvilke treningsformer eller idretter som påvirker selvfølelsen i størst grad.

Litteraturliste

All-on-Depression-Help.com. (2009). *Beck Depression Scale or Inventory*. Lokalisert på <http://www.all-on-depression-help.com/beck-depression-scale.html>

Aveyard, H. (2010) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (2 utg.). Berkshire: Open University Press

Brunet, J., Sabiston, C. M., Chaiton, M., Barnett, T. A., O'Loughlin, E., Low N. C. P. & O'Loughlin, J. L. (2012). The association between past and current physical activity and depressive symptoms in young adults: a 10-year prospective study. *Annals of Epidemiology*. 23(1) 25-30.

Dahl, S. (2007). Triste kvinner, tøffe menn – om kjønn og psykisk helse. I B. Schei & L. S. Bakketeig (Red.). *Kvinner lider – menn dør*. (1. utg., s. 163-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fastlegen.no. (2014). *Ung voksen alder*. Lokalisert på <http://www.fastlegen.no/livets-faser-og-situasjoner/livets-faser/ung-voksen-alder>

Formi. (2013). *Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)*. Lokalisert 09.04.2013 på http://www.formi.no/helsepersonell/mer/psykologiske_skjema/

Hansen, T. & Slagsvold, B. (2011). Alder. I S. Næss, J. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet, forskning om det gode liv* (s. 137-150). Bergen: Fagbokforlag.

Haugen, T., Säfvenbom, R. & Ommundsen, Y. (2011). Physical activity and global self-worth: The role of physical self-esteem indices and gender. *Mental Health and Physical Activity*. 4(2), 49-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.07.001>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/14/3/3.html?id=328758>

Helsebiblioteket. (2014). *Depresjon hos voksne*. Lokalisert 7.3.2014 på: <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/depresjon-hos-voksne>

Helsedirektoratet. (2011). *Anbefalinger fysisk aktivitet og stillesitting*. Lokalisert 7.3.2014. på: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx>

Henriksson, J. & Sundberg C.J. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 8-36). Oslo: helsedirektoratet.

Høgskolen i Østfold. (2012). *Kildekritikk*. Lokalisert på <http://www.hiof.no/nor/biblioteket/hvordan-skrive-oppgave/kildekritikk&PHPSESSID=obrqrsmj8t035qr6f69vi2j2>

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – Ikke stykkvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag

Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, J. & Andersson, E. (2008). Depresjon. I Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 275-284). Oslo: helsedirektoratet.

Krüger, M. B., Lund, A., Skarstein, J., & Stubhaug, B. (2000). *Depresjonshåndboka*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Larsen, A., K. (2007). *En enklere metode*. Bergen: Fagbokforlag

Malt, U.F. (2000). Klassifikasjon og diagnose av stemningslidelser. I M.B. Krüger, A. Lund, J. Skarstein & B. Stubhaug (Red.), *Depresjonshåndboka* (s. 13 – 32). Oslo: Gyldendal Akademisk

McPhie, M. L. & Rawana, J. S. (2011). Unravelling the relationship between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: A mediation analysis. *Mental Health and Physical Activity*. 5(1), 43-49.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.03.003>

Ommundsen, Y. (2000). Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(29), 3573-3577. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/226922>

-
- Shephard, R. J. & Balady, G. J. (1999). Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation*, 99(99), 963-972. <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.99.7.963>
- Skårderud, F., Stänicke, E. & Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: Kunnskap, Forståelse, utfordringer*. (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Snoek, j. E. (2002). *Ungdomspsykiatri*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Store Norske Leksikon. (2013). *Ungdom*. Lokalisert på: <http://snl.no/.versionview/511074>
- Suija, K., Timonen, M., Suviola, M., Jokelainen, J., Järvelin, M-R. & Tammelin, T. (2013). The association between physical fitness and depressive symptoms among young adults: results of the Northern Finland 1966 birth cohort study. *BMC Public Health*, 13(1) 1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-535>
- White, K., Kendrick, T. & Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*. 2(1), 44-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.03.001>
- World Health Organization. (2010). *What is Moderate-intensity and Vigorous-intensity Physical Activity?* Lokalisert på http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/en/
- World Health Organization. (2013). *Mental health: a state of well-being*. Lokalisert på http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/