

Avdeling for Folkehelsefag

Tonje Linea Hoel

Bacheloroppgave

Fysisk aktivitet og psykisk helse

Physical activity and mental health

Bachelor i Folkehelse – med vekt på fysisk aktivitet

2017

Forord

Etter endt utdanning i 2013, valgte jeg å utsette min bacheloroppgave. På grunn av erfaringer jeg har tilegnet meg gjennom yrke og egen helse, ble valget på tema enkelt. Folkehelse og forebygging er temaer som interesserer meg veldig, og jeg ser frem imot en lang yrkeskarriere med dette som fokus.

Igjennom min treårig Folkehelse utdanning har vi hatt mye fokus på fysisk aktivitet og dens positive innvirkning på alle type mennesker og aldre. Jeg har også jobbet med fysisk aktivitet som personlig trener, treningsveileder og sal/spinning instruktør igjennom noen år. Da min hverdag i flere år har dreid seg rundt fysisk aktivitet, har den også dreid seg mye om psykisk helse. Da jeg selv fikk diagnosen depresjon for noen år tilbake har dette blitt et interesse felt for meg og jeg leser om hvor mange flere som opplever å bli rammet av denne psykiske lidelsen i løpet av livet.

En stor takk til min veileder Mari Finstad Evenby for gode råd og veiledning gjennom oppgaven, og til min samboer Bjørn Åge Scheide som har vært en veldig god støttespiller disse månedene.

Sammendrag

Tittel: Fysisk aktivitet og psykisk helse.

Problemstilling: «Kan fysisk aktivitet benyttes i behandling av depresjon blant ungdom?»

Metode: Litteratursøk.

Resultat: Igjennom de fire forskningsartiklene som ble brukt for å besvare oppgavens problemstilling, ser det ut til at fysisk aktivitet kan gi et løft på humøret, virke som en del av en forebyggende faktor for depresjon og kan øke selvfølelsen for mange. Om fysisk aktivitet kan bidra som behandling for ungdommer med depresjon er enda usikkert og det behøves mere forskning på dette.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Oppgavens oppbygging	6
1.2 Tema og problemstilling	7
1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	7
1.4 Definerings av sentrale begreper	8
2.0 Teori	11
2.1 Psykisk helse blant ungdom	11
2.2 Psykiske plager	11
2.3 Psykiske lidelser	12
2.3.1 Depresjon	13
2.4 Depresjon blant ungdom	16
2.5 Fysisk aktivitet	17
2.5.1 Fysisk aktivitet og psykiske lidelser	19
3.0 Metode	21
3.1 Ulike metoder	21
3.1.1 Litteraturstudie som metode	21
3.2 Bakgrunn for valg av metode	22
3.3 Kildekritikk	22
3.3.1 Reliabilitet og validitet	23
3.4 Søkeprosess	24
3.5 Utvalgte artikler	26
4.0 Resultater	28
4.1 Artikkel 1	28
4.2 Artikkel 2	29
4.3 Artikkel 3	30
4.4 Artikkel 4	32

5.0 Diskusjon	34
5.1 Fysisk aktivitet og depresjon blant ungdom	34
6.0 Konklusjon	39
7.0 Litteraturliste	40

1.0 Innledning

Fysisk inaktivitet er blitt et stort problem blant befolkningen, og man kan se at ungdommer bruker store deler av sin tid sittende med pc og mobil (Martinsen, 2011, s.82). I 2011 kom det frem i en rapport at aktivitets nivået til ungdommer som er fylt 15 år, har gått ned fra de var 6 år (Helsedirektoratet, 2012, s.40). 15 åringene i 2011 sitter i gjennomsnittlig 9.5 timer rolig hver dag (Helsedirektoratet, 2012, s.13). Samtidig som ungdommer har blitt mere inaktive, har også forekomsten av psykiske lidelser økt (Martinsen, 2011, s.15). Den vanligste psykiske lidelsen blant ungdom er depresjon (Snoek, 2002, s.134). Ungdommer som opplever å få en depresjon vil som oftest føle seg ukonsentrerte, ha lite energi, negative tanker om seg selv og forstyrrelser i søvnmønsteret (Olsson, 2006, s.20). Det er anbefalt at barn og ungdom burde minst være 60 minutter i fysisk aktivitet i løpet av skoledagen (Helsedirektoratet, 2016). Vi er alle laget for å være aktive og i bevegelse, og fysisk aktivitet kan forebygge sykdom (Henriksson & Sundberg, 2015, s.8). Fysisk aktivitet bidrar også positivt på blant annet søvnmønster, selvfølelse og stress (Martinsen, 2011, s.59-60).

«Mennesket er mer enn kropp. Sjelen og samfunnet er også viktige helsestudioer». —

Per Fugelli (Nordengen, 2016, s.9).

1.1 Oppgavens oppbygging

I dette innlednings kapitelet vil tema og problemstillingen bli presentert, og en beskrivelse på hvorfor disse er valgt. I siste del av det første kapitelet gjøres det rede for noen ulike begreper som går igjen igjennom hele oppgaven. Kapittel to er teori, og der skapes grunnlaget for diskusjonsdelen ut fra teorien som er funnet rundt fysisk aktivitet og depresjon. I kapittel tre blir metoden som er brukt beskrevet og hvordan litteratursøkene er blitt gjennomført. Resultat og diskusjon ligger etter hverandre og der legges først frem det relevante stoffet som har blitt funnet og blir da videre diskutert. I siste delen av oppgaven

kommer det en konklusjon, der oppsummeres bacheloroppgaven og problemstillingen blir besvart.

1.2 Tema og problemstilling

Tema for dette prosjektet handler om *fysisk aktivitet og psykisk helse*, da dette egentlig er to forskjellige temaer som de siste årene har kommet nærmere og nærmere hverandre, og samtidig ser ut til å påvirker hverandre. Min problemstilling vil se på fysisk aktivitet som en del av en behandlingsformen for ungdommer som har fått den psykiske lidelsen depresjon.

Min problemstilling lyder som følger:

«Kan fysisk aktivitet benyttes i behandling av depresjon blant ungdom?»

1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Depresjon ble allerede i år 2000 rangert som en av de største helseproblemene i verden (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2015, s.275). Det er viktig å ta psykiske lidelser på alvor, da det allerede for 20 år siden var et større problem for noen samfunnslag enn hjerte- og karsykdommer (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998, s.132). De vanligste formene for behandling av ungdom som får den psykiske lidelsen depresjon er samtale til lege og eventuelt til psykolog, og medikamenter som blir kalt antidepressiva (Olsson, 2006, s.71). Jeg vil i denne oppgaven se på om fysisk aktivitet kan være med som en del av behandlingsformen, da fysisk aktivitet gir positive helsefordeler, samt at det ikke gir bivirkninger som medikamenter gjør (Martinsen, 2011, s.40 & s.178).

Som nevnt i forordet for oppgaven er fysisk aktivitet og depresjon temaer som er av interesse, og det å kunne velge problemstilling ut fra erfaring og interesse vil være positivt for skriveprosessen og tiden man bruker på oppgaveskrivingen (Rienecker & Jørgensen, 2013, s.55).

1.4 Definerer av sentrale begreper

Helse –

Verdens helseorganisasjon definerer det å ha en god helse som «*en tilstand av komplett fysisk mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte*» (Espnes & Smedslund, 2011, s.32).

Fysisk aktivitet –

Å bruke kroppen og bevege den som resulterer i økt energiforbruk. Fysisk aktivitet kan være alt fra lek, fysisk arbeid, friluftsliv, idrett, kroppsøving, mosjon og lignende (Helsedirektoratet, 2014, s.11).

Fysisk inaktivitet –

Vil si at man bruker det meste av sin våkne tid sittende eller liggende, som i form av skjermtid som pc, tv eller mobil, bilsetet, kontorstol og lignende tilfeller av fysisk hvilende stillinger (Helsedirektoratet, 2014, s.11). Å være fysisk inaktiv øker risikoen for overvekt, beinskjørhet, hjerte- og karsykdommer, kreft og tidligere død (Martinsen, 2011, s.40-41).

Psykisk helse –

Beskriver hvordan vi har det inni oss og ikke utenpå. Det beskriver også hvordan vi som mennesker takler livets påkjenninger (Nordengen, 2016, s.9).

Psykisk plage –

Opplevs som en belastning i hverdagen og mange opplever dette i lengere eller kortere perioder i livet (Folkehelseinstituttet, 2011:1, s.15).

Psykiske lidelser –

Beskriver noe som plager oss mentalt, og de vanligste mentale utfordringene er angst, depresjon, avhengighet av rusmidler og misbruk (Martinsen, 2011, s.15). «*Psykiske lidelser defineres på samme måte enten den opptrer hos ungdom eller hos voksne. De ulike forstyrrelsene kan være lettere eller mer alvorlige, av kortere eller lengre varighet*». (Snoek, 2002, s.31).

Depresjon –

En psykisk lidelse som ikke bare påvirker humøret, men faktisk hele mennesket (Martinsen, 2011, s.66). Deprimerte mennesker opplever å føle mangel på glede og mangelen på å ta initiativ, de føler også at de står uten håp for fremtiden og at de ikke har noe fellesskap (Berge & Repål, 2002, s.11). Depresjon kan deles inn i to hovedgrupper, *bipolar lidelse* som gjør at

man svinger mellom å føle seg nedstemt i perioder og oppstemt i andre, og *unipolare depresjoner* som er de mer vanlige formene for en depresjonslidelse (Martinsen, 2011, s.65-66). I denne oppgaven blir fokuset på de menneskene med *unipolare depresjoner* når det blir skrevet om depresjoner.

Ungdommer -

Ungdom er vanskelig å definere, men man befinner seg i en tidsperiode i livet. Det sies at man blir ungdom når man kommer i puberteten og at man går inn i de voksnes rekke da man blir myndig. I denne oppgaven er ungdommer de som er mellom 12 år og 18 år.

2.0 TEORI

2.1 Psykisk helse blant ungdom

Verdens helseorganisasjon har definert psykisk helse som *«en tilstand av velvære der hver enkelt innser sitt eget potensial, kan takle den normale påkjenninger i livet, kan arbeide produktivt og fruktbart, og er i stand til å gi et bidrag til hennes eller hans samfunn»* (World Health Organization, 2014, oversatt selv igjennom Google oversetter).

Psykisk helse er avgjørende for hvordan et menneske har det i livet sitt, i relasjon sammen med andre mennesker og om man føler man får brukt sitt potensiale i hverdagen. Dette strekker seg lengere enn om man er frisk fra sykdom (Folkehelseinstituttet, 2011:1, s.15). Det handler om hvordan vi takler motgang og vonde ting som skjer i livene våre, hvordan vi da har det inni oss. Har vi en god psykisk helse er vi mere utrustet for å takle hverdagen uansett hva vi sliter med (Nordengen, 2016, s.9). De fleste vil slite med psykisk helse i løpet av livet, og mens man kan blir frisk fra fysisk sykdom kan man også bli det av psykisk sykdom (Nordengen, 2016, s.10). Igjennom de siste årene opplever ungdommer stadig mere press fra skole, hjem, det kommersielle og ikke minst press som ungdommen selv skaper seg imellom. Disse faktorene kan bidra negativt over tid for ungdommers psykiske helse (Snoek, 2002, s.26-27). Når vi snakker om psykisk helse, bruker vi dette oftest sammen med psykiske lidelser og psykiske plager (Helsedirektoratet, 2014, s.8).

2.2 Psykiske plager

Vi kan beskrive psykiske plager som vansker i hverdagen, og personer som får dette vil oppleve dette som en belastning i hverdagen (Folkehelseinstituttet, 2015). Mange vil oppleve å slite med psykiske plager i lengere eller kortere perioder i livet, og hos noen vil de komme

tilbake (Folkehelseinstituttet, 2011:1, s.15). Hos mange kan dette ha en sammenheng med hvordan de takler stress og hvordan man blir påvirket av ytre påkjenninger. Ulike hendelser i hverdagen kan gi et slik utslag på stressnivået i kroppen, og da er det forskjellig hvordan vi håndterer dette (Espnes & Smedslund, 2001, s.98).

2.3 Psykiske lidelser

For å si at et menneske har fått en psykisk lidelse, må de få en diagnose etter en vanskelig tid med belastende symptomer (Folkehelseinstituttet, 2011:1, s.15). De vanligste lidelsene er angst, depresjon og misbruk av rusmidler. Psykiske lidelser er blitt en folkesykdom, og rundt halvparten av befolkningen vil oppleve å få en lidelse i løpet av livet (Martinsen, 2011, s.15). Hos barn og unge er psykiske lidelser blitt et stort problem for samfunnet, og de vanligste lidelsene for ungdom er depresjon og angst. Flere og flere ungdommer går på antidepressive tabletter for å klare å fungere i hverdagen (Folkehelseinstituttet, 2015). For de med en psykisk lidelse vil man oppleve at man ikke fungerer like godt på skole eller i jobb som før, man ønsker ofte å isolere seg fra andre og det kan være belastende å være pårørende for en med psykisk lidelse (Martinsen, 2011, s.15). De vanligste behandlingsformene for de med psykisk lidelse er medikamenter og samtalebehandling, men dessverre har ikke helsevesenet kapasitet til å hjelpe alle og mange står i lang vente kø for å komme inn til samtale. Mange ungdommer ønsker heller ikke denne type behandling, og medikamenter kan ha en del bivirkninger og de kan heller ikke hjelpe alle (Olsson, 2006, s.74-75).

Det blir mere fokus på forebyggende arbeid og andre alternativer til behandlingsmetode for de med psykiske lidelser, derfor ønsker flere å øke bevisstheten rundt fysisk aktivitet da dette sies å gi positive helsefordeler, samt positiv effekt på selvbilde og humør (Espnes & Smedslund, 2001, s.210). Det brukes mye kostnader i året på grunn av psykiske lidelser, dette på grunn av

sykefravær, uføretrygd og sykdomskostnader. Dette er blitt en stor samfunnsutfordring at så mange mennesker føler de ikke kan mestre hverdagen på grunn av en lidelse (Helsedirektoratet, 2014, s.3).

2.3.1 Depresjon

Som nevnt tidligere er depresjon en av de vanligste psykiske lidelsene vi har, det er også denne lidelsen fokuset ligger på i denne oppgaven. Denne lidelsen er blitt en folkeepidemi, og den bidrar til at vi har et høyt fravær fra arbeidslivet. Depresjon kan ramme alle aldersgrupper og mennesketyper (Nordengen, 2016, s.10). Allerede for 17 år siden rangerte Verdens helseorganisasjon depresjons som den fjerde største helseproblemet i verden (Martinsen, 2011, s.68). Selv om depresjon kan ramme alle, er det et skille på kvinner og menn. Hos kvinner er depresjon en vanligere lidelse enn hos menn (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2015, s.276). Dette skille kommer allerede ved pubertets alder, og det kan virke som hormonforandringene som skjer kan være med som en årsak til depresjon hos noen, sammen med tilpasningen til kjønnsrollene unge kvinner møter (Olsson, 2006, s.50).

Andre ord for å beskrive hvordan sinnstilstanden er som deprimert er at man er sliten, føler seg nedpå og ute av slag (Martinsen, 2011, s.65). Vi kan dele depresjon i to grupper, der den ene er *bipolare lidelser* som er en sjeldnere lidelse der personer varierer mellom å være nedstemt i perioder, og i andre perioder være oppstemt. Da denne lidelsen kun rammer en liten del av befolkningen, vil ikke denne oppgaven ta for seg disse (Martinsen, 2011, s.65). *Unipolare lidelser* er mere vanlig og hele 20% av mennesker vil oppleve denne i løpet av livet (Martinsen, 2011, s.66). Har man i lengere perioder følt seg energiløs og tynget av en nedstemthet som ikke gir seg, tyder dette på en depresjon. I tillegg sliter man med å finne glede i det man før fant glede i, interessen forsvinner og det er vanskelig å konsentrere seg

(Berge & Repål, 2002, s.9). Depresjon vil ikke bare påvirke humøret, men hele menneske. Søvnkvaliteten blir påvirket, noen sover mindre og har mange oppvåkninger i løpet av natten, mens andre kan få et større søvnbehov. Uansett vil man føle seg mere trett enn ellers og at man mangler energi (Martinsen, 2011, s.66). Alt i hverdagen kan føles som et ork ettersom energien er lav, og man får en følelse av motløshet og tristhet. Matvaner endres, alt i fra at man har mistet lysten på mat og kan gå ned i kroppsvekt, til at man kan trøstespise store mengder så resultatet blir at man legger på seg (Berge & Repål, 2002, s.15). Selvfølelsen blir dårligere hos mennesker med depresjon, og de mister troen på seg selv og hva de får til i hverdagen. Livsgleden kan bli svekket og derfor går dette utover hverdagsliv, jobb eller skolehverdag (Nordengen, 2016, s.10). Psykisk lidelse og depresjon øker risikoen for selvmord, og dessverre er det mellom 4-6000 mennesker i Norge som prøver å ta selvmord hvert eneste år. Det er flere enn dobbelt så mange som dør av selvmord enn i trafikken hvert eneste år. Blant disse tallene er det flere som lider av depresjon som ikke lenger klarer å ha et håp om at det tilslutt vil bli bedre (Nordengen, 2016, s.22).

Depresjon kan deles i tre kategorier. *Den lette depresjonen* som vil si at man har symptomer, men ikke i den grad at de går utover hverdagen, jobb eller skole, bortsett fra å oppleve en stor mistriivsel. Ved *moderat depresjon* har man sterkere symptomer og er som ofte sykmeldt. Man kan også slite med å gjøre dagligdagse gjøremål, og mange får behandling, men uten innleggelse. *Alvorlig depresjon* er den tyngste man kan oppleve av de tre, og her føles alt svart. Man har som regel alle symptomene på en depresjon og daglige gjøremål føles umulige. Selvmordstanker og selvmordsforsøk er vanlige, og de fleste blir innlagt på et sykehus. De vanligste av de tre depresjonsformene er lette og moderate depresjoner (Aarøe, 2005, s.28-29). For å måle depresjonsdybden brukes ofte diagnosesystem, og den som nevnes i denne delen av oppgaven er det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, som vi også bruker i Norge og som da blir kalt ICD-10 (Kjellman et al, 2015, s.277), og har blitt utviklet av WHO (Olsson,

2006, s.19). Det er her en liste over symptomer, og jo flere man har jo dypere karakteriserer depresjonen. Symptomene skal prege mesteparten av dagen og vare i minst 14 dager (Olsson, 2006, s.20). Noe av symptomene på lista er som nevnt tidligere, søvnmønster, appetitt, energitap, tretthet, verdiløshet, konsentrasjonsvansker og selvmordstanker (Aarøe, 2005, s.28). I artiklene som senere blir presentert vil diagnosesystemet CES-D bli nevnt. Her går spørsmålene i det samme, men man tar kun for seg de siste syv dagene.

Årsak

Noen mennesker som får depresjon kan ha en forståelse av hvorfor de fikk den, mens andre ikke finner noe grunnlag på hvorfor den psykiske lidelsen skulle ramme dem (Berge & Repål, 2002, s.26). Man kan ikke se på en enkelt grunn for hvorfor noen får en depresjon, men hos mange kan man gå ut ifra at personen har opplevd et tap i livet (Kjellman et al, 2015, s.277). Å oppleve et tap kan være alt fra tap av kjæreste, venner, familie, jobb, økonomi, helse og dødsfall (Aarøe, 2005, s.38). Et slikt tap kan for mange utløse mye stress og sårbarhet, men for andre ikke. Risikofaktorer som kan utløse slikt stress og sårbarhet kan for eksempel være mennesker som har vonde opplevelser i barndommen og traumer av forskjellig slag (Kjellman et al, 2015, s.277). Hos mange vil det være kombinasjon av flere faktorer og sammenhengen der som utgjør om man får en depresjon (Berge & Repål, 2002, s.27).

Behandling

Som behandling har medikamenter som antidepressiva vært tilgjengelig helt siden 1950-tallet. Virkningen har alltid vært bra, men hos de som er kommet i nyere tid har bivirkningene vært færre. De er heller ikke lenger giftig hvis du inntar en overdose av de. Mange som lider av

depresjon oppsøker lege og får utskrevet antidepressive medikamenter, enten alene eller i sammenheng med samtalerapi (Martinsen, 2011, s.68). Kognitiv og interpersonlig terapi som behandling har også vist en god effekt på depresjon (Kjellman et al, 2015, s.277). Andre behandlingsmuligheter legen kan vurdere å henvise til er ECT, som står for elektroshokkbehandling. Denne blir ofte prøvd der annen behandling ikke har gitt resultater. Deprimerte mennesker har en tendens til å isolere seg, og det vil være viktig for de å prøve å holde seg sosiale og i kontakt med mennesker og dyr. Samtidig vil det å holde en normal døgnrytme, der måltider og søvn er strukturert viktig (Martinsen, 2011, s.68-69).

2.4 Depresjon hos ungdommer

Dagens ungdommer har et enormt press på seg fra alle hold. De skal se bra ut, trene, få gode karakterer på skolen, være sosiale og hjelpe til hjemme. På grunn av alt dagens ungdommer gjør, kan det hende en depresjon blir raskt oppdaget av foreldrene eller de nærmeste, da depresjonen som nevnt tidligere tar fra et menneske energi. De orker ikke å ta initiativ eller å gjøre alt de pleide å gjøre før. I forhold til skolearbeid, går ofte karakterene ned, da konsentrasjonen blir svekket (Olsson, 2005, s.14). Tidligere har det blitt nevnt hvordan en depresjon går utover det psykiske, men hos ungdom merkes det også en del på det fysiske. Kvalme, forstoppelse, vondt i magen, muskel- og leddsmerter, hodepine er vanlige ting som kan dukke opp. Mange ungdommer søker derfor i førsteomgang hjelp på grunn av plager fysisk.

Man kan merke på humøret på et menneske som står en nært om man er deprimert, da stemningsleiet er nedstemt, men hos unge mennesker varierer humøret mere, og de kan derfor prøve å skjule hva de sliter med. Et annet tegn man da kan se etter, er om de er mere irriterte enn vanlig, da mange kan bli irritable av alt presset foreldrene og samfunnet setter på dem

(Olsson, 2005, s.15-16). Det er viktig at foreldre viser støtte, da en deprimert ungdom kan føle seg verdiløs og velger å trekke seg unna sine nærmeste (Olsson, 2005, s.16-17).

Det er også viktig for foreldre og andre rundt å vite at det å gå inn i puberteten for ungdommer kan oppleves som psykologisk stressende, da kroppen går igjennom store hormonelle forandringer. Mange av reaksjonene på pubertet kan derfor sammenlignes med symptomene på depresjon (Snoek, 2002, s.34). Skole og foreldre har et ansvar for å snakke om forventningene til pubertet, kroppslige forandringer og forskjellene som kan oppleves fra person til person (Snoek, 2002, s.39).

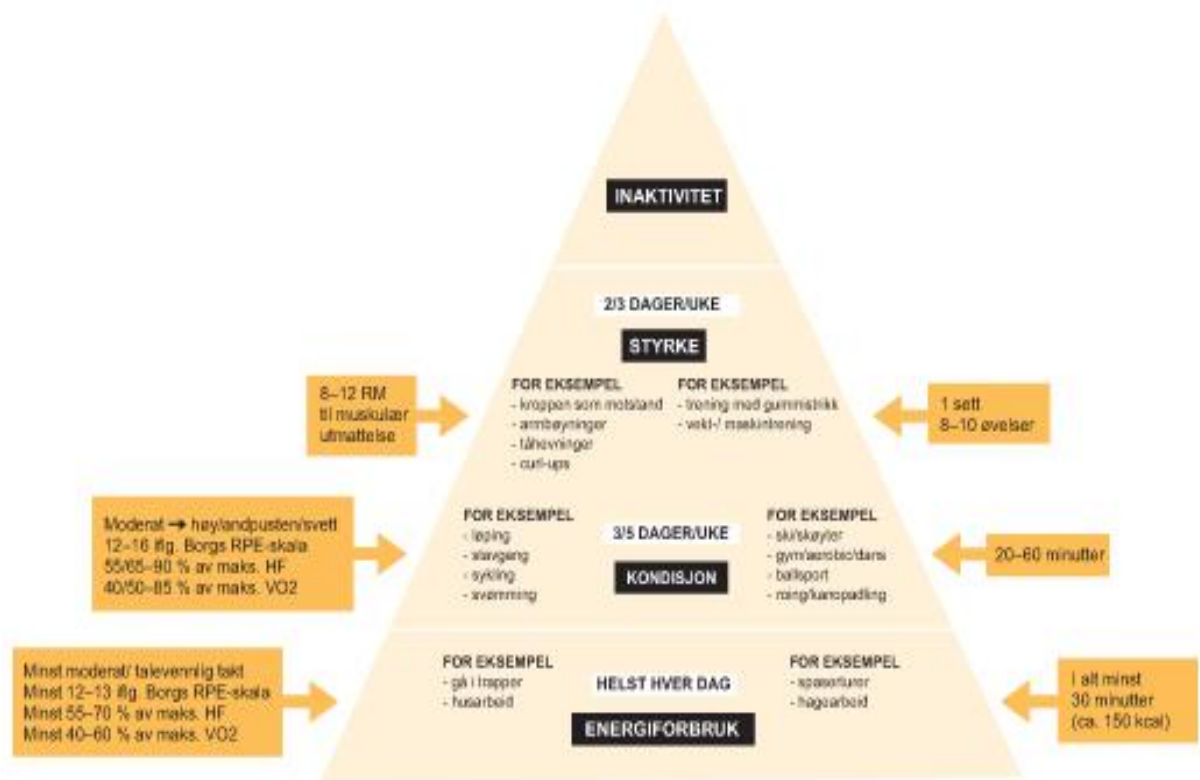
2.5 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er når du utfolder deg fysisk, og her inngår all kroppslig bevegelse som utfordrer skjelett og øker energiforbruket. Eksempler er fysisk arbeid, lek, trening, friluftsliv, mosjon og idrett (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000, s.5). Fysisk aktivitet er et felles begrep for muskelarbeid i alle former (Martinsen, 2011, s.36).

Anbefalinger

Alle burde være minst 30 minutter i moderat aktivitet hver eneste dag. Man ser på faktorene varighet, intensitet og frekvens. Jo mere aktiv en person er, jo flere helsegevinster oppnår man (Jansson & Anderssen, 2015, s.37). Som et hjelpemiddel for å se hvor aktiv man burde være, kan man bruke *aktivitetspyramiden*. På øvre del av pyramiden har man aktiviteter man utfører sjeldnere, men med høyere intensitet. I motsetning til de nederste på pyramiden, som man kan utføre oftere men med roligere tempo. De som bruker denne pyramiden som et hjelpemiddel

må ta utgangspunkt i sin egen helse, interesse og tid. For noen kan det være nok å ha fokus på mere hverdagsaktivitet hver dag, mens andre etter hvert vil se oppover på pyramiden for å få resultater på mere muskelkraft og bedre kondisjon i tillegg (Jansson & Anderssen, 2015, s.37-38).



Figur 1. Aktivitetspyramiden fra Aktivitetshåndboka 2015, s. 38

Effekter av fysisk aktivitet

Både kropp og sjel har godt av fysisk aktivitet og vi er alle skapt for å være i bevegelse. Jo høyere intensitet på aktiviteten eller bevegelsene vi utfører, jo større umiddelbar virkning har dette på kroppsfunksjonene våre (Henriksson & Sundberg, 2015, s.8). Vi beveger oss mindre og mindre, og en kropp som ikke blir brukt nok vil forfalle. All muskulatur blir svakere, både hjerte- og skjelettmuskulatur, vi blir mere mottakelige for overbelastning og skader, da spesielt

kne- og hofteladd. Beinskjørhet blir hyppigere, da ikke skjelettet får nok belastning, som igjen kan føre til skader og brudd. Overvekt er blitt et stort helseproblem over hele verden, og hovedgrunnen er fordi vi er inaktive og har et høyere inntak av mat. Fysisk aktivitet vil stimulere musklene til å øke i volum som igjen gir økt stoffskifte (Martinsen, 2011, s. 40).

Andre langt mere alvorlige punkter fysisk aktivitet kan gi effekt på er utvikling av kreft, da aktivitet kan redusere risikoen for en del krefttilfeller. Blodtrykket holdes mere stabilt, faren for diabetes type 2 og åreforkalkning reduseres. Til sammen kan alle disse stå for utviklingen av hjerte- og karsykdom. Fysisk inaktivitet øker risikoen for tidligere død og økt risiko for sykdom som nevnt ovenfor (Martinsen, 2011, s.41).

For at fysisk aktivitet skal ha de positive helsefordelene må man være aktiv regelmessig, da man har en positiv effekt en viss periode før effekten reduseres igjen. Jo høyere intensitet, jo flere dager blir de positive helsefordelene værende. Som nevnt tidligere er det anbefalt en minimums tid på 30 minutter med fysisk aktivitet hver dag, men denne tiden kan fint deles opp i flere kortere aktivitets minutter den samme dagen (Henriksson & Sundberg, 2015, s.9).

Andre områder der fysisk aktivitet gir positive helsefordeler som gir økt velvære i hverdagen er at den påvirker søvnkvaliteten, hjelper mot stress og man kan få en bedre selvfølelse av å være aktiv (Martinsen, 2011, s.59-60).

2.5.1 Fysisk aktivitet og psykiske lidelser

Fysisk aktivitet kan bidra til et løft på humøret etter at man har vært i aktivitet (Aarøe, 2005, s.50). Selv om mye forskning viser til at fysisk aktivitet gir positive helsefordeler for psyken, er det allikevel stor forskjell på mennesker og hvordan man reagerer på å det å være i aktivitet. Dette er fordi mennesker er forskjellige og opplever det vi gjør på forskjellig måte. Et enkelt

menneske kan også oppleve fysisk aktivitet forskjellig på grunn av at humøret varierer. Allikevel kan mange mennesker oppleve overskudd og en økt følelse av velvære. Det viktigste vil også være at et menneske føler seg i form og føler seg bra, da dette gir motivasjon for å være i aktivitet og kunne fortsette med det (Espnes & Smedslund, 2001, s.215). Fysisk aktivitet kan også bidra til at stressnivået i kroppen reduseres, og som nevnt tidligere er stress noe som kan virke negativt på psykiske plager og lidelser (Espnes & Smedslund, 2002, s.113).

3.0 Metode

For å finne svar på oppgavens problemstilling, er det viktig å bruke metode. Metode er et verktøy som vil hjelpe en forfatter på veien, samt samfunnsvitenskapelig metode som handler om informasjonen man finner og hvordan man skal tolke denne. «Å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål» (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011, s.29). Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan vi skal finne og analysere informasjon fra den sosiale verden (Johannessen et al., 2011, s.29). Metode hjelper i form av at den veileder forfatteren til å være mere kritisk til det man finner (Johannessen et al., 2011, s.30).

3.1 Ulike metoder

Samfunnsvitenskapelige metoder skilles mellom *kvantitativ* og *kvalitativ metode* (Dalland, 2007, s.82). De *kvantitative metodene* brukes ofte på mange mennesker samtidig for å hente informasjon for så å gjøre det om til tall og statistikker. Det positive med den *kvantitative metoden* er at man får tatt for seg mange mennesker samtidig og kan bruke spørreundersøkelser. Det er denne metoden som er brukt på forskningsartiklene til denne oppgaven. *Kvalitativ metode* går på en mindre gruppe for å fange opp opplevelser og meninger man ikke kan måle med tall. De som bruker denne metoden blir ofte kalt «tolkere», da de går mere i dybden på færre mennesker (Dalland, 2007, s.82-83).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie går ut på at forfatteren finner frem til teori og kunnskap som omhandler problemstillingen på en systematisk måte, og ser på dette med et kritisk blikk (Rienecker &

Jørgensen, 2013, s.114) Det vil ofte være en del kunnskap som ligger tilgjengelig, men ikke alt er relevant å bruke. Dette er en prosess man skal bruke god tid på da man kan velge kilder som ikke samstemmer med problemstillingen (Dalland, 2007, s.64). Det er mye god forskning der ute på ulike temaer som er fint å kunne benytte seg av.

3.2 Bakgrunn for valg av metode

I følge Høyskolen i Hedmark sine retningslinjer skal man velge litteraturstudie som metode på bacheloroppgaven i 2017. Denne metoden ville nok uansett passet godt for å få svar på problemstillingen, da det allerede finnes en del relevant teori og forskning på temaene fysisk aktivitet og psykisk helse blant ungdom, og man kan da også få en helhetsforståelse av dette. Kvalitativ metode ville nok ikke passet til denne oppgaven uansett da ungdommers psykiske helse kan være vanskelig å snakke om for dem, da dette er meget personlig og et sårt tema. Ved valg av kvantitativ metode kan man bruke spørreskjema på mange ungdommer, bakdelen kan være at man kun får et overblikk over hvor mange som er aktive og hvor mange som sliter med depresjon.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er ikke bare noe vi bruker når vi skriver oppgaven, men også noe vi kan trekke med oss inn i arbeidslivet. Blir vi spurt om noe eller utfører en bestemt handling i arbeidslivet må vi kunne vite grunnlaget for svaret og gjøre rede for hvorfor vi gjør som vi gjør. På samme måte viser vi til kunnskapen som er brukt når vi skal finne kilder til en oppgave (Dalland, 2007, s.71).

I denne oppgaven må man kunne vise en eventuell leser hva slags litteratur som er benyttet i oppgaven, hvorfor den er valgt til problemstillingen og hvor kritisk man har vært i utvelgelsen av litteratur (Dalland, 2007, s.70-71). Kildekritikk kan deles i to, på den ene siden må vi finne riktig litteratur til problemstillingen, altså den som kan belyse denne på best mulig måte. På den andre siden må man kunne gjøre rede for hvorfor man har valgt de artiklene man har valgt. Og kunne vise at kilden man bruker er sann (Dalland, 2007, s.64).

Etter man har valgt tema man har interesse for å finne ut mere om, trenger man en god problemstilling for å gå dypere inn på hva man skal begynne å søke etter av kunnskap (Dalland, 2007, s.64). Da tema er valgt og man har begynt å tenke ut en problemstilling som passer til egen interesse, er det naturlig å begynne å se på pensumlitteratur. Bøkene «Aktivitetshåndboka» som Helsedirektoratet (2015) har utarbeidet og boken «Kropp og Sinn» av Egil W. Martinsen (2011) er godt kjent fra studietiden, og viste at begge inneholdt mye kunnskap om fysisk aktivitet og psykisk helse. Ellers har det blitt sett igjennom flere andre bøker og brukt en del stoff fra Helsedirektoratet sine sider, før ferden gikk videre inn på biblioteket sine sider fra HIHM.no for å starte søket etter forskningsartikler.

Når artikler til dette prosjektet skulle finnes var det viktig at de var troverdige, og da er det to begrep som passer til prosjektet og litteraturen, og det er *reliabilitet* og *validitet*.

3.3.1 Reliabilitet og validitet

Det er viktig å vise at oppgaven inneholder troverdig kunnskap, og da trenger vi å bruke *reliabilitet* og *validitet* (Dalland, 2007, s.48). «*Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis*». (Dalland, 2007, s.49). Det var derfor viktig at artiklene som ble funnet, skulle gi nøyaktige målinger. «*Validitet står for*

relevans og gyldighet». (Dalland, 2007, s.48). Dataen som ble samlet inn må altså være relevant for problemet som skal undersøkes (Dalland, 2007, s.48). Med tanke på *validitet* må man ha en del krav om hva man skal se etter i søket om forskningsartikler. Ønsket var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, da nyere forskning er av mere interesse. Artiklene skal dreie som ungdommer mellom 12-18 år av begge kjønn. Det er også viktig at artiklene dreier som om ungdom som allerede har fått den psykiske lidelsen depresjon, da ikke ønsket er å dra inn artikler som omhandler forebygging, da dette vil være irrelevant for oppgaven. Tilslutt må artiklene handle om fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

3.4 Søkeprosess

Søkeprosessen startet på HIHM.no sin hjemmeside og klikket videre derfra inn på «bibliotek», her kom det opp en linje med teksten «Søk i Oria». Valgte å undersøke denne søkemotoren da den ligger under biblioteket sine sider og den dekker mange databaser. Sett på ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier, ovenfor ble det nevnt om årstall, alder og hva artiklene skulle handle om. Andre kriterier som er viktig er at de skal ha et sammendrag slik at man får en god oversikt, og at språket må være engelsk eller nordisk (Rienecker & Jørgenen, 2013, s.124). Søket ble lagt inn på «Oria» den 02.02.2017

Tabell 1. Søkeord, antall treff og antall utvalgte artikler.

Søkeord:	Database som er blitt søkt i:	Avgrensninger:	Antall treff etter avgrensning:	Antall brukt:

<i>Depression</i>	ORIA	2008-2017	154 086 treff	0
<i>Physical activity</i>		Fagfelleverderte tidsskrifter		
<i>Depression</i>	ORIA	2008-2017	45 519 treff	0
<i>Physical activity</i>		Fagfelleverderte tidsskrifter		
<i>Young adults</i>				
<i>Depression</i>	ORIA	2008-2017	33 848 treff	1
<i>Physical activity</i>		Fagfelleverderte tidsskrifter		
<i>Young adults</i>		Språk; Engelsk		
<i>Treatment</i>				
<i>Prevention</i>	ORIA	2007-2017	10 968 treff	3
<i>Depression</i>		Fagfelleverderte tidsskrifter		
<i>Physical activity</i>		Språk; Engelsk		
<i>Adolescence</i>				

3.5 Utvalgte artikler

Her kommer de fire utvalgte artiklene. Inneholder hvem som er forfattere, årstall og en kort beskrivelse om hva de handler om før en nøyere gjennomgang i neste kapittel.

Artikkel 1

«*Linking depression symptom trajectories in adolescence to physical activity and team sports participation in young adults*» (Sabiston, C.M., O`Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M., Low, N.C., Barnett, T. & O`Loughlin, J. 2013). Her fulgte de opp en gruppe videregående elever igjennom skoletiden, samt tre år etter for å se på om de med depresjon av forskjellig grad fortsatte å holde seg aktiv etter ungdomstiden og hva det gjorde for den psykiske lidelsen depresjon.

Artikkel 2

«*The effect of physical activity on depression in adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis*». Dette er en artikkel fra 2015, skrevet av (McPhie, M.L. & Rawana, J.S. 2015). Handler om hvordan fysisk aktivitet og kjønn påvirker depresjon hos ungdom og opp mot de blir unge voksne.

Artikkel 3

«*Unravelling the relation between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: A mediation analysis*». (McPhie, M.L. & Rawana, J.S.

2012). Denne er skrevet av samme forfattere som artikkelen over, og artikkelen tester om det er sammenheng mellom fysisk aktivitet og depressive symptomer som påvirker selvfølelsen hos unge jenter og gutter både tidlig og sent i ungdomstiden.

Artikkel 4

«*Physical activity and psychological adjustment in adolescents*». (Goldfield, G.S., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen, H. & Flament, M.F. 2011). Tar for seg sammenhengen mellom intensitet og volum på fysisk aktivitet og depresjon, angst og kroppsbilde.

4.0 Resultater

4.1 Artikkel 1

Tittel: Physical activity and psychological adjustment in adolescents.

Publisert: 2011 i Journal of Physical Activity & Health

Forfattere: Gary S. Goldfield, Kathrine Henderson, Annick Buchholz, Nicole Obeid, Hien Nguyen & Martine F. Flament.

Mellom november i 2004 og mai i 2006, ble det sendt ut og samlet inn 1590 spørreundersøkelser til ungdommer som bor i og rundt Ottawa i Canada. Undersøkelsene omhandler fysisk aktivitet, depresjon, angst og selvbildet. Med en svarprosent på 79%, ble 1259 helt ferdig utfylte spørreundersøkelser samlet inn igjen. Blant disse var 746 jenter og 513 gutter. For at alle skulle være representert, så ble det plukket ut 24 ungdoms- og videregående skoler fra både urbane strøk og de som ligger på landet (Goldfield et al, 2011).

Spørreundersøkelsen skulle svares på anonymt i et klasserom av ungdommer mellom 12-18 år. Alle måtte fylle inn alder, kjønn, karakterer og foreldrenes utdanningsnivå, før de gikk videre på å fylle inn svar på spørsmål om deres vaner rundt fysisk aktivitet. Ungdommene skulle rangere hvor ofte og intensiteten på fysisk aktivitet de drev med, samt rangere selvfølelsen og selvbilde rundt egen kropp, vekt og selververd. Før de gikk for å måle høyde og vekt i et annet rom, rangerte de sin psykiske helse rundt depresjon og angst (Goldfield et al, 2011).

Resultatet av studien

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var på 15 år, med en normal BMI og kommer fra hjem med godt utdannende foreldre. Gutter er mere aktive enn jenter og har en bedre selvfølelse. Det kan virke som de som er i moderat til anstrengende fysisk aktivitet regelmessig har en bedre selvfølelse enn de som ikke er like aktive eller i mindre grad. Det var også forskjell blant jenter og gutter i forhold til angst og depresjon, da gutter hadde en mindre grad av depresjon, men ikke angst, og jenter motsatt. Altså redusert angst med fysisk aktivitet, men ikke depresjon (Goldfield et al, 2011).

4.2 Artikkel 2

Tittel: Unravelling the relation between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: A mediation analysis.

Publisert: 2012 i Mental Health and Physical Activity.

Forfattere: Meghan L. McPhie & Jennine S. Rawana.

Denne studien kommer i fra en langtidspopulasjonsstudie ved navn «National Longitudinal Study Of Adolescent Health», og er en sekundærdataanalyse som er gjennomført i USA. Et tilfeldig utvalg av 80 videregående skoler og 52 ungdomsskolen, ut i fra plassering til urbane områder, skolestørrelse og skoletype. Totalt 4204 ungdommer deltok på denne selvrappoteringsen, derav 2109 jenter og 2095 gutter. Gjennomsnittsalderen på tidlig stadiet er 14,7 og for sen på 16,2 år (McPhie & Rawana, 2012).

Først ble alder, rase/etnisitet, foreldrenes utdanning, sosioøkonomiske status og ungdommenes BMI kartlagt før selvrappoteringsen gikk videre for å kartlegge depresjon, selvfølelse og fysisk aktivitet. For å kartlegge depresjon fylte ungdommer inn en depresjon skala fra 1977 ved navn

CES-D, der man tar for seg de siste syv dagene. Gradene gikk fra 0 (aldri eller sjelden) til 3 (mesteparten av tiden). På selvtillit skalaen graderte de syv spørsmål om selvfølelsen fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig). Det siste som ble tatt for seg var hvorvidt ungdommene deltok på fysisk aktivitet, og tok for seg de siste syv dagene. Forskjellig type aktiviteter ble nevnt, med forskjellig grad av anstrengelse der man graderte fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (5 eller flere ganger) (McPhie & Rawana, 2012).

Resultatet av studien

I studien fant man ut at det er en liten forskjell på jenter og gutter i forhold til depresjon og fysisk aktivitet, da gutter er mere fysisk aktivitet og har mindre grad av depresjon. Men ser man nærmere vil selvfølelsen spille en stor rolle, og det kan tyde på at grad av selvfølelse avgjør om man har motivasjon til å være fysisk aktiv som igjen kan forebygge depresjon. Selvfølelsen virker som en slags mellommann mellom fysisk aktivitet og depresjon (McPhie & Rawana, 2012).

4.3 Artikkel 3

Tittel: Linking depression symptom trajectories in adolescence to physical activity and team sports participation in young adults

Publisert: 2013 i Preventive Medicine.

Forfattere: Cathrine M. Sabiston, Erin O'Loughlin, Jennifer Brunet, Michael Chaiton, Nancy C. Low, Tracie Barnett & Jennifer O'Loughlin.

Dette er en langsgående studie som gikk over 5 år i Montreal i Canada. 1293 ungdommer (derav 52% jenter), rapporterte rundt egen psykisk helse hver 3-4 måned i 20 forskjellige datainnsamlinger. Ungdommene som var i 12-13 års alderen når studien startet, fylte inn i en godkjent depresjons skala for å kartlegge grad av depresjon og utvikling av denne igjennom perioden studien pågikk (Sabiston et al, 2013).

Etter de 20 datainnsamlingene var det 880 ungdommer som hadde fullført selvutviklingsskjemaene. Resultatet av disse kunne dele ungdommene i tre kategorier, der de i gruppe 1 (37%) hadde lave nivåer av depressive symptomer. Gruppe 2 (42%) hadde middels med symptomer, og gruppe 3 (21%) som hadde høye nivåer av depressive symptomer. For så å se om det er en sammenheng mellom depressive symptomer i ungdomsårene og fysisk aktivitet og deltagelse i lagidrett i ung voksen alder, gikk det da tre år før gruppen skulle få fylle inn den 21. datainnsamlingen. Disse siste spørreskjemaene dreide seg da om fysisk aktivitet og grad av dette, samt deltagelse i lagidrett (Sabiston et al, 2013).

Resultatet av studien

Tilslutt ble 395 gutter og 465 jenter beholdt for analyse av denne langsgående studien. Fra resultatet kunne man se at de som var i gruppe 2 og 3 fra depresjons skalaen, hadde lite eller ingen deltagelse i lagidrett og var lite fysisk aktive i forhold til gruppe 1. I gruppe 3 der de med høye nivåer av depressive symptomer, så man at de til og med hadde vanskeligheter med å klare aktivitetsanbefalingene på minst 150 minutter med aktivitet per uke (Sabiston et al, 2013).

4.4 Artikkel 4

Tittel: The effect of physical activity on depression in adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis.

Publisert: 2015 i Journal of Adolescence.

Forfattere: Meghan L. McPhie & Jennine S. Rawana.

Denne studien er basert på samme langtidspopulasjonsstudie ved navn «National Longitudinal Study Of Adolescent Health» som McPhie og Rawana gjorde i 2012, som er skrevet om i artikkel 2. Denne studien går over en lengere periode og strekker seg helt fra 1995 til 2009. Studien er også en sekundærdataanalyse som nevnt i artikkel 2 (McPhie & Rawana, 2015).

I denne studien ønsket McPhie og Rawana å se på kjønnsforskjellene i utvikling av depresjon og forskjellig grad av depresjon, sammen med fysisk aktivitet. På bakgrunn av skolestørrelser, skoletype, etnisitet og hvor skolene var lokalisert i forhold til urbane områder, ble 80 videregående skoler og 52 ungdomsskoler tilfeldig utvalgt. Over 90 000 elever fikk utdelt spørreskjema og 27 000 ble valgt ut til å fortsette med etterfølgende spørreskjema hjemme. Igjennom de 14 årene denne studien pågikk, ble det gjennomført fire forskjellige. Dette var for å fange opp utviklingen gjennom ungdomsårene til de ble unge voksne. Alderen fra de som svarte på de første skjemaene var 15 år, før alderen gikk gradvis opp og endte på gjennomsnittlig 27,9 år for de som fylte ut den siste spørreskjema (McPhie & Rawana, 2015).

Som tidligere benyttet McPhie og Rawana seg av en modifisert utgave av den godkjente depresjons skalaen fra 1977, CES-D. I denne er det ni forskjellige elementer der man tar utgangspunkt i de siste syv dagene og klassifiserer fra 0 (aldri eller sjelden) til 3 (mesteparten av tiden). Her gikk summen opp til 27, og jo høyere score, jo høyere grad av depressive symptomer har man. For fysisk aktivitet gikk man gjennom en del aktiviteter, for så å gradere

hvor ofte man utførte aktiviteten, eller om man ikke gjennomførte i det hele tatt. 0 (ikke i det hele tatt) og til 3 (5 eller flere ganger). Noen aktiviteter ble byttet ut med andre aktiviteter, fra spørreskjemaene til de yngste og til de som var unge voksne, da det ofte er forskjell på hva man driver med av fysisk aktivitet på grunn av alder. For de unge voksne rangerte man fra 0 (ikke i det hele tatt) og til 7 (syv eller flere ganger). Jo høyere score, jo mere delaktig vil det si deltakerne var i fysisk aktivitet (McPhie & Rawana, 2015).

Resultatet av studien

I denne studien kom det frem at det er en forhøyet risiko for depresjon for ungdom i 15-18 års alderen, og det kan da tyde på at dette er grunnen for at fysisk aktivitet minker da man blir eldre, altså unge voksne (McPhie & Rawana, 2015).

5.0 Diskusjon

5.1 Fysisk aktivitet og depresjon blant ungdom

Fysisk aktivitet er som nevnt tidligere i denne oppgaven positivt for det fysiologiske. Vi trenger å være i bevegelse å trene, og fysisk aktivitet forebygger fysiske sykdommer og en tidlig død (Henriksson & Sundberg, 2015, s.8). For å oppnå de fysiske godene av aktivitet og bevegelse, må vi opprettholde dette over lengre tid. For at oppnå de psykologiske gevinstene av aktivitet, trenger vi å bevege oss her og nå (Martinsen, 2011, s.45).

Rett etter at man har vært i aktivitet, vil man kjenne på en positiv følelse i kroppen, et løft på humøret. Dette kan hjelpe deprimerte mennesker til å kjenne på noe annet enn en tung hverdag. Denne effekten og løftet på humøret går dessverre allerede over etter noen timer (Aarøe, 2005, s.50). Men det er andre psykiske effekter man oppnår ved å være i regelmessig fysisk aktivitet som at man mestrer stress bedre, får bedre selvfølelse og forhold til egen kropp. Man får også en reduksjon av søvnevansker og muskelspenninger (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998, s.51; McPhie & Rawana, 2012; McPhie & Rawana, 2015).

Igjennom de fire artiklene som er benyttet til denne oppgaven, er spørreskjema brukt på alle for å kartlegge fysisk aktivitet. På alle gikk det igjen at gutter er mere fysisk aktive enn jenter, og på Sabiston et al (2013) sin artikkel kom det også frem at gutter deltok på mere og flere lagidretter enn jenter. Lagidretter er positivt for det sosiale og for å bli inkludert (Espnes & Smedslund, 2001, s.216), men for ungdommer som sliter med tunge depressive symptomer vil det å delta virke umulig ettersom energien og generell interesse er manglende (Olsson, 2006, s.18). Det viser også studien til Sabiston et al (2013), da det kom frem at ungdommer som slet med depresjon i ungdomsårene hadde lite sannsynlighet til å delta på lagidrett som ungdom og også som ung voksen.

På McPhie og Rawana sin studie fra 2012 så de på hvordan lav selvfølelse påvirket trening og depresjon. Spesielt da blant jenter. For ungdommer som er deprimerte er det å ha et dårlig selvbilde og følelse av verdiløshet vanlig. De ser på seg selv med veldig negativt blikk (Olsson, 2006, s.37). Fysisk aktivitet kan bidra til en mere positiv selvoppfatning (Martinsen, 2011, s.59; McPhie & Rawana, 2012; Goldfiel et al, 2011). På begge studiene til McPhie og Rawana (2012;2015), diskuteres det at det er viktig å få en bedre selvfølelse for å ha motivasjon til å drive med fysisk aktivitet, som igjen kan hjelpe på depressive symptomer. De ser også på at for å ha en bedre selvfølelse i utgangspunktet, at det å være i regelmessig fysisk aktivitet hjelper. Dette kan også være grunnen for at gutter som er mere aktive enn jenter også har en bedre selvfølelse (McPhie & Rawana, 2012; McPhie & Rawana, 2015). Ved trening som kondisjon og trening der man løfter vekter, vil det kunne bidra til et mere positivt kroppsbilde (Martinsen, 2011, s.60).

Tidligere ble det nevnt at ungdommer som sliter med depresjon ofte kan merke det først på fysisk smerte, som for eksempel smerter i ledd og muskler, vondt i magen, hodepine og kvalme (Olsson, 2006, s.15). Dette kan da igjen være grunn for at de som har høyere depressive symptomer ikke deltar på lagidrett og er fysisk aktive. De har også vanskeligheter med å oppfylle daglig anbefalinger om aktivitet (Sabiston et al, 2013). Ungdommer blir da ofte liggende på sofaen med mye tv og dataspill som preger hverdagen, og blir da sett på som late av foreldrene (Olsson, 2006, s.14). Ser man på disse faktorene kan det være lettere å få ungdom med lettere depressive symptomer til å drive med fysisk aktivitet eller i hvert fall mere hverdags aktivitet enn de med mere symptomer på depresjon (Sabiston et al, 2013).

Hos ungdom med depresjon er det vanlig å slite med søvnvansker, og da spesielt å klare å sovne om kvelden. De blir ofte liggende lenge oppe og ikke finne roen, som igjen da resultere i at de er veldig slitne når morgenen kommer og vil helst sove da. Dette går da ut over skole og andre plikter (Olsson, 2006, s.31). Fysisk aktivitet kan bidra til bedre søvnkvalitet. Aktive

mennesker sover ofte bedre på natt og har mere energi på dagtid (Martinsen, 2011, s. 60). Utfordringen her vil være at ungdommer som allerede er deprimerte og da sliter med søvnmønsteret, vil være for sliten til å drive med fysisk aktivitet selv om de vet det kan hjelpe på søvnen.

Daglig aktivitet ses på å være viktig, og for ungdom er det anbefalt å være 60 minutter aktiv hver dag for bedre helse og velvære (helsedirektoratet, 2012), men det kan diskuteres om intensiteten på noen aktiviteter er høye nok for å oppleve fordelene anbefalingen skal ha. Det kan virke som at trening med høyere intensitet gir flere fordeler for deprimerte mennesker (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2015, s.278.). Dette ble også bekreftet i studien til Goldfielt et al (2011) og hos Sabiston et al (2013). Har man høyere intensitet på en aktivitet, ga det bedring på depresjon, spesielt da hos jenter. Hos gutter hadde ikke denne intensiteten på aktiviteten så mye å si, og dette kan være på grunn av at studien også viste en bedre selvfølelse hos gutter enn hos jenter (Goldfield et al, 2011; Sabiston et al, 2013). For deprimerte ungdommer kan fysisk aktivitet gi en mestringfølelse som gjør at de ønsker å fortsette. Trening kan distrahere de fra andre ting som tynger dem i hverdagen og trener man med andre får man sosialt samvær som er bra for de med depresjon (Aarøe, 2005, s.53). Aarøe (2005) mener også at fysisk trening blant de med depresjon burde være intens nok til at man svetter en del. Selv om man føler seg utslitt som deprimert, blir man ikke bedre av å ligge på sofaen eller i senga hele dagen. Trening gir energi, selv om det kan være tiltak for deprimerte ungdommer som føler seg energiløse (Aarøe, 2005, s.53).

Det kan virke som fysisk aktivitet kan hjelpe for å opprettholde en god selvfølelse for ungdom, og god selvfølelse gir mere motivasjon og glede for å delta på fysisk aktivitet både alene og sammen med andre (McPhie & Rawana, 2012; McPhie & Rawana, 2015). Som behandling kan fysisk aktivitet hjelpe, men for de med høyere depressive symptomer kan det virke som at det er viktig å bruke aktivitet sammen med annen behandling. Da ungdommer som lider av en

tung depresjon ikke finner glede, motivasjon eller interesse for noe, kan for eksempel antidepressive medikamenter eller elektroshokkbehandling være til hjelp sammen med fysisk aktivitet (Martinsen, 2011, s.81).

En gjennomgang i alle fire artiklene er at de har brukt spørreskjema. Et spørreskjema blir ofte også kalt en survey-undersøkelse. *Survey* er for å få et overblikk over sosiale forhold i en del av befolkningen. Her ønsker de som lager spørreskjemaene å ha gode spørsmål så de får mest mulig korrekt informasjon fra de som fyller ut og svarer (Dalland, 2007, s.205). På alle de fire artiklene har de valgt å bruke postintervju, som vil si at ungdommen selv noterer svarene sine. Ulempene med slike postintervju kan være at det er vanskelig for å få alle til å svare, gir ingen kontroll for om svarene er riktige, stilles krav til ungdommen om god leseforståelse og generell forståelse av spørsmålene (Dalland, 2007, s.208). Dette kan også være grunnen for at i flere av artiklene sendte de ut flere spørreskjema enn hva de gikk igjennom for å finne resultatet. At flere ungdommer ikke har svart utfyllende nok eller forstått spørsmålet.

I studien til Goldfield et al (2011) ble det brukt en tverrsnittsundersøkelse, det vil si over kort tid og gir ofte bare et bilde fra en dag undersøkelsen er fylt ut. Det som kan være negativt med denne type undersøkelse er at ungdommen som fylte ut spørreskjema kunne hatt en dårligere eller bedre periode i forhold til selvfølelse, depresjon og hvor fysisk aktive de egentlig er, som igjen gjorde at resultatet ble misvisende (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2011, s.74). I de andre artiklene ble det brukt longitudinell undersøkelse, altså en langsgående undersøkelse. Her blir informasjonen samlet inn over lengre periode og i flere omganger. Dette kan da være mere positivt for resultatet da ungdommen skal fylle inne spørreskjema flere ganger (Johannessen et al, 2011, s.75). Det er et stort sprik på antall deltakere, da Goldfield et al (2011) og McPhie & Rawana (2012) hadde med seg rundt 1200 deltakere, hadde Sabiston et al (2013) tatt med seg noen få tusen til og McPhie & Rawana (2015) valgt å ta med flere tusen ungdommer i sin andre studie. Studiene var det også en del forskjell på områdene og omfanget

av dette. Goldfield et al (2011) og Sabiston et al (2013) hadde mindre områder, og da mindre variasjon i deltakerne enn McPhie & Rawana (2012;2015) hadde på begge side studier.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut om fysisk aktivitet kan brukes som en del av behandling for ungdommer med depresjon. Psykiske lidelser er som nevnt tidligere en stor helsetrussel og det har vært spennende å sette seg mere inn i teorien rundt dette.

Forskningsartiklene som ble tatt med til denne oppgaven hadde håpet å kunne gi et bedre bilde av fysisk aktivitet som behandling, men det man nå ser i etterkant er at det fortsatt trengs mere forskning på området. Det som kommer tydelig frem er at selvfølelsen ser ut til å spille en stor rolle i ungdommers liv. Er denne sterkere vil man være mere motivert til fysisk aktivitet som igjen da kan hjelpe mot depresjon. Det er lite som viser om ungdommer som allerede har en middels eller høy grad av depressive symptomer har god effekt av fysisk aktivitet, men det kan se ut til at fysisk aktivitet gir økt selvfølelse som igjen kan forebygge og forhindre tilbakefall av depresjon hos ungdommer.

7.0 Litteraturliste

Berge, T. & Repål, A. (2002) *Lykke tyvene – Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug & Co.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Espnes, G.A. & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Folkehelseinstituttet. (2011:1). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. En rapport fra 2011. Hentet 08.02.2017 fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>

Folkehelseinstituttet. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge*. En rapport oppdatert 2015. Hentet 08.02.2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

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. Hentet fra

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=41d3a6b1-6787-4e68-8424-976644a70ff1%40sessionmgr120&vid=1&hid=124>

Helsedirektoratet (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet 16.01.17 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Hentet 30.01.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helsedirektoratet. (2014) *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Hentet 08.02.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet>

Helsedirektoratet. (2012). *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15- åringer i Norge – Resultater fra en kartlegging i 2011*. Hentet 16.01.17 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-6-9-og-15-aringer-i-norge-resultater-fra-en-kartlegging-i-2011>

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 8-37). Bergen: Fagbokforlaget

Jansson, E. & Anderssen, S.A. (2015). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 37.44). Bergen: Fagbokforlaget

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Kjellman, B., Martinsen, E.W., Taube, J., & Andersson, E. (2015). Depresjon. Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 275-285). Bergen: Fagbokforlaget

Martinsen, W.M. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget

McPhie, M.L. & Rawana, J.S. (2015). The effect of physical activity on depression in adolescence and emerging adulthood: A growth-curve analysis. *Journal of Adolescence*, 40, 83-92. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0140197115000287?np=y&npKey=5de57efb590fc5aab41d96cefbda32dc266f59ce079f60144f71b32a48731ffa>

McPhie, M.L. & Rawana, J.S. (2012). Unravelling the relation between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: A mediation analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 43-49. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S1755296612000105?np=y&npKey=69dbd2595d3027c596a8b1d1c2be8fa413d042838f096e51918c3aff1b9b69f0>

Moe, T., Retterstøl, N., & Sørensen, M. (Red.). (1998). *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget

Nordengen, P.A. (2016). *Psykt bra: om god psykisk hverdagshelse*. Sandefjord: Skagerrak forlag AS

Olsson, G. (2006). *Depresjon i tenårene: ung, trett og trist*. Oslo: Kommuneforlaget

Rienecker, L & Jørgensen, P.S. (2013). *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

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. Hentet fra

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0091743512005907?np=y&npKey=9c20ac447db45d3984104e09bb96761853f7a4cbaa805f25c802b8ad3cb9ba6b>

Sosial- og Helsedirektoratet. (2000). *Fysisk aktivitet og helse*. En rapport hentet 23.02.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/717/Fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger-IS-1011.pdf>

Snoek, E.J. (2002). *Ungdomspsykiatri*. Oslo: Universitetsforl