



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Trude Kjelgren

Bacheloroppgave

Depresjon hos unge pasienter – kan fysisk aktivitet være en god behandlingsmetode?

Depression in young patients – may physical activity be a good method of
treatment?

BFOA11

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Forord

Denne bacheloroppgaven er avsluttende del av et tre års langt studie i Folkehelse. Det har vært tre lærerike år med mange inspirerende forelesere og hyggelige medstudenter.

Jeg vil først få takke Knut Skulberg som har vært en meget god veileder. Han har gitt meg mange gode råd og oppmuntringer på veien. Så må jeg få takk Hanne, min gode venninne! Hennes hjelp og motivasjon er jeg evig takknemlig for. Så til slutt en takk til mine medstudenter som jeg har hatt mange fine kaffepauser med, gode samtaler og inspirasjon igjennom disse tre årene.

Sammendrag

Forfatter: Trude Kjelgren

Tittel: Depresjon hos unge pasienter – kan fysisk aktivitet være en god behandlingsmetode?

Problemstilling: ”I hvilken grad endrer fysisk aktivitet sykdomsopplevelsen hos unge pasienter med depresjon, og hvordan kan jeg som folkehelsearbeider tilrettelegge for fysisk aktivitet hos unge pasienter innlagt ved psykiatrisk sykehus?”

Metode: Litteraturstudie

Resultat: Vitenskapelige studier viser at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt hos unge pasienter med depresjon, men den vitenskapelige forskningen er ikke sikker enda. Ved en total utredning bør fysisk aktivitet brukes som en behandlingsmetode ved depresjon hos unge pasienter.

Nøkkelord: Fysisk aktivitet, ungdom, depresjon, psykiatrisk sykehus.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 <i>Definisjon av roller</i>	4
1.2 <i>Teori</i>	5
1.2.1 Psykisk helse	5
1.2.2 Depresjon	5
1.2.3 Diagnostiske kriterier for depresjon	6
1.2.4 Årsaker til depresjon	7
1.2.5 Forekomst av depresjon	7
1.2.6 Symptomer ved depresjon	8
1.2.7 Behandling av depresjon	9
1.2.8 Fysisk aktivitet	11
1.2.9 Fysiske sykdommer og psykisk helse	13
1.2.10 Økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser	14
1.2.11 Empowerment	14
1.3 <i>Problemstilling</i>	14
2. Metode	15
2.1 Metodevalg	15
2.1.1 Kvalitativ kontra kvantitativ metode	16
2.2 Valg og bruk av kildemateriell/kildevurdering	16
2.3 Datasamlingsprosessen	16
2.3.1 Anvendt og forkastet fag- og forskningslitteratur	17
3. Resultater	19
4. Diskusjon	23
4.1 Metodediskusjon	23
4.2 Resultatdiskusjon	24
4.3 Folkehelsearbeid og fysisk aktivitet	25
5.0 Konklusjon	29
Litteraturliste	30
Vedlegg:	34

1. Innledning

Helsegevinsten og den positive effekten av fysisk aktivitet er noe vi hører om til daglig. Både gjennom media og i sosiale sammenhenger har det å være fysisk aktiv fått stor oppmerksomhet. De aller fleste av oss er klar over hvilken effekt fysisk aktivitet og trening har på den fysiske helsa vår, men ikke alle er klar over at det også er godt dokumentert at det har god effekt på vår psykiske helse. ”Fysisk aktivitet har positiv effekt ved depresjon både for å hindre depresjonsepisoder og for å behandle dem, så vel akutt som på lengre sikt” (Kjellmann, Martinsen, Taube og Andersson, 2008, s. 275). Men kan fysisk aktivitet gjøre oss friskere om vi allerede lider av en depresjon? Kan sykdomsopplevelsen bedres ved å trene?

Med dette i tankene, ønsket jeg å skrive en oppgave som ser på effekten av fysisk aktivitet hos ungdom med depresjonslidelser. Jeg valgte også å ha fokus på folkehelsearbeiderens rolle i tilrettelegging for og gjennomføring av fysisk aktivitet til ungdom innlagt med depresjonslidelser i psykiatrisk sykehus.

Oppgavens oppbygning

I dette første kapitlet har jeg satt rammer for hva oppgaven skal handle om. Jeg vil belyse aktuell teori og deretter presentere problemstillingen. Kapittel 2 er et metodekapittel hvor jeg viser hvilken litteratur jeg har brukt og hvordan jeg fant denne. Resultater fra anvendt forskning presenterer jeg i kapittel 3. Kapittel 4 inneholder en drøfting av tidligere presentert teori opp mot problemstillingen, og gjør rede for aktuelle tiltak. Til slutt i oppgaven kommer konklusjonen i kapittel 5.

1.1 Definisjon av roller

Hvem er pasienten?

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle ungdom som er innlagt i psykiatrisk sykehus. Dermed brukes betegnelsen *pasient* bevisst i stedet for *bruker*. Begrepet *ungdom* beskriver en periode i et menneskes liv. Det kan være vanskelig å avgrense når ungdomstiden starter og slutter. Jeg har valgt å avgrense begrepet til pasienter mellom 14 og

18 år. På denne måten kan jeg tilpasse tiltak til en mer homogen pasientgruppe, både motorisk og kognitivt, selv om det selvsagt også er individuelle forskjeller.

Jeg er klar over at det veldig ofte er et sammensatt sykdomsbilde hos disse pasientene. Jeg har likevel, på grunn av oppgavens størrelse, valgt å utelukkende konsentrere meg om depresjonslidelsen og de depressive symptomene.

Folkehelsearbeideren

I denne oppgaven er folkehelsearbeideren ansatt som miljøterapeut på en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Han/hun jobber primært med målrettet helsefremmende arbeid.

1.2 Teori

I dette kapitlet vil jeg ta for meg aktuell teori rundt depresjon og fysisk aktivitet. Jeg vil basere teorien på relevant litteratur og bruke resultater fra undersøkelser der jeg kan knytte det opp mot barn og unge og dermed gi et grunnlag for å besvare problemstillingen i oppgaven.

1.2.1 Psykisk helse

Psykisk helse handler om våre følelser som glede, begeistring, lyst, frykt, skam og raseri, hva vi tenker og hvordan vi forholder oss til andre mennesker, sett i sammenheng med vår historie, kultur, geografi og politiske ståsted. Alle erfaringer fra dette utgjør summen av vårt psykiske liv. Følelser er en del av vår biologi og er der fra vår aller første dag. Psykiske lidelser har blitt en folkesykdom. I løpet av livet vil omtrent halvparten av oss få en psykisk lidelse, og til enhver tid vil én av tre ha behov for behandling for sine psykiske plager. Med andre ord vil dette bety at alle vi mennesker vil komme i berøring av dette, enten det er ved at et familiemedlem blir rammet, en venn eller deg selv (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010 og Martinsen, 2011).

1.2.2 Depresjon

Ordet depresjon er latinsk og betyr *nedtrykking*, som igjen kan stå for et syndrom, en sinnsstemning eller være betegnelse på en gruppe sykdommer. Depresjonssykdommene, som også blir kalt affektive lidelser eller stemningslidelser, kan deles inn i to grupper; *bipolar*

lidelse og *unipolar depresjon*. Bipolar lidelse, som tidligere ble omtalt som manisk – depressiv sinnslidelse, er en relativt sjelden lidelse som rammer 1% av befolkningen. Dette er en tilstand hvor sykdomsfasen mellom depresjon og oppstemthet varierer. Mer utbredt er den unipolare depresjonen, den rene depresjonslidelsen. Hele 20% av befolkningen i Norge blir rammet av denne i løpet av livet (Hummelvoll, 2012 og Martinsen, 2011).

1.2.3 Diagnostiske kriterier for depresjon

For at man skal få diagnosen depresjon, må man se på alvorlighetsgraden av symptomene og om de overskrider den kliniske terskelen. Et av kriteriene er at symptomene må ha vært tilstede konstant i minst 14 dager (Schlüter, & Søndergaard, 2009). Det finnes flere diagnostiske målesystemer for å kartlegge depresjonsdybden hvor et av de er DSM – IV.

DSM – IV

DSM – IV er et globalt anvendt diagnostisk målesystem. Depresjon karakteriseres av følgende kriterier, der minst fem av disse oppramsende symptomene må være daglig tilstede i en toukersperiode. Minst ett av symptomene 1) *nedstemthet* eller 2) *reduisert interesse* må foreligge.

1. Så å si daglig nedstemt, mesteparten av dagen. Personen føler tristhet og tomhet. Dette kan bekreftes av andre.
2. Tydelig redusert interesse og glede av alle/nesten alle aktiviteter. Dette kan bekreftes av andre.
3. Mindre eller økt appetitt daglig. Betydelig vektreduksjon, uten at man slanker seg, eller vektøkning.
4. Søvnforstyrrelser som tilsier for lite eller for mye søvn hver natt.
5. Ikke en subjektiv opplevelse av rastløshet eller treghet, men en psykomotorisk agitasjon eller hemming så godt som daglig. Kan observeres av omgivelsene.
6. Daglig mangel på energi og følelse av svakhet.
7. Daglig følelse av verdiløshet og/eller skyldfølelse som er overdreven eller ubetinget.
8. Daglig redusert tanke – eller konsentrasjonsevne eller besluttsomhet. Kan bekreftes av andre.
9. Tanker om døden (ikke bare frykt for å dø) er stadig tilbakevendende. Tankene kan være uten en spesiell plan, eller en foretatt planlegging av selvmord.

(Kjellman et al., 2008).

1.2.4 Årsaker til depresjon

Det kan være mange årsaker til depresjon, flere årsaker kan også samvirke til å utløse depresjonen. Avgjørende faktorer for at man utvikler en depresjon kan være arv og miljø. Risikoen for å utvikle depresjon kan være større om man har noen i familien som har depresjoner (Hummelvoll, 2012). En sier ofte at de med arvelig belastning er individer med økt risiko for å utvikle en depresjon. Det å oppleve separasjoner i barndommen, miste noen som står en nær, erfare vanskelige situasjoner, psykiske traumer og krenkelser kan også være viktige faktorer for forekomst av depresjon på hendelsestidspunktet, eller senere i livet (Kjellmann et al., 2008). Belastninger senere i livet vil dermed kunne utløse depresjoner hos individer som har arvelige øket risiko.

Nyere forskning innen arv og miljø har fokusert på epigenetikk. Dette er forskning som viser at genene kan bli «skrudd av og på» ved forskjellige påvirkninger fra miljøet. Dette forklarer samspill mellom arv og miljø. Det er også vist at «påskrudde» eller «avskrudde» gener kan arves til neste generasjon (Martinsen, 2011).

1.2.5 Forekomst av depresjon

Depresjon er i dag en vanlig lidelse, og forekomsten øker. Verdens helseorganisasjon, WHO, rangerte i år 2000 depresjonssykdommer som det fjerde største helseproblemet i verden. Hos mennene ligger depresjon på en sjuendeplass til den største årsaken til sykdom, mens den hos kvinner er helt oppe på en fjerdeplass (Kjellmann et al., 2008). Det er med andre ord noen variabler innenfor sykdomstilfeller og kjønn, men også med tanke på alder. I de neste underkapitlene vil jeg presentere en oversikt over forekomsten av depresjon relatert til alder og kjønn.

Alder

Depresjonssykdommene kan ramme alle og i alle aldersgrupper. Antallet av barn og unge som blir rammet av depresjon øker (Martinsen, 2011). I følge folkehelseinstituttet (2008) har ca. 15 – 20 % av alle barn mellom 3 og 18 år i Norge en psykisk lidelse som går ut over deres funksjonsnivå. Om lag 70 000 av disse vil ha så alvorlige symptomer at de tilfredsstillt kravene til en psykiatrisk diagnose hvor de aller fleste trenger behandling. Og

det er depresjon som er den mest utbredte lidelsen blant barn og unge (Folkehelseinstituttet, 2010a og 2010b). Små barn vil ofte framvise fysiske plager som magesmerter eller hodepine, mens ungdom har symptomer som nedstemthet, depresjon og hodepine (Skyberg & Skulberg, 1999).

Kjønn

Gutter og jenter har ofte ulike typer av psykiske problemer. Hos små barn er forekomsten jevn mellom gutter og jenter, men dette endrer seg i seksårsalderen. I alderen seks til 12 år, utgjør guttene en tredjedel av de med psykiatrisk diagnose, med ADHD, konsentrasjonsproblemer og atferdsforstyrrelser som de vanligste lidelsene (Folkehelseinstituttet, 2010a og 2010b). De viser mer irritasjon og blir mer kritiske. Hos jentene er det angst og depresjon som er hyppigst forekommende, hvor to av tre blir rammet fra tolvårsalderen og oppover (Folkehelseinstituttet, 2010a og 2010b). Jentene trekker seg mer tilbake og føler seg nedstemt. Noen felles trekk man kan se hos ungdom med depresjon er at de kan dekke over sin lidelse med temperamentutbrudd, rusmidler, rømmingsforsøk og aggresjon (Lønne, 2008).

1.2.6 Symptomer ved depresjon

Psykiske symptomer

De mest fremtredende symptomene på depresjon er pessimisme, tristhet og lav selvværd. Samtidig med dette kommer nedsatt energi, både fysisk og psykisk, så det å gjennomføre daglige gjøremål blir veldig vanskelig (Hummelvoll, 2012). Depresjon kan hos barn og unge uttrykke seg gjennom irritabelt humør istedenfor tristhet (Folkehelseinstituttet, 2010a og 2010b).

Følelse av håpløshet og at en overveldes av utslitthet gjør at det blir vanskelig å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen (Hummelvoll, 2012). Evnen til å glede seg og finne interesse for ting man tidligere fant interesse for, men også for nye ting, reduseres. Det blir krevende å ta beslutninger, vanskelig å konsentrere seg og tanken om seg selv, fremtiden og omgivelsene rundt blir betraktet som negativ og vanskelig (Martinsen, 2011). For noen vil håpløsheten og opplevelsen av meningsløshet ta over og man får tanker om å ta sitt eget liv og at det er det beste for alle rundt en (Lønne, 2008).

Fysiske symptomer

Sammen med disse psykiske symptomene kommer også kroppslige symptomer som nedsatt appetitt. Enkelte ønsker ikke å spise, maten smaker ikke det samme som før og noen blir uvel og kvalm ved inntak av mat. Dette kan føre til at man går markant ned i vekt (Hummelvoll, 2012). For noen vil det være det motsatte. Man kan få økt appetitt eller behov for å fylle den tomheten man føler ved inntak av mat. Dette kan medføre at man går mye opp i vekt (Martinsen, 2011). Mange opplever også at fordøyelsen blir dårligere og man kan få forstoppelse (Lønne, 2008).

Søvnforstyrrelser er også et symptom som er veldig vanlig. Mange vil ha problemer med å sovne på grunn av en sterk uro og følelse av rastløshet i kroppen. Enkelte er sterkt plaget av mareritt og noen har en urolig søvn med mange oppvåkninger i løpet av en natt (Hummelvoll, 2012). Mange våkner veldig tidlig om morgenen og får ikke sove igjen. Selv om et vanlig symptom på depresjon er tretthet, vil dette ikke gjøre at man likevel får sove (Martinsen, 2011).

Andre kroppslige plager som magesmerter, ryggplager, hodepine, problemer med å svelge og tørrhet i munnen kan være årsaken til at man oppsøker lege. I noen tilfeller kan da disse plagene føre til at man overser den underliggende depresjonen og heller behandler de konkrete plagene (Hummelvoll, 2012).

1.2.7 Behandling av depresjon

Det finnes flere forskjellige måter som blir brukt i behandlingen av en depresjon. Dette er medisinsk behandling, psykologisk behandling og behandling med fysisk aktivitet. De tre behandlingsmåtene kan brukes alene eller i forskjellige kombinasjoner. Helsedirektoratet har ikke gitt noen retningslinjer for hvilken type behandling som barn og unge med depresjon skal få (Helsedirektoratet, 2013). Ved depresjon er det medisinsk og psykologisk behandling som er de mest vanlige behandlingsmetodene (Martinsen, 2011).

Medisinsk behandling

Siden midten av 1950-tallet har antidepressive medikamenter vært tilgjengelig, og virkningen av disse har blitt godt dokumentert (Martinsen, 2011). Disse medikamentene har ikke vist like god effekt ved mild depresjon, så de brukes primært ved moderat til alvorlig depresjon (Schlüter & Søndergaard, 2009). Hensikten med antidepressiver er å heve stemningsleiet hos deprimerte mennesker. Antidepressive medikamenter har en

energigivende effekt, som også øker mengden av de viktige signalstoffene serotonin og noradrenalin i hjernen. Serotonin har blant annet betydning for stemningsleie og humør, samt kontroll av spising, våkenhet, smerteopplevelse og søvn. Disse medikamentene kan gi noen bivirkninger som søvnighet, vektøkning, forvirringstilstander og ulike kroppslige plager som uklart syn, blodtrykksfall, munntørrehet og hjerterytmeforstyrrelse (Håkonsen, 2009 og Kjellmann et al., 2008).

Psykologisk behandling: Interpersonlig psykoterapi og kognitiv adferdsterapi

Interpersonlig psykoterapi og kognitiv adferdsterapi er to relativt nye terapiformer som er godt vitenskapelig dokumentert innenfor samtalerterapi i den psykologiske behandlingen (Kjellmann et al., 2008). Disse metodene har vist seg å ha samme effekt som antidepressive medikamenter på personer med mild til moderat depresjon (Kruger, et al., 2000).

I kognitiv adferdsterapi, som kan brukes både som individuell terapi og gruppeterapi, har man 10 til 25 timer som er basert på samtaler en gang i uken hvor hjemmeoppgaver mellom samtalerne er en viktig del. Pasienten får i oppgave å skrive ned situasjonene hvor de vonde eller vanskelige tankene dukker opp (Schlüter, & Søndergaard, 2009 og Kruger, et al., 2000). Positive følelser og større velvære kan skapes gjennom at pasienten lærer seg å gjenkjenne uhensiktsmessige tanker, finne en måte å kontrollere de på og dermed tillate mer nyttige typer tanker og typer av adferd (Håkonsen, 2009).

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) har publisert en oppdatert oversikt over forskning på depresjon og barn og unge. Oversikten viser at databasert kognitiv atferdsterapi kan være et effektivt behandlingsalternativ for ungdom med mild depresjon. Kombinasjon av kognitiv atferdsterapi (CBT) og nyere antidepressiva behandling, har en større effekt på kort sikt ved moderat til alvorlig depresjon, til sammenligning hvor man i behandling bare bruker CBT eller antidepressiva (Dalsbø, Gundersen og Reinart, 2013).

Interpersonlig psykoterapi er, i likhet med kognitiv adferdsterapi, også en korttidsterapi. Her har man én time i uken i løpet av en 12 til 16 ukersperiode (Kruger, et al., 2000). Denne terapien fokuserer på pasientenes aktuelle vanskeligheter når det gjelder problemer i forhold til nære og betydningsfulle personer i livet og livsomstendigheter. Man ser her også nærmere på om det kan være en sammenheng mellom de depressive symptomene og de vanskelige livshendelsene som skilsmisse, sorg, sykdom eller arbeidsledighet. Målet er å bedre

pasientens evne til å håndtere problemene og med det oppnå en reduksjon av de depressive symptomene (Schlüter & Søndergaard, 2009).

Fysisk aktivitet som behandlingsmetode

Det har blitt gjort utallige undersøkelser og forskning på om fysisk aktivitet kan være en behandlingsmetode mot depresjon. Forskning på voksne hvor man har sammenlignet fysisk aktivitet med tradisjonell behandling som medikamenter og samtalebehandling, viser at fysisk aktivitet kan ha like god effekt (Coony et.al., 2013) De gode behandlingsresultatene av fysisk aktivitet er særlig ved mild til moderat depresjon. Noen av undersøkelsene viser også at fysisk aktivitet reduserer tilbakefall av depresjon (Martinsen, 2011).

1.2.8 Fysisk aktivitet

I litteraturen blir fysisk aktivitet ofte benyttet som en betegnelse på mange termer knyttet til fysisk utfoldelse som for eksempel idrett, mosjon, kroppsøving, lek, trim, og fysisk arbeid. Men man kan si at man definerer fysisk aktivitet med kroppsbevegelse initiert av skjelettmuskulaturen, som gir vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivået (Torstveit & Olsen, 2011).

Anbefalinger for fysisk aktivitet

Anbefalingene om fysisk aktivitet for barn og unge er å være i aktivitet i minimum 60 minutter hver dag (Helsedirektoratet, 2011). Ved depresjon gjelder de sammen anbefalingene. Resultater fra undersøkelser viser at aktivitetsnivået blant Norges befolkning er lavere enn det anbefalingene tilsier. Bare 50% av unge i 15 årsalderen tilfredsstillter helsemyndighetenes anbefalinger (Anderssen, Kolle, Steene-Johannessen, Ommundsen & Andersen, 2008).

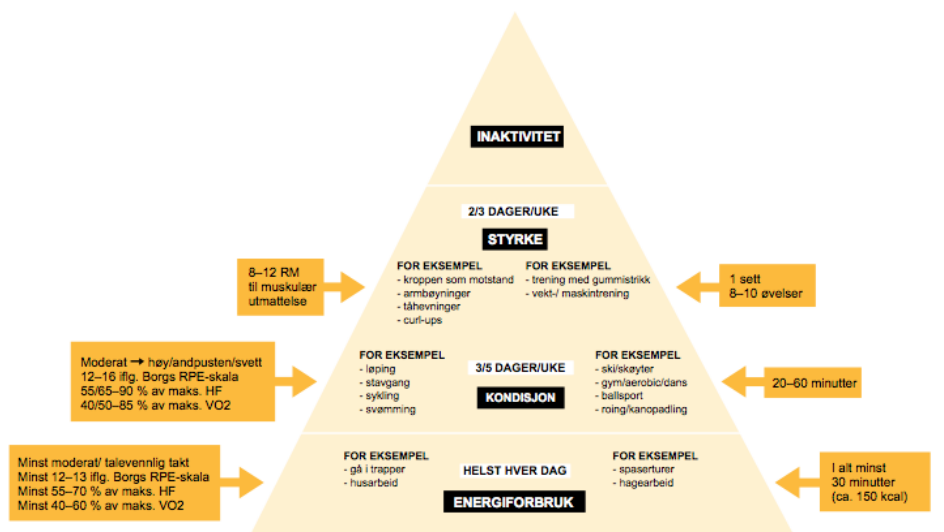
Figur 1 viser dose – respons – forholdet mellom fysisk aktivitetsnivå helsegevinst. Ved økende aktivitetsnivå, vil helseutbyttet øke, men dette forholdet er ikke lineært. For en person i dårlig fysisk form vil gevinsten være større enn en person i god fysisk form (Jansson og Anderssen, 2008).



Figur 1. Aktivitet og helsegevinst (Norges idrettsforbund)

Intensitet

Aktivitetspyramiden (Fig. 2) er et fint verktøy for å forskrive fysisk aktivitet og den intensitet. De aktivitetene som befinner seg nederst i pyramiden utføres oftere og med lavere intensitet (Helsedirektoratet, 2008). Aktivitet som rask gange, diverse husarbeid, sykling og lek 3 -4 timer i uken eller 6 -7 ganger, regnes som fysisk aktivitet med moderat intensitet. Aktivitet som jogging, styrketrening, svømming eller langrenn 2 -3 timer i uka eller 3 – 4 ganger (Pedersen, Hjartåker, & Anderssen, 2010).



Figur 2. Aktivitetspyramiden (Helsedirektoratet, 2008).

Hva skjer ved fysisk aktivitet

Koordinasjonsevne, hurtighet og reaksjonsevne holdes ved like og muskelmassen øker. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene, som vi gi en mekanisk belastning på skjelettet, gjør at sener, knokler og ledd tåler en større belastning og beintettheten øker. Dette kan forhindre beinskjørhet og skader nå og når de blir eldre. Ved fysisk aktivitet blir hjertet kraftigere, som vil si at hjertets indre volum blir større og veggtykkelsen øker. Dette øker slagvolumet som fører til at hjertet pumper mer blod ut i kroppen ved hvert slag. Blodmengden øker og blodforsyningen tilbake til hjertet strømmer lettere ved fysisk aktivitet (Henriksson & Sundberg, 2008).

Ved fysisk aktivitet øker energiforbruket og muskelmassen og stoffskiftet fortsetter å være høyt også etter endt aktivitet. Regelmessig fysisk aktivitet av moderat til mild intensitet vil i tillegg bedre immunsystemet og redusere risikoen for infeksjoner. Ventilasjonen blir mer effektiv og lungekapasiteten bedres fordi lungevolumet opprettholdes ved at brystveggen og lungeveien blir mer elastiske. Dermed opprettholdes lungevolumet. Også fordøyelsen påvirkes positivt av fysisk aktivitet. Den vil gå raskere, noe som er gunstig for mage- og tarmfunksjonene, og sammen med fiberrik mat vil dette forebygge mage- og tarmsykdommer (Henriksson & Sundberg, 2008).

Helsegevinster ved fysisk aktivitet

Helsegevinstene ved fysisk aktivitet tar utgangspunkt i hvilket aktivitetsnivå du er på fra før. Man får en helsegevinst bare ved å gjøre litt mer enn det man vanligvis gjør. Er man sengeliggende, vil det være aktivitet å sitte oppreist. For en som sitter mye, vil det være å stå oppreist, for den som står, å gå. Men regelmessig fysisk aktivitet påvirker mange viktige funksjoner i kroppen som spiller en viktig rolle for vår helse (Martinsen, 2011). Ved regelmessig fysisk aktivitet vil også få en positiv virkning på kroppssammensetningen og omsetninger av næringsstoffer (Pedersen, Hjartåker & Anderssen, 2010)

1.2.9 Fysiske sykdommer og psykisk helse

For de som sliter med en fysisk sykdom, er risikoen større for å få psykiske plager i tillegg. Og de som har psykiske plager, vil ha økt risiko for fysiske plager. For personer med psykiske lidelser vil fysisk aktivitet kunne være med på å påvirke deres mentale helse ved at

man holder den fysiske formen ved like, på det viset slipper man å bekymre seg for dette i tillegg (Martinsen, 2011).

1.2.10 Økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser

Hvert år koster depressive lidelser det norske samfunnet ca 1,5 milliarder kroner (Folkehelseinstituttet, 2008). Depresjon kan føre til lange sykemeldinger og hyppige tilbakefall. Kostnadene er knyttet til medisinsk hjelp, behandling i institusjon og andre hjemmebasert og skolebaserte tjenester (Dagard og Bøen, 2008).

1.2.11 Empowerment

I folkehelse, helsefremmende arbeid og forebygging har Empowerment stått sentralt helst siden 1970-tallet. Verdens helseorganisasjons (1998), definerer Empowerment *som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse*. For at man skal kunne oppnå kontroll, må man først bli selvbevisst og bevisst over egen situasjon i forhold til personlig kompetanse og kunnskap til å uttrykke sine behov, problemer og alle beslutninger som handler og eget liv og helse (Tveiten, 2008).

1.3 Problemstilling

Jeg ønsker å skrive en oppgave som ser på effekten av fysisk aktivitet hos ungdom med depresjonslidelser. Jeg har også valgt å ha fokus på folkehelsearbeiderens rolle i tilrettelegging for og gjennomføring av fysisk aktivitet til ungdom innlagt med depresjonslidelser i psykiatrisk sykehus. På bakgrunn av dette, har jeg kommet fram til og ønsker å besvare følgende problemstilling:

”I hvilken grad endrer fysisk aktivitet sykdomsopplevelsen hos pasienter med depresjon, og hvordan kan jeg som folkehelsearbeider tilrettelegge for fysisk aktivitet hos unge pasienter innlagt ved psykiatrisk sykehus?”

2. Metode

I dette kapitlet har jeg beskrevet arbeidsmetodene jeg brukte for å innhente aktuell informasjon for å belyse problemstillingen, og videre hvordan jeg valgte ut, analyserte, tolket og anvendte denne for å komme fram til en konklusjon.

Jeg brukte pensum og annen relevant litteratur for å presentere teorien som trengs for å gi en forståelse av hva problemstillingen omhandler på en god nok måte. Deretter vil jeg prøve å finne forskning og teori som kan belyse sammenhengen mellom psykisk helse/depresjon og fysisk aktivitet.

Bøkene *Kropp og sinn* (Martinsen, 2011) og Helsedirektoratets *Aktivitetshåndboken* (2008) har blitt brukt som hovedlitteratur i både teori- og drøftingskapitlet i denne oppgaven. Jeg ser på pensumlitteraturen som valid og pålitelig på bakgrunn av at den er valgt ut som sentral litteratur innen temaet.

For å kunne sette meg bedre inn i temaet og sykdommen depresjon, har jeg i tillegg til pensum valgt ut tre bøker om psykiatri/psykisk helse. Disse omhandler teori omkring temaet, men også behandlingsmetoder og kliniske symptomer. Jeg har også valgt å bruke ulike rapporter og veiledere utgitt av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Disse er svært aktuelle både med tanke på tema og at de til enhver tid er oppdaterte med korrekt informasjon i form av statistikk og status i helsetilstand hos den norske befolkningen.

Jeg har brukt høgskolens bibliotek for råd og veiledning i prosessen med å finne litteratur.

2.1 Metodevalg

Med de ressurser og tid som er tilgjengelig for meg i denne oppgaven, har jeg valgt å besvare oppgaven som et litteraturstudie. Det vil si at jeg skal samle inn data gjennom teori og forskning, med utgangspunkt i allerede eksisterende forskning. Dette vil gi meg mer inngående kunnskap om temaet og dermed grunnlag for å kunne svare på problemstillingen. Hensikten er ikke å presentere ny forskning, men å finne likheter, ulikheter og gjøre nytte av det som allerede er forsket på (Dalland, 2000). Jeg har gjennomført et systematisk litteratursøk. Dette vil si at forskningen og hovedteorien jeg skal bruke, hovedsakelig skal komme fra primærkilder og være vitenskapelige basert (Axelsson, 2008).

2.1.1 Kvalitativ kontra kvantitativ metode

Kvantitative undersøkelser tar utgangspunkt i tall og beskriver mengde eller omfang av det som undersøkes. Forskning kan også være kvalitativ. Disse undersøkelsene har til hensikt å måle kvalitet (Kvalitativ, 2014).

2.2 Valg og bruk av kildemateriell/kildevurdering

Forsknings- og fagartiklene jeg velger ut skal være til hjelp for å kunne poengtere, bevise og/eller motbevise og understreke det teorien sier om relevant, valid, nyere og pålitelig forskning. Jeg vil også bruke oversiktsartikler for å danne meg et helhetlig bilde av studier som har gitt samsvarende resultater og som kan gi meg et svar på hva majoriteten av studiene har kommet frem til. Jeg vil så langt det lar seg gjøre søke etter og fortrinnsvis bruke forskning der forfatteren(-e) selv har vært med på gjennomføringen av undersøkelsene og dermed har førstehåndskunnskap til både gjennomføring, grunnlag og resultat av studien.

2.3 Datasamlingsprosessen

Jeg har brukt ulike databaser for å finne fram til aktuell forskning. Jeg ønsket å finne forskning som var mest mulig spisset i forhold til problemstillingen min. I tabellen under vises søkeord i de ulike databasene, samt antall artikler som kom opp. Jeg har i hovedsak brukt Google scholar, Wiley online library og The Cochrane library.

Tabell 1. Oversikt over databasesøk og antall treff ved spesifikke søkeord.

Søkeord	Database	Antall treff	Avgrensning	Brukt
Depression AND physical activity AND young	Wiley	23304	2008 - 2014	1
depression AND exercise AND young	Wiley	12722	2009 - 2014	1
depression” AND ”exercise” AND ”young	Cochrane library:	3	2008-2014	2
Fysisk aktivitet OG depresjon OG ungdom	Oria	3	”Siste fem år” ”Artikler”	
Physical activity AND depression AND treatment AND youth	Oria	4448	”Siste fem år” ”Artikler”	
Empowerment AND Physical activity AND depression	PubMed	58	Alle år	0

2.3.1 Anvendt og forkastet fag- og forskningslitteratur

Mange artikler ble vurdert og forkastet. Dette på bakgrunn av at mange av dem hadde fokus på fysisk aktivitet som forebygging, ikke behandling og/eller feil bruker-/pasientgruppe. Mange av treffene jeg fikk ved søk i Oria var dermed ikke aktuelle, ingen av dem hadde treff

på alle søkeordene og omhandlet i hovedsak fysisk aktivitet som tiltak i forebygging av overvekt hos barn og unge og kvantitative undersøkelser gjort med hensikt å kartlegge aktivitetsnivå hos barn og unge. Artiklene jeg fant på temaet empowerment, omhandlet andre sykdommer enn depresjon, og ble dermed forkastet i forhold til resultatdelen.

Arbeidet med å finne forskning som tilfredsstiller kravene har vært tidkrevende, mye på grunn av at dette er et tema det finnes mye og variert forskning om. På grunn av den omfattende litteraturen valgte jeg å basere resultatdelen på oversiktsartikler fra seriøse databaser og supplere resultater med nyere enkeltartikler.

3. Resultater

Som hovedartikkel har jeg valgt å bruke *”Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people (Review)”* (Larun, Nordheim, Ekland, Hagen og Heian, 2009). Denne rapporten ble funnet i Cochrane library på Helsebibloteket. Denne artikkelen ser på effekten av fysisk aktivitet som tiltak både for å redusere og forebygge depresjon og angst hos ungdom og unge voksne opp til 20 år. Dette er en oversiktsartikkel som tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskning på området, og konkluderer på bakgrunn av resultater og funn i disse.

Totalt 16 studier med 1191 deltagere publisert fra 1983 til 2005 ble inkludert. De fleste av studiene var forebyggende. Syv av studiene inkluderte barn og unge fra en generell befolkning. Seks studier inkluderte barn og unge i risikozonen, disse deltakerne ble rekruttert fra sykehus, barne- og ungdomsinstitusjoner og fra spesial skoler. En studie inkluderte universitetsstudenter med moderate depressive symptomer. Tre studier inkluderte barn i behandling (83 deltagere) rekruttert fra psykiatriske institusjoner som psykiatriske fasiliteter, psykiatriske innlagte pasienter og psykiatriske behandlingssentre.

Intervensjonene inkluderte forskjellige øvelser som gåing, løping, aerobic eller vekt løfting. Intervensjonsperiodene varierte fra seks til 40 uker. Kraftig trening ble sammenlignet med:

- Ingen intervensjon: Ingen behandling, venteliste eller vanlig fysisk aktivitet som er gitt ved skoler eller institusjon.
- Lav intensitet: fysisk trening som avslapningsøvelser eller yoga.
- Psykososial intervensjon: samtalegrupper eller gruppeterapi.

Effekten av fysisk aktivitet på depresjon:

1. *Fysisk aktivitet versus ingen intervensjon – generell befolkning:*

De samlede resultatene fra fem lavkvalitetsstudier viste en signifikant forskjell i favør til intervensjons etterbehandlingsgruppen. Fire av intervensjonene var Fitness trening, mens én brukte styrketrening. Disse fire kunne ses på som heterogene selv om alle viste en tendens i favør til trening.

For de tre studiene som inkluderte barn og unge i risikogruppen, var den samlede effekten noe lavere.

Alt i alt viser det seg at aerobic trening ga en signifikant større nedgang på depresjon sammenlignet med placebogruppen.

2. *Fysisk aktivitet versus ingen intervensjon – barn i behandling:*

En lav kvalitets studie med 11 deltagere, viste ingen signifikant forskjell.

3. *Fysisk aktivitet versus lav intensitet aktivitet/avspenning – generelle befolkningen:*

To lav kvalitets studier med 182 deltagere ble det ikke funnet noen signifikant endring.

4. *Fysisk aktivitet versus lav intensitet aktivitet/avspenning – barn i behandling:*

Lav kvalitets studie med 70 deltagere ble det ikke en signifikant forskjell mellom kontrollgruppen og behandlergruppen.

5. *Fysisk aktivitet versus psykososial intervensjon – generelle befolkningen:*

To grupper av lav og moderat kvalitets score med totalt 161 deltagere viste ingen signifikant endring.

6. *Fysisk aktivitet versus psykososial intervensjon – barn i behandling:*

En studie av moderat kvalitet med 53 deltagere. Her undersøkte de depresjonen i forhold til rekreasjonsterapi og aktivitet. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene (Cooney et. al., 2013).

En annen artikkel jeg vil bruke, er ***”Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women”*** (Chu, Buckworth, Kirby og Emery, 2009). Denne undersøkelsen har ikke til hensikt å kartlegge om fysisk aktivitet har positiv effekt på depressive symptomer, men å vurdere om og hvordan intensiteten i den treningen som utføres har effekt.

- Totalt 54 kvinner ble tilfeldig fordelt på en av de tre kontroll gruppene 1. høyintensitetgruppe og 2. lavintensitetgruppe eller 3. uttøyningsgruppe.
- 21 av deltagerne hadde brukt antidepressiva ved studie start.
- I gjennomsnitt opplevde deltagerne på begge gruppene moderate depressive symptomer og viste seg å ikke gi noen signifikant forskjell.
- Uansett hvilken gruppe man deltok i, så man at bare ved deltagelse hadde positiv effekt på depressive symptomer.
- En gjennomsnittlig score viste at symptomene hadde sunket betraktelig fra moderat til mild depresjon (fra 22.5 til 13.9 på scoringen) og fra uke fem til uke 10 var nesten alle symptomene borte.

- For de som tok antidepressive medikamenter før og under undersøkelsen, var resultatene like. De hadde like stor effekt av treningen, så effekten av medisinene skal ikke ha hatt noen påvirkning på resultatene (Chu, Buckworth, Kirby og Emery, 2009).

Artikkelen *"The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service"* (Hodgson, McCulloch & Fox, 2011) omhandler organisering av fysisk aktivitet for å oppnå best mulig resultat.

Selvoppfattede fordeler:

Mange oppfattet fordelene ved å delta, da særlig ved aspektene mellom den mentale helse og velvære. Fordelene var forskjellig fra person til person, men mange av deltakerne uttrykte at det å bli og være engasjert i en aktivitet ga en positiv erfaring i form av følelse av prestasjon og personlig vekst. Siden deltagelsen på den aktive økten var frivillig, fikk noen av dem en følelsen av at de selv hadde tatt valget for å delta og en positiv følelse av å kunne ta sine egne beslutninger. Dette i motsetning til andre områder knyttet til psykisk sykdom hvor man kanskje blir fortalt hvor viktig det er å ta medisinene sine eller delta på samtaler. Disse frivillige øktene ga deltagerne en mulighet til å gjenvinne en følelse av normalitet, og noen rapporterte at dette forbedret deres evne til å ta avgjørelser også i andre ting og områder av livet. Personer med Severe and enduring mental illness (SEMI) har ofte dårlig eller liten struktur i hverdagen og dagene blir veldig like. Øktene med fysisk aktivitet ga en følelse av måloppnåelse og rutine. For noen mennesker med SEMI er livet en konstant kamp om å leve med symptomene til sin psykiske lidelse. Mange av deltakerne uttrykte at deltagelsen i Active-programmet hjalp dem å takle disse symptomene. Isolasjon og mangel på sosiale arenaer er også et stort problem for mange med SEMI. Fysisk aktivitet øktene ga dem muligheten til å være sosiale samt at det hjalp dem ut av isolasjon. Deltagelse i programmet syntes å gi en rekke psykiske helsefordeler. Disse ble uttrykt som følelse av energi og bedre humør, prestasjon og læring, bedre kapasitet for å ta beslutninger, bli bedre organisert, og å takle symptomene. Noen deltakere rapporterte også viktigheten av forbedret kondisjon og takle letter å de fysiske bivirkninger av medisiner.

Barrierer for deltagelse:

Hovedutfordringene til oppmøte og fortsatte å delta, gikk ut på hvordan den psykiske lidelsen påvirket motivasjonen og evne til å takle det. Noen problemer rundt kostnaden og tilgjengelighet på treningstilbud ble også nevnt.

Faktorer for deltagelse:

Programmets kapasitet og ledernes evne til å håndtere de spesielle utfordringene som psykisk sykdom gir, var svært viktig. Lederens forståelse av lav selvtillit og at mulighetene for forbedringer på ulike evner er individbasert har vært en kritisk faktor for noens deltagelse (Hodgson, McCulloch og Fox, 2011)

Når det gjelder hvilken type aktivitet som har best effekt, har jeg valgt å bruke artikkelen *"The association between past and current physical activity and depressive symptoms in young adults: a 10-year prospective study."* (Brunet et. al., 2012). Denne har en noe annen vinkling enn problemstillingen min, men kan fint relateres til ved at den spesifikt tar for seg type aktivitet og hvilken effekt dette har hatt på depressive symptomer hos ungdom/unge voksne.

- Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom moderat til kraftig fysisk aktivitet i videregående skole og depressive symptomer i ung voksen alder.
- Studien viste at det var lagsport som hadde best effekt (Brunet et. al., 2012).

4. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg først diskutere metodene som er brukt for å finne ut om fysisk aktivitet har effekt på depressive symptomer. Deretter vil jeg ta for meg resultatene som er presentert i kapittel 3. De neste underkapitlene vil mer konkret inneholde diskusjon som har hovedfokus på problemstillingens to deler, og forsøke å, på bakgrunn av anvendt teori, diskutere hvorvidt fysisk aktivitet har effekt på depressive symptomer og deretter ta for meg hvordan en folkehelsearbeider kan legge til rette for fysisk aktivitet i psykiatrisk sykehus.

4.1 Metodediskusjon

Det jeg har lagt særlig merke til ved gjennomgangen av forskningen, er at man likevel ikke ser noen betydelig forskjell hos deltakerne i studien og kontrollgruppene. Dette er mest sannsynlig fordi forskningen tar for seg et for heterogent materiale både med tanke på deltakerne i studiene, intensiteten på den fysiske aktiviteten, hvordan effekten ble målt og også varigheten av studiene. Dette gjør det vanskelig å kunne sammenligne resultater, og man vil da kunne se lite eller ingen dokumenterbar effekt. Lite av forskningen har hatt fokus på oppfølging og langvarig effekt av fysisk aktivitet. I oversiktsartikkelen av Larun m.fl. fra 2009, nevnes også akkurat dette. I diskusjonsdelen sin, sier de at bevisene for at fysisk aktivitet har effekt på barn som mottar behandling for psykiske lidelser, er for knappe og at det trengs mer forskning for å avklare om fysisk aktivitet har effekt på depresjon hos unge mennesker.

I tillegg er det vanskelig å sammenligne forskningsresultater fordi det brukes forskjellige klassifikasjoner av diagnosene og de har ulike referanser til alvorlighetsgraden av sykdommen. I én av artiklene (Brunet et al., 2013) kartlegges de depressive symptomene gjennom en såkalt "Likertskala". Her rangeres symptomene (10 utvalgte) ut fra hvor ofte de opptrer. Skalaen går fra 0 (aldri) til 6 (hele tiden). En annen skala som brukes, er BDI-II, Beck Depression Inventory-II. I forskningen til Chu et al. fra 2009, har deltakerne en score på mellom 14 og 28, noe som her klassifiseres som mild til moderat depresjon. På den andre siden har jeg funnet forskning som bruker én til én-intervju for å kartlegge symptomene og opplevelsen av aktivitetsprogrammet de deltok i. På denne måten fikk man et mer nyansert bilde av både sykdomsopplevelsen og bedre grunnlag for å kunne vurdere effekten av den fysiske aktiviteten (Hodgson et al., 2011).

Ved bruk av kartleggingsverktøy ved innleggelse i og utskrivning fra psykiatrisk avdeling i sykehus, kan man måle grad av depresjon. Et verktøy jeg har valgt å ta med her, er en skala som kalles MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale). Her tar man for seg både symptomer som er synlige for omgivelsene og den subjektive opplevelsen av sykdommen (se vedlegg 3). Selv om man ikke direkte kan måle om fysisk aktivitet har effekt, kan man, dersom man arbeider målrettet og setter inn tiltak hos alle pasientene se om man får en endring over tid. Ved bruk på mange pasienter vil en få mere valide resultater. Ved systematisk bruk over tid av det samme måleinstrumentet vil en kunne få gode data på hvilke tiltak som har en positiv effekt på pasientene.

Et metodeproblem som opptrer i denne forskningen er ved intervensjonsforsøk. Når forskerne sammenligner en gruppe som blir behandlet med medikamenter med en gruppe som blir behandlet med fysisk aktivitet vil hverken deltagerne eller forskerne være «blindet» for den behandlingen som gis. Dette kan dermed føre til systematiske feil i evalueringen av forsøket (Skyberg & Skulberg, 1999)

4.2 Resultatdiskusjon

Oversiktsartikkelen fra Larun og medarbeidere (2009) viste at resultatene er usikre. Imidlertid, forskning på fysisk aktivitet og depresjon hos voksne viser at behandlingen har god effekt på mild og moderat depresjon (ref). Forskningen på dette tema hos barn og unge viser store metodiske svakheter og det er også relativt få studier som har er av god forskningsmessig kvalitet. Ingen av studiene viser at fysisk aktivitet har negativ påvirkning på depresjon hos barn og unge.

Selv om det er uklare resultater, vil jeg våge å si at man ikke har noe å tape på å sette inn fysisk aktivitet som et tiltak i psykiatrien. Det er altfor mange positive bivirkninger til å la være. Man kan se på den økonomiske biten. Fysisk aktivitet har, sammenlignet med medikamentell behandling, lave kostnader. Man trenger ikke dyrt utstyr. Dersom man evner å sette opp et treningsprogram som er godt forklart med konkrete eksempler og forklaringer, gjerne med figurer, kan alle ansatte være den som har ansvar for den fysiske aktiviteten. Dette gjør at man ikke har behov for egne ansatte til dette. Rent fysisk har det ingen negative bivirkninger og både fysisk, psykisk og sosialt har det flere positive ringvirkninger.

I tillegg til at det kan være med på å bidra til direkte behandling av depresjonslidelser, vil det kunne være et viktig tiltak for å normalisere hverdagen til disse ungdommene. Vi har alle et

behov for normalitet, og å kunne identifisere oss med andre. Det har de siste årene blitt større fokus på trening og fysisk aktivitet, og ”alle” trener. I artikkelen ”The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service” tas nettopp dette med normalitet opp. Deltakerne uttrykte at gjennom de frivillige øktene, opplevde de større grad av normalitet, ikke bare i aktiviteten, men at det også forbedret evnen til å ta avgjørelser på andre områder (Hugdson, McCulloch og Fox, 2011). Det at øktene er frivillige, vil også kunne gi en følelse av medvirkning i egen hverdag.

Å være innlagt i psykiatrisk sykehus innebærer en viss frihetsberøvelse, enten det er snakk om frivillig innleggelse eller tvangsinnleggelse. Gjennom fysisk aktivitet kan man søke å styrke pasientenes opplevelse av å selv være deltakere i eget liv og i behandlingen som gis. Her kommer vi igjen til begrepet brukermedvirkning/empowerment, som står sentralt. Pasientene skal selv være deltakende i aktiviteten, ikke mottakere. Den fysiske aktiviteten forutsetter dette. Gjennom å være aktivt deltakende kan pasientene oppleve en større grad av empowerment (Tveiten, 2008).

Brukermedvirkning er en balansegang. Man vil alltid kunne møte pasienter som enten ikke er i stand til eller har interesse av å være aktivt deltakende i egen behandlingssituasjon. Det er viktig å huske på at selv om man skal legge til rette for brukermedvirkning, må man hele tiden være bevisst på at det ikke kommer i konflikt med ansvaret og myndigheten fagpersonen har (Tveiten, 2008).

4.3 Folkehelsearbeid og fysisk aktivitet

Ved databasesøk om empowerment, fysisk aktivitet og ungdom, ble det ikke funnet noen artikler som omhandlet den pasientgruppen som oppgaven omhandler. Denne diskusjonen vil derfor baseres på teori.

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet kan forebygge mot de største folkesykdommene vi har her i Norge, som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, depresjon og overvekt. Som folkehelsearbeider er det derfor min oppgave å tilrettelegge og motivere til fysisk aktivitet som et helsefremmende og forebyggende tiltak (Torstveit og Olsen, 2011).

Kravene om fysisk aktivitet har endret seg i samfunnet i de siste tiårene. Før hadde man fysisk krevende arbeid og man hadde ikke like god tilgang på bil eller kollektivtrafikk, så

man måtte gå eller sykle for å komme seg frem. Nå er mye av de fysisk krevende arbeidsoppgavene erstattet av maskiner, og vi er mer stillesittende. Unge i dag sitter mange timer på skolen og når de kommer hjem setter de seg foran tv eller pc. Å gi kunnskap om fysisk aktivitet og hjelpe til med å tilrettelegge for gode fysisk aktivitet vaner blir og er derfor en viktig oppgave for folkehelsearbeidene (Torstveit og Olsen, 2011).

Folkehelsearbeiderens rolle i psykisk helsevern

Folkehelsearbeid dreier seg som sagt om helsefremmende og forebyggende arbeid. Mange tenker på dette i store sammenhenger, som vaksineprogrammer, røykesluttkampanjer og arbeid med forebygging av hjerte-karsykdommer hos befolkningen generelt. Jeg vil gå mer konkret inn på hvordan folkehelsearbeiderens bredt sammensatte fagfelt kan være et godt supplement til helsepersonell i psykisk helsevern. Psykisk helse er et vidt begrep som rommer mange diagnoser og sammensatte problemstillinger. I psykisk helsevern vil fokuset med tanke på valgt problemstilling da ligge på å bruke tilegnet kunnskap omkring fysisk aktivitet til å fremme helse og være med i behandling av depresjon. Som folkehelsearbeider kan jeg bidra med kunnskap omkring effekten av fysisk aktivitet og være i stand til å organisere aktiviteter for pasientene.

Forberedelse, hvordan møte ungdommen

Det å få en truende sykdom når man er ung og generelt har både mindre livserfaring og kunnskap enn voksne, vil mest sannsynlig skape en utrygghet hos ungdommen. Ikke bare forandres de selv, men menneskene rundt dem forandrer seg ofte også. I tillegg må de ved en innleggelse forholde seg til fremmede mennesker, både helsepersonell og medpasienter, som skal være sammen med dem døgnet rundt. De kjente rammene er borte, og for mange oppleves dette som en trussel. Det er derfor viktig at man klarer å oppnå tillit for å kunne opprette kontakt. Det å være i stand til å ”møte dem der de er” legger grunnlaget for hvordan relasjonen oss i mellom vil bli (Eide & Eide, 2007).

Det å finne en måte å gjøre den fysiske aktiviteten til noe viktig for pasientene, og ikke bare slenge ut en frase om at ”det gjør at du føler deg bedre”, vil kunne være en måte å skape tillit og kontakt og dermed et godt utgangspunkt for gjennomføring av tiltakene.

For å kunne vurdere effekten av fysisk aktivitet, er det avgjørende at et kartleggings skjema fylles ut ved innleggelse.

Pasientens innsats og folkehelsearbeiderens rolle

Jeg har valgt å se på *veiledning* som hjelpemetode for å kunne hjelpe pasientene til å gjennomføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen mens de er innlagt i psykiatrisk sykehus. Det er essensielt at veiledningen skjer ut fra pasientens behov. Det er nemlig disse som skal være utgangspunkt for hva veiledningen skal konsentreres omkring. Det kan være praktisk og enkelt å ta utgangspunkt i det jeg tror de fleste pasientene vil ha behov for, men i veiledning starter prosessen med å klare å tenke annerledes enn dette. Kun ved å la veiledningen være personorientert, kan vi ivareta pasientens autonomi. Veiledning er et viktig virkemiddel i empowermentprosessen, som igjen står sentralt i folkehelsearbeid (Kristoffersen, 2005 og Tveiten, 2008).

Det kan være vanskelig å finne balansen mellom det å være støttende og forståelsesfull, og det å sette grenser og å stille krav til egeninnsats hos pasientene. I noen pasientsituasjoner kan mindre ansvar faktisk bidra til å skape en bedre balanse (Eide & Eide, 2007).

Det å veilede og støtte, skal ha ett felles hovedmål, nemlig å være med på å motivere til fysisk aktivitet. Folkehelsearbeideren bruker motiverende intervju (MI) som et verktøy for å hjelpe pasienten til å finne sin indre motivasjon. MI blir også brukt på frisklivsentraler og bruken av MI oppfordres av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2011).

Praktisk gjennomføring

Hvordan den fysiske aktiviteten rent praktisk skal gjennomføres, kan variere. Folkehelsearbeideren utarbeider treningsprogrammer/øktplaner som skal brukes. Vedlagt denne oppgaven ligger to eksempler på øktplaner (vedlegg 1 og 2). Den ene tar for seg daglige, individuelle aktiviteter, mens den andre viser hvordan en organisert ukentlig økt kan gjennomføres. Jeg valgte å fokusere på aktiviteter som krever lite utstyr, og som kan gjennomføres på arenaer som finnes i de fleste nærområder. Det er ønskelig å sette i gang med tiltaket så raskt som mulig etter innleggelse.

Det finnes en rekke utfordringer man kan møte på i aktivitetssituasjoner med disse pasientene. Det er som sagt ikke uvanlig at pasientene har et sammensatt sykdomsbilde. Man kan måtte ta hensyn til sosial angst, som kan være utfordrende med tanke på fellesaktiviteter, og på en annen side anoreksi, der man bør være svært forsiktig med å bruke for mye utholdende fysisk aktivitet på grunn av nedsatt energiinntak. Samtidig vil fysisk aktivitet

være et godt tiltak blant annet for pasienter som i tillegg til å ha en depresjon også har ADHD, muskelspenninger som følge av psykisk sykdom og påkjenning.

Evaluering av tiltaket

Det er viktig å ha en kontinuerlig evaluering av tiltaket. Den kontinuerlige evalueringen skal dreie seg om prosessen og det praktiske, så vel som vurdering av effekt hos den enkelte pasient. Evalueringen skal skje både innad i personalgruppa, i tverrfaglig team og sammen med pasientene. Evaluering av effekten kan man oppnå ved å bruke det samme kartleggingsskjemaet ved utskrivelse som ved innkomst (MADRS, vedlegg 3).

5.0 Konklusjon

Størstedelen av forskningsmaterialet utgitt om temaet depresjon og fysisk aktivitet, viser at man i mange tilfeller vil kunne se en bedring i depressive symptomer. Det er imidlertid veldig varierte forskningsmetoder som er anvendt, og kvaliteten på studiene er varierende. Det kan derfor være vanskelig å sammenligne og komme fram til hvilke resultater som er mest representative for pasientgruppen jeg har tatt for meg i denne oppgaven. Forskning på effekten av fysisk aktivitet hos voksne med depresjon viser at fysisk aktivitet reduserer de depressive symptomene. Fysisk aktivitet har også mange positive effekter og ingen negative bivirkninger. Vurdert ut i fra solid forskning på voksne med klare resultater, enkeltstudier som viser god effekt på unge og det at det ikke gir noen bivirkninger gjør fysisk aktivitet til en behandlingsmetode som absolutt bør inngå i all behandling av depresjon. Det er selvfølgelig viktig at den fysiske aktiviteten er individorientert og tilpasset hver enkelt pasient. Det er dette som vil være hovedoppgaven til folkehelsearbeideren. Å motivere, støtte og veilede, slik at hver enkelt pasient får utbytte av og ser betydningen av i egen situasjon, vil være avgjørende for om tiltakene lar seg gjennomføre på en måte som gjør at man vil ha effekt av dem.

Litteraturliste

Anderssen, S.A., Kolle, A., Steene-Johannessen, J., Ommundsen, Y., Andersen, L.B. (2008) *Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge – En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15-åringer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Axelsson, Å. (2008) Litteraturstudie. (Kap. 11, s. 173-188). I Granskär, M. & Nielsen, B. H. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- og sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Brunet, J., Sabiston, M. C., Chaiton, M., Barnett, A. T., 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 (2013), 25 – 30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.10.006>

Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. Exercise for depression. (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9. <http://dx.doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6>.

Chu, I.-H., Bukworth., Kirby, T. E., Emery, C, F. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in woman. *Mental Health and Physical activity*, 2 (2009), 37 – 43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.01001>

Dalsbø, TK, Gundersen M, Reinart LM. *Effekt av behandling for angst og depresjon hos barn – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste*. Notat-2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

Dalgard, O.S., & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Side 70-87. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & T. Eide. (2007). Kommunikasjon med barn og unge. *Kommunikasjon i relasjoner*. Side 357-380. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.)

Folkehelseinstituttet (2008) *Forebygging av depresjon*. Publisert 31.januar 2008. Lokalisert 13. mars 2014, på: <http://www.fhi.no/dokumenter/790098721f.pdf>

Folkehelseinstituttet (2010a). *De vanligste psykiske lidelsene hos barn og unge*. Lokalisert 21.04.14. på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6464&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0&Content_

Folkehelseinstituttet (2010b). *Psykiske lidelser hos barn og unge*. Lokalisert 21.04.14 på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0

Helsedirektoratet (2011). *Anbefalinger*. Publisert 27. november 2011. Lokalisert 13.mars 2014, på: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2011). *Frisklivsamtaleten – Å snakke om endring*. Lokalisert 29.04.14 på: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/helsesamtalen/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2013) *Kunnskap om behandling av angst og depresjon hos barn*. Lokalisert 21.04.14 på: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kunnskap-om-behandling-av-angst-og-depresjon-hos-barn.aspx>

Hodgson, M, H., McCulloch, H, P., Fox, R, K. (2011). The experience of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental health and physical activity*, 4 (2011), 23 -29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.01.002>

Hummelvoll, J, K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Henriksen, J., Sundberg, C, J., (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. Bahr, R (Red), *Aktivitetshåndboken*. (s.8 – 36). Oslo: Helsedirektoratet.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Jansson, E. og Anderssen, S.A. (2008) Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. Kap. 2, side 37-44. I Bahr, R. (red.) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

Kjellman, B., Martinsen, E,-W., Taube, J., Andersson, E. (2008). Depresjon. Kap 21, side

275-284. I Bahr, R. (red.). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3*. Side 206-270. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvalitativ (2014). *Store norske leksikon*. Hentet 30. april 2014 fra <http://snl.no/kvalitativ>.

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

Larun, L., Norheim, L. V., Ekeland, E., Hagen, K. B., Heian, F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane database of systematic reviews* 2006. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>

Larsen, A.K. (2007) *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet - psykisk helse – kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norges idrettsforbund. [Figur] Dose –respons – kurve. Lokalisert den 09.04.2014 på:http://www.google.no/imgres?imgurl=http://www.idrett.no/SiteCollectionImages/KRETSER/Rogaland%2520Idrettskrets/Folkepulsen/diagrafysiskaktivitetsniv%C3%A5.JPG&imgurl=http://www.idrett.no/krets/rogaland/folkepulsen/Sider/Fysiskinaktive.aspx&usg=__5VNzMDeWBE5SDIHbv08us2tGFg=&h=612&w=665&sz=70&hl=no&start=37&zoom=1&tbnid=t7N0yIa0KcBtDM:&tbnh=127&tbnw=138&ei=AK2gT4DVGaGm4gSHvumvCQ&prev=/search%3Fq%3Dhelsegevinst%2Bfigur%2BHvor%2Bmye%2Bfysisk%2Baktivitet%2Bskal%2Btil%253F%26start%3D21%26um%3D1%26hl%3Dno%26sa%3DN%26gbv%3D2%26t%3D%26tbs=1&um=1&i tbs=1

Pedersen, I. J., Hjartåker, A., Anderssen, S. A., (2010). Fysisk aktivitet og helse (s. 365 – 372). *Grunnleggende ernæringslære*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Skyberg, K., Skulberg, K, R. (1999). Erfaringer med intervensjonsforsøk i yrkesepidemiologi : basert på studier av miljøtiltak for å forbedre inneklime i kontormiljø. *Norsk Epidemiologi*, (1999), 9, 71-77.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboka. Sinn – kropp –samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Schlüter, S., & Søndergaard, V. (2009). *Skjulte lidelser*. Denmark: Forfatterne og Psykologisk Forlag.

Torstveit, M. K., & Olsen, S. R., (2011). Fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet. (s. 163 – 182). I Øverby, N. C., Torstveit, M. K. og Høigaard, R. (Red.). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Tveiten, S. (2008). Empowerment. (s 24-46). *Den vet best hvor skoen trykker. om veiledning i Empowerment prosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg:

1: Ukentlig økt plan

2: Daglig økt plan

3: MADRS

Vedlegg.1 Eksempel på ukentlig økt plan

Tid: Hver onsdag fra kl.16.30 – 17.30

Sted: I gymsalen eller på uteområdet ved fint vær og om det egner seg for pasient gruppa.

Deltagere: Alle pasientene samt 2 -3 personalet.

Personalets funksjon: De personalet som skal være med på aktiviteten, har ansvar for å planlegge økten på starten av dagen/ vekten. Oppgaven blir så å motivere og støtte pasientene til å delta. Ansatte må også involvere pasientene på valg av aktivitet slik at pasientene får et eierforhold til opplegget samt at de kan føle medansvar og medvirkning.

Formål:

- Fysisk aktivitet/ trening. Forbedre pasientenes kondisjon, kroppsbevissthet og kroppskontroll.
- Å øve på å konsentrere seg og forholde seg til spillereglene.
- Samarbeid og opplevelse av å være delaktig i et felleskap.
- Å lære seg å takle nederlag/ tap som å vinne.
- Å lære seg å ta initiativ og tørre å overstige noen grenser.
- Å lære seg å takle pressende situasjoner, som for eksempel ved et avgjørende straffespark, får tilsnakk av dommer eller å bli taklet.
- Oppnå selvtillit og fysisk velvære samt utholdenhet.
- Oppnå psykisk avspenning ved hjelp av fysisk utfoldelse.
- Å få og/ eller vedlikeholde sportslige ressurser og interesser.
- Øke pasientenes bevegelse, styrke, smidighet, koordinasjon og kontroll.
- Øke pasientenes tillit til egen kropp.
- Fremkalle glede, latter og endorfiner.

Forberedelse/ utstyr:

Alle må ha treningsklær/ bevegelige klær. Joggesko.

Personalet har ansvaret for å finne lokalet/ utested, samt det rette utstyret til den valgte aktiviteten.

Forslag på aktiviteter:

- Fotball
- Tennis
- Basketball
- Volleyball
- Innebandy
- Badminton
- Håndball
- Zumba
- Yoga
- Aerobic
- Bodypump

Om man har tilgang eller utstyr:

- Klatring
- Terrennløp
- Natursti m/ Quiz
- Sykling
- Styrketrening med vekter/ apparater
- Ski

Avslutning:

Personalet har ansvar for å evaluere økten sammen med pasientene. Og motivere og stimulere for videre deltagelse.

 Vedlegg. 2: Daglig økt plan.

Dette kan gjøres ute eller inne. Og man trenger ingen utstyr.

Men om man har vekter, kan man bruke dette ved for eksempel knebøy om man vil ha en tyngre økt.

TID/LENGDE	HVA	Intensitet	
10 min	Gå rakt/ jogge	Til økt puls/pust	
15 min	Styrketrening:		
	1: Situps (mage)	7 x 3 repetisjoner	Ligg på ryggen med knærne opp. Løft overkroppen/ bryste opp mot knærne.
	2: Push ups (Armer/bryst)	7 x 3 repetisjoner	Ha knærne i gulvet ved behov. Rett i kroppen, pass på at rompa ikke stikker opp. Løft deg opp fra gulvet til armene er rette, så senk deg sakta den igjen. Så repeter.

	3: Knebøy (lår/Rompe)	7 x 3 repetisjoner	Så med hofte lengdes mellomrom mellom føttene, bøy knærne så langt du kommer, pass på at ryggen er rett, og gå så opp igjen til stående stilling. Repeter.
5 min	Uttøying		

MADRS

Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale

Norsk versjon ved Ulrik Fredrik Malt

Pasientens navn: _____ Dato for utredning: _____

1. Synlig tristhet

Sikter på dysterhet, tungsinn, fortvilelse (mer enn bare vanlig forbigående dårlig humør), slik det avspeiler seg i tale, mimikk og holdning. Gradér på grunnlag av dybde og manglende evne til å lysne opp.

- 0 Ingen tristhet.
- 1
- 2 Ser trist og humørløs ut, men kan leilighetsvis lysne opp.
- 3
- 4 Virker trist og ulykkelig hele tiden.
- 5
- 6 Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.

2. Tristhet

Tar sikte på subjektiv opplevd sinnsstemning, uansett om stemningen gir seg ytre uttrykk eller ikke. Omfatter senket stemningsleie, tristhet, oppgitthet, tungsinn, håpløshet og hjelpeløshet. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad sinnsstemningen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppstemthet skåres som 0.

- 0 Stort sett indifferent stemningsleie. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
- 1
- 2 Overveiende følelse av nedstemthet, men lysere øyeblikk forekommer.
- 3
- 4 Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysterhet. Sinnsstemningen influeres knapt av ytre omstendigheter.
- 5
- 6 Konstant opplevelse av sterk tristhet og fortvilelse.

3. Indre spenning

Sikter på følelse av vag ulyst, ubehagelig indre spenning, uro, angst, stigende panikk.

Gradér i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (punkt 2).

- 0 Rolig, bare antydning til indre spenning.
- 1
- 2 Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spenning og vag uro.
- 3
- 4 Vedvarende følelse av indre spenning eller panikkepisoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.
- 5
- 6 Vedvarende frykt og angst. Overveldende panikkfølelse.

4. Redusert nattesøvn

Sikter på subjektiv opplevelse av kortvarig eller mindre dyp søvn sammenlignet med vanlig tilstand.

- 0 Sover som vanlig.
- 1
- 2 Moderate innsøvningsvansker eller moderat redusert, lett eller urolig søvn.
- 3
- 4 Søvn redusert eller avbrutt med minst to timer sammenliknet med vanlig.
- 5
- 6 Mindre enn to til tre timers søvn om natten.

5. Svekket appetitt

Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.

- 0 Normal eller øket appetitt.
- 1
- 2 Moderat redusert appetitt.
- 3
- 4 Nesten ingen appetitt. Maten smaker ikke, må tvinge seg selv til å spise.
- 5
- 6 Næringsvegrende. Må overtales av andre til å spise.

6. Konsentrasjonsvanskeligheter

Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne. Gradér i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.

- 0 Ingen konsentrasjonsvansker.
 1
 2 Leilighetsvis vansker med å samle tankene.
 3
 4 Vansker med konsentrasjon og vedvarende oppmerksomhet, som forstyrrer lesing eller konversasjon.
 5
 6 Invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne.

7. Initiativløshet

Sikter på vanskelighet med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og utføre dagligdagse aktiviteter.

- 0 Ingen spesielle vansker med å komme i gang, ingen treghet.
 1
 2 Visse vansker med å komme i gang med aktiviteter.
 3
 4 Vanskeligheter med å komme i gang med enkle rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse.
 5
 6 Helt eller manglende evne til å ta initiativ. Uten evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.

8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner

Sikter på den subjektive opplevelse av svekket interesse for omgivelsene, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendighetene eller andre mennesker er redusert. Skilles fra initiativløshet (punkt 7).

- 0 Normal interesse for omgivelsene og andre mennesker.
 1
 2 Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å vise sinne.
 3
 4 Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelser for venner og bekjente.
 5
 6 Opplevelse av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller sorg, og tildels smertefull opplevelse av ikke å kunne føle noe for nære slektninger eller venner.

9. Depressivt tankeinnhold

Sikter på tanker om skyld, mindreverdighet, selvbebreidelser, anger, og tanker om økonomisk ruin, etc.

- 0 Ingen depressive tanker.
 1
 2 Fluktuerende tanker om ikke å strekke til, selvbebreidelser og mindreverdighetsfølelse.
 3
 4 Vedvarende selvbebreidelser eller klare, men fortsatt rasjonelle tanker om skyld og synd. Ser uttalt pessimistisk på fremtiden.
 5
 6 Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgivelige synder. Absurde selvanklager.

10. Suicidaltanker

Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verdt å leve, at en naturlig død ville være velkommen, suicidale tanker, og forberedelse til selvmord.

- 0 Ordinær livslyst, tar det som det kommer.
 1
 2 Lei av livet, men bare flyktige suicidaltanker.
 3
 4 Ville helst vært død, suicidaltanker opptrer hyppig og suicid ansees som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner.
 5
 6 Uttalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.

Total skår: _____

Kommentarer: _____
