



Høgskolen i **Hedmark**

Institutt for tannpleie og folkehelse

Hanne Sivesindtjet

# Bacheloroppgave

## Fysisk aktivitet og psykisk helse

Physical activity and mental health

Bachelor i folkehelse

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

*«Kroppen utgjør et fantastisk rom for sjelen.*

*Å pleie kroppens bevegelser med henblikk på*

*opplevelser er derfor samtidig å pleie sjelen»*

(Moore, T. sitert i Martinsen, 2011).

**Forord**

Dette er en avsluttende fordypningsoppgave etter og snart ha fullført tre år på studiet Bachelor i Folkehelse ved Høgskolen i Hedmark.

Gjennom disse tre årene har jeg fått en dypere forståelse av fysisk aktivitet og kosthold, og hvordan det påvirker oss som individer. Dette ser jeg på som et veldig interessant og viktig tema, både med tanke på folkehelsen generelt og utdannelsen.

Til slutt vil jeg takke gode venner, veileder Stein Egil Kolderup Hervik og bibliotekdamene på Høgskolen i Hedmark for god hjelp og støtte gjennom denne perioden.

Elverum 2.mai 2016

---

Hanne Sivesindtjet

## **Sammendrag**

Denne oppgaven tar for seg temaet fysisk aktivitet og psykisk helse, nærmere bestemt depresjon. Metoden er blitt anvendt i form av et litteraturstudie, hvor det er blitt inkludert seks vitenskapelige artikler. Sammen med relevant teori skal artiklene besvare problemstillingen: *I hvilken grad kan fysisk aktivitet brukes som forebygging mot depresjon hos ungdom fra 12år?* Artiklene viser motstridende resultater. Noen av studiene kommer frem til at fysisk aktivitet kan redusere utvikling av depresjoner, mens andre ikke finner noen sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon. Det er vanskelig å trekke en klar konklusjon med bakgrunn i disse resultatene. Men det kan fastslås at fysisk aktivitet i alle fall ikke gir noe skade på depresjon.

Nøkkelpbegreper som ses gjennom hele oppgaven er: fysisk aktivitet, depresjon og ungdom.

---

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>8</b>
1.1 PROBLEMSTILLING OG BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLINGEN .....	8
1.2 AVGRENSNINGER AV OPPGAVEN .....	9
1.3 DEFINISJON AV BEGREPER .....	10
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	11
<b>2. TEORI .....</b>	<b>12</b>
2.1 PSYKISK HELSE.....	12
2.2 PSYKISKE LIDELSER.....	13
2.3 DEPRESJON.....	14
2.4 FYSISK AKTIVITET .....	18
<b>3. METODE .....</b>	<b>21</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	22
3.2 LITTERATURSØK .....	23
3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	23
3.3 SØKEPROSESSEN OG ANVENDTE ARTIKLER.....	24
3.4 KILDEKRITIKK .....	27
3.4.1 Validitet og reliabilitet.....	28
<b>4. RESULTAT .....</b>	<b>30</b>
4.1 PRESENTASJON AV FUNNENE.....	30
<b>5. DISKUSJON .....</b>	<b>34</b>
5.1 FYSISK AKTIVITET OG DEPRESJON .....	34
5.2 ULIKHETER VED STUDIENE.....	38

---

<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>40</b>
<b>7. LITTERATURLISTE</b> .....	<b>41</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>

## 1.0 Innledning

Depresjon er blant de største folkehelseutfordringene vi har, (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2015) og ser ut til å forekomme oftere hos barn og ungdom nå enn tidligere (Martinsen, 2011). Ungdommen i dag bruker mer tid foran skjermer, fremfor å være i fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Dette har bidratt til at fysisk inaktivitet også er blitt et økende problem blant befolkningen (Martinsen, 2011). Ifølge Martinsen (2011, s. 69) er *«mengde fysisk aktivitet positivt korrelert med generelt velvære og humør, og negativt korrelert med depresjon»*. Kravene som stilles til ungdommen er høyere nå enn før, og mange har en følelse av at de ikke strekker til (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Ungdom som rammes av depresjon, har ofte en stor sjans for å bli deprimerte senere i livet (Berge & Repål, 2013).

Fysisk aktivitet fører ikke bare til stor gevinst for den enkelte, men også for samfunnet (Kjellman et al., 2015). Totalt sett ligger kostnadene som følge av for lite fysisk aktivitet på om lag 6 milliarder kroner per år (Wester, Wahlgren, Wedman & Ommunsen, 2015).

Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen av fysisk aktivitet for å forebygge depresjon blant ungdom.

### 1.1 Problemstilling og bakgrunn for problemstillingen

Problemstillingen i en oppgave kan beskrives som et empirisk spørsmål (Dalland, 2007).

Spørsmålet handler om hvordan noe er i virkeligheten, og skal besvares gjennom oppgaven (Dalland, 2007).

Av statsbudsjettet, er det kun 2 prosent som går med til det forebyggende helsearbeidet (Mæland, 2010). Dette viser at forebygging er et punkt som er nedprioritert (Mæland, 2010).

Med bakgrunn i forskning som viser at det er en høyere forekomst av depresjon hos ungdom



---

nå enn tidligere, og at inaktiviteten har økt, er gruppen viktig å fokusere på (Berg & Mjaavath, 2015; Kjellman, et al., 2015; Martinsen, 2011).

Gjennom denne oppgaven vil det som sagt bli sett på fysisk aktivitet som forebygging mot depresjon hos ungdom. Forfatteren har erfaring fra arbeid med psykisk helse og synes det er et spennende og viktig område. Fysisk aktivitet har stått sentralt i folkehelsestudiet gjennom alle tre årene, og var derfor naturlig å legge vekt på i denne oppgaven. I tillegg mener forfatteren at fysisk aktivitet bør prioriteres fremfor eksempelvis medikamenter, da det har samme effekt som antidepressive og samtaleterapi (Aare, Bugge & Juklestad, 2009). Men fysisk aktivitet gir ingen bivirkninger, sammenlignet med overnevnte (Martinsen, 2011). Ifølge Aare et al. (2009) og Kjellman et al. (2015) er det også blitt funnet at de som er fysisk aktive har færre tilbakefall.

Etter å ha valgt fysisk aktivitet og psykisk helse som tema, ble problemstillingen følgende:

*«I hvilken grad kan fysisk aktivitet brukes som forebygging mot depresjon hos ungdom fra 12 år?»*

## 1.2 Avgrensninger av oppgaven

Denne oppgaven tar kun for seg fysisk aktivitet som forebygging mot depresjon og går ikke nærmere inn på ulike former for fysisk aktivitet. Det er den psykiske helsen som er i fokus og ikke andre virkninger, som eksempelvis aktivitetens effekt på skjelettet. Allikevel må en ikke glemme at den kroppslige helsen også bevares ved å være i fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Den kan bidra til at individer med psykiske lidelser slipper utvikling av fysiske sykdommer (Martinsen, 2011). Videre begrenser oppgaven seg til ungdom fra 12 år. Vanene for senere i livet legges ofte i ungdomsårene, dermed er det viktig å starte forebygging tidlig (Olsson, 2006). Dersom depresjonen utvikler seg til voksenlivet kan det også få uheldige

konsekvenser (Olsson, 2006). Eksempelvis kan utdanningsmulighetene bli reduserte på grunn av nedsatt funksjonsevne (Olsson, 2006).

I artiklene blir det brukt ulike målinger av depressive symptomer eller depresjon. Med bakgrunn i at kriteriesystemet DSM-IV, er det mest vanlige i Norge, vil det bli lagt vekt på i denne oppgaven (Kjellman et al., 2015). Målingene som er blitt brukt i artiklene kan ses å sammenlignes med dette systemet. Eksempelvis går symptomet nedstemthet igjen i flere av artiklene. Forfatteren av litteraturstudiet blir gjennom oppgaven beskrevet som «forfatteren».

### 1.3 Definisjon av begreper

I oppgaven blir det definert ulike begreper. I de inkluderte artiklene er det blitt brukt både begrepet fysisk aktivitet, og trening. *Fysisk aktivitet* blir i denne oppgaven definert som «*all slags kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket*» (Berg & Mjaavatn, 2015, s.45). All tiden som ikke brukes til å sove eller sitte i ro kan regnes som innenfor begrepet (Berg & Mjaavatn, 2015). Eksempelvis kan det være alt fra en rolig gåtur til butikken, til løping med høyere intensitet. *Trening* derimot er «*en form for fysisk aktivitet, og er strukturerte, planlagte og gjentatte kroppslige bevegelser, som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse*» (Martinsen, 2011, s.35 - 36). Et eksempel på trening kan være en strukturert styrkeøkt. Siden fysisk aktivitet kan regnes som et overordnet begrep vil det bli brukt om all slags bevegelse i denne oppgaven. *Depresjon* defineres som en sinnstilstand som påvirker hele mennesket (Aare et al., 2009). Tilstanden kan kjennetegnes ved tap av energi og minsket interesse eller gledes følelse (Aare et al., 2009). Affektive lidelser, eller stemningslidelser er begreper som blir brukt om depresjon (Kjellman et al., 2015). Målgruppen oppgaven tar for seg, er ungdom. *Ungdom* beskriver en tidsperiode i livet. I denne oppgaven er perioden blitt avgrenset fra 12 år.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven består av seks hoved kapitler: Innledning, Teori, metode, resultat, diskusjon, og konklusjon. I kapittel en presenteres det empiriske spørsmålet som skal besvares gjennom oppgaven. Problemområde blir beskrevet og bakgrunnen for det. Hvilke avgrensninger som er blitt gjort presenteres også før definisjoner av begreper og disposisjonen av oppgaven forklares. I det andre kapitlet blir teori rundt problemområdet presentert. Videre blir det gjort rede for metoden og søkeprosessen, og de anvendte artiklene blir kort forklart. Deretter presenteres artiklene, før de settes opp imot teorien. Ulikheter mellom de seks artiklene blir også sett på. Oppgaven avslutter med en konklusjon hvor det empiriske spørsmålet blir besvart.

## 2. Teori

Teorikapitlet skal danne grunnlaget for å besvare det empiriske spørsmålet (Dalland, 2007).

Kapitlet begynner overordnet med relevant teori om psykisk helse og psykiske lidelser for så å gå nærmere inn på stemningslidelsen depresjon, og fysisk aktivitet.

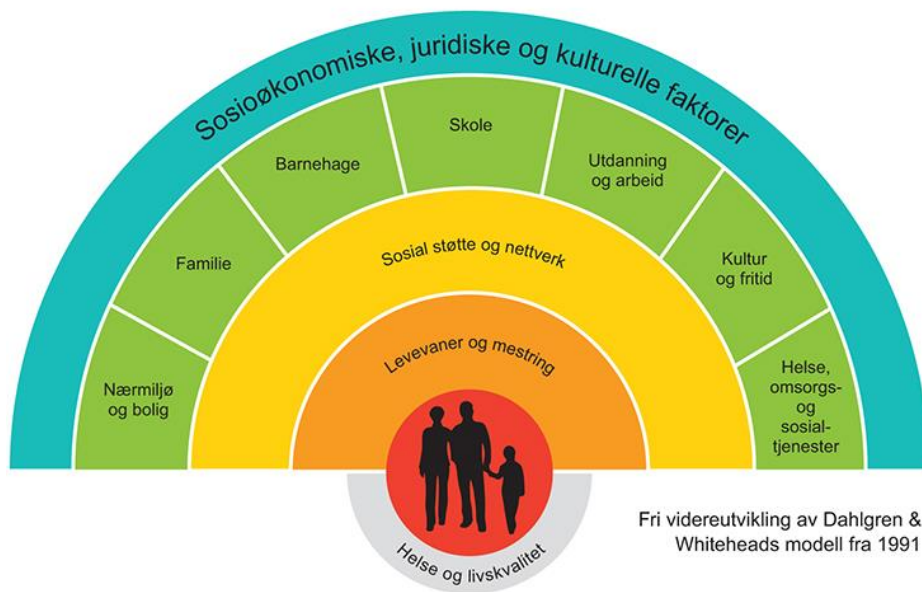
### 2.1 Psykisk helse

Ifølge Verdens helseorganisasjon er psykisk helse:

*«En tilstand av velvære hvor individet selv kan realisere sine egne evner, beherske normale påkjenninger i livet, kan arbeide fruktbart og produktivt og være egnet til å gi et bidrag til samfunnet»* (World Health Organization, 2014, avsnitt en, egen oversettelse).

I folkehelsearbeidet dreier psykisk helse seg om å se på forhold som virker inn på befolkningens psykiske helse, se figur 1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det innebærer faktorer som gir økt mestring, tilhørighet og meningsfullhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre innebæres faktorer som fører til større risiko for psykiske helseproblemer og mistriivsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). De sistnevnte faktorene ses ofte hos mennesker med psykiske lidelser (Martinsen, 2011).

Begrepet psykisk helse blir ofte brukt om betydningen av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014).



Figur 1. Påvirkningsfaktorer for psykisk helse. Fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.24.

## 2.2 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er plager og sykdommer hele mennesket blir påvirket av (Martinsen, 2011).

For at det skal kunne kalles en psykisk lidelse må plagen vedvare over en viss periode og svekke funksjonen til individet enten i skole, jobb, sosialt eller familie (Martinsen, 2011).

I dag er psykiske lidelser et stort helseproblem i Norge (Martinsen, 2011). Ifølge Helse- og Omsorgsdepartementet (2015) vil mellom en tredel og halvparten av befolkningen erfare en eller flere perioder som kan diagnostiseres som psykisk lidelse i sitt livsløp. Videre regnes det med at hos barn og unge mellom 3 og 18 år har 15-20 prosent dårligere funksjon som følge av symptomer på psykiske lidelser som blant annet depresjon (Folkehelseinstituttet, 2015a). De psykiske lidelsene utvikles gjennom et samspill mellom miljø og sårbarhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Martinsen, 2011). Dersom ungdom bringer med seg psykiske lidelser inn i voksenlivet, kan det føre til sykmeldinger og at de blir uføre

(Kjellman et al., 2015). Dette bekreftes i internasjonale studier, hvor det påpekes at bakgrunnen til om lag hver tredje person som er uføre i Norge, har psykiske lidelser (Major, 2011). En annen konsekvens av psykiske lidelser kan være dårligere fysisk og psykisk helse gjennom mange år (Folkehelseinstituttet, 2014).

## 2.3 Depresjon

Den psykiske lidelsen i denne oppgaven er depresjon. Depresjon kommer fra det latinske *nedtrykking*, og kan deles inn i ulike grader (Hummelvoll, 2012). Disse beskrives som lette, moderate og alvorlige, hvor det er de milde og moderate depresjonene som opptrer oftest (Hummelvoll, 2012). Berge & Repål (2013, s. 81) beskriver depresjon som «å miste evnen til å være glad». Olsson (2006) påpeker at det må være en forandring i stemningsleie for at noe skal bli kalt en depresjon. Det er ikke bare humøret som påvirkes, men hele mennesket blir påvirket av depresjonssykdommene (Martinsen, 2011). Følelser, tanker og kroppen er tre aspekter som blir påvirket av en depresjon (Olsson, 2006). Siden mange aspekter påvirkes, er det vanskelig å forestille seg hvordan verdenen til den deprimerte ser ut og hvordan han tenker (Hummelvoll, 2012).

Den psykiske lidelsen depresjon fører med seg store helseproblemer, og er av de største folkehelseutfordringene vi har (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I år 2000 lå de på fjerde plass over de største helseproblemene (Martinsen, 2011), og allerede innen 2020 regner en med at depresjon ligger på andreplass (Berge & Repål, 2013).

Ifølge Helse – og omsorgsdepartementet (2015) fører depresjon til større nedgang i hvordan en selv opplever helsen enn en rekke kroniske sykdommer. I tillegg har det ført til at depresjon har forårsaket flest tapte leveår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

---

Som nevnt tidligere i kapitlet, oppstår depresjoner i ulike grader. For å skille disse fra hverandre, blir det benyttet ulike diagnostiske systemer (Malt, 2000). I dette tilfelle blir det som nevnt tidligere, beskrevet det systemet som er mest brukt i Norge. **DSM-IV** systemet består av ni symptomer hvorav minst fem av dem må ha vært tilstede i minst 14 dager (Kjellman et al., 2015). I tillegg må symptomet 1. nedstemthet eller 2. redusert interesse være tilstede under perioden (Kjellman et al., 2009).

Symptomene som utvikles før en depresjon, kan være mange (Hummelvoll, 2012). De som ofte går igjen hos individer med depresjon er pessimisme, tristhet og lav selvaktelse (Hummelvoll, 2012). Mange deprimerte har ofte en følelse av at de er verdiløse og har derfor lav selvtillit (Kjellman et al., 2015). Hos ungdom kan det å grue seg til å dra på skolen i tillegg til å bruke mye tid på grubling og bekymring være et kjennetegn på depresjon (Neumer & Aalberg, 2005).

Det er hender ofte at den deprimerte er trist og motløs, hvor tankene er preget av mye negativitet om seg selv, de rundt seg og at en ser mørkt på fremtiden. Mange sliter også med søvnproblemer og tretthet, lite matlyst, mangel på energi, isolerer seg fra andre mennesker og er fysisk inaktive (Martinsen, 2011). Evne til å interessere seg, konsentrasjonsvansker er også av ting som blir forstyrret (Martinsen, 2011). Hummelvoll (2012) nevner i tillegg forstoppelse, og smerter og ubehag, som ryggplager, smerter i bryst og mage og hodepine.

Som en oppsummering av symptomer og kjennetegn, er Olsson (2006, s. 14-16) sin beskrivelse av en deprimert ungdom valgt å bli trukket frem: *«når en ikke greier å fungere, når skolearbeidet blir for mye, når en har det vondt, irritabilitet, når en ikke greier å ha det morsomt, når en føler seg verdiløs»*.

Depresjon gir en rekke konsekvenser, og fører ikke bare til lidelse hos seg selv, men ofte blir også de nærmeste rammet (Kjellman et al., 2015). I tillegg blir gledes følelsen ofte nedsatt

(Håkonsen, 2009; Martinsen, 2011). Dette kan føre til selvmordstanker og i verste fall selvmord (Martinsen, 2011. Major, 2011). Dersom depresjoner i ungdomsårene ikke behandles, men utvikler seg videre, kan det føre til store økonomiske kostnader i tillegg til de menneskelige kostnadene. Eksempler på dette er uførepensjon, sykmeldinger og sykepengene (Martinsen, 2011; Major, 2011).

Forskning viser at flere jenter enn gutter i ungdomsårene utvikler depresjon (Folkehelseinstituttet, 2014; Kjellman et al., 2015; Martinsen, 2011). Ifølge Olsson (2006) er det dobbelt så mange tilfeller hos unge jenter, sammenlignet med gutter på samme alder. Årsaken til dette kan være økningen av kjønnshormoner i ungdomstiden, og at kroppen gjennomgår fysiologiske forandringer (Olsson, 2006). Jentene er ofte mer sårbare enn guttene, som også kan bidra til lettere utvikling av depresjoner (Olsson, 2006).

Det kan være ulike årsaksforklaringer bak en depresjon, og det varierer fra individ til individ (Berge & Repål, 2013). Berge & Repål (2013) skriver at mange med depresjon har opplevd vanskelige livsforhold og at det liten tilfeldighet når depresjonen oppstår. Årsakene kan ofte ses som en kombinasjon av flere forhold, og hvilken sammenheng de inngår i (Berge & Repål, 2013) Forhold som kan være med på å utvikle depresjoner er: sårbare forhold, forhold som kan være med på å utløse en depresjon og forhold som kan hjelpe til med opprettholdelse av problemene (Berge & Repål, 2013).

Risikofaktorer er faktorer som kan føre til en depresjon (Major, 2011). Beskyttelsesfaktorer derimot, kan være med på å fremme den psykiske helsen, samt beskytte individer mot utvikling av depresjoner i perioder preget av mye belastning (Major, 2011). Det å føle at en mestrer utfordringer i livet kan være et eksempel på en beskyttelsesfaktor mot utvikling av depresjon (Folkehelseinstituttet, 2015b).



---

Stress og sårbarhet er faktorer som ofte blir sett i sammenheng med utvikling av depresjon (Kjellman et al., 2015). Eksempelvis kan tapsopplevelser, også kalt negativ stress, føre til depresjon, mens sårbarheten til hvert individ er ulikt (Håkonsen, 2009; Kjellman et al., 2015). Separasjoner i barndommen og psykiske traumer er eksempler på risikofaktorer som kan føre til økt sårbarhet. Levevaner og fysisk inaktivitet kan også påvirke situasjonen (Kjellman et al., 2015). Andre risikofaktorer kan være ungdom av foreldre som har psykiske lidelser, ungdom som har opplevd traumatiske hendelser eller er sosialt isolert (Major, 2011). Risikofaktorene for utvikling av depresjoner er i en del tilfeller knyttet til foreldrenes utdanning og inntekt (Major, 2011). Stoltenberg (2014) skriver i tillegg at ungdommers psykiske helse kan ses i sammenheng med foreldrenes sosioøkonomiske status (Stoltenberg, 2014).

Deprimert ungdom har ofte liten tro på at de duger til noe (Berge & Repål, 2013). De har dermed liten mestringstro (Martinsen, 2011). Fremfor å oppnå mestring, og glede seg over ting, går tiden med til grubling og tenking over at de gjør for lite (Berge & Repål, 2013). Tanker som at de er til bry og ingen nytte, dukker ofte opp (Berge & Repål, 2013). Dette fører ofte til at de blir værende i en ond sirkel (Berge & Repål, 2013). For at ungdommene skal få mer tro på seg selv og oppleve mestring, er det viktig å få snudd disse onde sirklene til gode (Berge & Repål, 2013).

Håkonsen (2009, s. 279) beskriver mestring som

*«Individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet».*

I Helse - og omsorgsdepartementet (2015) står det at viktige faktorer for å oppleve helse og trivsel, er mestring og håndtering av det hverdagslige livet. Mestringsevnen hos individer er av stor betydning for den psykiske helsen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Ofte

unngår deprimerte aktiviteter som tidligere ga de en mestringsfølelse (Berge & Repål, 2013). De velger heller å trekke seg tilbake og isolere seg (Berge & Repål, 2013). Lorem (2014) påpeker at å ha en depresjonslidelse er det motsatte av mestring. Det er derfor spesielt viktig å gjøre aktiviteter som fører til mestring hos den deprimerte (Berge & Repål, 2013).

## 2.4 Fysisk aktivitet

Kroppen har godt av å være i fysisk aktivitet, og er til for å være i bevegelse (Henriksson & Sundberg, 2015; Martinsen, 2011). Sett at befolkningen blir mer og mer inaktiv, svekkes kroppen, fremfor å bli styrket (Martinsen, 2011). Samfunnet er også i stor grad blitt tilrettelagt for inaktivitet, og gjør ikke situasjonen særlig bedre (Berg & Mjaavatn, 2013). Liten motivasjon er en faktor som hindrer mange med depresjon i å komme i gang med fysisk aktivitet (Moe og & Martinsen, 2011). For å oppnå motivasjon til å bedrive videre aktivitet, er det viktig å få positive opplevelser som en kan forbinde aktivitet med (Moe & Martinsen, 2011).

Det er bevist at fysisk aktivitet gir en rekke helsegevinster (Kjellman et al., 2015). Hvilke gevinster som forventes, avhenger av aktivitetsnivået til individet (Jansson & Anderssen, 2015). Hos individer der aktivitetsnivået er lavt, er helsegevinstene forventet å være store (Jansson & Anderssen, 2015). Helsegevinsten kan oppnås selv ved eksempelvis en halvtime med rask gange (Jansson & Anderssen, 2015; Martinsen, 2011).

Samtidig blir det påstått at desto høyere intensiteten på aktiviteten er, jo større vil virkningen naturligvis bli (Henriksson & Sundberg, 2015). Det vil med andre ord bli sett en dose-respons effekt, hvor effekten generelt vil bli størst desto høyere dose aktivitet (Jansson & Anderssen, 2015).

---

Å være i regelmessig fysisk aktivitet bedrer helsen og velværen (Henriksson & Sundberg, 2015). Fysisk aktivitet som utføres i samspill med andre, har vist seg å føre til positive reaksjoner (Moe & Martinsen, 2011). For eksempel kan gruppeaktiviteter føre til sterke relasjoner, et sosialt fellesskap og gode sosiale nettverk (Moe & Martinsen, 2011). Videre kan fysisk aktivitet bidra til bedre selvfølelse og kroppssoppfatning (Martinsen, 2011). Kjellman et al., (2015) skriver også at å være i regelmessig fysisk aktivitet kan ha effekt på selvfølelsen og selvtilliten. I tillegg kan fysisk aktivitet bidra til positive tanker, gi økt tro på seg selv så problemer takles bedre og bidra til bedre kontroll over eget liv (Kjellman et al., 2015). Med bakgrunn i en Cochraneoversikt fra 2004 hvor barn og unge mellom 3 og 20 år deltok, skriver Berg & Mjaavatn (2015) at selvfølelsen påvirkes positivt ved regelmessig fysisk aktivitet.

Mennesker som er fysisk aktive tåler stress bedre enn de som er fysisk inaktive (Martinsen, 2011). I en prospektiv studie som gikk over ti år, hvor 424 deprimerte deltok, viste funnene at fysisk aktivitet kan motvirke negative stressfaktorer på depressive symptomer (Harris, Cronkite & Moos, 2006). Videre har resultater av befolkningsundersøkelser vist at søvnen påvirkes av å være i regelmessig fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Kvaliteten på søvnen blir bedre, og en blir mindre trett på dagtid (Martinsen, 2011).

Aktivitetsanbefalingene for barn og ungdom tilsier at en skal være i fysisk aktivitet minimum 60 minutter hver dag (Berg & Mjaavatn, 2015). Intensiteten bør være moderat til hard (Berg & Mjaavatn, 2015). Videre skriver Berg & Mjaavatn (2015) at aktivitetene anbefales å være varierte, og av høy intensitet med aktiviteter som øker muskelstyrken og styrker skjelettet minimum tre ganger i uken.

Aktivitet i tillegg til anbefalingene gir større helsegevinst. Sittestilling bør også reduseres (Berg & Mjaavatn, 2015).

Ifølge en kartlegging av fysisk aktivitet blant 2299 norske 9- og 15 åringer viste resultatet at kun 54% av guttene og 50% av jentene oppfylte anbefalingene for fysisk aktivitet (Anderssen, Kolle, Steene-Johannessen, Ommundsen & Andersen, 2008). Derimot viste det seg at 91% av guttene og 75% av jentene i 9-års alderen oppfylte kravene for fysisk aktivitet (Anderssen et al., 2008). Disse funnene viser at aktivitetsnivået faller kraftig ved ungdomsalder, og at mye tid går med til sittestilling (Anderssen et al., 2008).

Felles for mange deprimerte er at de bruker lite tid på aktive handlinger, men når de er i aktivitet får de ofte en liten mestringsfølelse og opplever glede (Martinsen, 2011). Mange deprimerte er derfor inaktive, og tilbringer mye tid i senga eller på sofaen (Martinsen, 2011). Inaktivitet kan føre til økt risiko for en rekke kroppslige sykdommer (Martinsen, 2011). Ved å forsøke å minske den passive tiden, og derimot øke den aktive tiden, kan den deprimerte få en større opplevelse av mestring og glede (Martinsen, 2011).

### 3. Metode

Metode er ifølge Aubert (1985; i Dalland, 2007, s. 81) «*En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*».

Som nevnt tidligere består en oppgave av et empirisk spørsmål som skal besvares. I dette tilfellet er spørsmålet «*I hvilken grad kan fysisk aktivitet brukes som forebygging mot depresjon hos ungdom fra 12 år?*» For å klare å besvare spørsmålet må det følges en bestemt metode for å komme i mål (Dalland, 2007). Metoden forteller noe om området en vil undersøke, og kan beskrives som et hjelpemiddel for å innhente nødvendig informasjon (Dalland, 2007).

Det skilles mellom *kvalitative* metoder, og *kvantitative* metoder. Forskjellen på disse er at kvalitativ metode går i dybden på få enheter og forsøker å utforske mening og forståelse (Dalland, 2007). Kvantitativ metode innhenter derimot informasjon om mange enheter, og resultatet ses ofte i form av talldata (Dalland, 2007). Eksempelvis kan kvantitative data innhente informasjon om hvor mange ungdom som har depresjon og hvor ofte de er fysisk aktive. Vil en derimot vite hvorfor de utvikler depresjon, er det mulig en ikke får svar på dette ved å benytte seg av denne tilnærmingen. Dersom ungdommen observeres og intervjues, vil svaret på dette trolig komme bedre frem. I denne oppgaven har alle de inkluderte studiene benyttet seg av kvantitativ metode. Metoden blir sett på som egnet til den aktuelle problemstillingen, da en ikke trenger å gå i dybden for å få den besvart.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Det skilles mellom to typer litteraturstudier, tradisjonelle litteraturstudier og systematiske litteraturstudier (Støren, 2013). I henhold til retningslinjene for bacheloroppgave ved Høgskolen i Hedmark, er oppgaven utarbeidet som en systematisk litteraturstudie.

Ifølge Støren (2013) kan litteraturstudien ses på som en systematisering av kunnskapen. Dette innebærer at oppgaven forutsetter et systematisk søk, og en kritisk vurdering av relevant litteratur (Forsberg & Wengström, 2013). Det er litteraturen som allerede eksisterer som studeres (Støren, 2013). For å klare å besvare den aktuelle problemstillingen må det derfor innhentes eksisterende forskning om problemområdet. Dette er blitt gjort ved å søke etter vitenskapelige artikler i Oria, som er en relevant søkemotor (Støren, 2013). Kritiske vurderinger som er foretatt i denne oppgaven beskrives nærmere under kapittel 3.4.

Å benytte seg av et litteraturstudie som metode, kan ha både positive og negative sider (Støren, 2013). Blant annet kan det oppstå utfordringer med å finne relevant forskning som er av god kvalitet, og samtidig omhandler temaet en interesserer seg for. På en annen side kan en være heldig og finne mye god forskning, uten å bruke mye tid og ressurser (Jesson, Matheson & Lacey, 2011). Finnes det mye forskning på området kan det også være utfordrende, da det kan bli vanskeligere å finne gode artikler uten å ha satt opp spesifikke inklusjons og eksklusjonskriterier. Videre kan det oppstå problemer med oversettingen av artiklene, som kan resultere i mulige feiltolkninger (Forsberg & Wengström, 2013). Før dette underkapitlet avsluttes, bør det nevnes at en slipper å tenke på anonymisering og empiri ved et litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013).

---

## 3.2 Litteratursøk

Her beskrives fremgangsmåten som ble brukt for å finne frem til forskning som omhandler fysisk aktivitet og depresjon.

Leserne av et litteraturstudie skal ha mulighet til å etterprøve metoden som er blitt brukt i oppgaven. De skal klare å gjennomføre samme søk som forfatteren, og komme frem til likt resultat og konklusjon (Dalland, 2007). Det er derfor viktig at søkeprosessen blir beskrevet nøyaktig så prosessen blir så enkelt som mulig.

I prosessen om å finne vitenskapelige artikler startet søket i Svemed +, som er en nordisk database innen medisin og helsefag. Her ble norske begreper skrevet inn og relevante engelske ord kom opp i MeSH termer. Disse ble brukt videre i søkingen. Ord som ble søkt med var blant annet «depresjon» hvor «depression» kom opp som MeSH term. Etter å ha funnet ut hvilke begreper som var relevante for problemområdet, ble det foretatt søk i høgskolens søkemotor Oria. Denne søkemotoren ble valgt fremfor andre, fordi den dekker mange databaser. Forfatteren er også best kjent med Oria og føler seg tryggest på denne søkemotoren da den er relativt enkel å bruke. Søkemotoren ble funnet ved å gå inn på høgskolens hjemmeside hihm.no, for videre å klikke på «bibliotek», og «søk i biblioteket».

### 3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

I prosessen om å finne forskning som belyser det empiriske spørsmålet på en god måte, ble det benyttet ulike kriterier for å avgrense søket. Disse blir omtalt som *inklusjon-* og *eksklusjonskriterier*. Kriteriene skal sikre at kun relevant teori er inkludert, og omhandler blant annet tidsrom, språk og geografi (Aveyard, 2014; Dalland, 2007). Det ble foretatt en vurdering om søket skulle bli avgrenset til et geografisk område. Dette ble ikke gjort, siden psykisk helse er et tema det er forsket mye på i utlandet. Det kan også tenkes at forskningen

kan være overførbart til Norge. Eksempelvis kan det tenkes at dersom depresjonen bedres av fysisk aktivitet hos individer i USA, kan det antas det at dette også er tilfelle i Norge.

For en bedre oversikt over de ulike kriteriene er de blitt satt inn i en tabell som vises nedenfor.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artiklene må omhandle ungdom med depressive symptomer og fysisk aktivitet	Artikler som ikke omhandler ungdom med depressive symptomer og fysisk aktivitet
Artiklene må være publisert «siste fem år»	Artikler som er eldre enn fem år
Artiklene må ha Engelsk språk	Artikler som har andre språk enn engelsk
Artiklene må omhandle ungdom fra 12 år	Artikler som har ungdom under 12 år
Artiklene må være fagfelleverderte (peer reviewd)	Artikler som ikke er fagfelleverderte
Artiklene må være originale	Reviewartikler (oversiktsartikler)

Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

### 3.3 Søkeprosessen og anvendte artikler

For å innhente relevant litteratur er det som nevnt tidligere, blitt gjort systematiske litteratursøk i søkemotoren Oria. Forskningsartiklene som ikke kunne åpnes fra søkemotoren er blitt kopiert inn i Google Scholar og lest derfra. Det er blitt benyttet to søk med bakgrunn i at det ikke ble funnet noen artikler som så på dose/respons forhold, som ses på som relevant, i første søk. Søkene ble utført 20.04.16. Søkene er blitt foretatt i «mitt bibliotek» med søkemethoden «avansert søk».



---

I det første litteratursøket ble følgende ord benyttet: Physical activity OG Prevention OG Depression OG Adolescence. Før avgrensninger ble gjort resulterte søket i 5118 treff. Etter å ha avgrenset for «engelsk» språk og valgt «artikler» som materialtype var treffet nede i 37. For å få et antall som var enklere å håndtere, ble søket videre begrenset til «siste fem år» og «fra fagfelleverderte tidsskrift». Dette resulterte i 24 treff. Sammendragene ble lest. Ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene som var satt i forkant, ble artiklene vurdert om de ble tatt med eller ikke i oppgaven. De som ble ekskludert holdt ikke kravene som ble satt til inkludering av artikler. Av disse var det blant annet et par artikler som så på foreldrenes depresjon og ikke ungdommen selv. Ut ifra sammendragene, var det fem artikler som ble sett på som relevante for oppgaven. Disse blir beskrevet kort nedenfor.

Første artikkel som ble inkludert var «*Linking depression symptom trajectories in adolescence to physical activity and team sports participation in young adults*» av Sabiston et al. (2013). I 2013 ble artikkelen lagt ut på «Preventive Medicine». Hensikten med undersøkelsen var å finne ut om depressive symptomer i ungdomsårene kunne gi en pekepinn for fysisk aktivitet i ung voksen alder.

Videre ble det funnet en studie med tittelen «*Unravelling the relationship between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescent: A meditation analysis*» (McPhie & Rawana, 2012). Artikkelen er utarbeidet av McPhie & Rawana og ble i 2012 publisert i tidsskriftet «Mental Health and Physical Activity». Studien tester om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depressive symptomer påvirkes av selvfølelsen tidlig og sent i ungdomstiden.

En studie kalt «*The effect of physical activity on depression in adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis*» ble også inkludert. Forfatterne av studien er de samme som den forrige, McPhie & Rawana (2015). I 2015 ble artikkelen publisert i «Journal of

Adolescence». Målet var å undersøke påvirkningen fysisk aktivitet har på depresjon fra ungdomstiden til voksenlivet.

Fjerde artikkel som ble funnet heter «*Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: findings from a national Canadian cohort*».

Studien er utarbeidet av Colman et al. (2014) og ble i 2014 trykt i tidsskriftet «Preventive Medicine». Hensikten var å se på beskyttende faktorer, og faktorer for å hindre tilbakefall mot depresjon i overgangen fra ungdom til voksen.

Den siste artikkelen som er tatt med fra dette søket er «*Exercise and Depressive Symptoms in Adolescents: A longitudinal Cohort Study*» (Toseeb et al., 2014). Toseeb et al. (2014) er forskningens forfattere. Prosjektet ble offentliggjort i «JAMA Pediatrics» i 2014. Hensikten deres var å se om fysisk aktivitet kunne virke som en beskyttende faktor mot utvikling av depressive symptomer i ungdommen.

I det andre søket ble følgende ord benyttet: Physical activity, intensity, volume, depression, adolescents. Her ble det også foretatt avgrensninger som, materialtype: artikler, språk: engelsk, utgivelsesdato: siste 5 år, samt «fra fagfelleverderte tidsskrift». Søket ga et treff på 7 fagfelleverderte tidsskrift. Sammendragene ble lest og vurdert, og en artikkel er tatt med i oppgaven.

Den siste artikkelen som ble inkludert i denne litteraturgjennomgangen er «*Physical activity and psychological adjustment in adolescents*». Artikkelen er skrevet av Goldfield et al. (2011) og ble i 2011 offentliggjort i «Journal of physical activity & health». Formålet var å se på sammenhengen mellom intensitet og volum av fysisk aktivitet og depressive symptomer, angst og kroppsbilde.

---

## 3.4 Kildekritikk

«Kildekritikk omhandler å vurdere og karakterisere litteraturen som er brukt» (Dalland, 2007).

Proessen kan deles inn i to faser, og kan avgjøre om en kilde er sann (Dalland, 2007). I den første fasen dreier det seg om å finne god og relevant litteratur som kan utdype problemstillingen på best måte (Dalland, 2007). Videre må den anvendte litteraturen i oppgaven gjøres rede for (Dalland, 2007). Her er det viktig med god referering og omformulering av litteraturen. Å være kildekritisk viser at en er egnet til å tenke kritisk i forhold til litteraturen som blir brukt i oppgaven (Dalland, 2007; Stordalen & Støren, 2004). I utvelgelsen av litteratur er det viktig å begrunne hvordan den er blitt funnet, samt hvorfor den er blitt valgt fremfor annen litteratur (Dalland, 2007). Dette er viktig for at oppgaven skal bli troverdig og faglig sterk (Dalland, 2007).

Før denne oppgaven ble utarbeidet, opparbeidet forfatteren seg endel kunnskap om fysisk aktivitet og depresjon. Dette for å kunne være kildekritisk under resten av prosessen, og få et resultat av god kvalitet. Med tanke på å være kritisk ble eksempelvis primærkilder valgt fremfor sekundærkilder. Dette valget er ble tatt, fordi primærkilder er originale kilder. Oversiktsartikler (reviewartikler) er sekundære kilder som baserer seg på eksisterende forskning (Dalland, 2007). Det er dermed en sjans for at forskningen I disse artiklene kan være flere år gamle. Støren (2013) påpeker at en litteraturstudie helst skal bestå av originalartikler, så dette var også noe av grunnen til at originalartikler ble valgt fremfor oversiktsartikler. Originalartikler er artikler som presenteres for første gang og skaper ny kunnskap om et emne (Dalland, 2007). Det er forfatteren selv som har innhentet kunnskapen som er beskrevet (Støren, 2013). I en primærkilde blir ny kunnskap presentert, mens I sekundærkilde blir primærkilden gjengitt og referert til (Støren, 2013). De vitenskapelige

artiklene er forsøkt og oversatt nøyaktig, men det kan ha oppstått avvik som videre kan ha ført til feiltolkning og skjevheter i resultatene. Utgangspunktet for vurderingene som ble foretatt i forskningsartiklene, er deres validitet og reliabilitet.

### **3.4.1 Validitet og reliabilitet**

Hvor gyldig og relevant noe er beskriver *validiteten* til det som måles (Dalland, 2007; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). *Reliabiliteten* derimot er det samme som pålitelighet, og handler om korrekt utførelse av data, hvilke data som benyttes, hvordan de blir samlet inn, samt behandling (Johannessen et al., 2010).

For å øke *validiteten* i oppgaven har artikler som er eldre enn fem år blitt utelukket. Dette er blitt gjort for å unngå eldre forskning fremfor forskning som er ny og oppdatert. En negativ side ved å utelukke eldre artikler, kan være at en kan gå glipp av gode artikler. Videre er alle artiklene som er blitt brukt i metodedelen fagfellevurderte. Det vil si at de skal være kvalitetssikret på en god måte, som kan gjøre oppgaven mer troverdig. For at artikler skal bli fagfellevurderte, må de ha blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2007). Artiklene måtte også omhandle ungdom med depresjonssymptomer, og se på fysisk aktivitet. Ved å ha brukt kriteriene som er nevnt ovenfor, ble det funnet artikler som var relevante og egnet til problemstillingen *“I hvilken grad kan fysisk aktivitet brukes som forebygging mot depresjon hos ungdom fra 12år?”*

Når det gjelder *reliabilitet*, har mange av studiene benyttet seg av spørreskjemaer. For at disse skal være så pålitelige som mulig, er det viktig å bruke metoder som er velutprøvde, og at det gis informasjon om det som skal finnes ut (Johannessen et al., 2010). Det kan være mulig at det kan oppstå misforståelser hos deltakerne dersom det ikke stilles spørsmål om konkrete opplysninger (Johannessen et al., 2010). Videre kan spørreskjemaer være mer

risikabelt enn og eksempelvis måle fysisk aktivitet objektivt, da sannsynligheten for overrapportering kan bli betydelig mindre.

## 4. Resultat

I dette kapitlet blir metoden artiklene har benyttet seg av, antall deltakere, alder, samt hvordan depressive symptomer eller depresjon ble målt, beskrevet. Videre forklares det hvordan fysisk aktivitet ble målt, og hva artiklene fant ut.

### 4.1 Presentasjon av funnene

Sabiston (2013) utførte en langsgående studie på 860 ungdom fra Canada. Depressive symptomer ble målt ved hjelp av en godkjent depressiv symptomskala, hvor deltakerne rapporterte egne symptomer. Av ungdommene var 395 gutter, og 465 jenter. Alderen var 12 – 13 år. Deltakerne ble delt inn i tre grupper, hvor gruppe en hadde lave nivåer av depressive symptomer (37%, gutter: 151, jenter: 208). I gruppe to var det en økning i symptomer på depresjon over tid (42%, gutter: 151, jenter: 208). Den tredje gruppen hadde høye nivåer depressive symptomer (21%, gutter: 48, jenter: 132) (Sabiston, 2013).

McPhie & Rawana (2012) foretok en sekundærdataanalyse av 2109 jenter og 2095 gutter i USA. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 14,7 år for tidlig ungdomsalder og 16,2 for sen. Utvalget i studien er tatt fra «National Longitudinal Study of Adolescent Health», som er en langtidspopulasjonsstudie. I populasjonsstudien deltok 80 videregående skoler og 52 ungdomsskoler. For å få et representativt utvalg, ble disse tilfeldig utvalgt, ut i fra blant annet skolestørrelse, skoletype og skoler i forhold til urban by. Depressive symptomer og selvfølelse ble selvrapportert i et skjema i sekundærdataanalysen, og det ble foretatt to data innsamlinger. Tre år senere ble det utarbeidet en ny, er også en sekundærdataanalyse, som er basert på samme langtidspopulasjonsstudie (McPhie & Rawana, 2015). Sammenlignet med studien i 2012, går denne over lengre tid. Ungdom fra 15års alder ble fulgt frem til de var opptil 28 år, for å se på perioden hvor det er blitt funnet kjønnsforskjeller i depresjon. I

---

overkant av 90.000 elever deltok på spørreskjemaer. Av disse var det omkring 27.000 som ble utvalg til å svare på spørreskjemaer hjemme, fire ganger i etterkant (McPhie & Rawana, 2015).

Forskningen til Colman et al. (2014) er basert på funn fra en kanadisk kohortstudie.

Deltakerne er 1137 ungdom som er medlem av NPHS (National Population Health Survey).

Opplysninger om helse helserelaterte data samlet inn fire ganger fra 1994 – 2001. Deltakerne ble fulgt fra 12 til 17 års alder. Rekrutteringen av ungdommene startet i 1994/1995, hvor de ble kontaktet frem til 2008/2009. Alvorlig depressiv episode ble målt ved et 10 minutters intervju (Composite International Diagnostic Interview - Short Form (CIDI - SF) (Colman et al., 2014).

Toseeb et al. (2014) utførte en langsgående studie, basert på en samfunnsprøve fra Storbritannia. Deltakerne i studien var 736 ungdommer, hvorav 418 var jenter og 318 gutter. Gjennomsnittsalderen var på 14,5 år. Studien foregikk mellom november 2005 og januar 2010. Etter baseline var det en oppfølgingsperiode på 3 år (Toseeb et al., 2014). Det ble brukt selvrapporterte mål på nedstemthet, hvor deltakerne scoret høyt.

Goldfield et al. (2011) utførte en tverrsnittsundersøkelse i Ottawa i Canada. Forfatterne benyttet seg av spørreskjemaer (Goldfield et al., 2011). Skjemaene utførtes anonymt i klasserom og ble besvart av 746 jenter og 513 gutter. Videre ble vekt og høyde målt objektivt. 24 ungdomsskoler og videregående skoler i Ottawa regionen er utvalget i undersøkelsen. For å oppnå et utvalg som kunne være representativt er det blant annet blitt trukket skoler fra både urbane og landlege distrikter. Alderen på deltakerne var mellom 12 og 18 år (Goldfield et al., 2011).

Sabiston (2013) brukte spørreskjemaer (International Physical Activity Questionnaire) for måling av fysisk aktivitet. På grunn av fordelene ved aktivitetsanbefalingene, ble de også undersøkt. Med grunnlag i målingene ble det funnet ut at gruppene med høyere nivåer av depressive symptomer deltok i mindre moderat fysisk aktivitet, og hadde mindre sannsynlighet for å være med på lagidrett sammenlignet med gruppe en. Hos gruppen som hadde lavere nivåer av depresjonssymptomer var det mindre sannsynlighet for å ikke oppfylle kravene om moderat til hard fysisk aktivitet på minst 150 min.

I begge studiene til McPhie & Rawana ble fysisk aktivitet selvrapporert ut ifra hvor ofte ungdommen var engasjert i eksempelvis aktiv idrett som fotball, eller jogging, de siste sju dagene (McPhie & Rawana, 2012). Med grunnlag i besvarelsene som kom frem i 2012, viste det seg at det ikke var noe sammenheng mellom fysisk aktivitet og reduserte symptomer på depresjon når selvfølelse var en faktor som ble kontrollert for hos tidlige og sene gutter, og sene jenter. Ser en på jentene kunne de ikke finne noen sammenheng mellom symptomer på depresjon og fysisk aktivitet uten å unngå og se på faktoren selvfølelse. I

vekstmodellanalysen som ble gjort i ettertid ble det funnet ut at engasjement i fysisk aktivitet kunne forutsi statusen av depressive symptomer. Fysisk aktivitet ble målt ved et selvrapporeringsskjema i studien til Colman et al. (2014). Det kom frem at fysisk aktivitet kunne være en beskyttelsesfaktor mot utvikling av depressive symptomer i 16-17 års alder. I tillegg ble det funnet at selvfølelse, mestring og utdanningsnivå kunne være beskyttende.

Derimot, ble det ved oppstart av studien til Toseeb et al. (2014) målt fysisk aktivitet objektivt, ved puls og bevegelsesinformasjon. Her ble det ikke funnet noe sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå i 14års alder og utvikling av depressive symptomer ved 17 års alder. Det konkluderes med at fysisk aktivitet ikke kan ses på som en beskyttende faktor i utvikling av depressive symptomer (Toseeb et al., 2014).



Goldfield et al. (2011) målte fysisk aktivitet i likhet med Colman et al., (2014) ved hjelp av selvrappoteringskjema. I resultatet kom det frem at kraftig fysisk aktivitet var forbundet med redusert depresjon, men ikke angst hos gutter, og redusert angst men ikke depresjon hos jenter (Goldfield et al., 2011).

## 5. Diskusjon

Her diskuteres det omkring funnene som kan bidra til å svare på problemstillingen, som også omtales som det empiriske spørsmålet. Til slutt blir det sett på ulikheter ved studiene.

Formålet med dette litteraturstudiet var å se i hvilken grad fysisk aktivitet kan brukes som forebygging av depresjon hos ungdom fra 12 år. For å belyse problemstillingen ble det benyttet seks ulike studier som omhandlet depresjon og fysisk aktivitet blant ungdom.

### 5.1 Fysisk aktivitet og depresjon

Depresjon kan ses å medbringe store helseproblemer (Aare et al., 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Martinsen; 2011). På den ene siden blir det sett at fysisk aktivitet fører til bedre helse og velvære. På en annen side er det ikke alle artiklene som har funnet disse virkningene. Dette skaper oppmerksomhet, og vil bli diskutert nærmere.

Som nevnt i teorikapitlet, kan fysisk aktivitet bidra til en rekke helsegevinster (Kjellman et al., 2015). Både i teorien og i forskningen til McPhie & Rawana (2012) belyses det at fysisk aktivitet har betydning for både trivselen og velværen (Henriksson & Sundberg, 2015). En mulig tolkning av teorien av Kjellman et al. (2015), som sier at inaktivitet kan påvirke depresjonssituasjonen, kan ses i sammenheng med at fysisk aktiv kan være en beskyttelsesfaktor mot utvikling av depresjon. Deprimerte jenter har ofte lavere selvtillit og er mindre fysisk aktive enn guttene (Berge & Repål, 2013; Kjellman et al., 2015; McPhie & Rawana, 2012). En årsakssammenheng kan være at høyere frekvens av fysisk aktivitet kan resultere i økt selvfølelse. Det er dermed mulig at en økning i selvfølelsen kan ses i sammenheng med reduserte depressive symptomer. Deprimerte er ofte i en ond sirkel, hvor tankene ofte preges av mye negativitet (Martinsen, 2011). I studien som ble utført av Colman et al. (2014) ble det funnet at selvfølelse kunne være en beskyttende faktor for

---

utvikling av depressive symptomer. Mye tyder derfor på at lav selvfølelse er utbredt blant deprimert ungdom. Funnene til McPhie & Rawana, kan bekrefte at forebygging mot depresjon kan forsterkes ved å inkludere fysisk aktivitet (McPhie & Rawana 2012; McPhie & Rawana, 2015). Ut i fra dette, kan det hevdes at Mæland (2010) sin mening om at fysisk aktivitet bør prioriteres blir forsterket.

En annen helsegevinst ved fysisk aktivitet kan være bedre søvnkvalitet (Martinsen, 2011). Det viser seg at deprimerte kan ha problemer med tretthet og lite overskudd (Martinsen, 2011). Det er mulig dette kan ha en sammenheng med at de er lite fysisk aktive og tilbringer mye tid på sofaen eller i senga. Mange som er i regelmessig fysisk aktivitet hevder at det påvirker søvnkvalitet positivt (Martinsen, 2011). Dersom dette er tilfelle, kan det føre til at en våkner utvilt, og har mer overskudd til å bedrive hverdagslige aktiviteter (Mæland, 2010).

I studien til Colman et al. (2014) kom det frem at fysisk aktivitet i ungdomsårene kunne redusere risikoen for å bli deprimert av arbeidsstress. Dette gjenspeiler resultatene til den langsgående prospektive studien, hvor de konkluderte med at fysisk aktivitet kunne motvirke negativt stress på depressive symptomer (Harris et al., 2006).

Sett i lys av at fysisk aktivitet kan påvirke helsen positivt, kan en stille seg spørsmålet hvor mye aktivitet som må til og hvor intens den må være. Helsedirektoratets aktivitetsanbefalinger skal bidra til å fremme helsen vår, og gi oss overskudd i hverdagen (Jansson & Anderssen, 2015). Det hevdes at effekten av aktiviteten kan påvirkes av dens intensitet (Henriksson & Sundberg, 2015). Dette ble bekreftet i studien til Goldfield et al. (2011) og Sabiston et al. (2013) hvor det ble funnet en dose-respons effekt. Høy intensitet ga størst utslag i den psykiske helsen, med unntak av gutter, hvor moderat intensitet også hadde effekt. Det kan tenkes at en årsak til det kan være at gutter ofte har bedre selvtillit og mer tro

på seg selv enn jenter, derfor kan det hende at det skal mer til for å oppdage en effekt hos jenter.

Lavere depresjonssymptomer kan føre til større sjans for å oppfylle anbefalingene for fysisk aktivitet (Sabistion et al., 2013). Siden deprimerte ofte har lav selvfølelse og mestringsstro, er det mulig at høy intensitet kan bli forbundet med slit og ubehag. Aktivitet skal være noe en har lyst til å bedrive, og ikke føle en må. Sett i lys av at deprimerte ofte sliter med skader som eksempelvis ryggplager, og lite motivasjon, kan det være mulig at det er lurt å starte i det små, med lavere intensitet (Martinsen, 2011; Hummelvoll, 2012). Ved å starte på den måten, kan de finne ut hva de liker å drive med. Videre kan det kanskje føre til at de opparbeider en positiv opplevelse og etter hvert får lyst til å fortsette. På en annen side, er det mulig at ungdommen opplever mer mestrings, og fortære får tro på seg selv om intensiteten er høyere. Samtidig kan det trolig tenkes at ungdom kanskje ikke ville ha møtt opp fordi de ikke er vant med å være i aktivitet, og fikk en negativ opplevelse av det. En annen mulig årsak, kan være at de mistet tro på seg selv fordi overgangen ble for brå. Sett i sammenheng med at fysisk aktivitet ikke fører med seg noen bivirkninger, er det ikke noe som tilsier at de må begynne i det små (Martinsen, 2011).

Det ble funnet ut at høye depressive symptomer kan føre til mindre deltakelse i lagidrett (Sabistion, 2013). En mulig årsak kan være at deprimerte ofte isolerer seg fra andre. I den forbindelse kan det være lettere å unngå aktiviteter, fremfor å utfordre seg selv. Med bakgrunn i at fysisk aktivitet med andre kan skape et sosialt nettverk, kan det være en negativ faktor å unngå deltakelse (Moe & Martinsen, 2011). Funn tyder også på at engasjement i fysisk aktivitet i ungdomstiden, gjør at en blir mer motstandsdyktig mot depressive symptomer senere (McPhie & Rawana, 2015). Sett i lys av at gruppeaktiviteter skaper et sosialt nettverk, kan det være mulig at sjansen for å utvikle depressive symptomer blir mindre. En mulig forklaring på dette, kan være at en ikke føler seg like ensom.

---

For å komme i gang med fysisk aktivitet er det viktig å tro at en duger til noe. Deprimerte er som nevnt tidligere ofte inaktive og har liten mestringstro (Berge & Repål, 2013). For å oppnå effekt av fysisk aktivitet er mestring en viktig faktor. Det kan tenkes at å utføre aktiviteter som fører til mestring, kan snu den onde sirkelen om til noe positivt, hvor gledeløsheten og passiviteten kan bli erstattet med selvtillit og økt mestringstro (Berge & Repål, 2013). Videre er det også mulig at evnen til å ta vare på seg selv kan bli bedre. I studien til Colman et al. (2014) gjenspeiles teorien om at mestring kan være en beskyttelsesfaktor mot utvikling av depresjon (Folkehelseinstituttet, 2015b). Videre har funn vist at selvfølelse, sosial støtte, samt utdanningsnivå også kan være beskyttende (Colman et al., 2014). Utdanningsnivå i seg selv kan ikke være beskyttende, men det er mulig stressnivået kan bli redusert av en god utdanning (Colman et al., 2014). Negativt stress er ofte å se hos deprimerte, og har en dårlig påvirkning på depresjonen (Kjellman et al., 2015; Colman et al., 2014). Det kan dermed tenkes at individer med høyere utdanningsnivå har tilgang til mer ressurser, samt bedre økonomi, sammenlignet med lavinntektsgrupper. Sett i lys av at deprimerte ofte er i en såkalt «ond sirkel» hvor tankene er preget av spekulasjoner og bekymringer, er det mulig at høyere utdanning kan bidra til mindre bekymring med tanke på økonomi og ressurser (Neumer & Aalberg, 2005). Som følge av god økonomi og bedre ressurser kan det være en sannsynlighet at ungdommen i større grad er fysisk aktiv. Videre er det mulig at ungdom med depressive symptomer gir litt blaffen i skolen, som i verste fall kan ende med at de dropper ut. Dersom en god utdanning er positivt relatert til den psykiske helsen, kan en viktig faktor for å hindre utvikling av depresjoner, være å fullføre videregående og få seg en god utdanning.

Colman et al. (2014) bekrefter at fysisk aktivitet kan være en beskyttelsesfaktor mot utvikling av depressive symptomer. Dermed skapes det oppmerksomhet rundt funnet som viste at fysisk aktivitet ikke kan være beskyttende (Toseeb et al., 2014). Det kan diskuteres

om deltakerne i studien til Toseeb et al. (2014) kan ha overrapportert symptomene på nedstemthet. Derimot kan det kanskje være mindre sannsynlig i Colman et al. (2014) sitt tilfelle, siden deltakerne ble intervjuet. Videre kan det være mye som skiller symptomer og en alvorlig depressiv episode fra hverandre. I dette tilfellet rapporterte utvalget i Toseeb et al. (2014) sitt prosjekt høy nedstemthet, og dermed kan det være mulig forskjellene ikke er så store allikevel. Felles for begge studiene er at de foregikk over tid. Derimot skiller målemetodene på fysisk aktivitet seg fra hverandre, og kan ha påvirket resultatet. Det er mulig at fysisk aktivitet som er blitt objektivt målt, kan være mer pålitelig enn selvrapporterte mål ved et spørreskjema. I Colman et al. (2014) sin studie var det også tilfelle at halvparten av deltakerne hadde opplevd traumatiske hendelser i barndommen, og en andel av deltakerne var fra lavinntektsfamilier. Disse funnene støttes av teorien (Major, 2011). Det er mulig at traumatiske hendelser kan gjøre at en får mindre tro på seg selv, og at kontrollen over eget liv blir redusert.

## 5.2 Ulikheter ved studiene

Selv om de inkluderte forskningsartiklene er kvantitative, kan en allikevel se ulikheter ved dem. Eksempler på noen av disse blir beskrevet nedenfor.

Hvordan depresjonssymptomer ble målt skiller seg fra hverandre. I undersøkelsen som ble gjort av Colman et al., (2014) ble det foretatt et ti minutters intervju for kartlegging av alvorlig depressiv episode, som ser på DSM-IV kriteriene. McPhie & Rawana derimot, benyttet seg av en forkortet versjon av «Center of Epidemiologic Studies Depression Scale» i begge undersøkelsene sine (McPhie & Rawana, 2012., McPhie & Rawana, 2015).

Forskningsdesignene varierte også fra artiklene. Blant annet er det benyttet tverrsnittsundersøkelse og langsgående studier. En tverrsnittsundersøkelse gir kun et

---

øyeblikksbilde (Johannessen et al., 2010), mens en langsgående studie går over lengre tid og kan foreta flere målinger (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

I flere av undersøkelsene ble fysisk aktivitet og depresjon målt ved selvrapporing. Ved at denne metoden benyttes fremfor eksempelvis at eksperter vurderer situasjonen, kan det være en mulighet for at individene rapporterer at de er fysisk aktive i større grad enn de egentlig er. Dette kan videre føre til skjevheter i resultatet av undersøkelsen.

Utvelgelsen til deltakere i studiene var også forskjellig fra hverandre, og kan ha vært med på å påvirke resultatene. Eksempelvis ble ungdommen i studien til McPhie & Rawana (2012) tatt fra ulike skoler, mens deltakerne i studien til Toseeb et al. (2014) var tatt fra en samfunnsprøve.

Videre kan antall deltakere være en faktor som kan avgjøre om studien er representativ. Eksempelvis var det med i overkant av 700 ungdommer i studien med færrest deltakere (Toseeb et al., 2014), og flere titusen i studien med flest (McPhie & Rawana, 2015). Av andre ting som gikk igjen i flere av artiklene, var blant annet at det deltok det flere jenter enn gutter. Dette kan også ha vært med å påvirke resultatet da de ofte har høyere nivåer av depressive symptomer og er mindre fysisk aktive sammenlignet med guttene.

## 6. Konklusjon

Ut i fra forskningen som er brukt i denne litteraturstudien, er det vanskelig å fastslå i hvilken grad fysisk aktivitet kan brukes som forebygging mot depresjon hos ungdom. Det er forsket mye på området depresjon og fysisk aktivitet, men i dette tilfellet viser de anvendte forskningsartiklene motstridende resultater. Noen av studiene fant at sannsynligheten for å utvikle depresjon er mindre hos de som er fysisk aktive, sammenlignet med de som er inaktive. Det var også noen som fant at fysisk aktivitet ikke hadde noen sammenheng med utfallet av depresjon. Allikevel er det viktig å bemerke seg at fysisk aktivitet kan motvirke tilbakefall av depresjon godt, og at fysisk aktivitet iallefall ikke gjør noe skade på en.



---

## 7. Litteraturliste

- Aare, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/711/Fysisk-aktivitet-blant-barn-og-ungdom-resultater-fra-en-kartlegging-av-9-og-15-aringer-IS-1533.pdf>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care – A practical guide (3.Utg.)*. England: Open University Press.
- Berg, U. & Mjaavatn, P. E. (2015). *Barn og unge*. I E. Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling (3.Utg., s.45-62)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Lykketyvene: hvordan overkomme depresjon*. (Rev.utg.) . Oslo: Aschehoug.
- Colman, I., Zeng, Y., Mcmartin, S. E., Naicker, K., Atallahjan, A., Weeks, M. ... Nancy, L. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: findings from a national Canadian cohort. *Preventive medicine*, 65. 28-32.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.04.008>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Folkehelseinstituttet (2014). *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet (Rapport 4, 2014). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2015a). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Hentet 06.04.2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>
- Folkehelseinstituttet. (2015b). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. Hentet 14.04.2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=104091>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiske litteraturstudier*. (3 utg.). Stockholm: Natur og Kultur.
- Goldfield, G. S., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen, H. & Flament, M. F. (2011). Physical activity and psychological adjustment in adolescents. *Journal of physical activity & health*, 8(2),157-163. [http://fitnessforlife.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/03\\_goldfield\\_JPAH\\_2009\\_0012.pdf](http://fitnessforlife.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/03_goldfield_JPAH_2009_0012.pdf)
- Harris, A. H. S, Cronkite, R. & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 79-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.013>
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. (Rapport IS-2263, 2014). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/891/Psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet-IS-2263.pdf>

- 
- Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet 05.04.16 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
  - Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19, 2014-2015). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
  - Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2015). *Generelle effekter av fysisk aktivitet*. I E. Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (3.Utg. s. 8-37). Bergen: Fagbokforlaget.
  - Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
  - Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie*. (4.Utg.). Oslo: Gyldendal.
  - Jansson, E. & Anderssen, S. A. (2015) *Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet*. I
  - Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review: traditional and systematic techniques*. London: Sage.
  - Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.Utg.). Oslo: Abstrakt.
  - Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J. & Andersson, E. (2015). *Depresjon*. I E. Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (3.Utg., s. 275-284). Bergen: Fagbokforlaget.
  - Lorem, G. (2014). *Psykisk helse: forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cammelen Damm akademisk.
  - Major, E. F. (Red.). (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 1, 2011). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

- 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
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. (2.Utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- McPhie, M. L. & Rawana, J. S. (2012). Unravelling the relationship between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescent: A metidation analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 43-49.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.03.003>
- McPhie, M. L. & Rawana, J. S. (2015). The effect of physical activity on depression i adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis. *Journal of Adolescence* 40, 83-92.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.01.008>
- Moe, T & Martinsen, E.W (2011). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (s.76-96). Bergen: Fagbokforlaget
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (3.Utg.) Oslo: Universitetsforlag
- Neumer, S. & Aalberg, M. (2005). *Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge*. I: *Se meg! Barn i Norge 2005..* (s.89-101). Oslo: Voksne for barn.
- Olsson, G. (2006). *Depresjoner i tenårene: ung, trett og trist*. Oslo: Kommuneforlaget
- Sabiston, C. M., O'Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M., Low, N. C., Barnett, T. & O'Loughlin, J. (2013). Linking depression symptom trajectories in adolescence to

---

physical activity and team sports participation in young adults. *Preventive Medicine*, 56 (2), 95–98.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.11.013>

- Skårderud, F., Stänicke, E. & Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn- kropp-samfunn*. (2.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. (2.Utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Toseeb, U., Soren, B., Corder, K., Dunn, V. J., Jones, P. B., Owens, M. ... Goodyer, I. (2014). Exercise and Depressive Symptoms in Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(12), 1093.  
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1794>
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Ommunsen, Y. (2015). *Å bli fysisk aktiv*. I E. Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3.Utg. s. 84-103.). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hentet 27.04.16 fra  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)