

BACHELOROPPGAVE

Terapeutisk hagebruk som metode i behandling av menneske med depresjon

av

Astrid Refvik

Vernepleie

BSV5-300

November 2013



Innholdsliste:

1. Innleiing	3
2. Metode	5
3. Kva for potensiale har terapeutisk hagebruk som metode i behandling av menneske med depresjon?	6
3.1 Kva er terapeutisk hagebruk?	6
3.1.1 Natur	7
3.1.2 Terapi	8
3.1.3 Pasientgruppe	8
3.1.4 Aktivitet	8
3.2 Effektar av terapeutisk hagebruk	9
3.2.1 Fysiske effektar av terapeutisk hagebruk	10
3.2.2 Kognitive effektar av terapeutisk hagebruk	11
3.2.3 Psykiske effektar av terapeutisk hagebruk	11
3.2.4 Sosiale effektar av terapeutisk hagebruk	12
3.3 Depresjon	12
3.4 Terapeutisk hagebruk i behandling av depresjon	13
3.4.1 Artikkel 1: Terapeutisk Hagebruk i behandling av depresjon	15
3.4.2 Artikkel 2: Aktive komponentar i Terapeutisk Hagebruk	16
3.4.3 Artikkel 3: Eksistensielle spørsmål i terapeutisk hagebruk	16
3.4.4 Artikkel 4: Grppesamhald i terapeutisk hagebruk	17

3.4.5 Artikkel 5: Evaluering av terapeutisk hagebruk i behandling av psykisk sjukdom	17
3.4.6 Artikkel 6: Evaluering av terapeutisk hagebruk i behandling av depresjon	18
4. Diskusjon	19
4.1 Har terapeutisk hagebruk vist effektar i behandling av depresjon?	19
4.2 Kva ingrediensar i terapeutisk hagebruk ser ut til å kunne gi eventuelle effektar i behandling av depresjon?	20
4.2.1 Sjølvhjelpsprosess	21
4.2.2 Psykologisk avstand til dagleglivet	21
4.2.3 Fascinasjon	22
4.2.4 Sosialt samhald	22
5.0 Konklusjon	25

1. Innleiing

Mennesket dukka opp for berre nokre hundre tusen år sidan, ein augeblink i jorda si historie, evolusjonsmessig skapt til å leve i naturen (Währborg, 2010). I fylgje Währborg (2010) har mennesket på kort tid gått frå å vere jegerar og samlarar som samarbeider med naturen, til å bli naturmisbrukarar. Den raske sosiale, økonomiske og tekniske utviklinga har påverka menneske si helse. Den har ført til at det i vår del av verden er velferds- eller livsstilssjukdommar som hjarte- og karsjukdommar, overvekt, diabetes, smerter og psykiske lidingar, som depresjon og utmattingssyndrom, som er leiande. Forskarar ser tendensar til at psykiske sjukdommar kjem til å verte stadig meir utbreitt (Währborg, 2010). I fylgje nyare analyser gjort av Verdens helseorganisasjon (WHO) er depresjon i ferd med å verte den dominerande lidinga i den vestlege del av verden (Helsedirektoratet, 2009). Heilt sidan medisinen sitt opphav har natur hatt ei viktig rolle i behandling, men etter det naturvitskaplege gjennombrotet i første halvdel av 1900-talet mista naturen mykje fokus (Grahm, 2009).

Kan større nærleik til natur gi betre helse? Eg er ikkje i tvil om at natur er helsefremjande for min eigen del. Gjennom vernepleiestudiet har det vokse fram eit ynskje om å legge til rette for at andre kan få oppleve den helsebringande effekten av å vere ute i naturen. Eg ynskjer å rette fokus mot eit fagfelt der ein heldt fram med å inkludere natur i behandlinga. I terapeutisk hagebruk (TH) er naturen ein essensiell del av behandlinga. Gjennom dette studiet ynskjer eg å finne ut om natur kan vere eit godt verkemiddel i behandling. Meir spesifikt er eg interessert i å finne ut om TH har potensiale som metode i behandling av depresjon.

Dei siste tiåra har depresjonar vorte hyppigare, særleg lette og middels alvorlege. Truleg får 15-25% av alle kvinner og 7-12% av alle menn ein depresjon som krev behandling i løpet av livet (Norsk helseinformatikk, 2013). Ein norsk studie viser at depresjon er ein sterk risikofaktor for å verte sett ut av inntektsgivande arbeid i kortare eller lengre periodar (Mykletun et al., 2006). Dette kjem blant anna av at mange går lenge med sjukdommen, ofte utan god behandling. Forsking har vist at berre ein av fire pasientar med depresjon får behandling (Norsk helseinformatikk, 2013). Det er altså ikkje berre store personlege lidingar knytt til depresjon, men óg store økonomiske og samfunnsmessige kostnader, i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter, auka trygdeutgifter og utgifter til behandling (Helsedirektoratet, 2009).

Historia til TH er like gammal som medisinen si historie. Likevel er TH ukjent for mange i dag (Grahn, 2009). «Dei gamle grekarane» hevda at frisk luft og frodige hagar hadde helsebringande effekt. Det første sjukehuset, med sin tilhøyrande hage, blei etablert av Hippokrates i ein skog på den greske øya Kos. Den første vitskaplege forskinga som stadfesta denne gamle førestillinga vart gjort av miljøpsykologen Roger Ulrich i 1984. Studiet hans viste at gallesteinsopererte pasientar hadde kortare rehabiliteringstid om dei hadde utsikt mot ein grøn park frå sjukehusrommet (Nilsson, 2009). Allereie på byrjinga av 1800-talet hevda den amerikanske legen, Benjamin Rush, at hagearbeid hadde gunstige effektar, særleg på depresjon og mentale sjukdommar (Grahn, 2009; 2010). Med komponentar frå miljøpsykologi, landskapsarkitektur, fysioterapi og arbeidsterapi, har TH utvikla seg til å verte eit eige fagfelt (Nilsson, 2009; Grahn, 2010).

I dette litteraturstudiet skal eg ta for meg forskning som er gjort om TH sin effekt på depresjon. Eg vil undersøkje om TH har vist resultat i behandling av denne pasientgruppa. I tillegg vil eg finne fram til dei viktigaste effektane av TH, og setje desse opp mot symptom som menneske med depresjon opplev. Målet med denne samanlikninga er å kunne sjå om effektane av TH samsvarar med betring av depresjonssymptom. Resultatet av denne samanlikninga, samt forskning som er gjort om dette, vil kunne seie noko om potensialet som TH har i behandling av depresjon.

Eg har valt vekk litteratur som hovudsakleg handlar om design og vekstval i terapihagar, litteratur om sansehangar og litteratur om terapeutiske hagar i tilknytning til behandlingsinstitusjonar. Litteratur som i stor grad omhandlar farge-terapi, dyr, mediatasjon, kunst-terapi eller liknande aktuelle komponentar er ikkje inkludert i denne studien. Til å vurdere om TH har vist resultat i behandling av depresjon har eg ekskludert alle studiar som ikkje spesifikt handlar om TH sin effekt på depresjon.

Problemstillinga for dette litteraturstudiet er fylgjande:

Kva for potensiale har terapeutisk hagebruk som metode i behandling av menneske med depresjon?

For å svare på dette vil eg ta for meg den forskinga som er gjort om TH i behandling av depresjon, og vurdere resultatane av denne. I tillegg vil eg identifisere ingrediensar i TH som kan ha effekt i behandling av depresjon.

Dei to forskingsspørsmåla som er valt til å svare på problemstillinga er difor fylgjande:

- 1. Har terapeutisk hagebruk vist effekt i behandling av depresjon?*
- 2. Kva ingrediensar i terapeutisk hagebruk ser ut til å kunne gi eventuelle effektar i behandling av depresjon?*

2. Metode

For å finne ut om TH har vist resultat som behandlingsmetode for depresjon vil eg få ei oversikt over forskning som er gjort om dette og presentere resultatene av denne. Eg vil undersøke om TH har potensiale for å imøtekomme behov som pasientar med depresjon har for å verte friske. For å kunne svare på det vil eg samanlikne symptom ved depresjon og effektar av TH. Gjennom ei slik samanlikning og ved å sjå på resultat av forskning vil eg prøve å identifisere kva ingrediensar i TH som kan fremme ei eventuell betring i depresjon. Dette krev ei oversikt over litteratur om temaet.

Eit litteraturstudie er eit omfattande studie av litteratur om eit spesielt tema. I eit litteraturstudie søkjer ein å svare på eit forskings spørsmål ved å skaffe ei oversikt over temaet. Ein finn fram til, og analyserer, relevant litteratur gjennom ei systematisk tilnærming. Litteraturstudiar gir ei innsikt i temaet som ein berre oppnår når relevant litteratur vert samanlikna (Aveyard, 2010). Til mitt formål vil difor eit litteraturstudie vere ei god metode. Ei systematisk tilnærming er nødvendig for at resultat og konklusjonar skal vere pålitelege og gyldige. Dette inneber at litteraturen som vert inkludert i studiet gir eit fullstendig bilete av tema, og ikkje er handplukka for å underbygge eit argument (Aveyard, 2010).

I litteratursøket har eg brukt databasane Medline, Cinahl, Academic Search Premier, Science Direct, Web of Knowledge og Bibsys Ask. Sentrale søkeord var: gardening, terapeutisk hagebruk, depresjon, depression, horticultural therapy, therapeutic horticulture og trädgårdsterapi. Søk i Bibsys resulterte i to bøker om terapeutisk hagebruk. Berre seks artiklar rapporterer i frå forskning spesifikt om TH sin effekt på depresjon. For å sikre at studien min er mogeleg å reprodusere er ein detaljert søkelogg vedlagt (vedlegg 1). Eg har vurdert kvaliteten av artiklane hovudsakleg ved hjelp av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) si rangering av tidsskrifta dei var publisert i. NSD har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanalar. Vitskaplege kanalar er tidsskrift, seriar og forlag som oppfyller kriteria gitt av universitets- og høgskolerådet. Dei vitskaplege kanalane vert delt inn i to grupper: Ordinære vitskaplege publiseringskanalar (nivå 1) og kanalar med høgast internasjonal prestisje (nivå 2) (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, udatert). I

tillegg til NSD har eg brukt Google Scholar sin referanseindex for å vurdere kvaliteten. Denne viser kor mange gongar artikkelen har vore referert til av andre. Antal gongar artikkelen er referert til fylgjer kvaliteten på tidsskriftet den er utgjeve i, og desse metodane ser difor ut til å stemme over eins.

Fire av artiklane eg fann er publisert i tidsskrift som er registrert i NSD. Desse er skriva av same gruppe personar: Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen og Kirkevold. I ein av artiklane deira kjem det fram at dei, etter å ha gjort omfattande søk i litteratur, ikkje fann publiserte empiriske studiar om korleis menneske med depresjon responderer på TH (Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen, & Kirkevold, 2009). Denne artikkelen var publisert i 2009, og dette stemmer med mine erfaringar, då mine søk ikkje gav resultat som var publisert før 2009. I tillegg til artiklar av Gonzalez fann eg i mine søk to andre artiklar, publisert i 2010, som beskriv forskning gjort om TH si effekt på depresjon. Den eine artikkelen er skriva av MiJin, MiYoung, IeeSung og WanSoon og er publisert i eit koreansk tidsskrift. Den andre er skriva av Kam og Siu og er publisert i eit kinesisk tidsskrift. Ingen av desse tidsskrifta er registrert i NSD. Eg er difor tvilande til kvaliteten av dei, og burde kanskje ha utelate dei. Sidan det ser ut til at kvalitetssikker forskning på dette feltet er svært avgrensa, så vidt eg kan sjå avgrensa til Gonzalez et al. si forskning, har eg likevel valt å ta dei med. Eg presenterer altså det eg har funne av empirisk forskning om temaet, med atterhald om at to av artiklane ikkje er kvalitetssikra.

3. Kva for potensiale har terapeutisk hagebruk som metode i behandling av menneske med depresjon?

3.1 Kva er terapeutisk hagebruk?

Hippokrates (460-377 f.Kr.) valde å ta avstand frå myter og religion som til då hadde styrt medisinen, og ynskte i staden å grunnlegge ein vitenskap. Han var overbevist om at naturen hadde avgjerande verdi for helsa. Han grunnla sjukehuset Asclepieion, med sin tilhøyrande terapihage, på ei stor lysning i ein skog, på den greske øya Kos. Terapihagen låg inntil ein stor bekk, og hadde 257 beskrivne artar. Hippokrates si lære, som vart nedskrive i 17 bøker, fekk innverknad på medisinen i fleire hundre år. På 1800-talet vart det grunnlagt store vakre parkar rundt sjukehus, og sanatorier og psykiatrisk sjukehus vart bygd der ein rekna med at lufta var særleg helsebringande. Særleg dei psykiatriske sjukehusa var store, og fungerte ofte som små gardssamfunn, mange av dei nærmast

sjølvforsynte (Grahn, 2010). Eit par tiår inn på 1900-talet skulle framsteg innan naturvitskap og teknikk føre til at medisinen tok ei helt anna vending (Grahn, 2009). Vaksiner og legemiddel tok over for natur. Innan psykiatrien held naturen likevel fram med å spele ei aktiv rolle heilt fram til 1960-talet. I nokre få land har hagebruk levd vidare innan psykiatrien heilt fram til i dag (Grahn, 2010).

TH som metode voks fram på byrjinga av 1900-talet. Ein oppdaga at TH var svært framgangsrikt i behandling av soldatar som kom heim frå krigen og leid av krigsnevrosar eller posttraumatisk stress. I starten av 1940-åra vart TH eit eige fagfelt i USA. Ein erfarte at denne behandlingsmetoden kunne nyttast i behandling og rehabilitering av hjarte- og karsjukdomar, slag og amputasjonar. På 1950-talet vart det oppretta fleire utdanningsprogram innan TH i USA (Grahn, 2010). Sidan 1970-talet har TH vorte nytta i behandling av blant anna autisme, demens, reumatisme, kroniske smerter og menneske utsett for overgrep og mishandling. I dag vert TH i tillegg mykje bruk for menneske som er heimlause, i kriminalomsorg, i asylmottak og for menneske med lærevanskar (Grahn, 2010). Særleg i USA og Storbritannia har forskning og kunnskapsutveksling auka på dei siste 30 åra (Nilsson, 2009).

American Horticultural Therapy Association (2012) skil mellom horticultural therapy og therapeutic horticulture. Horticultural therapy blir definert som «the engagement of a client in horticultural activities facilitated by a trained therapist to achieve specific and documented treatment goals» (American Horticultural Therapy Association, 2012, s. 1). Therapeutic horticulture blir definert som «a process that uses plants and plant-related activities through which participants strive to improve their well-being through active or passive involvement. In a therapeutic horticulture program, goals are not clinically defined and documented but the leader will have training in the use of horticulture as a medium for human well-being» (American Horticultural Therapy Association, 2012, s. 1). I denne studien vil begrepet terapeutisk hagebruk inkludere begge definisjonane.

3.1.1 Natur

Ein terapeutisk hage er gjerne delt inn i ulike områder og rom som tilbyr ulike opplevingar og aktivitetar. Det kan til dømes vere kjøkkenhage, skog, opa eng, frukttre, landskap med rennande vatn og landskap rundt ein dam, drivhus og ulike rom for ulike aktivitetar innandørs (Tauchnitz, 2010). Terapeutiske hagar skal tilby ein trygg og komfortabel setting, der aktivitetar og opplevingar

er tilgjengelege enklast mogeleg og i størst mogeleg utstrekning. Terapeutiske hagar skal vere tilrettelagt for å møte behov frå ulike menneske, med ulik alder, i sine unike situasjonar i størst mogeleg grad (American Horticultural Therapy Association, 2012).

3.1.2 Terapi

Mange ulike yrkesgrupper kan arbeide innan TH. Bønder, gartnarar, landskapsarkitektar, fysioterapeutar, arbeidsterapeutar, psykoterapeutar og helsepersonell er nokre døme. Uavhengig av utdanning skal menneske som tilbyr TH ha kunnskap om TH som behandlingsmetode (American Horticultural Therapy Association, 2012). Altså skal dei vere kvalifiserte hjelparar for deltakarane. I TH deltek pasientane aktivt i ein utviklingsprosess, i staden for å vere passive mottakarar av behandling. Individet sine ressursar vert godt utnytta, og tilbodet vert godt tilpassa den enkelte (Börjeson & Nilsson, 2009).

3.1.3 Pasientgruppe

I TH er ein ikkje aleine om å delta i behandlinga. Når ein arbeidar saman med andre deltakarar i natur og hage vert det skapt føresetnadar for å dele tankar, kjensler og opplevingar med andre i same situasjon. Ein får mogelegheit til å snakke med nokon som forstår, reflektere saman og komme fram til alternative strategiar. Pasientane kan dra nytte av dei andre sine erfaringar og verte motivert av deira framsteg (Welén-Andersson & Bengtsson, 2010).

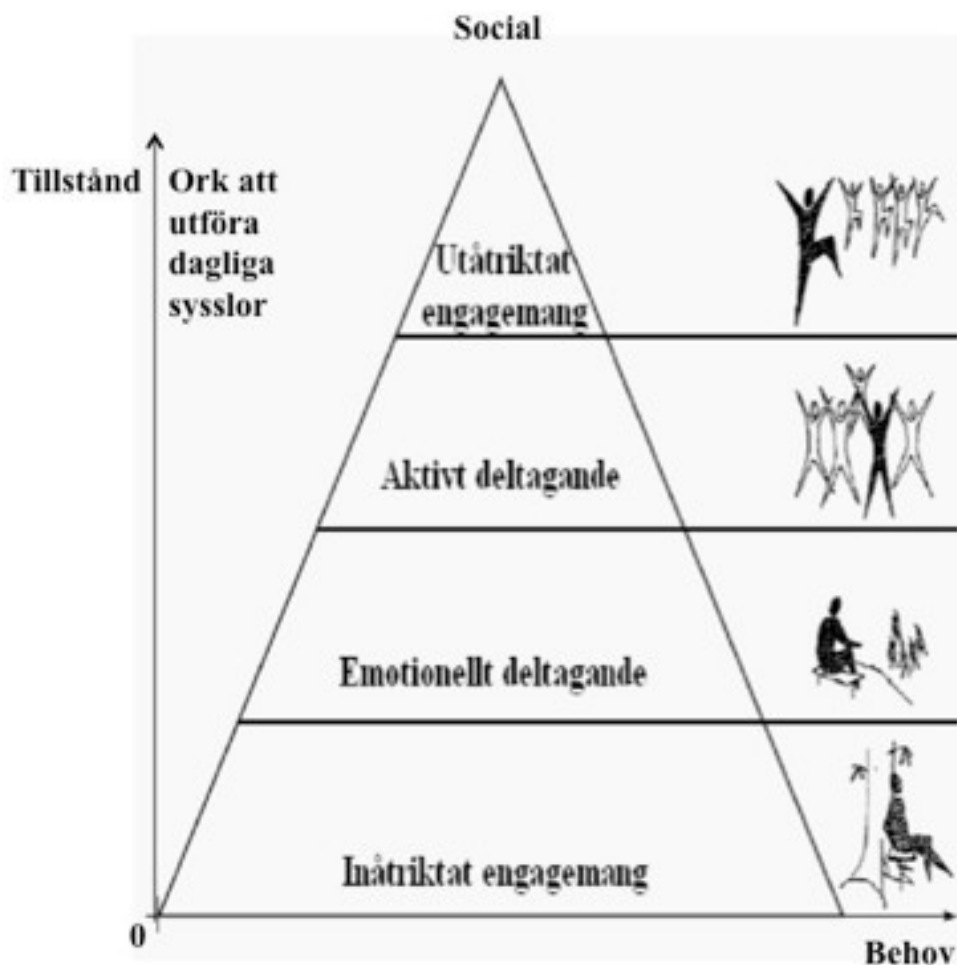
3.1.4 Aktivitet

Arbeidet i terapiahagen er i hovudsak eit indre arbeid, og oppgåvene i hagen kan like godt vere personlege refleksjonsoppgåver som praktiske aktivitetar. Ein får i stor grad sjølv velje kva ein vil gjere, for målet er at aktiviteten skal vere meiningsfull for den enkelte. Hjelparane søkjer å legge til rette aktivitetar som svarar til personlege behov og sinnsstemninga for dagen (Welén-Andersson & Bengtsson, 2010). Deltakarane får arbeidsoppgåver som stimulerer alle sansar, musklar, kjensler og planleggingsferdigheiter (Grahn, 2009). Ein vert oppmuntra til å gjennomføre enkelte aktivitetar nøye og sakte, og vere bevisst sanseintrykk som aktiviteten medfører. Dette er ein måte å kvile i den spontane merksemda, og legge vekk den styrte konsentrasjonen (Grahn, 2009). Dei siste åra har dette vorte kjend som mindfulness. Mindfulness handlar om å vere tilstades i augeblikket ved å vere bevisst indre og ytre opplevingar som oppstår i situasjonen (Baer, 2003).

3.2 Effektar av terapeutisk hagebruk

I fylgje Börjeson (2009) har TH heilt særeige kvalitetar som er svært viktige terapeutiske bidrag, og som ingen andre metodar på same måte oppnår. Ein slik kvalitet er at TH i mykje større grad enn andre terapiformer vektlegg ein kreativ innsats frå pasientane si side. Kvar terapeut arbeidar for å inkludere pasienten i betringsarbeidet, slik at det i størst mogeleg grad er pasienten som styrer sin eigen betringsprosess (Börjeson & Nilsson, 2009). Han trur at TH kan vere spesielt nyttig i behandling av depresjon, angst og demens. Han meiner at TH kan endre depressive førestillingar om at livet er meiningslaust og tomt, gjennom å skape attrå, kreativitet, vilje til å møte andre menneske og møte nye oppgåver. Han trekk fram hagen som meiningsskapande og lystskapande, i tillegg til at hagen er noko som ein sjølv har kontroll over, og som ein sjølv har skapt. Pasienten ser seg sjølv som deltakar i eit skapande fellesskap, noko som gir ei unik mogelegheit for betring (Börjeson & Nilsson, 2009).

Maslow si behovspyramide (1943) inneheld psykologiske behov som er grunnleggande motiv hos menneske, og som han meiner er dei mest sentrale i utvikling av personlegheit (Bjerke & Svebak, 1997). På bakgrunn av denne har Grahn (2010) utvikla sin eigen modell av menneske sitt behovshierarki i tilknytning til natur.



Patrik Grahn si behovspyramide

Grahn si forskning om grøntområde ligg til grunn for denne behovspyramiden. Han oppdaga at menneske søkte seg til ulike typar grøntområde basert på deira psykiske tilstand. Han konkluderte med at menneske har behov for å finne mening som hjelp dei i deira situasjon, og at denne hjelpa kan finnast i ulike typar grøntområde. Pyramiden skal vise at menneske i deira ulike psykologiske tilstandar søker ulike grøntområde. Øverst på pyramiden finn vi dei som har god psykisk helse, og som søker seg til spesielle grøntområde der ein kan dele opplevingar med andre. Nederst på pyramiden finn vi menneske med dårleg psykisk helse som har behov for å vere for seg sjølve. Dei søker grøntområde som gir ro, fred og enkle sanseintrykk. Desse menneska har eit større og meir umiddelbart behov for støtte frå naturen (Grahn, 2010).

3.2.1 Fysiske effektar av terapeutisk hagebruk

I Alnarp rehabiliteringssenter i Sverige behandlar dei menneske med stress-relaterte plager og utmatting. Her opplev dei at sol, dagslys, frisk luft og fysisk aktivitet har stor innverknad på pasientane. Dagsrytmen vert normalisert, dei søv betre og får meir energi (Welén-Andersson &

Bengtsson, 2010; Bengtsson, 2010). Frå vitskapeleg arbeid gjort av fleire forfattarar i feltet har American Therapeutic Horticulture Association (2012) lista opp effektar av TH. Fysiske effektar nemnde her er blant andre redusert stress og betre psykisk helse (American Horticultural Therapy Association, 2012). Elings (2006) har gjort ei liknande samanfatning av forskning gjort om effektar natur kan ha på menneske. Her finn ein at natur kan redusere mental utmatting og fremme fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan vere nyttig i behandling av psykisk sjukdom, kanskje særleg angst og depresjon (Elings, 2006).

3.2.2 Kognitive effektar av terapeutisk hagebruk

Kaplan og Kaplan (1989) legg vekt på at menneske evolusjonsmessig er skapt til å leve i eit naturmiljø. Dei meiner at det samfunnet vi har konstruert krev at vi bruker styrt konsentrasjon til ei kvar tid, og at vi i tillegg må bruke mykje av denne konsentrasjonen på å stenge ute forstyrrende og overflødig informasjon. Når vi brukar så mykje energi og krefter på dette, vil evna til å sortere, prioritere, ta avgjerder og handle verte svekka. Ein vil bli irritert, trøytt og og til sist utmatta. I naturen får vi komme vekk frå mentale aktivitetar som krev styrt merksemd. Der brukar vi i staden interessestyrt og spontan merksemd. Dette kallar Kaplan & Kaplan (1989) for fascinasjon. Ein treng ikkje ta stilling til sortering, prioritering og avgjerder, og ein brukar difor ikkje energi eller krefter på denne typen merksemd. Ein registrerer informasjon som berre finnast, utan krav. Dette opnar for nyfikenheit og interesse (Kaplan & Kaplan, 1989). Forsking har vist at natur stimulerer til innhenting av konsentrasjonsevne, men at ein må vere i natur i timar og dagar for å oppnå denne effekten (Grahn, 2009). TH kan gi betre kognitiv funksjonsevne og betre konsentrasjonsevne, auke kapasitet for merksemd og stimulere minne (American Horticultural Therapy Association, 2012).

3.2.3 Psykiske effektar av terapeutisk hagebruk

TH kan blant anna føre til auka sjølvtilitt og betre humør. Det kan gi auka kjensle av kontroll, sjølvverd, ro og stabilitet (American Horticultural Therapy Association, 2012). Elings (2006) viser til at arbeid med plantar gir betre sjølvtilitt og kjensle av sjølvverd, nærvær og ansvar, særleg i gruppearbeid. Grønne miljø gir kjensle av sjølvstende og opnar for refleksjon. Hagearbeid kan gi kjensle av fred og nyting, og det kan bidra til å gi mening til livet og fremme sjølvaksept. Hagearbeidet viser menneske at dei kan endre sine omgivadar (Elings, 2006). I fylgje Börjeson (2009) er det ein viktig del av TH å oppleve å meistre over ugras og andre hindringar og skape liv som er vakkert og meningsfylt (Börjeson & Nilsson, 2009). I tillegg til å fremme meistringskjensle kan dette ha ein symbolsk verdi som kan overførast til livet sjølv. Naturen er rik på metaforar og

symbol. Ein lærer seg at etter regn kjem sol, at blomster kjem att etter å ha vore visna og nedfrosne, og at det som vert kasta i komposten vert forvandla til noko nyttig. Slike symbolske kvalitetar ved natur og hage kan bevisst eller ubevisst gi kjensle av framtidshåp og vise at der er mogeteigheit for endring og betring (Welén-Andersson, 2010; Welén-Andersson & Bengtsson, 2010).

3.2.4 Sosiale effektar av terapeutisk hagebruk

I starten har deltakarane ofte vanskar med å vere sosiale med dei andre, men samhaldet i gruppa veks etter kvart. Dei oppdagar at dei andre har liknande erfaringar, og kan forstå og bekrefte kjensler som dei gjerne ikkje har møtt forståing for tidlegare. Dei blir trudd eg tekne på alvor. Dei andre deltakarane sine framsteg og positive opplevingar verkar inspirerande (Welén-Andersson & Bengtsson, 2010). American Horticultural Therapy Association (2012) viser til at TH kan fremme sosial integrasjon og sosial interaksjon. TH kan gi deltakarane sunnare mønster for sosial fungering og det kan fremme gruppesamhald (American Horticultural Therapy Association, 2012). Elings (2006) har samla resultat av forskning som viser at hagearbeid kan fremme positive relasjonar til andre. TH kan óg stimulere gruppeprosessar som i sin tur fremmar gruppesamhald og utvikling av sosiale- og kommunikative ferdigheiter. Meir sosial kontakt kan indirekte føre til betre helse fordi det reduserer kjensle av einsemd, sannsynet for død, depresjon og tap av kognitive ferdigheiter. Menneske med meir sosial kontakt kjenner seg friskare (Elings, 2006).

3.3 Depresjon

I ICD-10 systemet er depresjon diagnostisk plassert under affektive lidningar eller stemningslidningar. Det skiljast mellom depressiv episode og tilbakevendande depressiv liding. Depresjonar karakteriserast ved senka stemningsleie, redusert energi og aktivitetsnivå. Det er vanleg å verte svært trøytt, sjølv etter små påkjenningar. Evne til å glede seg, kjenne interesse og evne til konsentrasjon er nedsett. Søvn- og appetittforstyringar er vanlege. Sjølvkjensle og sjølvtilitt er nesten alltid svekka, og ein opplev ofte kjensle av å vere verdilaus og kjensle av skuld. Det senka stemningsleiet forandrar seg lite frå dag til dag, og varierer ikkje med omstendene. Ein skil mellom milde, moderate og alvorlege depressive tilstandar avhengig av symptommengd og grad av alvor. Tilbakevendande depressiv liding er kjenneteikna av gjentekne depressive episodar, utan episodar med heva stemningsleie og økt energi (mani). Symptom og inndeling er som beskrive for depressiv episode (International Classification of Diseases, 2013).

Depresjonar har auka i hyppigheit dei siste tiåra, og er ein sjukdom i sterk vekst (Helsedirektoratet, 2009). Av dei ti lidingane i verda som medfører størst tap av livskvalitet og leveår rangerte WHO depresjon på fjerdeplass i år 2000, og i fylgje nyare analyser er depresjon i ferd med å verte den leiande lidinga i den vestlege del av verden (Kjellmann, Martinsen, Taube, & Andersson, 2008; Helsedirektoratet, 2009). I europa vil i snitt kvart femte menneske rammast av depresjon i løpet av livet (Norsk helseinformatikk, 2013). Livstidsprevalensen varierer mellom 6 og 20 prosent i forskjellige land i forskjellige studiar. Ein norsk studie fann ein livstidsprevalens på 17,8 (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Hos kvinner er depresjon den fjerde største årsaka til total sjukdomsbyrde, medan den hos menn er sjuande største årsak (Kjellmann et al., 2008).

Tre firedelar av deprimerte personar får ikkje behandling. Den behandlinga som vert gitt er i hovudsak medikament forskreve av allmennlege. Berre nokre få får psykoterapi (Norsk helseinformatikk, 2013). Depresjon er ein av dei hyppigaste årsakene til uføretrygd. WHO reknar med at depresjon vil vere ein av dei to sjukdommane som får størst økonomiske konsekvensar for samfunnet i løpet av dei neste 20 åra (Norsk helseinformatikk, 2013). Behandlingsutgiftene til depresjon i Noreg er berekna til 1,5 milliardar kroner årleg (Helsedirektoratet, 2009).

3.4 Terapeutisk hagebruk i behandling av depresjon

Tabell 1: Oversikt over forskning gjort om terapeutisk hagebruk si effekt på depresjon

Artikkel	Forfattarar	Metode	Hovedfunn
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkel 1 • Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study • Nivå 1 tidsskrift • Referert til 22 gongar 	<p><u>Gonzalez et al. 2009</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gonzalez, M., T. • Hartig, T. • Patil, G., G. • Martinsen, E., W. • Kirkevold, M. 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 deltakarar med klinisk depresjon • 12 veker intervensjon • Oppfølging etter 3 mnd • Kvantitativ analyse frå sjølvrapporteringskala (BDI, AFI, BA, FA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rask, signifikant og vedvarande reduksjon av depresjon • Aukt kognitiv fungering • Sterk korrelasjon mellom oppleving av fasinasjon og reduksjon av depresjon

Artikkel	Forfattarar	Metode	Hovedfunn
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkel 2 • Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components • Nivå 2 tidsskrift • Referert til 27 gongar 	<p><u>Gonzalez et al. 2010</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gonzalez, M., T. • Hartig, T. • Patil, G., G. • Martinsen, E., W. • Kirkevold, M. 	<ul style="list-style-type: none"> • 28 deltakarar med klinisk depresjon • 12 veker intervensjon • oppfølging etter 3 mnd • Kvantitativ analyse frå sjølvrapporteringskala (BDI, AFI, Brooding, BA, FA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikant og vedvarande reduksjon av depresjon • Signifikant auke i kapasitet for merksemd • Aukt kapasitet for merksemd korlerar med reduksjon av depresjon • Grubling redusert • Oppleving av å komme vekk og fascinasjon formidlar reduksjon i depresjon og aukt kognitiv fungering
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkel 3 • A Prospective Study of Existential Issues in Therapeutic Horticulture for Clinical Depression • Nivå 1 tidsskrift • Referert til 12 gongar 	<p><u>Gonzalez et al. 2011a</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gonzalez, M., T. • Hartig, T. • Patil, G., G. • Martinsen, E., W. • Kirkevold, M. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studia over: n=18 (2008), n=28 (2009) • 12 veker intervensjon • Kvantitativ analyse frå sjølvrapporteringskala (BDI, LRI-R, SOC13, påstandar) • Kvalitativ: spørsmål 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen signifikant endring i eksistensielle spørsmål • Moderate positive korrelasjonar mellom betring i eksistensielle spørsmål og reduksjon av depresjon
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkel 4 • A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression • Nivå 1 tidsskrift • Referert til 7 gongar 	<p><u>Gonzalez et al. 2011b</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gonzalez, M., T. • Hartig, T. • Patil, G., G. • Martinsen, E., W. • Kirkevold, M. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studia over: n=18 (2008), n=28 (2009) • 12 veker intervensjon • Kvantitativ analyse frå sjølvrapporteringskala (BDI, STAI-SS, PANAS-PA, PSS, TFI-CS, påstand) • Kvalitativ: spørsmål 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst- og stressnivå redusert • Aukt positiv affekt • Høge og stabile nivå av gruppesamhald
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkel 5 • Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness • Referert til 7 gongar 	<p><u>Kam og Siu, 2010</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kam, M., C., Y. • Siu, A., M., H. 	<ul style="list-style-type: none"> • 22 deltakarar med psykisk sjukdom (12 kontroll, 10 TH-program) • 2 veker intervensjon • Kvantitativ analyse frå sjølvrapporteringskala (DASS21, PWI-C, work behaviour assessment) • Kvalitativ: intervju 	<p>DASS21:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant reduksjon av depresjon • Signifikant reduksjon av angst • Signifikant reduksjon av stress

Artikkel	Forfattarar	Metode	Hovedfunn
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkel 6 • Evaluation of horticultural therapy on emotional improvement of depressed patients using heart rate variability • Referert til 3 gongar 	<p><u>MiJin et al. 2010</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MiJin, S. • MiYoung, K. • IeeSung, S. • WanSoon, K. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 pasientar med klinisk depresjon (15 kontroll, 15 TH-program) • 12 veker intervensjon • Kvantitativ analyse frå sjølvrapporteringsskala (BDI, PSS, MSS, BAI) & pulsvariasjon 	<p>Sjølvrapporteringsskala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant reduksjon av depresjon • Signifikant reduksjon av angst • Signifikant reduksjon av mentalt stress

3.4.1 Artikkel 1: Terapeutisk Hagebruk i behandling av depresjon

Gonzalez et al. (2009) rapporterer i denne artikkelen frå ein studie gjennomført i 2008. Målet med denne artikkelen var å undersøkje om TH kunne endre grad av depresjon og undersøkje om ei forventet betring framleis var gjeldande tre månadar etter behandlinga. I tillegg var eit mål å undersøkje i kva grad endring av depresjon og opplevd kapasitet til merksemd hang saman med oppleving av å komme vekk og oppleving av fascinasjon. Desse omgrepa blir brukt som Kaplan og Kaplan (1989) brukte dei. Å komme vekk inneber psykologisk avstand til mentale aktivitetar som krev styrt merksemd, og fascinasjon inneber interessestyrt og kravlaus merksemd som ikkje krev energi. Studiet hadde ei gruppe deltakarar, altså vart det ikkje nytta kontrollgruppe. Gruppen bestod av 18 deltakarar med klinisk depresjon. Intervensjonen gjekk over 12 veker, med TH tre timar to gongar i veka. Programmet bestod av enkle aktivitetar, både aktive og passive. Dei aktive delane bestod blant anna av såing, spiring, potting, planting og dyrking av grønsaker, blomster og urter. Dei passive delane innebar å sitje i hagen, høyre og sjå på fuglar, været og landskapet. Datasamling vart gjort gjennom spørjeskjema på seks ulike tidspunkt. Dei vart sendt ut ved rekrutteringa av deltakarane, ved oppstart, etter fire veker, etter åtte veker, rett etter behandlinga og som oppfølging etter tre månader. Instrument som vart brukt i datainnsamlinga var Beck Depression Inventory (BDI), Attentional Function Index (AFI), Being Away subscale (BA) og Fascination subscales (FA) frå Percieved Restorativeness Scale (PRS). BDI måler grad av depresjon. AFI er utvikla for å måle opplevd effektivitet i kognitive aktivitetar, som planlegging, fylgje ei tankerekkje og konsentrasjon. PRS skal måle styrkande kvalitetar i miljøet, og i dette studiet valde dei element som skulle måle oppleving av å komme vekk (BA), samt oppleving av fascinasjon (FA).

Før intervensjonen låg gjennomsnittet stabilt på det høgste nivået for moderat depresjon, nært alvorleg depresjon. Intervensjonen førte til ein rask og signifikant nedgang i depresjon, særleg dei fire første vekene. Ved intervensjonsstart var gjennomsnittleg BDI 27,3. Ved endt intervensjon var

den redusert til 17,6 og 3 månadar etter endt intervensjon var den 20,8. Ved tre månaders oppfølging var det altså ei svak auke i depresjon, men nedgangen var framleis statistisk og klinisk signifikant. Opplevd kapasitet for merksemd auka relativt raskt under intervensjonen. Relativt høge nivå av både fascinasjon og oppleving av å komme vekk held seg stabile. Grad av opplevd fascinasjon korrelerte sterkt med nedgangen i depresjon.

3.4.2 Artikkel 2: Aktive komponentar i Terapeutisk Hagebruk

Denne artikkelen av Gonzalez et al. (2010) rapporterer resultat frå eit studie gjennomført i 2009. I dette studiet bestod gruppa av 28 deltakarar med klinisk depresjon. Målet med artikkelen er svært likt målet i artikkelen over, men ein ny faktor er teke med. Her vert det i tillegg undersøkt om grad av negativ grubling vert redusert ved hjelp av TH. Til å måle dette brukar dei Brooding Scale.

Denne gir informasjon om i kva grad deltakarane passivt fokuserer på grunnar til plagene sine, altså negativ grubling. Datasamlinga i dette studiet er som i forrige, men med ei datasamling mellom rekruttering og oppstart som forrige ikkje hadde, og har totalt sju datasamlingar.

Nivå av depresjon, kapasitet til merksemd og grubling var stabile før intervensjonen, og vart signifikant endra i ynskjeleg retning i løpet av TH-programmet. Dei fire første vekene var nedgangen i depresjon størst. BDI var ved start 24,1. Etter endt intervensjon var den redusert til 19,6, og tre månadar etter intervensjonen var den 20,4. Grad av depresjon var framleis signifikant redusert etter tre månadar. Psykologisk distanse til kvardagslivet og oppleving av fascinasjon formidlar reduksjon av depresjon og auka kapasitet til merksemd. Distraherande aktivitetar er gunstig. Auka kapasitet til merksemd formidlar reduksjon i depresjon. Grad av negativ grubling vart redusert, men korrelerte ikkje med dei andre faktorane.

3.4.3 Artikkel 3: Eksistensielle spørsmål i terapeutisk hagebruk

Gonzalez et al. (2011a) rapporterer i denne artikkelen frå dei to studia som er presentert over, gjennomført i 2008 og 2009. Målet med denne artikkelen er å undersøkje endring i eksistensielle spørsmål hos pasientar med klinisk depresjon under eit TH program. Det inneber tankar og kjensler relatert til oppleving av eksistens eller tilvære. I denne artikkelen er fire datasamlingar analysert, etter rekruttering, ved start, etter endt TH-program og ved oppfølging etter tre månadar. I det første studiet (2008) er instrument BDI i tillegg til Life Regard Index Revised (LRI-R). LRI-R skal måle grad av tru eller verdiar som gir rammer for livet og oppleving av livet som meningsfullt. Det

andre studiet (2009) er Sense of Coherence Scale (SOC13) brukt i tillegg til BDI. SOC13 skal måle i kva grad deltakarane opplev ulike aspekt ved livet som meningsfulle, begripelege og handterlege.

Det vart ikkje målt signifikante endringar i eksistensielle spørsmål. Dei fann likevel moderate positive korrelasjonar mellom betring i eksistensielle spørsmål og reduksjon av depresjon.

Deltakarane var generelt einige om at TH var meningsfullt og at det påverka deira syn på livet. Dei var óg positive til påstandane om at TH gav estetiske opplevingar og kjensle av å ta vare på naturen. I eit opne spørsmål beskreiv dei TH som meningsfullt, interessant og lærerikt. Dei fokuserte særleg på spenninga ved å følgje vekstprosessen der frø blir til blomster, grønsaker og urter.

3.4.4 Artikkel 4: Grppesamhald i terapeutisk hagebruk

Denne artikkelen av Gonzalez et al. (2011b) rapporterer i frå dei to studia gjort i 2008 og 2009.

Målet er å undersøkje samanhengen mellom endring i depresjon, angst, positiv affekt, stress-nivå og nivå av gruppesamhald. Instrument som vart brukt var BDI, State-Trait Anxiety Inventory-State Subscale (STAI-SS), Positive and Negative Affect Scale (PANAS-PA), Perceived Stress Scale (PSS) og Therapeutic Factors Inventory Cohesiveness Scale (TFI-CS). STAI-SS måler angst-nivå, PANAS-PA måler positiv affekt, PSS måler stress-nivå og TFI-CS måler sosio-emosjonelle aspekt ved gruppesamhald.

Intervensjonen førte til redusert stress, redusert angst og ei auke i positiv affekt. Tre månadar etter nærma verdiane seg startnivå att. Nivå av gruppesamhald er høge etter fire veker med behandling, og aukar svakt i dei følgjande vekene. Nivå av gruppesamhald korrelerer positivt med kvar av dei målte faktorane for mental helse, men ingen av korrelasjonane er signifikante. I dei opne spørsmåla la deltakarane verdi til kvarandre og til gruppa. Dei la særleg vekt på gjensidig tillit og respekt, moglegheit for å vere seg sjølv i gruppa, vere saman med andre i same situasjon og betring i sosial tryggleik. 93% av deltakarane svarte at den sosiale komponenten av TH var viktig. 38% rapporterte auka aktivitetsnivå, og 31% opplevde å framleis ha auka aktivitetsnivå tre månader etter.

3.4.5 Artikkel 5: Evaluering av terapeutisk hagebruk i behandling av psykisk sjukdom

Denne studien er gjennomført av Kam og Siu (2010). Målet med artikkelen er å undersøkje effekt av TH på stress, prestasjonsevne i arbeid og livskvalitet. Eg vil kun gjengi resultat av Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS21, kinesisk versjon) og ein del av dei kvalitative resultata, då det er desse resultata som vil vere relevante for problemstillinga mi. DASS21 måler symptom ved

depresjon, angst og stress. 22 pasientar med psykisk sjukdom; schizofreni spektrum lidningar, bipolar lidning og alvorleg depresjon, gjennomførte studien. Ti av desse var i den eksperimentelle gruppa, og dei resterande 12 i kontrollgruppa. Alle deltok i eit arbeidstreningsprogram, men deltakarane i den eksperimentelle gruppa deltok i tillegg i 1 time TH, ti dagar over to veker. TH-programmet hadde som mål å fremje grunnleggande ferdigheitar i hagearbeid, avslappande aktivitetar, meistringstrategiar, samt sosial støtte og deling mellom deltakarane. Datainnsamling var gjort før og etter intervensjonen.

Den eksperimentelle gruppa viste signifikant nedgang i angst, depresjon og stress samanlikna med kontrollgruppa. I intervju uttrykker deltakarane kjenslemessige effektar som nyting av natur og frigjering frå arbeidsrelatert stress. Sosiale effektar inkluderer auka sosiale ferdigheiter, utviding av sosialt nettverk og kjensle av å verte respektert. Psykiske effektar som auka sjølvtilitt og auka kjenslemessig kontakt med natur og plantar vart framheva.

3.4.6 Artikkel 6: Evaluering av terapeutisk hagebruk i behandling av depresjon

Denne studien er gjennomført av MiJin et al. (2010). Målet med studien og artikkelen er å undersøkje effekt av TH (Horticultural Therapy) på emosjonell betring av depresjon. Som Gonzalez et al. brukar dei BDI som mål på depresjon. Måling av stress-nivå vart gjort ved hjelp av physical stress scale (PSS) og mental stress scale (MSS). Til måling av angst brukar dei Beck anxiety inventory (BAI). Dei brukte i tillegg målingar av pulsvariasjon, men dette går eg ikkje nærare inn på då det vanskeleggjer samanlikning. Målingar var gjort før og etter intervensjonen. 30 pasientar med depresjon deltok. 15 av dei fekk behandling i form av TH ein gong i veka i tre månadar. Dei resterande 15 var i kontrollgruppa og deltok ikkje i TH. TH-programmet bestod av individuelle aktivitetar og samarbeidsaktivitetar. Arbeid med tre, arbeid med grønsakshage, urter og blomster, og matlaging med ingrediensar frå hagen var sentralt.

Reduksjonen i depresjon var 31,9 % større for gruppa som fekk behandling enn for kontrollgruppa. Tilsvarende var reduksjonen i forhold til kontrollgruppa 33,5 % større for angst, 20,3 % større for psykisk stress og 45,5 % større for mentalt stress. Betinga i depresjon, angst og mentalt stress vart rekna som signifikant.

4. Diskusjon

4.1 Har terapeutisk hagebruk vist effektar i behandling av depresjon?

Mine søk har resultert i seks artiklar som rapporterer i frå fire studiar gjort om TH sin effekt på depresjon. I alle desse fire studia finn dei at TH medfører ein signifikant nedgang i depresjon. I to av desse studia, gjort av Gonzalez et al. (2009; 2010) finn dei at denne reduksjonen i depresjon framleis er signifikant tre månadar etter intervensjonen. Dette tilseier at TH kan vere ein nyttig strategi for langsiktig behandling av depresjon.

Tre av studia har like lang TH-intervensjon og brukar Beck Depression Inventory (BDI) til å måle grad av depresjon (Gonzalez et al, 2009; 2010; MiJin et al. 2010). Gjennomsnittet av BDI-score i Gonzalez et al. (2009; 2010) sine studiar gir ein startverdi på 25,7 og ein sluttverdi på 18,6. MiJin et al. (2010) fekk ein startverdi på 31,3 og ein sluttverdi på 16,0 for den gruppa som deltok i TH. MiJin et al. (2010) viser altså ein større nedgang i depresjon enn Gonzalez et al. (2009; 2010). Deltakarane scorar høgare på depresjon ved start, og lågare etter intervensjonen enn deltakarane i Gonzalez et al. (2009; 2010) sine studiar. Kanskje kan dette i nokon grad forklarast med ulike intervensjonar. TH-tilbodet som MiJin et al. (2010) brukte ser ut til å tilby eit breiare spekter av aktivitet, med blant anna trearbeid og matlaging i tillegg til arbeid med grønnsaker, urter og blomster. Det kan tenkjast at denne intervensjonen difor appellerte til fleire av deltakarane, og av den grunn genererte større nedgang i depresjon.

To av studia hadde kontrollgrupper (MiJin et al. 2010; Kam & Siu, 2010). Kontrollgruppene opplevde ein nedgang i depresjon som ikkje kan skuldast TH. Kanskje ville denne nedgangen ha oppstått utan deltaking i kontrollgruppa, eller kanskje er det kvalitetar ved deltaking i studiet som framskandar betring. Det kan tenkjast at deltaking vil gi kjensle av å gjere noko nyttig og å vere til hjelp, og slik betre tilstanden til deltakarane i kontrollgruppa. Uansett årsak til betring i kontrollgruppa, var nedgangen for gruppene som deltok i TH signifikant større, noko som tyder på at TH har spesifikk effekt på depresjon. Same type intervensjon gjort i ulike år gir tilsvarande resultat, og vitnar om at effekten av TH er relativt lik uavhengig av blant anna værforhold og deltakarar (Gonzalez et al. 2009; 2010). Positive endringar i faktorar som vart brukt for å måle mental helse indikerer ei generell betring i mental helse under intervensjonane.

I Gonzalez et al. (2009; 2010; 2011a; 2011b) sine studiar har dei ikkje kontrollgrupper, noko som gjer årsakssamanhengar mindre sikre. Dei har i gjengjeld mange datasamlingar gjennom studia. Dei har samla data på ulike tidspunkt før behandlingsstart, og slik dokumentert at tilstanden til pasientane var relativt stabil i tida før intervensjonen. Dei har óg fylgt opp deltakarane etter 3 månadar. Dette gjer det mogeleg å samanlikne data frå intervensjonen med data frå tida før og etter, og slik få eit godt bilde av når endringar skjer. Dette kan gjere opp for litt av usikkerheita som kjem med mangel på kontrollgruppe. Det gjer det óg mogeleg å seie noko om kva endringar som korrelerer med kvarandre. Storleiken på utvala er relativt små. Fleire deltakarar ville gjort konklusjonane sikrare. MiJin et al. (2010) og Kam og Siu (2010) har kontrollgrupper i sine studiar, noko som gjer det sikrare å konkludere med at endringane ein finn er oppnådd som følgje av TH-intervensjonen. Bakdelen med å dele utvalet i to grupper er at kvar av gruppene blir små. I desse studia har dei kun to datasamlingstidspunkt, før og etter. Dei vil difor kunne sei noko om kva endringar som har skjedd frå start til slutt, men dei vil ikkje kunne sei noko om når endringane skjedde, kva endringar som korrelerer med kvarandre, eller om desse endringane består i tida etter intervensjonen.

Kam og Siu (2010) sitt studie er ikkje like enkelt å samanlikne med dei andre. Deira TH-program er av mykje mindre omfang enn dei andre, og går over berre 2 veker. Det er ikkje alle deltakarane som har depresjon som diagnose, og det blir brukt eit anna instrument i måling av depresjon. Studien viser likevel at TH-programmet fører til signifikante endringar i depresjon. Dette studiet viser at TH kan redusere symptom ved depresjon, ikkje berre for menneske med ei depresjonsdiagnose, men óg for menneske med anna psykisk sjukdom. Det viser óg at betring kan skje raskt, noko som stemmer over eins med Gonzalez et al. (2009; 2010) sine funn. Deira funn viser at størsteparten av endringa i depresjon skjer dei første fire vekene. Det kan vere eit argument for at intervensjonen bør vare minst 4 veker.

4.2 Kva ingrediensar i terapeutisk hagebruk ser ut til å kunne gi eventuelle effektar i behandling av depresjon?

Når ein samanliknar dei generelle effektane av TH som er presentert tidlegare, med symptom ved depresjon, finn ein at effektane i stor grad overlappar med viktige behov ved depresjon. Fysiske effektar av TH er blant andre normalisert døgnrytme, betre søvn og meir energi. TH har altså eit potensiale for å betre søvnforstyringar og energimangel ved depresjon. Natur ser ut til å kunne fremme fysisk aktivitet, noko som har vist positiv effekt på depresjon, og som kan vere positivt då

depresjon gjerne gir redusert aktivitetsnivå. Evne til konsentrasjon og interesse er redusert ved depresjon. Auka konsentrasjonsevne, auka kapasitet for merksemd, betre minne, fascinasjon, nyfikenheit og interesse er kognitive effektar av TH. Psykiske og sosiale effektar av TH stemmer godt overeins med symptom som senka stemningsleie, liten sjølvtilitt og dårleg sjølvbilete. TH kan gi auka sjølvtilitt, ansvarskjensle, kjensle av sjølvstende, meistringskjensle, motivasjon, framtidstru, glede og kreativitet. Denne samanlikninga viser potensialet som TH kan ha i behandling av depresjon.

4.2.1 Sjølvhjelpsprosess

Som tidlegare forklart vil ikkje TH vere ei passiv behandling av menneska som kjem dit, det er deltakarane sjølv som styrer betringsprosessen med støtte frå hjelparar. TH legg opp til stor grad av deltaking og god tilrettelegging for individuelle tilpassingar, val og preferansar. Deltakarane reflekterer over sin eigen situasjon, og vert oppmuntra til å stå i kjensler som dukkar opp og kjenne etter kva for behov ein har. Omgivnadane er nøye tilrettelagt for at behov skal kunne verte dekkja med minst mogeleg innsats frå den enkelte. Ein avsluttar ikkje ei behandling, ein reiser derimot frå eit opphald som har gitt ein forståing for eigen situasjon og for eigne behov, og som har auka føresetnadane for å sjølv kunne imøtekomme desse behova. Dette kan gi eit særleg godt utgangspunkt for å halde fram utviklinga etter opphaldet i terapihagen. Det føreset eit TH-tilbod som er godt tilrettelagt for å møte psykologiske behov, og det føreset kompetente hjelparar som evnar å sjå den enkelte deltakar sitt særeigne behov frå dag til dag. Det er mogeleg at dette gir eit godt utgangspunkt for betring, og at det gjer det mogeleg for betringa å halde fram etter intervensjonen, men dette er ikkje undersøkt vitskapleg.

4.2.2 Psykologisk avstand til dagleglivet

Psykologisk avstand frå krav i dagleglivet, saman med positiv distrahering og engasjering i kravlaus merksemd, ser ut til å formidle reduksjon av depresjon og auka evne til merksemd. Auka evne til merksemd har positiv innverknad på depresjon. Distrahering av TH-aktivitet vart føreslått å vere ei forklaring på reduksjonen i negativ grubling som deltakarane opplevde. Negativ grubling vart føreslått å ha negativ effekt på depresjon, utan at dette vart stadfesta i studiet (Gonzalez et al. 2010). TH-aktivitetar bidreg altså truleg til reduksjonen i grubling. Det kan henge saman med at TH-programmet skaper ein psykologisk avstand til bekymringar og krav frå dagleglivet. I intervju gjort av Kam og Siu (2010) blir frigjerung frå arbeidsrelatert stress framheva som ei positiv effekt av TH. Psykologisk avstand til mentale aktivitetar som krev styrt konsentrasjon gjer det mogeleg å

engasjere seg i kravlaus merksemd, eller fascinasjon, som har vist positiv effekt på depresjon (Gonzalez et al. 2010).

4.2.3 Fascinasjon

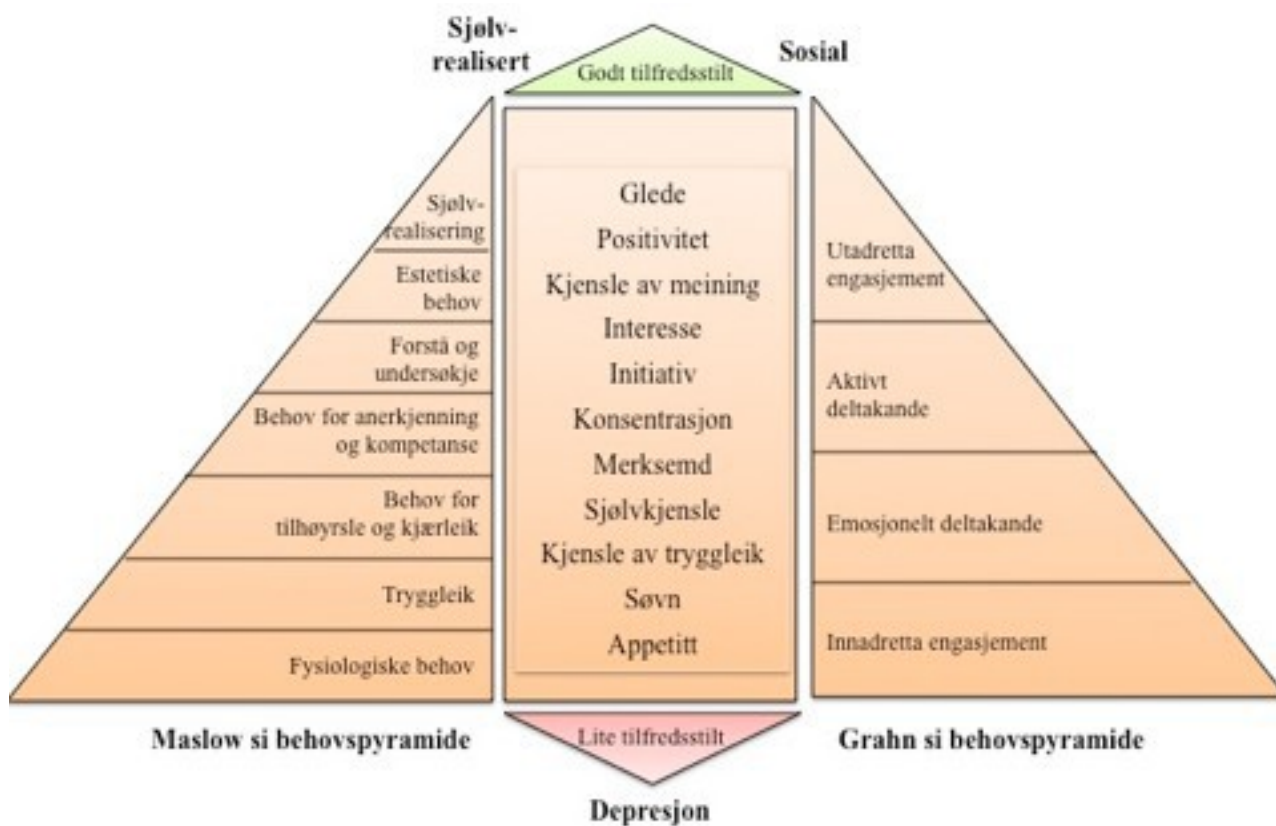
Deltakarane rapporterte ein relativt høg grad av fascinasjon, som held seg stabil gjennom intervensjonen. Dette tilseier at deltakarane var fascinert av TH-aktivitetane og omgivingane gjennom heile intervensjonen. Grad av opplevd fascinasjon korrelerte sterkt med nedgangen i depresjon. Det viser at engasjering i interessestyrt og kravlaus merksemd bidreg til reduksjon i depresjon. Oppleving av fascinasjon viste seg óg å formidle auka evne til merksemd, noko som igjen formidlar reduksjon i depresjon (Gonzalez et al. 2009; 2010). Nyting av natur, som vil vere gjennom interessestyrt og kravlaus merksemd, blir trekt fram som ei positiv side ved TH i intervju gjort av Kam og Siu (2010). Fascinasjon ser altså ut til å vere ein ingrediens i TH som har god effekt i behandling av depresjon.

4.2.4 Sosialt samhald

Grahn (2010) si behovspyramide er bygd på bakgrunn av forskning som viser at støtte frå natur er viktigare dess dårlegare psykologisk tilstand ein er i, fordi ein då har dårlege føresetnadar for å vere sosialt deltakande. TH legg godt til rette for støtte frå natur, og studiar har vist at TH bidreg til sosialt samhald. Gonzalez et al. (2011b) viser at nivå av gruppesamhald er høge etter 4 veker med behandling, og aukar svakt i dei følgjande vekene. Korrelasjonen mellom gruppesamhald og depresjon er positiv, men ikkje signifikant. Ut i frå desse resultata kan ein difor ikkje konkludere med at endring i depresjon er meir enn moderat påverka av gruppesamhaldet. Dette kan vere resultat av ein svakheit med studiet. Dei mangla ei tidleg måling av gruppesamhaldet, noko som gjer det vanskeleg å undersøkje utviklinga av gruppesamhald som ein pådrivar for anna endring. Høge og relativt stabile nivå av gruppesamhald tilseier at gruppa er viktig gjennom intervensjonen. I dei opne spørsmåla gir deltakarane uttrykk for at dei opplev å ha mykje til felles med dei andre deltakarane. Gjensidig tillit og respekt, mogelegheit for å vere seg sjølv i gruppa, vere saman med andre i same situasjon og betring i sosial tryggleik vert trekt fram som særleg viktig. 93% av deltakarane svarte at den sosiale komponenten av TH var viktig (Gonzalez et al. 2011b). Den kvantitative undersøkinga viser altså at nivå av gruppesamhald vert høge i løpet av TH-intervensjonen, og dei kvalitative resultata tilseier at dette samhaldet er viktig for deltakarane. Tilsvarande studiar gjort i to ulike år viser at dei generelle tendensane i gruppesamhald er dei same med andre deltakarar og gruppekulturar (Gonzalez et al. 2011b). I intervju utført av Kam og Siu

(2010) fortel deltakarane at TH-programmet har bidrege til auka sosiale ferdigheiter, utvida sosialt nettverk og kjensle av å verte respektert.

Det ser ut til å ligge eit stort potensiale for pasientane i det å verte meir sosialt deltakande. Etter kvart som dei vert meir deltakande vil dei i større grad kunne oppleve å få påskjøning og positive tilbakemeldingar, noko som kan bidra til positive kjensler om seg sjølv. Samhald i gruppa av pasientar med liknande sjukdom kan bidra til god støtte og hjelp. Hjelp og støtte frå andre, saman med auka tru på seg sjølv, kan betre dei enkelte sine føresetnadar for å få oppfylt behov som ikkje er ivareteke grunna depresjon. Å få dekt grunnleggande, menneskelege behov kan igjen føre til at ein kan yte meir og flytte seg opp mot toppen av både Maslow (1943) og Grahn (2010) sine pyramidar. Om Maslow har rett i at fysiologiske behov er meir grunnleggande for mennesket enn psykologiske behov kan diskuteras, men at Maslow la vekt på viktige behov for mennesket vil kanskje fleire einast om. Ved å setje Maslow og Grahn sine pyramidar saman i ei større pyramide har eg søkt å vise ein samanheng mellom menneskelege behov, sosial deltaking og depresjon.



Framstilling av samanhengen mellom behov, sosial deltaking og depresjon. Midten av pyramiden listar opp tilstandar som er lite tilfredsstilt ved depresjon, og som er mål i behandling av depresjon. Ser ein til høgre vil ein kunne relatere desse tilstandane til behov som Maslow meinte var grunnleggane motiv for menneske. Ser ein til venstre vil ein kunne oppdage at der er ein samanheng mellom grad av deltaking og moglegheit for å få tilfredsstilt desse tilstandane og behova. TH ser ut til å vere ei god metode for å hjelpe menneske som er nederst på denne pyramiden til å komme nærare toppen. Dette fordi TH kan styrke den enkelte si evne til deltaking, og dermed styrke deira eigne føresetnadar for å få tilfredsstilt desse tilstandane og behova.

Tanken er at Grahn si gradering av deltaking kan relaterast til moglegheit for å få oppfylt viktige behov. Dersom ein les denne nye pyramiden frå botnen og opp, kan ein sjå denne samanhengen på tvers. Fysiologiske behov og tryggleik kan ein tilfredsstille sjølv med kun innettervendt engasjement. Tilhøyrslse og kjærleik krev derimot ei viss emosjonell deltaking. For å oppnå påskjøning og kompetanse må ein gjerne vere aktivt deltakande. Behov for forståing, undersøking og estetikk krev eit utettervendt engasjement. Ser ein på det andre vegen kan ein tenkje seg at det er vanskeleg å vere deltakande om ikkje fysiologiske behov og tryggleik er tilfredsstilt. Har ein ikkje kjensle av tilhøyrslse eller kjærleik kan det nok vere vanskeleg å vere emosjonelt deltakande i ein sosial samanheng. Får ein ikkje påskjøning, og manglar tru på eigen kompetanse, så vil ein nok ha lita lyst til å vere aktivt deltakande. Og har ein lita forståing for omgivnadane og situasjonen, og lite interesse eller evne til å undersøkje eller vere kreativ, så viser ein kanskje lite utettervendt engasjement. Mennesket sine føresetnadar for deltaking og engasjement vil altså til ei viss grad

avhenge av i kor stor grad mennesket har oppfylt viktige behov. Tilsvarande vil evna til å oppfylle sine behov i noko grad vere avhengig av deltaking og engasjement. Kjem ein først inn i ein dårleg sirkel her, kan det resultere i dårleg oppfylte behov og små føresetnadar for å endre situasjonen. Dette kan igjen resultere i depresjon. Denne samanhengen kan vere ein grunn til at det er svært vanskeleg for den enkelte å komme seg ut av ein depresjon på eiga hand.

Ved psykiske lidingar kan viktige behov vere dårleg ivareteke. Ved depresjon er det særleg tilstandane som er lista opp i midten av pyramiden som kan vere dårleg tilfredsstilte (International Classification of Diseases, 2013; Helsedirektoratet, 2009). Når fysiologiske og psykologiske behov er dårleg tilfredsstilte vil deltaking og engasjement vere ei utfordring. Gran si framstilling viser at menneske som er lite sosialt deltakane på grunn av psykiske lidingar kan ha eit stort behov for støtte av natur. Denne støtta gjer det mogeleg for for den enkelte å gradvis ta større del i sosiale aktivitetar, altså arbeide seg oppover på Grahn si pyramide. I ein hage, saman med personar i same situasjon og terapeutar som står klare til å ta i mot ein, kan det oppstå gunstige forhold for denne prosessen. TH ser ut til å hjelpe den enkelte til å styrke sine føresetnadar gjennom god støtte frå naturen i den tidlege fasa, deretter god oppfølging av terapeutar og samhald med menneske i liknande situasjon. Som figuren over skal vise, vil større sosial deltaking kunne henge saman med oppfylling av fleire psykologiske behov.

5.0 Konklusjon

Målet for dette studiet var å undersøkje kva for potensiale terapeutisk hagebruk har som metode i behandling av menneske med depresjon. Første forskingsspørsmål var: Har terapeutisk hagebruk vist effekt i behandling av depresjon? For å svare på dette fann eg fram til 6 publiserte empiriske studiar om TH sin effekt på depresjon. I alle desse studia resulterer TH-intervensjon i signifikant reduksjon av depresjon. I to av studia undersøker dei om denne reduksjonen held fram etter endt TH-program. I begge desse studia er reduksjonen framleis signifikant 3 månadar etter intervensjonen. Desse resultatane tilseier at TH har positiv og varig effekt på depresjon.

Det andre forskingsspørsmålet var: Kva ingrediensar i terapeutisk hagebruk ser ut til å kunne gi eventuelle effektar i behandling av depresjon? Ved å undersøkje korleis generelle effektar av TH kan relaterast til symptom ved depresjon, vart det tydeleggjort eit potensiale for TH i behandling av depresjon. Mange av dei påviste effektane av TH ser ut til å vere effektar som kan betre symptom

ved depresjon. Studiet av ingrediensar og effektar, samt empiriske studiar, gjorde det mogeleg å identifisere fire ingrediensar i TH som ser ut til å ha særleg god effekt i behandling av depresjon. Den første ingrediensen er sjølvhjelpsprosessen som TH set i gang hos deltakarane. Dei er aktive pådrivarar av eigen betringsprosess, noko som kan tenkjast å vere grunnen til at reduksjonen i depresjon held fram i tida etter intervensjonen. Den andre ingrediensen som har vist effekt på depresjon er psykologisk avstand til dagleglivet. I tillegg til å vere ein pådrivar til betring i seg sjølv, vil distansering frå dagleglivet sine krav og bekymringar opne for engasjering i andre positive aktivitetar, blant anna fascinasjon. Fascinasjon er den tredje ingrediensen som har utpeika seg. Fascinasjon, eller interessestyrt og spontan merksemd, ser ut til å fremme reduksjon av depresjon. Sosialt samhold er den fjerde og siste viktige ingrediensen som er identifisert. Gjennom støtte frå natur og hjelparar vil deltakarane si evne til sosial deltaking auke. Nivå av gruppesamhold i TH har vist seg å verte høge, og gruppesamholdet er viktig for deltakarane. Som resultat av auka sosial deltaking kan ein få tilfredsstilt viktige psykologiske behov, noko som aukar evna til deltaking ytterlegare. Fleire psykologiske behov vil så kunne fylgje.

Den forskinga som er gjort viser at TH har eit stort potensiale som metode i behandling av depresjon. Forsking gjort om TH sin effekt på depresjon ser ut til å vere svært avgrensa, og det er behov for fleire empiriske studiar på dette området. Det vil gi eit meir solid grunnlag for evaluering av TH si effekt på depresjon. Fleire studiar bør gjennomførast for å få betre innsikt i kva ingrediensar i TH som har effekt, slik at tilbod kan leggast til rette best mogeleg. Det hadde vore interessant med studiar som samanlikna TH med medisiner og psykoterapi i behandling av depresjon, både i forhold til effekt og kostnadseffektivitet.

Litteraturliste:

American Horticultural Therapy Association. (2012). *Definitions and Positions*. Hentet [19.11.13]

fra <http://ahta.org/sites/default/files/DefinitionsandPositions.pdf>

Aveyard, H. (2010) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical guide*.

Berkshire: Open University Press.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.

Bengtsson, I-L. Lugn och ro öppnar fönster för läkning. I: Grahn, P., & Ottoson, J. (2010).

Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning. Lettland: Bonnier

Existens.

Bjerke, T., & Svebak, S. (1997). *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Börjeson, B., & Nilsson, G. (2009) Trädgården som en meningsskapande möjlighet. I: Nilsson, G.

(Red.). *Trädgårdsterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Elings, M. (2006). People-plant interaction: the physiological, psychological and sociological effects of plants on people. *Farming for health*, 43-55.

Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2009). Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study. *Research and theory for nursing practice*, 23(4), 312-328.

Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *Journal of advanced Nursing*, 66(9), 2002-2013.

- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2011a). A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(1), 73-81.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2011b). A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *International journal of mental health nursing*, 20(2), 119-129.
- Grahn, P. (2009). Trädgårdsterapi - en exposé. I: Nilsson, G. (Red.). *Trädgårdsterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Grahn, P. Därför mår vi bra i natur och trädgård. I: Grahn, P., & Ottoson, J. (2010). *Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Lettland: Bonnier Existens.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- International Classification of Diseases (ICD-10). (2013). Hentet [19.11.13] fra <http://kith.no/sokeverktøy/icd10/icd10.htm>
- Kam, M. C., & Siu, A. M. (2010). Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 80-86.
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. CUP Archive.
- Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depresjon. I: Bahr, R. (Red.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. A. (2001). Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 158(7), 1091-8.

- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- MiJin, S., MiYoung, K., IeeSung, S., & WanSoon, K. (2010). Evaluation of horticultural therapy on the emotional improvement of depressed patients by using heart rate variability. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology*, 28(6), 1066-1071.
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A. A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., ... Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry*, 163(8), 1412–8.
- Nilsson, G. (Red.). (2009). *Trädgårdsterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Norsk helseinformatikk. (2013, 27.03). *Depresjon, en oversikt*. Hentet [19.11.13] fra <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt-3077.html>
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). (udatert). *Publiseringskanaler*. Hentet [19.11.13] fra <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/kanalSok.do?tittelEllerIssnSoek=&search=>
- Tauchnitz, F. En plats för alla sinnen. I: Grahn, P., & Ottoson, J. (2010). *Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Lettland: Bonnier Existens.
- Welén-Andersson, L. Kreativitet och konsten att tolka naturens symboler. I: Grahn, P., & Ottoson, J. (2010). *Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Lettland: Bonnier Existens.
- Welén-Andersson, L. & Bengtsson, I-L. Vägen vidare går genom trädgården. I: Grahn, P., & Ottoson, J. (2010). *Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Lettland: Bonnier Existens.
- Währborg, P. Naturunderstödd hälsovård har en framtid. I: Grahn, P., & Ottoson, J. (2010). *Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Lettland: Bonnier Existens.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Database	Søkeord	Anntal treff	Merknad	Tittel på valt artikkel/bok
Medline	horticultur* AND therap* AND depression	8	Andre søkeord og kombinasjonar vart brukt, men gav ikkje fleire relevante treff enn denne kombinasjonen	<p>Artikkel 1: Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study.</p> <p>Artikkel 2: Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components.</p> <p>Artikkel 3: A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression.</p> <p>Artikkel 4: A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression.</p>
Academic Search Premier	horticultur* AND therap* AND depression	16	Andre søkeord og kombinasjonar vart brukt, men gav ikkje fleire relevante treff enn denne kombinasjonen	<p>Artikkel 1: Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study.</p> <p>Atrikkel 2: Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components.</p> <p>Artikkel 3: A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression.</p>

Database	Søkeord	Anntal treff	Merknad	Tittel på valt artikkel/bok
Cinahl	horticultur* AND therap* AND depression	17	Andre søkeord og kombinasjonar vart brukt, men gav ikkje fleire relevante treff enn denne kombinasjonen	<p>Artikkel 1: Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study.</p> <p>Artikkel 2: Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components.</p> <p>Artikkel 3: A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression.</p> <p>Artikkel 4: A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression.</p>
Science Direct	"therapeutic horticulture" AND depression	12	Andre søkeord og kombinasjonar vart brukt, men gav ikkje fleire relevante treff enn denne kombinasjonen	Artikkel 5: Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness.

Database	Søkeord	Anntal treff	Merknad	Tittel på valt artikkel/bok
Web of Knowledge	therap* AND horticultur* AND depression	12	Andre søkeord og kombinasjonar vart brukt, men gav ikkje fleire relevante treff enn denne kombinasjonen	<p>Artikkel 1: Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study.</p> <p>Artikkel 2: Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components.</p> <p>Artikkel 3: A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression.</p> <p>Artikkel 4: A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression.</p> <p>Artikkel 5: Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness.</p> <p>Artikkel 6: Evaluation of horticultural therapy on the emotional improvement of depressed patients by using heart rate variability.</p>
Bibsys Ask	trädgårdsterapi	2	Andre søkeord og kombinasjonar vart brukt, men gav ikkje fleire relevante treff enn denne kombinasjonen	<p>Bok 1: Trädgårdsterapi: Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning.</p> <p>Bok 2: Trädgårdsterapi</p>