

Avdeling for folkehelsefag, institutt for tannpleie og folkehelse

Kandidatnummer: 7

Bacheloroppgave

Fysisk aktivitet som forebygging og behandling
av depresjon – En litteraturstudie

Physical activity as prevention and treatment of
depression - A literature review

B1FOA 2014 Bachelor folkehelse

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Denne bacheloroppgaven er den avsluttende delen av en treårig studie i Folkehelse ved Høgskolen i Innlandet, avdeling for folkehelsefag i Elverum. Studiet omhandler i hovedsak forebyggende helsearbeid og hvordan folkehelse kan bidra til økt psykisk og fysisk helse i en befolkning. Studiet har bidratt til mye kunnskap om fysisk aktivitet og tilrettelegging av fysisk aktivitet for ulike grupper i befolkningen. Psykisk helse har vært et tema jeg synes har vært ekstra spennende, og kunnskapen om psykisk helse fra folkehelsestudiet er noe jeg ser for meg å kunne dra nytte av senere i arbeidslivet. Jeg har lært mye om hvordan man kan bruke folkehelse for å bidra til økt selvfølelse, mestring, motivasjon og livskvalitet blant ulike grupper i befolkningen.

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært både lærerik og utfordrende. Gjennom denne oppgaven har jeg tilegnet meg mye mer kunnskap om fysisk aktivitet og virkningen på den psykiske helsen, og spesielt depresjon. Tilslutt vil jeg takke min veileder Ingvild Skirbekk Sagmoen for veldig god hjelp under denne skriveperioden.

Sammendrag

Forfatter: Kandidatnummer 7

Tittel: Fysisk aktivitet som forebygging og behandling av depresjon – En litteraturstudie

Problemstilling: *På hvilken måte kan fysisk aktivitet brukes i forebygging og behandling av depresjon hos voksne?*

Teori: I teoridelen ses det på fysisk aktivitet, anbefalingene for fysisk aktivitet, helsegevinster og psykologiske virkninger av fysisk aktivitet og risikofaktorer ved fysisk inaktivitet. Videre ses det på depresjon, symptomer og tegn på depresjon samt risikofaktorer og behandlingsmetoder for depresjon.

Metode: Litteraturstudie

Resultater: Resultatene viser at regelmessig fysisk aktivitet bidrar til økt mestringsforventning og selvtillit, som kan redusere depresjonssymptomer.

Diskusjon: I diskusjonen blir resultatene fra artiklene diskutert opp mot teorien og egne refleksjoner og vurderinger.

Nøkkelord: Depresjon, fysisk aktivitet, fysisk inaktivitet, mestringsforventning, voksne

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
1. INNLEDNING	7
1.1 PRESENTASJON AV TEMA	8
1.2 BEGRUNNELSE AV VALG AV PROBLEMSTILLING	9
1.3 PRESISERING / AVGRENSING	10
1.4 BEGREPSAVKLARING	11
2. TEORI.....	13
2.1 FYSISK AKTIVITET	13
2.1.1 <i>Anbefalinger for fysisk aktivitet.....</i>	<i>13</i>
2.1.2 <i>Helsegevinster av fysisk aktivitet.....</i>	<i>15</i>
2.1.3 <i>Psykologiske virkninger av fysisk aktivitet.....</i>	<i>15</i>
2.1.4 <i>Risikofaktorer ved fysisk inaktivitet.....</i>	<i>16</i>
2.2 SOSIALKOGNITIV TEORI	16
2.2.1 <i>Motivasjon.....</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>Årsaksforklaringer.....</i>	<i>20</i>
2.3 DEPRESJON	21
2.3.1 <i>Symptomer og tegn på depresjon</i>	<i>21</i>
2.3.2 <i>Årsaker og risikofaktorer til depresjon.....</i>	<i>22</i>
2.3.3 <i>Behandlingsmetoder for depresjon.....</i>	<i>25</i>
3. METODE.....	26
3.1 VALG AV METODE	26
3.2 SØKEHISTORIKK	27
3.3 KILDEKRITIKK.....	29
4. RESULTATER.....	30

5. DISKUSJON	40
5.1 METODEDISKUSJON	47
6. KONKLUSJON	48
7. LITTERATURLISTE.....	49

Tabelloversikt

Tabell 1. Oversikt over søk og antall treff i databasen Oria.....

1. Innledning

Psykiske lidelser er i dag en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge (Helsedirektoratet, 2014a.01.03). Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker følelser, tanker, atferd og vår væremåte og omgang med andre. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år. For mange er de depressive periodene også tilbakevendende. Psykiske lidelser har alvorlige konsekvenser i form av økt sykefravær, økt arbeidsuførhet og økt dødelighet, og psykiske lidelser medfører flere tapte arbeidsår enn noen annen sykdom (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

Depresjon og angst er de vanligste formene for psykiske lidelser (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s. 112). Depresjon er den psykiske lidelsen som både er mest utbredt og mest kostbar for samfunnet vårt. I år 2000 rangerte Verdens Helseorganisasjon depresjon som det fjerde største helseproblemet i verden (Bahr, 2016, s. 275). En langvarig og alvorlig depresjon er et alvorlig helseproblem (Håkonsen, 2014, s.308).

Fysisk aktivitet er godt for både kropp og for sjel, og det er godt dokumentert at fysisk aktivitet er svært effektivt i behandling av en rekke sykdommer og tilstander. I noen tilfeller kan fysisk aktivitet erstatte legemidler eller redusere behovet for medisiner (Bahr, 2016, s. 3). Tidligere forskning viser at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt ved depresjon, både i forebygging for å forhindre tilbakevendende depresjonsepisoder og i behandling (Bahr, 2016, s. 276).

1.1 Presentasjon av tema

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring i befolkningen, og inaktiviteten øker blant alle aldersgrupper. Samfunnet vårt har de siste tiårene blitt tilrettelagt for fysisk inaktivitet. I dag må vi være bevisst for å få fysisk aktivitet som en del av hverdagen. En økning av fysisk aktivitet er ett av tiltakene som vil ha størst positiv effekt på folkehelsen (Bahr, 2016, s. 3).

Folkehelse handler i stor grad om å forebygge livsstilssykdommer, psykiske lidelser og fremme både den fysiske og psykiske helsen jevnt blant befolkningen (Mæland, 2014, s.13). Folkehelsearbeidet har som mål å fremme helsen, øke antall leveår med god helse, samt å arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som enten indirekte eller direkte påvirker helsen (Øverby et al., 2011, s. 12). Folkehelsearbeidet dreier seg i stor grad om å hindre sykdom, skade eller tidlig død, men vår helse kan også relateres til velvære, livskvalitet og mestring (Tveiten, 2007, s. 17).

I folkehelseperspektivet er ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring, sentrale utfordringer. Opplevelsen av å mestre og håndtere hverdagslivet er nødvendig for vår helse og trivsel. Opplevelsen av sosial støtte, tilhørighet, opplevelse av mestring påvirker vår selvtillit og er en forebyggende faktor mot depresjon (Helsedirektoratet, 2014b, 15.12). Folkehelseperspektivet er viktig for å kunne belyse forebyggende og behandlende tiltak, for å øke bevisstheten rundt de positive virkningene av fysisk aktivitet og hvordan fysisk aktivitet påvirker vår psykiske helse.

1.2 Begrunnelse av valg av problemstilling

Gjennom folkehelsestudiet har jeg lært viktigheten av fysisk aktivitet og studiet har bidratt til økt glede av fysisk aktivitet. Hvordan fysisk aktivitet bidrar til økt glede, velvære og mestring har vært et omgående tema. Tilrettelegging av fysisk aktivitet for ulike målgrupper har vært et viktig læringsmoment gjennom disse årene. Gjennom studiet i folkehelse har jeg lært om fysisk og psykisk helse, og hvor viktig balansen mellom disse er. Psykisk helse og hvordan spesielle hendelser, utfordringer og miljøfaktorer påvirker vår psykiske helse er et tema jeg har utviklet en større interesse for.

Et mål med denne oppgaven vil være å se nærmere på hvordan fysisk aktivitet kan være med å forebygge og behandle depresjon hos voksne. Det vil være interessant å se på hvordan fysisk aktivitet påvirker den psykiske helsetilstanden vår, og på hvilken måte dette kan forebygge depresjonssymptomer. Ved å finne ut på hvilken måte fysisk aktivitet kan brukes i forebygging og behandling av depresjon, kan personer få mer kunnskap slik at de kan benytte fysisk aktivitet aktivt i forebygging og behandling.

Problemstillingen for oppgaven er:

«På hvilken måte kan fysisk aktivitet brukes i forebygging og behandling av depresjon hos voksne?»

1.3 Presisering / Avgrensning

Denne oppgavens hovedmål er å se nærmere på hvilke effekter fysisk aktivitet har på den psykiske helsen, derunder forebyggende og behandlende effekt. Som avgrensning av omfanget, er det derfor i denne oppgaven valgt å ikke legge vekt på helseeffektene av fysisk aktivitet på den fysiske helsen, men heller fokusere på de psykiske helseeffektene fysisk aktivitet gir voksne mennesker med en depresjonslidelse. Som ramme for studien er det valgt å se på depresjonssymptomer blant voksne fra alderen 18 til 65 år.

Depresjonssykdommene deles inn i to hovedgrupper. Bipolar lidelse og unipolare depresjoner. Bipolar lidelse rammer om lag 1 prosent av den norske befolkningen, mens unipolare depresjoner rammer om lag 20 prosent av alle mennesker i løpet av livet (Martinsen, 2011, s. 66). I denne oppgaven kommer det til å fokuseres på de unipolare depresjoner, da disse er mest utbredt og rammer flest mennesker. Unipolare depresjoner, som også kalles de rene depresjonslidelsene, er når kropp og sinn blir påvirket av en rekke psykologiske, biologiske og sosiale faktorer, som forårsaker negative tanker og følelser som påvirker menneskets humør og væremåte (Hagen & Kennair, 2016, s. 123).

1.4 Begrepsavklaring

I begrepsavklaringen gis det en kortfattet beskrivelse til begreper som er relevante i forhold til problemstillingen og annen teori som nevnes i løpet av oppgaven.

Begrep	Forklaring
Depresjon	Depresjon påvirker handlingsmønsteret til et menneske gjennom å påvirke følelser, tanker, atferd og kroppslige reaksjoner (Martinsen, 2011, s. 84). Den som lider av depresjon har ulike negative tanker og følelser om seg selv og fremtiden (Dalgard & Bøen, 2008).
Forebyggende helsearbeid	Forebygging er et forsøk på å begrense eller forhindre en uønsket utvikling. Forebyggende helsearbeid handler om å forhindre at sykdom oppstår ved å motvirke negativ påvirkning på helsen (Øverby et al., 2011, s. 18).
Fysisk aktivitet	Defineres som «enhver kroppslig bevegelse som er forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk» (Martinsen, 2011, s.35).
Fysisk inaktivitet	Fysisk inaktivitet beskriver den tiden kroppen er i ro. Fysisk inaktivitet svekker fysisk funksjon og kapasitet og fører til økt sykdomsrisiko (Martinsen, 2011, s. 41).

Psykisk helse	Vår psykiske helse handler om vår sinnstilstand som blir påvirket av våre tanker, følelser, opplevelser og erfaringer (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009, s.17). Psykisk helse blir oftest assosiert med psykiske lidelser eller plager, men vår psykiske helse består av flere aspekter, som mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling, opplevelse av mening, mål og verdier, samt positive relasjoner (Helsedirektoratet, 2014b, 15.12.)
Selvbilde	Selvbildet er satt sammen av en indre selvtillit og ytre selvfølelse. Selvfølelsen er uavhengig av våre prestasjoner, mens selvtilliten påvirkes av de handlingene vi gjør, hvor vi enten presterer, mestrer eller opplever at vi ikke presterer eller mestrer. Selvtilliten øker når vi lykkes, mestrer eller får ulike former for anerkjennelse (Haukedal, 2009, s. 21).
Livskvalitet	Livskvalitet handler om hva som gjør livet godt å leve. Livskvalitet uttrykker psykologiske og sosiale aspekter ved livet som gjenspeiles av subjektive vurderinger og erfaringer (Tveiten, 2008, s. 19).

2. Teori

I denne teoridelen forklares teori som er relevant for problemstillingen. Først forklares fysisk aktivitet og hva slags innvirkning fysisk aktivitet har på den fysiske og psykiske helsen. Videre ses det nærmere på anbefalingene for fysisk aktivitet, helsegevinster av fysisk aktivitet og risikofaktorer ved å være fysisk inaktiv. Deretter vil teori tilknyttet depresjon, som symptomer på depresjon, og årsaker og behandlingsmåter for depresjon, forklares.

2.1 Fysisk aktivitet

«Fysisk aktivitet er enhver kroppslig bevegelse som er forårsaket av skjelettmuskulaturen som medfører energiforbruk» (Martinsen, 2011, s.35). Dette energiforbruket måles vanligvis i antall kilokalorier som forbrukes per tidsenhet. Fysisk aktivitet og trening kan ses på som planlagte, strukturerte og gjentatte kroppslige bevegelser, som utføres for å vedlikeholde eller forbedre fysisk form eller helse (Martinsen, 2011, s. 36). Eksempler på ulike fysiske aktiviteter er å gå, løpe, sykle, svømme eller å gå på ski. Det er kjent at regelmessig fysisk aktivitet kan forebygge sykdom, men fysisk aktivitet kan også i noen tilfeller kurere en rekke sykdommer eller erstatte ulike medikamenter (Bahr, 2016, s. 5).

2.1.1 Anbefalinger for fysisk aktivitet

Voksne bør være fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke. Disse anbefalingene kan også oppfylles

med en kombinasjon av lav, moderat og høy intensitet. Er ytterligere helseeffekter ønskelig kan den daglige mengden eller intensiteten økes utover dette (Bahr, 2016, s. 35). Dette kan forklares gjennom dose-responsforholdet, som er sammenhengen mellom mengde fysisk aktivitet og helsegevinst. Mengden helsegevinst den fysiske aktiviteten gir, bestemmes av intensiteten, varigheten og frekvensen (Hallén & Ronglan, 2011, s. 106). Frekvensen forklarer noe om hvor ofte aktiviteten eller treningen forekommer, mens varigheten sier noe om hvor lenge økten varer. Generelt har aktiviteten større effekt jo lengre den varer. Intensiteten sier noe om hvor hard økten er, og jo hardere økten er, desto større blir de helsemessige effektene. En altfor hard intensiv trening kan imidlertid føre til mindre effekt da skader og overtrening kan forekomme (Bahr, 2016, s. 10). Mengden fysisk aktivitet og helseeffekt er også avhengig av personens utgangspunkt både når det gjelder personens helsesituasjon og tidligere aktivitetsnivå. Dette betyr at et lavt tidligere aktivitetsnivå kombinert med lav risikoprofil gir desto høyere forventet effekt dersom aktivitetsnivået forhøyes (Bahr, 2016, s. 39).

Aktivitetene kan deles opp i bolker på ti minutter som man kan fordele ut over dagen. Eksempler på dette kan være spasertur til og fra arbeid, gange i trapper og arbeid i hus eller i hagen. Disse aktivitetene telles også innunder aktivitetsanbefalingene om 150 minutter moderat intensitet per uke, men disse bolkene bør ikke være kortere enn ti minutter (Bahr, 2016, s. 41). I all hovedsak vil enhver økning av nåværende aktivitetsnivå være gunstig for helsen. Øvelser som gir økt muskelstyrke til de store muskelgruppene bør utføres to eller flere dager i uken. Videre legges det stor vekt på å redusere stillesitting, som i dag er et økende problem i befolkningen (Helsedirektoratet, 2014a, 01.03.)

2.1.2 Helsegevinster av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet øker energiforbruket som fører til at muskelmassen øker og fettvevet reduseres. Økt muskelmasse medfører økt stoffskifte i hvile, og balansen mellom inntak og forbruk av energi blir bedre balansert. Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for å kunne utvikle blodpropp, høyt kolesterol, ulike kreftformer, overvekt, beinskjørhet, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer (Martinsen, 2011, s. 40). Fysisk aktivitet bidrar til økt fysisk helse og psykisk velvære, og medfører dermed en økning av livskvalitet. Forskning viser at mennesker som blir mer fysisk aktive, ofte blir mer bevisst i forhold til andre levevaner også. Dette gjelder da spesielt kostholdsvaner og røykevaner (Bahr, 2016, s. 3).

Det er godt dokumentert at personer som er fysisk aktive, har lavere risiko for å rammes av psykiske lidelser (Bahr, 2016, s. 38). Fysisk aktivitet har nemlig vist seg å fremme positive tanker og følelser. Fysisk aktivitet kan bidra til økt selvtillit, mestringsfølelse og bedre evne til selvkontroll. Fysisk aktivitet skaper en bedre selvfølelse hos de fleste, men en bedring av selvfølelsen er størst hos dem som på forhånd sliter med dårlig selvtillit (Martinsen, 2011, s. 73).

2.1.3 Psykologiske virkninger av fysisk aktivitet

Noen psykologiske virkninger av fysisk aktivitet er livsutfoldelse og glede som bidrar til økt velvære og livskvalitet. Regelmessig fysisk aktivitet gir kroppen overskudd og energi, som medfører at søvnkvaliteten bedres. Fysisk aktivitet fører til at ulike stressymptomer reduseres. Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til økt mestringsfølelse, selvfølelse og bedre forhold til egen kropp (Bahr, 2016, s. 280).

2.1.4 Risikofaktorer ved fysisk inaktivitet

Ved depresjon er atferden ofte preget av passivitet, tilbaketrukkethet og isolasjon. Mange som er deprimerte tilbringer mye tid på sofaen eller i senga, og det er ofte i disse situasjonene de føler seg mest deprimerte. Mange deprimerte bruker lite tid på å være i aktivitet, men når de er aktive, opplever de ofte mer glede og mestring (Martinsen, 2011, s.40). Menneskekroppen er skapt for å brukes, og om den ikke brukes vil den forfalle. Om musklene ikke blir stimulert, vil de svekkes. Dette gjelder både skjelett- og hjertemuskulaturen. Leddenes funksjon svekkes, og sjansene for overbelastning og skader øker. Konsekvensen av inaktivitet er at skjelettet taper kalk og beinmasse, som kan føre til osteoporose. For høyt energiinntak i forhold til energiforbruk kan også medføre overvekt, som igjen kan utvikles til fedme og føre til ulike livsstilssykdommer (Martinsen, 2011, s.40). Regelmessig fysisk aktivitet er med på å forebygge sykdom, og regelmessig fysisk aktivitet kan medføre at en depresjonslidelse reduseres (Martinsen, 2011, s. 85).

2.2 Sosialkognitiv teori

Det kognitive system inneholder våre minner, tanker og sanseinntrykk. Det kognitive systemet har med fornuften og erfaringene våre å gjøre, og påvirker samspillet mellom våre tanker, følelser og atferd (Denison, Underland, Mosdøl & Vist, 2016).

Sosialkognitiv teori handler om de kognitive aspektene knyttet til de valgene vi tar, men også det evige samspillet mellom vår atferd og de kognitive prosessene. Vi handler ikke bare ut ifra de erfaringene vi har gjort, men også i samsvar med våre kognitive forestillinger (Mæland, 2010, s.107). Sosialkognitiv teori legger vekt på hvordan våre tanker bidrar til å

forme motivasjonen. Teorien har en underforstått antagelse om at mennesker er nysgjerrige og undersøkende. Vi holder på med noe fordi vi synes det er gøy eller spennende. Teoriene bygger på grunnleggende behov mennesket har. Blant annet har mennesket behov for å mestre de oppgavene det stilles ovenfor, samt behov for respekt, annerkjennelse og at man føler seg verdt noe (Imsen, 2014, s. 329).

Mennesker lærer i sosialt samspill med andre mennesker, og både mentale forestillinger, forventninger og følelser påvirker motivasjonen. Hva folk tenker, tror og føler påvirker deres handlinger. Videre vil de ytre påvirkningene av ens egne handlinger være med på å bestemme hvordan man tenker og hva man føler. Det betyr at individet, omgivelsene og handlingene påvirker hverandre. Denne tredelingen kalles for sinnets triologi (Imsen, 2014, s. 296).

Ifølge Bandura bestemmes menneskers motivasjon og handling i stor grad av forhåndsvurderinger av hva en bestemt handling vil føre til, og i hvilken grad de er i stand til å gjennomføre handlingen, såkalt mestringsforventning (Mæland, 2010, s.108). Denne motivasjonen bygger på to slags forventninger. For det første er det forventninger om å klare handlingene som er nødvendige for å nå målet. Det andre er forventninger om at handlingen fører til ønsket resultatet (Imsen, 2014, s. 352). Det må være en viss forventning om å klare handlingen som er nødvendig, og forventning om at denne handlingen fører til ønsket resultat. Jo større tro på egen mestring, jo mer energi settes inn for å nå målet. Personer med høy forventning om å mestre vil sette seg mer utfordrende mål, investere mer innsats, samt være mer utholdende stilt overfor motgang (Imsen, 2014, s. 352).

Våre forventninger om å mestre er basert på fem informasjonskilder. Den første informasjonskilden er tidligere erfaring med å mestre på samme område. Om personen har gode erfaringer med å mestre på samme område, vil egen mestringsforventning øke. Neste er

vikarierende erfaring, som er å ha sett andre som det er naturlig å sammenligne seg med, utføre samme oppgave. Hvis man ser en person som det er naturlig å sammenligne seg med, lykkes, kan dette bidra til økt mestringsforventning. Derimot, hvis man ser den samme personen feile, reduseres egen mestringsforventning. Deretter kommer verbal overbevisning. Støtte og oppmuntring gir økt selvtillit og mestringsforventning. Til slutt er det emosjonelle forhold knyttet til handlingen. Humøret man er i når man lykkes eller feiler, kan påvirke vår forventning om å mestre. Hvis man er i godt humør og lykkes med en oppgave, skaper dette ekstra høy forventning om å mestre, mens et nederlag i dårlig humør reduserer forventning om mestring. Til slutt kommer resultatet og personens tolkning av sine egne presentasjoner. Personens egen tolkning er den mest dominerende av alle informasjonskildene (Imsen, 2014, s. 353).

2.2.1 Motivasjon

Motivasjon er viktig for å kunne opprettholde fysisk aktivitet. Vi skiller mellom indre og ytre motivasjon. Hvis en person er motivert for noe, grunnet indre krefter, er det gjerne fordi handlingen er spennende eller gøy, eller fordi den fører til et spesielt mål. Ytre motivasjon, derimot, vil si at handlingen i seg selv er uinteressant, men at handlingen fører til en belønning eller et mål (Imsen, 2014, s. 296).

Motivasjon for fysisk aktivitet anses som betinget av et samspill mellom atferd, aktivitet eller inaktivitet, individuelle kognitive faktorer og sosiale og fysiske miljøfaktorer. Fysisk aktivitet stimuleres og opprettholdes av forventninger om positive konsekvenser av det å bli mer fysisk aktiv, og at man har en forventning om å klare å mestre et spesifikt mål (Imsen, 2014, s. 352).

Vår motivasjon henger nøye sammen med mestring. Opplevelsen av vellykket mestring fører til opplevelse av kontroll som er av stor betydning for selvbilde og funksjonsevne (Dalgard & Bøen, 2008). Vår selvoppfatning er ofte knyttet til vurderinger, og har ofte sammenheng med personens oppfatning av egen kompetanse (Imsen, 2014, s.330). Etter hvert som vi lykkes oftere, vil selvtilliten øke (Haukedal, 2009, s. 22).

Den viktigste kilden til å bygge opp en positiv forventning om mestring, er tidligere erfaring med å mestre på samme område. Dersom personer får lignende oppgaver som de tidligere har lykkes med, og som de vurderer som vellykkede, øker forventningen om mestring. Gjentatt feiling eller følelsen av å ikke mestre, vil undergrave forventningen om mestring. Dette er spesielt uheldig om feiling forekommer før en noenlunde positiv forventning om mestring er etablert (Imsen, 2014, s. 352). Ved forsøk på atferdsendring er det derfor viktig å ikke gaper over for mye. Små steg som sikrer positive mestringsopplevelser, vil bygge opp forventning om å mestre ytterligere (Mæland, 2010, s. 109). Ferdighet i selvregulering er også viktig. For inaktive vil overgangen til å være fysisk aktiv være avhengig av ferdigheter knyttet til å sette seg mål, evne til å registrere disse målene og til å evaluere om man har nådd målene eller ikke (Imsen, 2014, s. 303).

Selvregulering skjer gjennom tre delprosesser som personen råder over. For det første, er det selvobservasjon, som vil si å kunne se sine prestasjoner utenfra og være oppmerksom på hva man gjør. Andre del er vurderingsprosessen, som innebærer en selvkritisk gjennomgang av det en selv har utført. Det siste er personens reaksjon på sin egen vurdering. Her kan noen se på hvordan oppgaven kan gjøres annerledes, mens andre lar følelsene spille inn som kan bidra til å øke eller minske lysten til å fortsette (Imsen, 2014, s. 303). Hvis man opplever det man driver med, som lite gledes- og mestringsfullt, vil motivasjonen falle og man faller lett

tilbake til gamle vaner (Hallén & Ronglan, 2011, s.18).

2.2.2 Årsaksforklaringer

Hvordan mennesker forklarer sine seire og nederlag på, har stor betydning for deres motivasjon. Noen har lett for å legge skylden på noen andre om de feiler, mens andre tar på seg ansvaret selv. Vanlige ytre årsaksforklaringer på suksess og nederlag er å kritisere oppgaven, eller at det forklares som flaks. Vanlige indre årsaksfaktorer kan være gode eller dårlige evner, hard jobbing eller dårlig form (Imsen, 2014, s. 340).

Om vi legger skylden på andre eller om vi lett tar ting inn over oss, har mye å si for vår motivasjon og selvtillit. Personen må se seg selv som ansvarlig for prestasjonen for at ros og oppmuntring skal påvirke selvoppfatningen (Imsen, 2014, s. 340). Flere forskningsresultater tyder på at personer med høy selvoppfatning har større tendens til å forklare suksess ved indre årsaker enn de med lav selvoppfatning. Personer med lav selvoppfatning har størst tendens til å forklare nederlag ved indre faktorer. De selvsikre lar suksessen styrke selvoppfatningen, mens de usikre lar nederlaget devaluere selvoppfatningen (Imsen, 2014, s. 340).

Noen undersøkelser tyder på at kvinner har større tendens til å forklare suksess ved ustabile, ytre faktorer, mens nederlagene oftest forklares av indre årsaker. Menn har derimot sterkere tilbøyelighet til å forklare suksess ved stabile evner og nederlag ved ytre faktorer (Imsen, 2014, s. 340).

2.3 Depresjon

Depresjonssykdommene, som også omtales som affektive lidelser eller stemningslidelser, kan deles inn i to hovedgrupper. Ved bipolar lidelse varierer sykdomsfasene mellom nedstemthet og oppstemthet. Dette kjennetegnes av at personen opplever perioder med godt humør, impulsivitet, positivt selvbilde, økt aktivitet og med lite behov for søvn, men disse periodene etterfølges gjerne av en depressiv periode (Kringlen, 2012, s. 16). Den mest vanlige formen for depresjon kalles unipolar depresjon. Periodene med nedstemthet varer over tid, og kommer gjerne tilbake. For å skille depresjon fra vanlige opp- og nedturer, må depresjonssymptomene ha en varighet på minst 2 uker (Hagen & Kennair, 2016, s. 122). Depresjon kan ramme alle aldersgrupper, og mens noen mennesker opplever én depresjonsepisode, kan andre få flere. Det finnes også en annen form for depresjon som kalles dystymi. Dette er en mildere form for unipolar lidelse, da de som lider av dette aldri er dypt deprimerte (Martinsen, 2011, s. 66). Med dystymi kan personen ha korte perioder hvor man føler seg frisk, men at man for det meste av tiden opplever seg som nedstemt, trøtt og sliten. De fleste som sliter med dystymi er i stand til å mestre grunnleggende krav i hverdagen (Hagen & Kennair, 2016, s. 128).

2.3.1 Symptomer og tegn på depresjon

De depressive kjernesymptomer er nedstemthet, nedsatt lyst, interesse og nedsatt energi eller økt trettbarhet. De depressive ledsagersymptomer er minsket selvtillit eller selvfølelse, selvbepreidelse eller skyldfølelse, negative tanker om fremtiden, samt tanker om selvmord eller død. Konsentrasjonsvansker og nedsatt oppmerksomhet er ofte forekommende. Søvnforstyrrelser, redusert appetitt med vektnedgang og redusert seksuallyst er også hyppig.

Depresjon er ofte ledsaget av angst og uro. Atypiske depresjoner er en betegnelse på depresjoner preget av økt søvnbehov, økt appetitt og vektøkning (Hagen & Kennair, 2016, s. 127).

Et kjennetegn ved depresjoner er at personen gjerne mangler interesse for vanlige gjøremål og menneskene rundt seg, som gjerne er forårsaket av negative tanker og mangel på glede i hverdagen. Mangel på energi og lyst i hverdagen skaper ofte konflikter i privatlivet og i arbeidslivet (Mykletun et al., 2009).

2.3.2 Årsaker og risikofaktorer til depresjon

Unipolare depresjoner er forårsaket av et komplekst samspill mellom psykologiske, biologiske og sosiale faktorer. Det finnes derfor ingen enkelt årsakssammenheng for at noen mennesker utvikler en depresjon. Det finnes likevel en rekke risikofaktorer som kan føre til at en depresjon utvikles. Hver enkelt av disse risikofaktorene har liten betydning i seg selv, men kan forsterkes om de virker sammen med andre risikofaktorer eller opptrer i fravær av beskyttende faktorer (Hansen & Kennair, 2016, s. 123).

Noen mennesker har lettere for å utvikle en depresjon da, sårbarhet for eller motstandsdyktighet mot, psykiske lidelser er delvis genetisk (Martinsen, 2011, s. 49). Vår selvoppfatning har stor innvirkning på hvordan vi håndterer ulike kriser og utfordringer. Vår grunnleggende selvoppfatning blir dannet i barndommen. Selvoppfatningen dannes gjennom vår tilknytning til våre foreldre og det følelsesmessige klimaet i hjemmet, samt forholdet til jevnaldrende (Martinsen, 2011, s. 49). I utviklingen av depresjon er det de uhensiktsmessige selvoppfatningene som har størst betydning. Disse selvoppfatningene kan ligge latent, og når man opplever ulike belastende hendelser, kan de aktiveres. Det gir opphav til de negative

automatiske tankene som bidrar til å utvikle en depresjon, der både atferd, tenkning, fysiske funksjoner og følelser er påvirket. For å beskytte seg vil mennesker som opplever dette, trekke seg tilbake, isolere seg og dermed bli inaktive (Martinsen, 2011, s. 49).

Det kan være at en depresjon utvikles i spesielle perioder i livet, dette er gjerne et resultat om hendelser oppleves som svært utfordrende og belastende. Miljøfaktorer er imidlertid avgjørende for hvorvidt psykiske lidelser utvikles, ved at de virker som utløsende faktorer på den eksisterende sårbarheten (Mykletun et al., 2009).

Den individuelle sårbarheten er vekslende, men negativt stress slik som tapsopplevelser, kan utløse en depresjon. Risikofaktorer som kan gi økt sårbarhet, er for eksempel separasjoner i barndommen, psykiske traumer, krenkelser og en rekke somatiske faktorer. Tap av ulike slag er vanlig som utløsende faktor (Bahr, 2016, s. 277). Det kan være mange årsaker til at noen mennesker utvikler en depresjonslidelse. Det er helt normalt å være trist og nedfor når man opplever motgang og utfordringer i livet, men det er når denne tristheten vedvarer at man kan kalle det en depresjonslidelse. Ofte vil en depresjonslidelse gå ut over familieforhold, arbeidslivet og sosiale relasjoner (Hagen & Kennair, 2016, s. 129).

De fleste som utvikler symptomer på depresjon vokser opp i vanlige hjem, men sannsynligheten for at noen utvikler en depresjon stiger om foreldrene har perioder med mange psykiske lidelser, et konfliktfylt parforhold, lite sosial støtte og mange belastninger (Mykletun et al., 2009). Særlig er det i familier hvor foreldrene selv har psykiske lidelser, der foreldrene er rusmisbrukere, der barn opplever vold eller seksuelle overgrep. Mobbing i nabolag eller på skolen er også en påvirkende faktor. Noen barn blir også født med særlig biologisk risiko, både av ukjent årsak og knyttet til eksponering for alkohol, rusmidler, medikamenter, tobakk, feilernæring eller miljøgifter (Mykletun et al., 2009).

Unipolar depresjon dreier seg vanligvis om et samspill mellom personlighetsfaktorer og psykososiale faktorer. De personlighetsrelaterte faktorer spiller evne til mestring en sentral rolle (Dalgard & Bøen, 2008). Individuelle forutsetninger har betydning for hvordan mennesker opplever og håndterer utfordringer i livet. Samtidig vet vi at hverken belastninger eller ressurser er likt fordelt i befolkningen. En rekke undersøkelser viser at lav sosioøkonomisk status, målt som kortvarig utdanning, lav inntekt og/eller lav yrkesmessig status, er knyttet til psykiske lidelser. Arbeidsledighet er ofte forbundet med dårlig økonomi og sosial utstøting. Arbeid har viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner som man gjerne mister om man står utenfor arbeidslivet. Arbeid gir struktur i hverdagen, som gir mennesket mening som kan bidra til økt selvbilde og livskvalitet (Major, 2011).

Utdannelse gir kompetanse til å håndtere mange typer vansker, og påvirker hvilke sosiale nettverk man har tilgang på. Mennesker med lang utdanning rapporterer mer sosial støtte, flere nære relasjoner som bryr seg om dem samt at de har noen å spørre om hjelp i vanskelige situasjoner. Denne støtten har en beskyttende effekt, fordi den sosiale støtten bidrar til mestring av livshendelser (Helsedirektoratet, 2014b, 15.12). Personer fra lavere sosiale sjikt føler seg mer maktesløse, mer kontrollert i arbeidssituasjonen og har mindre mestringsforventning enn folk i den høyere sosiale lag. Det vises også at personer i lavere sosiale lag har færre fortrolige venner, mindre sosial støtte og at de gjerne har vært igjennom flere negative opplevelser i løpet av livet (Kringlen, 2012, s. 37).

2.3.3 Behandlingsmetoder for depresjon

Depresjon behandles vanligvis med terapi gjennom samtale og, eller antidepressive legemidler (Helsenorge, 2016, 04.11). Antidepressive medikamenter er den behandlingsmetoden som er best dokumentert (Martinsen, 2011, s. 74).

Ved mildere former for depresjon er terapisaamtaler best benyttet som behandlingsform. Inngangsporten til følelsene går gjennom våre tanker og vår atferd. I Norge har vi sett gode resultater med kurs i mestring av depresjon og kognitiv atferdsterapi. I kognitiv atferdsterapi er vi ikke så opptatt av årsakene til depresjon, men hvorfor depresjonen ikke går over eller hva det er som vedlikeholder den. Depresjon vedlikeholdes av negative automatiske tanker og av inaktiv, tilbaketrukket og passiv atferd. Kognitiv atferdsterapi handler om å bli bevisst på de automatiske tankene (Martinsen, 2011, s. 84). Noen personer forsøker å unngå visse tanker, følelser eller minner fordi de vekker ubehagelige følelser. Problemet med unngåelse er at det gjerne bidrar til at depresjonen vedlikeholdes. Gjennom bevisstgjøring av hvordan depresjonen påvirker forholdet til egne tanker og følelser øker forståelsen av tankene slik at man kan endre tankesettet til noe bedre (Barth, Børtveit & Prescott, 2013, s. 144).

Kognitive metoder er svært effektivt når det gjelder forebygging av depresjon. Forebyggingen tar for seg forebygging av klinisk depresjon hos personer med lettere depressive plager, og forebygging for å redusere sjansene for tilbakefall hos de med allerede eksisterende depresjon (Barth et al., 2013, s. 40).

Støttegrupper har vist seg å være svært effektiv for å forebygge tilbakefall av depresjon. Dette gjelder spesielt personer som har vært utsatt for ulykker eller belastende livshendelser. Eksempler på slike hendelser kan være dødsfall i familien, skilsmisse eller alvorlig sykdom (Dalgard & Bøen, 2008).

3. Metode

I dette kapitlet beskrives arbeidsmetodene som er blitt brukt for å finne frem til aktuell litteratur for å belyse problemstillingen, og videre hvordan jeg valgte ut, analyserte og tolket denne informasjonen for å kunne reflektere rundt funnene og komme frem til en konklusjon.

3.1 Valg av metode

Metode dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data for å få informasjon fra relevant litteratur for å tilegne seg kunnskap (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 25).

Metoden som benyttes i denne oppgaven for å finne ut av problemstillingen, er litteraturstudie. Ved å benytte litteraturstudie, finner jeg forskning som allerede finnes på området og hvilke metoder som er benyttet for å forstå og tolke forskningen. Når man bruker litteraturstudie som metode, går man direkte til primærkilden, da forfatterne gjerne er de samme som har gjennomført undersøkelsen (Johannessen et al., 2016, s. 105). Materialet i en litteraturstudie er allerede eksisterende kunnskap som presenteres fra artiklene. Det vil si at jeg skal, med utgangspunkt i allerede eksisterende forskning, samle inn data gjennom forskningen og se dette i lys av relevant teori. Hensikten er ikke å presentere ny forskning, men å finne likheter og ulikheter ved allerede eksisterende forskning for å kunne støtte eller motbevise teorien (Støren, 2013, s. 16).

Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan vi skal gå fram for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, og den forteller oss om hvordan denne informasjonen skal

analyseres, og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen et al., 2016, s. 25).

Under samfunnsvitenskapelig metode skiller vi mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Ved kvantitativ metode er man opptatt av å telle opp fenomener, som vil si å kartlegge utbredelse. En kvalitativ metode er hensiktsmessig om vi ønsker å se nærmere på utbredelse av depresjon i en befolkning eller gruppe. Dersom vi heller er interessert i å finne ut menneskers vaner eller se spesielle mønstre, vil en kvalitativ tilnærming si noe om spesielle kjennetegn og egenskaper ved fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2016, s. 28). I denne oppgaven er både kvantitative og kvalitative studier benyttet for å kunne besvare problemstillingen.

3.2 Søkehistorikk

I søkeprosessen er bibliotekets BIBSYS benyttet som søkemotor. Databasen Oria er blitt brukt for å finne fram til aktuelle artikler med relevant forskning. Søkene ble gjort på engelsk for å få tilgang til ny og relevant forskning. Ord som physical activity, depression, treatment, symptoms og physical inactivity ga flere, relevante treff. Disse søkeordene er blitt kombinert i flere av søkene for å få artiklene så mye som mulig rettet mot problemstillingen. Studiene skulle omhandle både menn og kvinner fra alderen 18 til 65 år, men én av studiene som er benyttet i oppgaven har forsket bare på kvinner. Dette er en kvalitativ studie som ser på spesielle mønstre i aktivitetsvanene til kvinner med og uten depressive symptomer.

For å få søkene så relevante som mulig opp mot problemstillingen, hadde jeg noen ekskluderings- og inkluderingskriterier. Et inkluderingskriterie var at artiklene var oppdatert på teori og basert på ny forskning. For å forsikre meg om at artiklene var basert på ny teori

og forskning, ble et inkluderingskriterie at artiklene var blitt publisert i løpet av de siste syv år. Sammendragene til artiklene ble lest, men ofte ga overskriftene en indikasjon på om artikkelen var relevant for oppgaven eller ikke. Artiklene måtte inneholde nøkkelbegrepene fra problemstillingen, slik at artikler som ikke inneholdt ord som physical activity og depression, ble ekskludert. Gjennom ekskludering av emneord ble søket mer spesifikt og artikler som omhandlet feil målgruppe eller feil behandlingsmetode, falt vekk. Søkeordene som ble benyttet er vist i tabellen nedenfor. Her fremstilles søkeprosessen med avgrensning og ekskludering av emneord og videre antall treff dette ga.

Dato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Studier inkludert
28.01.17	Physical Activity AND Treatment AND Depression AND Adults	Avgrensede emner: Physical activity, Exercise, Depression, Adult, Depression (mood disorder) og Depressive symptoms Ekskluderte emner: Elderly, Anxiety, Fatigue.	54	1
01.02.17	Physical Activity AND Symptoms AND Depression	Avgrensede emner: Depressive symptoms, Physical activity, Depression, Anxiety, Exercise Ekskluderte emner: Elderly, Fatigue	122	2
01.02.17	Physical activity AND depression AND antidepressant AND	Avgrensede emner: Exercise, Antidepressants, Depression, Treatment, Physical activity. Ekskluderte emner: Smoking,	3	1

	treatment	Anxiety, Sleep, Pregnancy		
04.02.17	Physical inactivity AND depression AND symptoms	Avgrensede emner: Mental depression, Depression, Physical activity, Exercise Ekskluderte emner: Elderly, Fatigue, Stress og Diabetes	140	1

Tabell 1. Oversikt over søk og antall treff i databasen Oria.

3.3 Kildekritikk

I kildekritikkprosessen har jeg valgt ut hva slags teori jeg ønsket å ha med på bakgrunn av innholdet i problemstillingen. For å finne artikler som ville passe til problemstillingen, hadde jeg noen inkluderings- og ekskluderingskriterier. Dette var for å finne fram til artikler som undersøkte temaene i problemstillingen. Inkluderings- og ekskluderingskriteriene er vist nedenfor.

Kriterier for inkludering	Kriterier for ekskludering
1. Ny forskning, fra 2010 og senere.	1. Studien er forsket på barn eller eldre
2. Studien må omhandle voksne fra alderen 18 til 65 år.	2. Utdatert forskning. Tidligere enn de syv siste år.
3. Omhandler depresjon og fysisk aktivitet	3. Studien ser ikke på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjon
4. Studien er fagfelleurdert	4. Studien er ikke fagfelleurdert

4. Resultater

I dette kapitlet presenteres artiklene som er blitt benyttet for å finne fram til relevant forskning i forhold til problemstillingen. Videre presenteres funnene og resultatene som studiene har kommet fram til. Flere av studiene har forsket på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og hyppigheten av depresjon, og forbedringen av symptomer ved økt aktivitetsnivå. Noen av studiene ser også på sammenhengen mellom depressive symptomer, mestringsforventning, aktivitetsnivå, personlighetstrekk og sosioøkonomisk status.

4.1 *Examining the moderating effect of depressive symptoms on the relation between exercise and self- efficacy during the initiation of regular exercise* (Kangas., Baldwin., Rosenfield, Smits & Rethorst, 2014).

Formål

Studien ser på sammenhengen mellom inaktivitet, følelsen av egen mestring og effekten regelmessig fysisk aktivitet gir personer med depressive symptomer. Målet med studien var å undersøke hvordan depressive symptomer påvirker forholdet mellom fysisk aktivitet og egen mestringsforventning.

Studiedesign

Studien fulgte 116 fysisk inaktive voksne hvor 35 prosent av disse rapporterte depressive symptomer. Deltakerne skulle starte regelmessig fysisk aktivitet og fullføre daglige

vurderinger i 4 uker. Deltakerne rapporterte i gjennomsnitt 11 dager med fysisk aktivitet i løpet av de fire ukene og hver økt varte i minst 30 minutter.

Blandede lineære modeller ble benyttet for å teste om egen mestringsforventning var forandret på dager hvor deltakerne var fysisk aktive, i forhold til dager de ikke var fysisk aktive. Videre undersøkte de om egen mestringsforventning påvirket om deltakerne ville være fysisk aktiv neste dag, og om mestringsforventningen ble påvirket av depressive symptomer.

Resultater

Deltakerne rapporterte moderate nivåer av selvsikkerhet rundt egen evne til å overholde regelmessig fysisk aktivitet, før de skulle begynne å følge treningsplanen. Kvinnene hadde høyere forekomst av depressive symptomer enn mennene. Symptomer var også mindre utbredt og mildere blant menn.

Funnene viser at første dagen treningen begynte var deres depressive symptomer reletert til deres mestringsforventning om trening den dagen, men treningen dagen etter ble ikke påvirket av egen mestringsforventning. Tro på egen mestring var signifikant høyere på dager de var fysisk aktive, sammenlignet med dager de ikke var fysisk aktive.

Deltakere med høye verdier av depressive symptomer hadde størst gevinst av å øke antall treningsdager. Tro på egen mestringsforventning holdt seg mer stabil for de som trente med høy intensitet, sammenlignet med deltakerne som trente med lavere intensitet. Sammen viser dette at færre dager med fysisk aktivitet resulterte i lavere tro på egen mestringsevne.

Personer med høyere forekomst av depressive symptomer rapportert lavere nivåer av egen mestringsforventning på dager når de ikke var aktive enn de med færre depressive symptomer. Denne effekten var spesielt sterk for kvinner og de med høy BMI.

4.2 *Personality, physical activity and symptoms of anxiety and depression: the HUNT study* (Brunes, Augestad & Gudmundsdottir, 2012).

Formål med studien

Studien ønsket å undersøke om det finnes noen sammenheng mellom fysisk aktivitet, personlighetstrekk og symptomer på depresjon og angst.

Studiedesign

Studien er en tverrsnittundersøkelse som ble utført på den norske befolkning i perioden 2006 til 2008. Undersøkelsen besto av totalt 38,743 deltakere fra 19år og oppover. Studien benyttet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) som brukes i helseundersøkelser for å anslå hyppigheten av psykiske helseproblemer i befolkningen. HADS- D skalaen inneholder syv spørsmål som måler symptomer på depresjon, og HADS- A inneholdt syv spørsmål som måler symptomer på angst. Hvert spørsmål ble rangert fra 0 (ikke tilstedeværende) til 3 (maksimalt tilstedeværende). Et resultat på 0 til 7 anses som normalt, et resultat på 8 til 10 anses som en mild depresjon, et resultat på 11 til 14 anses som moderat depresjon og et resultat på 15 til 21 anses som alvorlig depresjon.

Studien benyttet også Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) som blir benyttet for å undersøke personlighetstrekk. EPQ måler tre grunnleggende personlighetstrekk, utadvendthet, nevrotisisme og psychoticism. Utadvendthet forteller om vår tendens til å være omgjengelig, selvsikker, energisk og søken etter spenning. Nevrotisisme sier noe om vår tendens til å være følelsesmessig sårbar, engstelig eller usikker på seg selv. Til slutt er det psychoticism som måler vår tendens til å være tøff, fiendtlig, aggressiv og impulsiv. Studien

inkluderte en kortversjon av EPQ som inneholdt 18 punkter, hvor punktene var todelt med ja (1) nei (0) som svaralternativ.

Resultater

Resultatene viser at depresjonssymptomer er hyppigere blant kvinner enn blant menn. Symptomer på depresjon og angst er noe lavere hos kvinner med høyt fysisk aktivitetsnivå, sammenlignet med kvinner med lavt til moderat aktivitetsnivå. For menn var depresjonssymptomene mindre utbredt blant de som var fysisk aktive med moderat til høyt aktivitetsnivå, sammenlignet med de som var fysisk aktive med et lavere aktivitetsnivå.

Personer som var fysisk aktive i fritiden hadde færre symptomer på depresjon. Disse personene skåret også høyere på utadvendthet og lavere på nevrotisisme sammenlignet med personer som er mindre aktive i fritiden. Deltakerne som var mer utadvendte hadde færre symptomer på depresjon og angst. I studien ble nevrotiske personlighetstrekk assosiert med depresjon og angst.

4.3 Relationship between physical activity and depression and anxiety

symptoms: A population study (Mello, Lemos, Antunes, Bittencourt, Santos-Silva & Tufik, 2013).

Formål

Denne studien undersøkte sammenhengen mellom fysisk aktivitetsnivå og utbredelsen av symptomer på depresjon og angst i en befolkning.

Studiedesign

Denne undersøkelsen ble utført på den voksne befolkningen i Sao Paulo mellom juli og desembermåned år 2007. Studien fulgte 1042 deltakere hvor 63,2 prosent ikke var regelmessig fysisk aktive. Deltakerne ble evaluert ved hjelp av Beck Depression Inventory og Becks Anxiety Inventory. I tillegg inneholdt evalueringen to spørsmål utformet for å evaluere fysisk aktivitetsnivå. Sosioøkonomisk status ble også evaluert.

Resultater

Resultatene viser at deltakerne som ikke praktiserte fysisk aktivitet, hadde 1.4 ganger større sannsynlighet for å utvikle symptomer på depresjon, sammenlignet med de som praktiserte fysisk aktivitet minst tre ganger per uke. Menn var i gjennomsnitt mer regelmessig fysisk aktive enn kvinner.

I forhold til sosioøkonomisk klasse, viser tallene at flere av deltakere fra den nedre klassen og middelklassen ikke er like mye fysisk aktive som deltakerne fra den øvre klassen. Deltakerne med mindre enn ni års utdanning praktiserte mindre fysisk aktivitet, enn deltakerne med mer enn ni års utdanning. Deltakerne fra den nedre klassen og middelklassen hadde henholdsvis 7,3 og 4,1 ganger større sannsynlighet for å vise symptomer på depresjon.

Det ble observert en høyere forekomst av depressive symptomer blant kvinner, deltakere fra lavere sosioøkonomisk klasse, personer med færre års utdanning og blant de som ikke praktiserte fysisk aktivitet. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom regelmessig fysisk aktivitet og depresjon.

4.4 *Habitual physical activity levels predict treatment outcomes in*

depressed adults: A prospective cohort study (Hallgren., Nakitanda., Ekblom., Herring., Owen., Dunstan.,... Forsell, 2016).

Formål

Målet til denne studien var å vurdere sammenhengen mellom selvrapportert regelmessig fysisk aktivitetsnivå og alvorlighetsgrad av depresjon etter en 12ukers behandling.

Studiedesign

Studien fulgte 629 voksne med mild til moderat depresjon i behandling i 12 uker. Deltakerne ble delt inn i to grupper, hvor internettbasert kognitiv atferdsterapi og vanlig samtaleterapi ble brukt som behandling. En tredjedel av alle deltakerne var i tillegg i behandling av antidepressive medikamenter.

Endringer i depresjonens alvorlighetsgrad vurdertes ved bruk av Montgomery- Åsberg Depression Rating Skremme (MADRS). Regelmessig fysisk aktivitet ble selvrapportert og basert på hyppighet, varighet og intensitet av total fysisk aktivitetsnivå, under en vanlig uke.

Resultater

Denne studien målte symptomer på depresjon på startpunktet og etter tre måneder med selvregulert fysisk aktivitet. Nesten halvparten av alle deltakerne var fysisk inaktive, som vil si at de hadde et lavere aktivitetsnivå enn aktivitetsanbefalingene. Det var ingen kjønnsforskjeller i fysisk aktivitetsnivå ved begynnelsen av studien og det var heller ingen forskjeller i aktivitetsnivå mellom behandlingsgruppene.

Etter endt behandling var grad av depresjon betydelig redusert hos alle deltakerne, både de som var lite aktive, moderat aktive og svært aktive. Ved etterbehandlinger var grad av depresjon betydelig forskjellig mellom de tre aktivitetsgruppene. De som var svært aktive, hadde færre symptomer på depresjon, mens de som var lite, eller moderat aktive hadde fortsatt like høy forekomst av depressive symptomer som før behandling.

Resultatene viser at voksne som er regelmessig fysisk aktiv med høy intensitet reagerer mer positivt til vanlig samtalebehandling sammenlignet med voksne som er fysisk aktive med lavt til moderat aktivitetsnivå. Det ble ikke funnet noen forskjell mellom kjønn og fysisk aktivitet i noen av gruppene, men høyt fysisk aktivitetsnivå bidro til en større reduksjon i depresjon sammenlignet med lavt og moderat fysisk aktivitetsnivå.

4.5 *Physical activity correlates in young women with depressive symptoms: a qualitative study* (Azar, Ball, Salmon & Cleland, 2010).

Formål

Målet med denne studien var å samle inn detaljert informasjon om aktivitetsnivå og vaner hos unge kvinner med og uten depressive symptomer.

Studiedesign

Dette er en kvalitativ studie som ble gjort på en gruppe unge kvinner fra alderen 18 til 30 år. De var til sammen 40 kvinner, hvor 20 av dem hadde depressive symptomer, mens de 20 andre ikke hadde tegn til depressive symptomer. Flere av kvinnene uten depressive

symptomer jobbet full tid og hadde i gjennomsnitt en høyere utdanning enn kvinnene med symptomer.

Det ble benyttet semistrukturert intervju, som inneholdt 21 spørsmål. Intervjuet var delt inn i temaer som omhandlet erfaringer fra barndommen, aktivitetsvaner, barrierer for fysisk aktivitet, oppmuntring og støtte for fysisk aktivitet, sosiale normer for fysisk aktivitet og den sosiale konteksten av fysisk aktivitet.

Resultater

Flere av kvinnene med depressive symptomer nevnte at deres familie ikke var aktive under deres oppvekst og barndom, og mente at dette har påvirket deres nåværende aktivitetsatferd. Flere av dem syntes det var ergerlig at fysisk aktivitet ikke ble oppmuntret under deres oppvekst. De hadde også flere negative opplevelser rundt fysisk aktivitet som barn eller ungdom. De unngikk ofte situasjoner hvor de måtte være fysisk aktive og forklarte de viktigste grunnene for at de unngikk fysisk aktivitet som mangel på glede av idretter, ubehag rundt skolesettingen, mangel på egen mestringsforventning eller mangel på oppmuntring til å delta.

Kvinnene med depressive symptomer hadde lavere mestringsforventning enn kvinnene uten symptomer, og de nevnte at det var vanskelig å engasjere seg i fysisk aktivitet når de var trøtte, stresset eller følte seg uvel. Derfor var fysisk aktivitet ofte preget av spontanitet, for om de orket å være aktive eller ikke, avhengte i betydelig grad av humøret deres den dagen. Disse kvinnene mente at humøret påvirket deres aktivitetsnivå og at de var mindre aktive på deres dårlige dager. Når de var aktive trivdes de best med å være aktive alene, enn sammen med andre. Grunnet for dette var blant annet at andre kanskje ikke kunne holde tritt med deres tempo, eller fordi de mislikte press for å prestere på noen andres nivå. Den største

grunnen for at de ville være aktive alene, var fordi de foretrakk å gå i sin egen stillhet for å tenke.

Kvinnene med depressive symptomer ga uttrykk for at de følte seg skyldig å delta i fysisk aktivitet fordi de gjerne oppfattet andre forpliktelser som viktigere, og at unnskyldninger derfor ble en stor grunn for å ikke være fysisk aktiv. De beskrev at de blir positivt påvirket om andre er aktive, men at de ble negativt påvirket om andre var inaktive, fordi de da gjerne unnskyldte seg med at de også kunne være inaktive.

Kvinnene uten depressive symptomer var mer optimistiske rundt familiens aktivitetsnivå i oppveksten. Flere av dem nevnte at familien deres var aktiv i løpet av både deres barne- og ungdomsår. De hadde flere positive erfaringer med fysisk aktivitet som barn, og forklarte at de var moderat til svært aktive som både barn og ungdom.

Kvinnene uten depressive symptomer hadde en større tro på at fysisk aktivitet påvirket humøret deres, mer enn humøret påvirket deres aktivitetsnivå. De planla ofte treningen dagen før, fordi de mente at dette økte sannsynligheten for at de var fysisk aktive. De nevnte også å ha stor glede av selskap under treningen fordi fysisk aktivitet med andre ble beskrevet som både morsommere, mer motiverende og medførte gjerne at dem trente hardere eller lengre enn det dem ville gjort alene. Flere av dem var ganske trygge rundt sin egen mestring og mente selv at de presterer bra under vanskelige omstendigheter.

Kvinnene uten depressive symptomer rapporterte at de ble positivt påvirket til å være aktiv både om andre var aktive eller om andre var inaktive. De dro oftere på trening selv om de var trøtte eller følte seg uvel, men formen kunne redusere tiden eller intensiteten på aktiviteten.

Felles for begge gruppene var at de forklarte mangel på motivasjon som den største årsaken til at de ikke var like aktive som de selv ønsket å være. Mangel på tid ble også nevnt som et hinder, som oftest skyldtes studie eller arbeidsforpliktelser.

De mente det var mer sannsynlig at de var fysisk aktiv når de var stresset. De var enige om at fysisk aktivitet reduserte stress og ga et klart sinn. Likevel mente noen av kvinnene med depressive symptomer at de ikke var fysisk aktiv når de er stresset, selv om de visste de positive effektene av det.

5. Diskusjon

I denne diskusjonsdelen vil kildematerialet som er benyttet i teoridelen diskuteres opp mot funnene fra resultatkapitlet. Funnene fra resultatene vil drøftes ut i fra teoridelen og egne refleksjoner og vurderinger.

I studien til Kangas et al., (2014) viser resultatene at de med depressive symptomer hadde signifikant høyere mestringsforventning på dager hvor de var fysisk aktive sammenlignet med dager de ikke var fysisk aktive. Fysisk aktivitet kan bidra til en økning av egen mestringsforventning som igjen kan bidra til økt selvfølelse. I følge Martinsen (2011) skaper fysisk aktivitet en bedre selvfølelse hos de fleste, men en bedring av selvfølelsen blir størst hos dem som på forhånd sliter med dårlig selvtillit. Dette kan tyde på at personer med depresjon har størst gevinst av å begynne med regelmessig fysisk aktivitet, på grunn av den positive effekten på egen selvfølelse. Er selvbildet negativt føler vi oss gjerne usikre, som gjør at det blir vanskeligere å motivere seg til å gjøre ulike gjøremål og kanskje spesielt fysisk aktivitet.

Studien til Kangas et al., (2014) viser at de med depressive symptomer merket positiv effekt av fysisk aktivitet på egen mestringsforventning. Det kan likevel tenkes at en depresjon ikke bedres av økt mestringsforventning alene, men at økt mestringsforventning kan bidra til mer regelmessig fysisk aktivitet som kan gi flere psykologiske virkninger som igjen kan redusere depresjonssymptomene. Selvtilliten vår påvirkes av de handlingene vi gjør, om vi opplever at vi presterer eller ikke presterer, derfor vil selvtilliten bygges opp gjennom gjentatt mestring (Haukedal, 2009, s. 21). Mennesker med depresjon har gjerne negativ selvoppfatning og større tendens til å forklare mestring med ytre faktorer, som ikke har noe med egne evner å gjøre (Imsen, 2014, s. 340).

Som tidligere nevnt i teoridelen, kjennetegnes depresjon av negative tanker og følelser (Kringlen, 2012). Det kan derfor tenkes at de negative tankene overdøver følelsen av mestring, og at gjentatt mestring må til for å påvirke selvtilliten nok til at påvirke egen mestringsforventning. Dette gjenspeiles av kilden til å bygge opp en positiv forventning om å mestre, nettopp tidligere erfaring (Imsen, 2014). Dette kan ses i sammenheng med resultatene fra Azar el al., (2010) som viser at de depressive symptomene i større grad påvirket om deltakerne var fysisk aktive, enn fysisk aktivitet påvirket deres humør. Det kan være grunn for å tro at det er en større utfordring for personer med depressive symptomer å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet, nettopp fordi deres aktivitetsnivå preges av spontanitet ut ifra deres humør. Deres evne til selvregulering spiller en stor rolle her. For personer med depresjon vil overgangen til å være fysisk aktiv være avhengig av ferdigheter knyttet til å planlegge når, hvor og hvordan de skal være aktive (Imsen, 2014, s. 303).

Om personer med depresjon har evne til å være regelmessig fysisk aktive kan også ses i sammenheng med ulike årsaksforklaringer. Personer med lav selvtillit har større tendens til å forklare nederlag ved indre årsaker, og seirer ved ytre årsaker. Personer med depresjon har dermed kanskje lettere for å forklare seire med ytre årsaker som ikke skyldes egne prestasjoner. Det vil være nødvendig å endre tankemønsteret for at personen skal se seg selv som årsak til sin egen mestring. En bevisstgjøring av disse tankene vil kunne være positivt for personen, men tankemønsteret kan være vanskelig å snu alene. Derfor vil ros, oppmuntring og gjentatt mestring kunne skape en positiv erfaring til egne prestasjoner (Imsen, 2014). Det kan derfor være lurt å øke aktivitetsnivået litt og litt av gangen og kanskje fordele øktene i bolker i løpet av dagen. Det kan lønne seg å sette seg ulike delmål, som for eksempel å gå en tur til butikken, en tur i skogen eller bare ha et mål med å komme seg ut av huset en gang i løpet av dagen.

Det kan tenkes at personer med depressive symptomer trenger mer oppmuntring og støtte for å vedlikeholde regelmessig fysisk aktivitet. Det kan være grunn til å tro at de hadde hatt stor gevinst av å være fysisk aktiv med andre. Gjennom sosialt samvær med andre kan de oppmuntre hverandre som igjen kan bidra til økt mestring. Det kan være vanskeligere å avlyse treningen om de vet noen venter på dem. Gjennom å være fysisk aktive sammen med andre kan man også utvide sitt aktivitetsrepertoar.

Kvinner uten depressive symptomer hadde flere positive erfaringer med fysisk aktivitet, og forklarte at de var moderat til svært aktive i sine barne- og ungdomsår. En forklaring på dette kan være at foreldrenes aktivitetsvaner påvirker aktivitetsvanene til barna, og at sjansene er større for at disse barna selv interesserer seg for fysisk aktivitet og idretter. Det kan også være mulig at disse foreldrene er flinkere til å ta barna med på ulike aktiviteter og at gode aktivitetsvaner skapes tidlig. En annen årsak kan være at foreldre som selv er opptatt av fysisk aktivitet og idretter er flinkere til å engasjere seg og støtte opp barna når det gjelder ulike aktiviteter og idretter. Denne årsaksforklaringen kan ses i lys av studien til Azar et al., (2010) hvor kvinnene med depressive symptomer forklarte at de ikke ble oppmuntret til å drive med fysisk aktivitet under sin barndom, og at dette har påvirket deres senere aktivitetsatferd. Disse kvinnene unngikk ofte situasjoner hvor de måtte være fysisk aktive i barndommen, og en forklaring var blant annet mangel på glede under deltakelse i idretter. Det kan undres på om dette er forklaring nok til deres mangel på glede av fysisk aktivitet. En underliggende grunn kan være liten tro på egen mestring eller et press for å prestere.

Studien til Azar et al., (2010) viser at kvinner uten depressive symptomer hadde høyere mestringsforventning enn kvinner med symptomer. Dette kan tolkes ut ifra deres gode erfaringer fra fysisk aktivitet. Kvinnene uten symptomer var mer regelmessig fysisk aktiv enn kvinnene med symptomer. Dette kan tyde på at aktivitetsnivået har holdt seg stabilt siden deres barndom, som igjen kan indikere at deres mestringsforventning har holdt seg mer

stabil. De har nok opplevd å ikke prestere eller kjent på følelsen av å ikke mestre, men det kan være at den tilegnede selvtilliten igjennom regelmessig fysisk aktivitet har bidratt til at de lettere forklarer nederlag ved en ytre årsak, og ikke mangel på ferdigheter (Imsen, 2014).

Det var ekstra interessant å se på studien til Brunet et al., (2012) som, i tillegg til fysisk aktivitetsvaner, undersøkte om det finnes noen fellestrekk i personlighet blant personer med depresjon, som kan være en underliggende grunn for at noen personer har lettere for å utvikle en depresjonslidelse. Personer som var fysisk aktive i fritiden hadde færre symptomer på depresjon. Disse personene skåret høyere på utadvendthet sammenlignet med personer som var mindre aktive. Funnene viser til sammenhengen mellom psykologiske, biologiske og sosiale faktorer som motstandsdyktighet mot depresjon (Hansen & Kennair, 2016). Det kan være rimelig å anta at mennesker som er mer utadvendte har et større sosialt nettverk. Sosiale nettverk kan bidra til hjelp i vanskelige situasjoner gjennom veiledning og råd, men også praktisk hjelp slik som avlastning, en håndsrekning eller penger (Mæland, 2010, s. 159). På bakgrunn av dette kan man trekke en konklusjon om at utadvendte personer gjerne har et større nettverk som gjør at de opplever mer sosial støtte, som vil kunne bidra til mindre symptomer på depresjon. På en annen side kan det være at personer som sliter med depresjon trekker seg unna eller ofte holder seg for seg selv, som reduserer det sosiale nettverket.

Disse resultatene kan ses i lys av studien til Azar et al., (2010), hvor flere av kvinnene uten depressive symptomer drev med idretter i barne- og ungdomsårene. Det kan tenkes at de som drev med idretter som barn, tidlig fikk et stort sosialt nettverk gjennom idretten. Det kan tenkes at spesielt lagidretter kan bidra til et stort sosialt nettverk. Det sosiale nettverket kan ha bidratt til å redusere risikoen for at de utviklet en depresjon i senere alder. I studien forklarer kvinnene med depressive symptomer at de ikke ble oppmuntret til fysisk aktivitet. De hadde flere negative assosiasjoner til fysisk aktivitet fra de var barn, og de unngikk

situasjoner hvor de måtte være fysisk aktive. Dette viser hvordan våre erfaringer påvirker våre handlinger og aktivitetsnivå. Disse kvinnene hadde ingen indre motivasjon til å være fysisk aktiv som barn, og kanskje er det derfor ekstra vanskelig å finne motivasjon til å være fysisk aktiv i voksen alder.

Alle kvinnene i studien mente at helsemessige fordeler og det å føle seg vel var de største motivatorene for å utøve fysisk aktivitet. Vektkontroll ble også nevnt som motivator. Det kan tenkes at dette har en sammenheng med lav selvoppfatning. Imsen (2014) skriver at det finnes flere forskningsresultater som tyder på at personer med lav selvoppfatning har størst tendens til å forklare nederlag ved indre faktorer, og at de oftere lar nederlag devaluere selvoppfatningen. Det vil være grunn for å tro at de med lav mestringsforventning og selvoppfatning fortsetter med dette tankemønsteret fordi suksess tolkes som tilfeldighet.

I studien til Mello et al., (2013) viste resultatene at deltakerne fra den nedre sosioøkonomiske klasse, var mindre fysisk aktive enn deltakerne fra den øvre middelklasse og at depresjon var mer utbredt blant disse deltakerne. Resultatene samsvarer med en rekke andre undersøkelser som viser at lav sosioøkonomisk status er knyttet til psykiske lidelser (Major, 2011). Det kan tenkes at mennesker med høyere utdanning har mer kunnskap om helse og fysisk aktivitet som medfører en sunnere livsstil. Det kan også tenkes at mennesker fra den øvre sosioøkonomiske klasse er mer tilfreds med seg selv, sin livssituasjon, arbeid, økonomi og sine sosiale lag og dermed har mindre symptomer på depresjon.

Artiklene som er benyttet i oppgaven har noen felles resultater som går igjen. Blant deltakerne i studiene så er det kvinnene som har mest symptomer på depresjon. Studien til Kangas et al., (2014) viser at kvinner hadde høyere forekomst av depressive symptomer enn menn. De depressive symptomene var både mindre utbredt og mildere blant menn. Studien til Brunet et al., (2012) viser også at depresjonssymptomer er hyppigere blant kvinner enn

hos menn. Både menn og kvinner hadde mindre symptomer på depresjon jo høyere belastning de hadde på den fysiske aktiviteten. Personer som var fysisk aktive med høy intensitet hadde størst effekt på de depressive symptomene. Dette kan ses i sammenheng med dose-responsforholdet, som viser at en økning av nåværende aktivitetsnivå gir helseeffekter, men at disse helseeffektene er størst for de som øker aktivitetsnivået mest fra utgangspunktet (Hallén & Ronglan, 2011). Det kan tyde på at det kan være en sammenheng mellom intensitet og psykologisk effekt. Vi vet at fysisk aktivitet bidrar til at søvnkvaliteten bedres, kroppen blir sliten og tankene blir mer positive (Bahr, 2016). Det kan være grunn for å tro at et resultat av disse faktorene bidrar til mindre urolige tanker om kveldene som fører til at man sover bedre og føler seg mindre sliten. En følelse av mer energi vil kunne bidra til at man lettere kan fortsette med regelmessig fysisk aktivitet og er på den måten en merkbart positiv respons som kan knyttes opp mot aktivitetsnivået.

Kvinner har lettere for å forklare suksess ved ustabile, ytre faktorer, mens nederlagene oftest forklares av indre årsaker. Dette kan være med å påvirke selvpåfatningen og videre være en grunn for at kvinner har hyppigere forekomst av depressive symptomer enn menn. Menn forklarer oftere suksess ved stabile evner som kan tyde på at menn har større tro på egne evner, som igjen styrker selvpåfatningen. Det kan være grunn for å tro at på grunn av at jenter oftere forklarer deres seire med ytre faktorer, at de dermed unngår situasjoner hvor de må prestere eller være fysisk aktive (Imsen, 2014).

Studien til Mello et al., (2013) viser at menn, i gjennomsnitt, er mer regelmessig fysisk aktive enn kvinner. Det er mulig å anta at dette har en sammenheng med at menn har mindre symptomer på depresjon enn kvinner. Det kan være interessant å fundere på om menn har mindre symptomer på depresjon enn kvinner fordi de er mer fysisk aktive i fritiden, eller om kvinner er mindre fysisk aktive i fritiden på grunn av at de har flere symptomer på depresjon

enn menn. Det kan være at kvinner oftere er fysisk aktive med lavere belastning enn menn, eller at deprimerte personer oftere er fysisk aktiv med lavere belastning.

Det kan være flere grunner for at depressive symptomer er hyppigst blant kvinner enn hos menn. Dalgard & Bøen (2008) mener at det kan skyldes at depresjon kan arte seg noe annerledes hos menn, med mindre fremtredende symptomer, som gjør det vanskeligere å identifisere lidelsen. På en annen side kan det tenkes at jenter oftere snakker om sine problemer og følelser med andre, som gjør at statistikken viser at depresjon er hyppigst blant jenter. Det kan derfor være slik at depresjon er like hyppig blant begge kjønn, men at ulike målemetoder benyttes eller spørsmålene tolkes annerledes fra kjønn til kjønn, og at denne tolkningen påvirker resultatene.

Studien til Hallgren et al., (2016) viser at fysisk aktivitet gir ekstra gevinst for mennesker med depresjonslidelser når de er kombinert med antidepressiv behandling og vanlig samtalebehandling, uavhengig av intensiteten. Dette kan bety at fysisk aktivitet er positivt for å dempe depressive symptomer uavhengig av belastning. Det er dokumentert at personer med depresjon, er mindre aktive enn personer som ikke har depresjon. Det kan derfor være grunn for å tro at en altfor stor økning av aktivitetsnivået vil være vanskelig å opprettholde over tid. Om de klarer å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet avhenger mye av Banduras teori om selvregulering (Imsen, 2014).

Hvis personer med depressive symptomer ikke har noen indre motivasjon for å bli mer fysisk aktiv, så kan det være lurt å tilsette en ytre motivasjon. Her kan belønning bidra som en motivator. Hvis det er noe spesielt personen ønsker seg, kan vedkommende belønne seg med dette etter for eksempel en måned med regelmessig fysisk aktivitet. For å kunne opprettholde motivasjonen over lengre tid er variasjon av aktivitetene viktig (Imsen, 2014).

5.1 Metodediskusjon

Mange av artiklene som er benyttet i oppgaven, baseres på selvrapporing av fysisk aktivitetsnivå. Ulempen ved selvrapporing er at det kan forekomme tilfeller hvor deltakerne mistolker spørsmålene, enten på grunn av at de ikke forstår spørsmålene eller at de har andre formeningar om hva fysisk aktivitet innebærer. Selvrapporing av regelmessig fysisk aktivitet ble benyttet i studien til Hallgren et al., (2016) og ble basert på hyppighet, varighet og intensitet av total fysisk aktivitetsnivå. En ulempe ved denne metoden er at deltakerne kan ha forskjellige formeningar om de forskjellige intensitetssonene og noen kan tro de er mer fysisk aktive enn det de er eller motsatt. Et resultat av dette er begrensninger i innsamlet data eller feil data. Selv om det er mange sikre kilder på at depressive symptomer er hyppigst forekommende blant kvinner, kan det være ulike grunner for at dette også vises i disse studiene. Flere av studiene har flere kvinnelige deltakere enn menn, og det vil derfor naturlignok være hyppigere forekomst av depresjon blant kvinner. Studien til Mello et al., (2013) viser at menn er mer fysisk aktive enn kvinner. Dette kan være en indikator på hvorfor depressive symptomer er hyppigst blant kvinner. Derimot, i studien til Hallgren et al., (2016) viser resultatene ingen forskjell mellom fysisk aktivitetsnivå blant kjønn. Utvalget i flere av studiene var store befolkninger eller grupper, slik at faren for feiltolkninger av informasjon ville vært hyppigere om utvalget var mindre.

6. Konklusjon

Ut i fra studiene som er benyttet i oppgaven, er det kommet fram til at voksne som er regelmessig fysisk aktive har mindre symptomer på depresjon. De positive effektene fysisk aktivitet gir, er riktignok størst for de som er fysisk aktive med moderat til høy intensitet, men en økning av aktivitetsnivå fra utgangspunktet er uansett gunstig for å minske de depressive symptomene. Det viser seg at fysisk aktivitet bidrar til økt mestringsforventning som igjen vil kunne påvirke selvbildet positivt.

I og med at utviklingen av en depresjon er satt sammen av ulike psykologiske, biologiske og miljømessige påkjenninger og faktorer, vil det være vanskelig å forebygge all depresjon ved økt aktivitetsnivå alene. Et tiltak som vil være mulig er, å bidra til å skape gode assosiasjoner til fysisk aktivitet fra tidlig alder, som bidrar til økt motivasjon og mestring. Tilrettelegging og variasjon i aktiviteter i skolesektor, vil kunne bidra til økt glede og utfoldelse av fysisk aktivitet.

På bakgrunn av dette vil fysisk aktivitet kunne benyttes i forebygging av tilbakevendende depresjon samt forebygge symptomer på depresjon. I behandling av allerede eksisterende depresjon vil fysisk aktivitet fungere best i behandling sammen med antidepressive legemidler eller i samvær med vanlig samtalebehandling.

7. Litteraturliste

- Azar, D., Ball, K., Salmon, J., & Cleland, V, J. (2010). Physical activity correlates in young women with depressive symptoms: a qualitative study. *International Journal of behavioral nutrition and physical activity*, 2010, 7:3. Hentet fra <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-7-3>
- Bahr, R. (2016). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Barth, Børtveit & Prescott. (2013). *Motiverende intervju - Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brunes, A., Augestad, L, B., & Gudmundsdottir, S, L. (2012). Personality, physical activity and symptoms of anxiety and depression: the HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48:745-756. Hentet fra <https://link-springer-com.ezproxy.hihm.no/article/10.1007/s00127-012-0594-6>
- Dalgard, O, S. & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder* (2008:1). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/forebygging-av- depresjon-med-hovedv/>
- Denison, E., Underland, V., Mosdøl, A., & Vist, G. (2016). *Cognitive therapies for increasing physical activity - Systematic review*. (2016 :11319). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2016/kognitive-terapier-for-okt-fysisk-aktivitet/>
- Hagen, R., & Kennair, L, E, O. (2016). *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hallén, J., & Ronglan, L, T. (2011). *Treningslære for idrettene*. Oslo: Akilles – idrettens eget forlag

Hallgren, M., Nakitanda, O. A., Ekblom, Ö., Herring, M. P., Owen, N., Dunstan, D.,...

Forsell, Y. (2016). Habitual physical activity levels predict treatment outcomes in depressed adults: A prospective cohort study. *Preventive Medicine*. 88 (2016) 53-58.

Hentet fra

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0091743516300445>

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Haukedal T. (2009). *Solstråleboken - Hvordan leve et godt liv i et samfunn i endring. Om motivasjon, egenverdi og selvledelse*. Bergen: Trond Haukedal Forlag AS

Helsedirektoratet. (2014a, 01.03). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*.

(IS-2170). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2014b, 15.12). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. (IS-2263).

Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet>

Helsenorge. (2016, 04.11). *Depresjon hos voksne*. Hentet fra

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne>

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Imsen, G. (2014). *Elevenes verden - Innføring i pedagogisk psykologi* (5.utg). Oslo:

Universitetsforlaget AS

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til*

samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag AS

Kangas, J. L., Baldwin, A. S., Rosenfield, D., Smits, A.J., & Rethorst, C. D. (2014).

Examining the moderating effect of depressive symptoms on the relation between exercise and self-efficacy during the initiation of regular exercise. *Health Psychology*.

2015, Vol.34.No.5,556-565. Hentet fra

<http://psycnet.apa.org.ezproxy.hihm.no/journals/hea/34/5/556>

Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Stavanger: Hertervig Akademisk

Major, E. F. (Red.). (2011). *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (2011:1). Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>

Martinsen, E. W. (2011). *Fysisk aktivitet – Psykisk helse – Kognitiv terapi* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Mello, M. T., Lemos, V.A., Antunes, H. K. M., Bittencourt, L., Santos-Silva, R., & Tufik, S. (2013). Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms:

A population study. *Journal of Affective Disorders*. 149 (2013) 241-246. Hentet fra

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0165032713000906>

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge - Et folkehelseperspektiv* (2009:8). Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>

Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS

Støren, I. (2013). *Bare søk - Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget AS

Øverby, N, C., Torstveit, M, K., & Høigaard, R. (2011) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS