



BACHELOROPPGAVE

Hvordan motivere til fysisk aktivitet blant personer med depresjon?

How to motivate for physical activity among people with depressive disorder?

Kandidatnummer 207

Folkehelsearbeid med vekt på kosthold og fysisk aktivitet

Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett
Institutt for idrett, kosthold og naturfag

Veileder: Hege Randi Eriksen
27.05.2021

Antall ord: 7420

Forord

Å fremme verdien av fysisk aktivitet, og den helsegevinst det gir for personer med depresjoner og lettere psykiske lidelser, har blitt svært viktig for meg. Gjennom min egen erfaring med en depresjonslidelse har jeg kjent på de psykiske helsegevinstene fysisk aktivitet kan gi. I perioden jeg deltok i samtaleterapi ble jeg verken spurt om mine aktivitetsvaner eller oppfordret til å øke mitt aktivitetsnivå, som en forebyggende metode mot tilbakefall. Dette var derimot en metode jeg ble motivert til å prøve etter råd fra min mor, for å reaktivere energinivået. Fysisk aktivitet har for meg vært en behandlende metode der jeg fikk kjenne på mestringsfølelse og selvtillit, så vel som en forebyggende metode for å forhindre tilbakefall. Da jeg selv opplevde en depressiv lidelse var jeg svært lite motivert for å være fysisk aktiv. Jeg kjente på tretthet, manglende motivasjon, lav selvtillit og selvfølelse. Med kunnskap basert på mine egne erfaringer er jeg derfor nysgjerrig på hvorvidt motivasjon for fysisk aktivitet er til stede blant andre med depressiv lidelse, og hvilke metoder som eventuelt kan benyttes for å motivere til fysisk aktivitet.

Jeg vil gi en stor takk til min mamma, Lene, som alltid har støttet meg. Hun har vært en betydelig faktor for min vedvarende motivasjon for både trening, kosthold og studiet. Uten hennes hjelp ville jeg heller aldri funnet dette bachelorstudiet – et studie som har gitt motivert meg ytterligere til å jobbe med folkehelse, fysisk aktivitet og kosthold.

Jeg ønsker til slutt også å gi en spesiell takk til min veileder Hege Randi Eriksen, som har bidratt med faglige innspill, motivert meg til å jobbe med problemstillingen og gitt konstruktiv kritikk underveis i arbeidet med denne oppgaven.

Abstract

Title

How to motivate for physical activity among people with depressive disorder?

Background

People with depressive disorder is significantly less active than the regular population, which can be explained by the symptoms of depressive disorder such as lack of energy and tiredness. Physical activity is encouraged as part of treatment for people with depressive disorder, and research has shown that physical activity can provide as effective treatment for depression

Purpose

The purpose of this thesis is to explore whether depressive patients are motivated to take part in physical activity and exercise, and to explore different motivational factors, barriers and preferences for physical activity among people with depressive disorder.

Findings

People with depressive disorder shows interest towards physical activity-interventions, but the majority has little motivation to engage in physical activity. Lack of energy, low self-confidence and low self-esteem are also barriers for engaging in physical activity. Professional support, social support though friends and family, use of antidepressant and mental health outcomes from physical activity, are discovered as motivational factors. Walking is significantly the most attractive type of exercise.

Conclusion

Intrinsic motivation towards physical activity should be the aim for this group of patients. Professional support is important for establishing competence and confidents in exercising, which further can lead to intrinsic motivation. Social support is moreover important for maintaining intrinsic motivation. Motivational interviews can also be useful for establish motivation for physical activity, and awareness of mental health benefits from physical activity will contribute to increase intrinsic motivation. The use of antidepressants can for some be a necessity for participation in physical activity.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Dagsaktualiteten av oppgaven.....	6
2.0 Faglig bakgrunn	7
2.1 Depresjon	7
2.1.1 Symptomer	7
2.1.2 Årsakssammenhenger	8
2.1.3 Behandling av depresjon.....	8
2.2 Fysisk aktivitet og trening.....	9
2.2.1 Helsegevinster ved fysisk aktivitet.....	9
2.2.2 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon.....	9
2.3 Motivasjon	10
2.3.1 Motivasjon ved depresjon	11
2.3.2 Motiverende intervju (MI).....	11
2.4 Teori	12
2.4.1 Selvbestemmelsesteorien.....	12
2.5 Problemstilling	13
3.0 Metode	13
3.1 Valg av metode	13
3.2 Litteratursøk	13
3.2.1 Database og søkeord.....	14
3.2.2 Fremgangsmåte i søkeprosessen.....	15
3.3 Kildekritikk	15
3.1.1 Kritisk vurdering av metode.....	15
4.0 Resultat	16
4.1 Preferences for exercise as a treatment for depression.....	16
4.2 Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study.....	17
4.3 Physical activity attitude and preferences among inpatient adults with mental illness.....	18
4.4 Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression.....	18
4.5 Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression	19
4.6 Oppsummering av funn.....	20
5. Diskusjon	21
5.1 Viktigheten av fysisk aktivitet som behandlingstilbud.....	21
5.2 Ytre motivasjon.....	22
5.2.1 Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med depresjon	22
5.2.2 Sosial støtte som motivasjonsstrategi.....	22
5.2.3 Det sosiale aspektet	23
5.2.4 Depresjonssymptomer som hindring i fysisk aktivitet	24
5.2.5 Tilrettelegging mellom kjønn	24
5.2.6 Antidepressiva som motivasjonsfaktor	25

5.3 Indre motivasjon.....	26
5.2.1 Motiverende intervju for indre motivasjon.....	26
5.3.2 Fokus på helsegevinster.....	26
5.3.3 Kostnadseffektivt med indre motivasjon.....	27
5.3.4 Opprettholdelse av indre motivasjon.....	27
6.0 Konklusjon.....	28
7.0 Litteraturliste.....	29

Oversikt over tabeller og figurer

Figurer

Figur 1: Personlig skissert fremstilling av Selvbestemmelsesteorien av Ryan & Deci (2000) 12

Tabeller

Tabell 1: Søkehistorikk for valgte artikler.....	14
Tabell 2: Eksklusjon- og inklusjonskriterier.....	15
Tabell 3: Samlet oversikt over resultater.....	20

1.0 Introduksjon

«Det er viktig å huske at så lenge kroppsphysiologien er hemmet, vil den emosjonelle tilstanden vanskelig kunne endres. Følgelig kan en depressiv stemning endres etter at kroppsphysiologien har blitt stimulert»

- Hummelvoll, 2012

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykisk helse har i mange år vært et tabubelagt tema å snakke om, tross dens viktighet for menneskets trivsel og livskvalitet. Som skrevet i strategien 'Mestre hele livet'; «De fleste av oss snakker både høyt og tydelig når det handler om fysiske smerter og plager. Men når det handler om angst eller vonde tanker, blir mange av oss både lavmælte og fåmælte» (Regjeringen, 2017). I Norge har arbeidet rundt psykisk helse vært nedprioritert over lang tid, men i 2017 utga Helse- og omsorgsdepartementet «*Mestre hele livet*», en strategi utformet for å bedre arbeidet rundt psykisk helse i Norge (Regjeringen, 2017). Her presenteres viktigheten av å ta psykisk helsearbeid på alvor, og hvilke tiltak og strategier som må innlemmes i folkehelsearbeidet for at forekomst av psykiske plager og lidelser i Norge skal reduseres. Et hovedmål i strategien er at psykisk helse skal anses som en likeverdig del av folkehelsearbeidet (Regjeringen, 2017). På bakgrunn av dette benyttes dermed muligheten til å fremme viktigheten av fysisk aktivitet som en strategi mot bedre psykisk helse.

1.2 Dagsaktualiteten av oppgaven

I samme tidsperiode som denne bacheloroppgaven skrives, pågår det også en verdensomfattende pandemi, Covid-19 også kjent som koronapandemien. Håndteringen av pandemien i Norge har hatt lite fokus på psykisk helsearbeid, og statistikk fra helseundersøkelsen for november-desember 2020 viste en drastisk økning i forekomsten av ensomhet og psykiske plager over hele landet (Folkehelseinstituttet, 2020). Forskere ved Oxford Brookes Universitet i Storbritannia hevder at én av fem friskmeldte koronapasienter kan oppleve angst- og depresjonslidelser som en konsekvens av koronapandemien (Kumar et al, 2021). Også i Norge opplever oppimot 60 prosent av koronapasienter kognitive og psykiske senvirkninger (Hagel, 2021). Fysisk aktivitet er sett å ha positive effekter på både forebygging av depresjonssymptomer og behandling av depresjon (Helsedirektoratet 2021). Sett i lys av pandemiens konsekvenser vedrørende befolkningens psykiske helse, både

nasjonalt og globalt, vil dermed oppgavens tematikk være særlig relevant for folkehelsearbeidet.

2.0 Faglig bakgrunn

2.1 Depresjon

Den psykiske lidelsen *depresjon* omtales som en stemningslidelse, eller *affektiv* lidelse, der den kvalitative sinnsstemningen forandres og påvirker tanker, atferd og følelser (Nysæter & Walvig, 2016). På verdensbasis vil depresjoner ramme én av fem personer i løpet av livet, og kan sees gjennom én enkelt episode, eller flere depresjonsepisoder (Reneflot et al, 2018). I Norge er forekomsten av depresjon estimert til rundt syv prosent årlig (Nysæter & Walvig, 2016), og det er også nesten en dobling i antall depresjoner blant kvinner, sammenlignet med hos menn (Reneflot et al, 2018). Depresjon ble rangert som fjerde største helseutfordringen i verden av WHO i 2000, og er også den enkeltdiagnosen som har kostet flest friske leveår i den vestlige verden (se Kjellman et al, 2009; Üstün et al, 2004). Det begrunnes blant annet med at aktivitetsnivået blant personer med depresjon er betydelig lavere i sammenligning med den generelle befolkningen.

2.1.1 Symptomer

En depresjon karakteriseres gjennom flere symptomer, derav tydelig nedstemthet, redusert energi og aktivitetsnivå, dårligere søvn, lavere selvfølelse og selvtillit, fravær av glede og interesse, og tiltaksløshet (ICD-10, 1999). En depresjonssykdom vil dermed ikke bare påvirke stemningsleie, men også menneskets handlinger, væremåte og sinnstilstand (Martinsen, 2018). Flere av de nevnte symptomene kan være gjenkjennbare selv hos en frisk person, men varigheten av og mengden symptomer er det som skiller en depresjon fra en følelsesmessig og kortvarig nedstemthet (ICD-10, 1999). Det er vanlig å skille mellom ulike graderinger av depressiv lidelse, med inndelingen mild, moderat og alvorlig depresjon (ICD-10, 1999). Det som i hovedsak skiller graderingene er mengde symptomer og i hvilken grad pasienten er kapabel til å opprettholde ordinære aktiviteter.

Ved mild depresjon er realitetsorientering til stede, men personen vil likevel være tydelig nedstemt (Hummelvoll, 2012). Konsentrasjon og oppmerksomhet blir påvirket av personens tankeprosesser, men dette medfører likevel ikke funksjonssvikt. Personen vil gjerne trekke seg

unna sosiale situasjoner, men kan også føle et økt behov for ytre bekreftelse. Ved moderat depresjon blir virkelighetsoppfatningen i større grad forandret og personen kan føle at andre har en negativ oppfatning av dem (Hummelvoll, 2012). Kroppslige plager tolkes tydeligere og kan oppleves som stressorer for personen, som eksempelvis at økt hjerterytme kan tolkes som noe alvorlig (Hummelvoll, 2012). Personen vil ofte trekke seg tilbake fra sosial deltakelse, og tankeprosesser påvirker konsentrasjon og oppmerksomhet. Ved alvorlig depresjon forekommer ofte vrangforestillinger (Hummelvoll, 2012). Konsekvenstenkning er ikke til stede og skyldfølelse og verdiløshet blir tydelige følelser. Dette resulterer i at personen føler seg ulykkelig, ubrukelig, hjelpeløs og håpløs. Mangel på engasjement er åpenlys og evnen til å kommunisere er tilnærmet fraværende (Hummelvoll, 2012). Personen får ulogiske tankeprosesser, og hukommelse, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet er betydelig svekket.

2.1.2 Årsakssammenhenger

Det er ingen konsekvent utløsende faktor for depressiv lidelse, da dette varierer fra menneske til menneske (Helsedirektoratet, 2010). Både arv og oppvekstmiljø kan avgjøre sårbarheten et menneske har for å utvikle depresjonslidelse (Helsedirektoratet, 2010). Utfordrende livsforhold som sykdom, tapsopplevelser, økonomiske utfordringer, jobbforhold eller familieforhold kan være utløsende faktorer. Fysisk inaktivitet har vist seg å være en medvirkende risikofaktor for å utvikle depresjon (Helsedirektoratet, 2010).

2.1.3 Behandling av depresjon

Ved behandling av depresjon er oftest samtalerterapi eller psykologiske intervensjoner anbefalt (Helsedirektoratet, 2009). Det er frarådet å tilby medikamentell behandling som førstehjelpemiddel, men heller oppfordre til gode søvnrutiner og til å utvikle mestringsstrategier og problemløsningsteknikker for både å forebygge og behandle depressive symptomer. Det oppfordres også til å være i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009; Legemiddelhåndboka, 2017). Dersom pasienten ikke responderer på ikke-medikamentelle metoder, bør antidepressiva vurderes (Helsedirektoratet, 2009). Antidepressiva er legemidler som hever stemningsleiet gjennom en stimulering av *monoaminener*. Monoaminener, deriblant dopamin, noradrenalin og serotonin, antas å være de kjemiske stoffene i kroppen som er nedsatt under depresjoner (Legemiddelhåndboka, 2017; SML, 2020).

2.2 Fysisk aktivitet og trening

Fysisk aktivitet defineres som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulaturen som medfører en vesentlig øking av energiforbruk over hvilenivå» (Caspersen et al., 1985). Det er vanlig å skille mellom fysisk *aktivitet* og fysisk *trening*. *Fysisk trening* handler om kontinuerlig gjentakelse av kroppslige belastninger med mål om å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse (Caspersen et al, 1985). For helsegevinst av fysisk aktivitet blant voksne er anbefalingen 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet ukentlig, eller en kombinasjon av høy og moderat intensitetszone (Helsedirektoratet, 2019). Daglig anbefalt aktivitet vil derav være minimum 30 minutter moderat intensitet tilsvarende en gåtur, enten sammenhengende eller oppdelt i bolker gjennom dagen (Helsedirektoratet, 2019). Et aktivitetsnivå som overgår anbefalingene medfører økt helsegevinst (Helsedirektoratet, 2019).

2.2.1 Helsegevinster ved fysisk aktivitet

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet gir positive mestringsopplevelser, overskudd og energi, bedre håndtering av stress, bedre søvn, og bedre selvtillit og selvbilde (Helsedirektoratet, 2021). Fysisk aktivitet frigjør også de kjemiske stoffene dopamin, serotonin og noradrenalin i kroppen (Henriksson & Sundberg, 2009), altså de samme stoffene antidepressiva er påvist å frigjøre (SML, 2020). Hummelvoll (2012) hevder også at så lenge kroppsphysiologien er hemmet, vil den emosjonelle tilstanden være vanskelig å endre, og følgelig vil dermed en depressiv stemning endres som et resultat av at kroppsphysiologien har blitt stimulert. Det er riktignok godt dokumentert at fysisk aktivitet reduserer risikoen for utviklingen av depresjon og depresjonssymptomer (Helsedirektoratet, 2021; Hummelvoll, 2012; Scarapicchia et al, 2014; Martinsen, 2008). Forskning viser også tydelig sammenheng mellom fysisk aktivitet og lavere risiko for sykkelighet og tidlig død (Folkehelseinstituttet, 2019). Dette begrunnes primært med den høye forekomsten av hjerte og karsykdommer, kreftsykdommer og diabetes hos personer med inaktiv livsstil.

2.2.2 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon

Som nevnt oppfordres det til fysisk aktivitet som del av behandling for depresjon (Helsedirektoratet, 2009; Legemiddelhåndboken, 2017), men det er først i nyere tid at fysisk aktivitet har fått økt oppmerksomhet. Så tidlig som i 1905 ble det publisert en rapport om den positive sammenhengen mellom moderat fysisk aktivitet og mentale, kroppslige og

emosjonelle forbedringer hos to pasienter med alvorlig depresjon (Franz og Hamilton, 1905). Noen år senere fant Martinsen et al (1985) at utholdenhetstrening hadde vesentlig bedre effekt i reduksjon av depresjonssymptomer i sammenligning med ergoterapi-behandling. Doyne et al (1987) fant signifikant god effekt av løping og vektløfting hos pasienter på venteliste for tradisjonell behandling for depresjon. Trivedi et al (2006) fant at også at effekten av antidepressiva økte hos pasienter som var fysisk aktive, sammenlignet med pasienter som var inaktive. En randomisert kontrollert studie av Martinsen & Medhus (1989) fant riktignok også at fysisk aktivitet ble ansett som det viktigste terapeutiske elementet i behandlingen av depresjon. Fysisk aktivitet som utføres gruppevis vil i tillegg virke positivt på sosialisering og interaksjon med andre mennesker, noe deprimerte vil kunne dra nytte av da isolering, som ofte forekommer hos denne pasientgruppen, kan forverre tilstanden (Hummelvoll, 2012; Martinsen, 2018).

Det er mange årsaker til at fysisk aktivitet bør eksistere som et behandlingstilbud for depresjon. Siden omfanget av depresjonslidelser er såpass utbredt er det også en utfordring for helsevesenet å klare å dekke behovet for behandling (Martinsen, 2008). Å benytte selvhjelpsstrategier, som fysisk aktivitet, vil dermed være viktig om ikke en nødvendighet, for at helsevesenets skal kunne ivareta god helsehjelp for alle (Martinsen, 2008; Trivedi et al., 2006). Psykiske lidelser koster samfunnet nærmere 70 milliarder årlig i trygdeutgifter, og depresjonslidelse utgjør halvparten av de økonomiske utgiftene på bakgrunn av uførhet og manglende evnen til å fungere i arbeidslivet (se Rødshjøl, 2014; Kinge et al, 2017). En studie fra 2006 konkluderte riktignok med at fysisk aktivitet er en effektiv lavkostnadsstrategi i behandling av depressiv lidelse, og forklarte dette med den dokumenterte reduksjonen i depresjonssymptomer fysisk aktivitet ga pasienter med alvorlig depresjon (Trivedi et al., 2006).

2.3 Motivasjon

Motivasjon handler om lysten og viljen til å utføre en gitt handling, basert på de følelsene handlingen gir (Moe, 2018). Motivasjon deles i hovedsak inn i indre- og ytre motivasjon (Moe, 2018). Den indre motivasjonen bygger på autonomi, selvbestemmelse og behovet for å gjenta en handling, mens ytre motivasjon vil si at motivasjonen opprettholdes av ytre forhold som å oppnå belønninger eller motta ros og støtte fra omgivelsene (Moe, 2018). Den indre motivasjonen økes i det omgivelsene viser støtte til individets handling gjennom å interessere

seg for individets trivsel og pågangsmot, og indre motivasjon er som oftest et resultat av tidligere ytre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015). Dersom individet derimot ikke opplever at omgivelsene responderer på deres behov for kontakt og oppmerksomhet, kan den indre motivasjonen reduseres.

2.3.1 Motivasjon ved depresjon

En utfordring hos personer med depresjonslidelse er den manglende evnen til å se tidligere og fremtidige gleder, da *her* og *nå* ofte blir det eneste mulige referansepunktet (Hummelvoll, 2012). En person med depressiv lidelse vil også oftere føle trang til å ligge i ro som et resultat av lavt energinivå (Hummelvoll, 2012). Lav selvfølelse og manglende mestringstro kan gjøre at små krav føles uoppnåelige (Moe, 2018). Det vil derfor være viktig å hjelpe den deprimerte med å komme i gang med fysisk aktivitet, og aktiv støtte og samtaler underveis kan bidra til at personen føler seg sett og anerkjent, som igjen kan bidra til å øke indre motivasjon (Moe, 2018). Studier på depresjon, fysisk aktivitet og motivasjon har sett positiv korrelasjon mellom ytre motivasjon, lavt aktivitetsnivå og depresjonssymptomer, og negativ korrelasjon mellom indre motivasjon, lavt aktivitetsnivå og depresjonssymptomer (Scarapicchia et al, 2014). Utvikling av autonomi og selvbestemmelse ved trening og fysisk aktivitet er derav sett å ha en tydelig fordelaktig rolle ved opprettholdelse av treningsatferd (Scarapicchia et al, 2014; Teixeira et al., 2012).

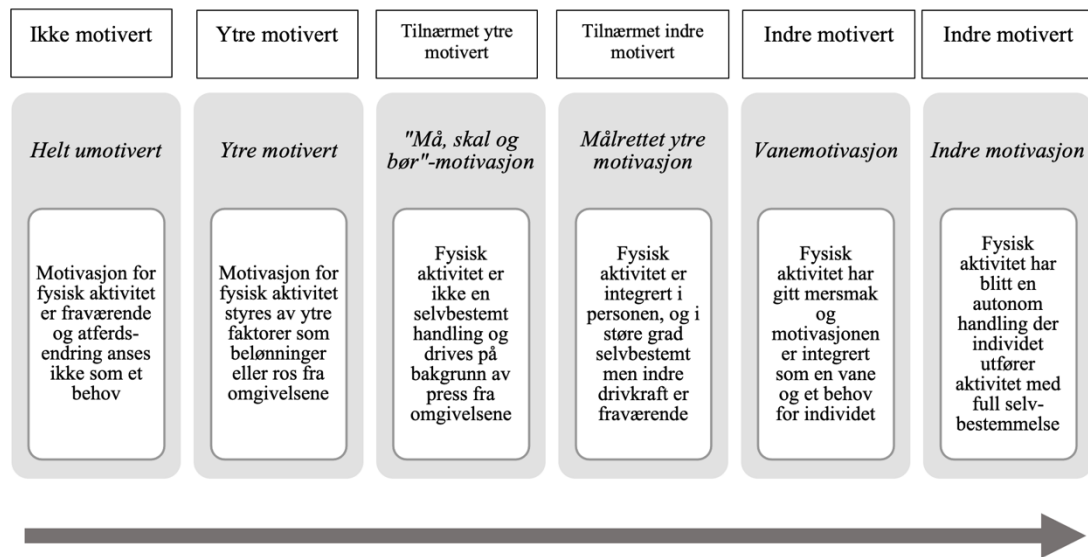
2.3.2 Motiverende intervju (MI)

I arbeid med atferdsendring kan det være et behov for samtaleterapi, eller *motiverende intervju (MI)*. MI er en metode som benyttes for å innhente informasjon om pasientens motivasjon for endring, gjennom refleksjon, følelser og tanker tilknyttet gitt atferdsendring (Barth & Näsholm, 2011). Målet med MI er å gi pasienten større kontroll over egen atferd, og la pasienten selv bestemme hvordan atferdsendring skal oppnås, via konstruktive samtaler (Helsedirektoratet, 2017). Den første artikkelen om MI viste at mennesker påvirkes av å høre seg selv argumentere for noe og deretter føler en større forpliktelse til det de har uttalt (Miller, 1983, referert i Barth & Näsholm, 2007). MI som atferdsendringsmetode har vist seg å gi positiv effekt for å øke motivasjon for fysisk aktivitet samt etterlevelse av aktivitetsvaner (Martins & McNeil, 2009; Ivarsson & Prescott, 2009), og er samtidig sett å ha en betydelig høyere suksessrate enn tradisjonell samtaleterapi (Martins & McNeil, 2009).

2.4 Teori

2.4.1 Selvbestemmelsesteorien

Edward L. Deci og Richard Ryan utformet i 2000 en teori som beskriver menneskets ulike stadier av motivasjon, hvordan medfødte behov styrer motivasjon og hvordan behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet ligger til grunn for selvbestemmelse – derav også teoriens navn; *selvbestemmelsesteorien* (Ryan & Deci, 2000; se Manger & Wormnes, 2015)



Figur 1: Personlig skissert fremstilling av Selvbestemmelsesteorien av Ryan & Deci (2000)

Det første nivået i Selvbestemmelsesteorien av Ryan & Deci (2000) er *helt umotivert* og dreier seg om at personen ikke er motivert for fysisk aktivitet, og verken ser verdien eller poenget med å holde seg fysisk aktiv (Ryan & Deci, 2000; Moe, 2018). For å endre personens holdning kan det være nødvendig med jevnlig samtaleterapi, gjerne med en tillitsfull relasjon. Videre i teorien kommer *ytre motivert*, som innebærer at personen motiveres av ytre faktorer – da faktorer som belønning eller ros. Opprettholdes ikke belønninger for innsatsen vil også aktiviteten være vanskelig å opprettholde (Moe, 2018). «*Må, skal og bør*»-motivasjon er videreført av at den ytre motivasjonen har blitt integrert i personen, men at handlingen likevel ikke er selvbestemt. Aktivitet gjennomføres motvillig for å tilfredsstille andre som eksempelvis lege, nære venner eller familie, og motivasjonen er i hovedsak samvittighetsbasert (Ryan & Deci, 2000; Moe, 2018). *Målrettet ytre motivasjon* omhandler i større grad selvbestemmelse, da aktivitet velges grunnet de positive følelsene aktivitet gir. Aktivitet oppleves som hyggelig og viktig, men indre drivkraft er likevel ikke oppnådd da

motivasjonen baseres på å oppnå noe (Ryan & Deci, 2000; Moe, 2018). *Vanemotivasjon* beveger seg hakket nærmere indre motivasjon, da virkningene av fysisk aktivitet gir mersmak og aktivitet har blitt en vane og et behov for individet. Øverst på skalaen har vi *indre motivasjon* som innebærer full selvbestemmelse, der aktivitet gjennomføres på bakgrunn av egen lyst og vilje, gode opplevelser og gir høy nytteverdi for individet (Ryan & Deci, 2000; Moe, 2018).

2.5 Problemstilling

Med utgangspunkt i faglig bakgrunn er dermed oppgavens problemstilling:

«*Hvordan motivere til fysisk aktivitet blant personer med depresjon?*»

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Metode er fremgangsmåten som benyttes for å innhente kunnskap til å løse en oppgave eller et problem (Dalland, 2019). I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som forskningsmetode. Litteraturstudie er en metode som innebærer å gjøre søk i ulike databaser for å innhente eksisterende forskning, teorier og fagkunnskaper (Dalland, 2019), og det vil dermed ikke fremkomme ny kunnskap i oppgaven. Kunnskapen er videre systematisert, som vil si at man søker, samler, vurderer og sammenfatter den (Støren, 2013).

3.2 Litteratursøk

I oppgaven er det innhentet relevant pensum fra bachelor i folkehelsearbeid i tillegg til annen litteratur om temaene, som er med på å forsterke forskningsgrunnlaget. Spesielt er Egil Martinsen, en kjent norsk forfatter, lege og psykiater, benyttet som kilde i denne oppgaven. I boken «*Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*» (2018), henviser Martinsen til en rekke aktuelle studier omhandlet depresjon, motivasjon og fysisk aktivitet, og enkelte av disse er videre benyttet for å besvare problemstillingen. Blant annet er også «*Helt-ikke stykkevis og delt*» (Hummelvoll, 2012), «*Aktivitetshåndboken*» (Bahr, 2009), samt tidligere studentoppgaver publisert gjennom BIBSYS, og BRAGE, benyttet for å finne frem til relevant forskningslitteratur.

3.2.1 Database og søkeord

Det har blitt gjort mange egne søk gjennom aktuelle databaser for studiets fagfelt, som blant annet PubMed, PsycINFO og MedLine, samt søk gjennom Google Scholar og Oria. For å finne frem til gode søkeord har terminologibasen MeSH blitt benyttet, som ga gode synonymer til søkeord basert på oppgavens problemstilling. På bakgrunn av internasjonale databaser, ble det i hovedsak gjort søk på engelsk. Benyttede søkeord i disse databasene har vært ‘physical activity’, ‘exercise’, ‘depression’, ‘mental illness’, ‘motivation’, ‘barriers’, ‘preferences’ og ‘self determination theory’. Her har ord som AND og OR eller ‘[Title]’ blitt brukt i søkefeltet for å avgrense, utvide og presisere søkstreffene. Søkene som ga relevante treff for oppgaven fremkommer i tabell 1.

Tabell 1: Søkehistorikk for valgte artikler

Dato for søk	Database	Søkeord	Antall treff	Benyttede artikler	Begrunnelse for valg av artikkel
11.02.21	PubMed	physical activity AND depression AND motivation AND barriers AND preferences	10	1 (Busch et al., 2016)	Studien belyser tematikken oppgaven er ute etter. Studien viser til konkrete barrierer og preferanser til fysisk aktivitet, og belyser også forskjeller mellom kjønn.
17.02.21	PubMed	physical activity AND treatment AND depression AND patients views	37	1 (Searle et al., 2014)	Studien belyser tematikken oppgaven er ute etter. Studien presenterer resultater fra dybdeintervjuer som øker forståelse for holdninger til, barrierer for og preferanser for å drive fysisk aktivitet.
18.02.21	PubMed	physical activity AND motivation AND depression[Title]	247	1 (Knapen et al., 2014)	Oversikten belyser konkrete motivasjons-strategier rettet mot fysisk aktivitet for personer med depresjonslidelse.
21.02.21	PubMed	physical activity AND preferences AND mental illness[Title]	11	1 (Fraser et al., 2015)	Metaanalysen belyser den aktuelle tematikken, og gir en god oversikt over barrierer, preferanser og motivasjonsfaktorer hos personer med blant annet depresjonslidelse.
15.04.21	PubMed	depression AND exercise AND dropout range	23	1 (Stubbs et al., 2016)	Oversikten tar for seg frafall i trenings-intervensjoner på personer med depresjon.

3.2.2 Fremgangsmåte i søkeprosessen

Det ble gjort en omfattende søkeprosess for å finne gode og relevante artikler som kunne hjelpe til å besvare oppgavens problemstilling. Tabell 1 presenterer søkehistorikken for de artiklene som er inkludert i oppgaven. Bakgrunnen for at flere artikler ikke ble valgt var at artiklene ikke var representative for oppgaven eller ikke samsvarte med eksklusjon- og inklusjonskriteriene vist i tabell 2. I etterkant av søkene var det nødvendig å gjøre nøye analyser av artiklene, gjennom å være kildekritisk (se punkt 3.3). Det ble inkludert flere artikler i oppgaven i utgangspunktet, men ved nærmere analyse av artiklene ble disse ansett som ikke-representative ved at eksempelvis andre psykiske lidelser som var overrepresentert blant deltakerutvalget, eller at deltakernes diagnoser ikke ble identifisert.

Tabell 2: Eksklusjon- og inklusjonskriterier

Eksklusjonskriterier	Inklusjonskriterier
Ikke fagfellevurdert	Fagfellevurdert
Forskning eldre enn 10 år	Fersk forskning
Litteratur der depresjon ikke er representert eller der depresjonslidelse er overrepresentert	Litteratur omhandlet personer med depresjon eller der depresjon er overrepresentert som psykisk lidelse
Litteratur der deltakerutvalget er under 18 år	Litteratur der deltakerutvalget er over 18 år
Språk utenom forfatterens beherskelse	Engelsk- og norskspråklig litteratur

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og reflektere over datamateriale som innhentes, slik at litteraturen kan fastslås som troverdig og at forskeren kan trekke så holdbare konklusjoner som mulig basert på kildematerialet (Christoffersen & Johannessen, 2012). Litteraturen som anvendes må ha troverdighet i henhold til oppgavens formål, og forfatteren må kunne redegjøre for den anvendte litteraturen (Christoffersen & Johannessen, 2012; Dalland, 2019). Det er dermed viktig at litteraturens opphav er fagfellevurdert og relevant for det oppgaven etterlyser, at litteraturen er bred nok for det oppgaven etterlyser og at forfatteren har tilstrekkelig forståelse for hva litteraturen forteller (Christoffersen & Johannessen, 2012).

3.1.1 Kritisk vurdering av metode

Et litteraturstudie gir muligheten til selv å inkludere og ekskludere studier, som kan utgjøre at oppgaven får en vinkling forfatteren har bestemt på forhånd. For å forsøke å forhindre dette har søkeprosessen vært omfattende, og det har blitt gjennomgått artikler som både har virket

relevante og artikler som ikke har virket like relevante for å utvide forfatterens kunnskaper om temaene.

Det er forsøkt å benytte primærkilder i størst mulig grad, men enkelte primærkilder har vært utilgjengelige og dermed har sekundærkilden blitt benyttet. Ved å benytte sekundærkilder er det nødvendig å være klar over at kilden er reprodusert og kan avvike fra primærkilden (Dalland, 2019). Oversiktsartiklene som er benyttet er derimot av høy kvalitet, og flere av enkeltstudiene som oversiktsartiklene henviser til er gjennomgått på egenhånd, for å sikre enkelte faktorer som ikke fremkom tydelig nok i oversikten.

4.0 Resultat

4.1 Preferences for exercise as a treatment for depression

Busch, A.M., Ciccolo, J.T., Puspitasari, A.J., Nosrat, S., Whitworth, W. & Stults-Kolehmainen, M.A. (2016)

Hensikten med studien var å undersøke hvilke preferanser og barrierer som ligger til grunn for at personer med depresjon ønsker å drive fysisk aktivitet og trening. Studien undersøkte også forskjeller i preferanser og barrierer mellom kjønn. Studien inkluderte 120 deltakere (50/50 menn og kvinner) med alvorlig depressiv lidelse, og deltakerne fikk utdelt et nettbasert spørreskjema.

Resultatene viste at 49 prosent av deltakerne rapporterte å ikke være tilstrekkelig aktive i henhold til de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet i USA, og majoriteten av deltakerne rapporterte interesse i å delta i treningsprogram designet for å forbedre humør. Det ble sett større og mindre forskjeller i preferanser blant kjønn. Det var en enighet om at hjemmetrening var den mest attraktive arenaen å utøve trening, men menn foretrakk også treningssenter i noen grad. Det å trene alene ble ansett som mer attraktivt enn å trene med andre, men majoriteten av begge kjønn foretrakk å trene med personlig trener/veileder. Majoriteten foretrakk trening 3-4 ganger i uken, men det ble også sett en større andel av menn enn kvinner som ønsket trening én gang om dagen. Her kom det også frem at kvinnene foretrakk høy intensitet i mindre grad enn menn. Turgåing var den mest attraktive treningsformen blant begge kjønn, men menn foretrakk også styrketrening i større grad enn kvinner. Kvinnene

foretrakk heller yoga og dansetimer, noe få menn foretrakk. Hovedsakelige barrierer for å utøve trening var lik blant begge kjønn; mangel på motivasjon, mangel på energi og dårlig humør. Kvinnene viste til lavere selvtillit under trening enn menn, mens menn viste seg å få mindre støtte fra familie/venner enn hos kvinnene.

4.2 Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study

Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011)

Studiens hensikt var å undersøke synet på fysisk aktivitet som førstehjelpemiddel for depresjon, blant personer med ulik grad av depresjon. Det ble avholdt dybdeintervju med 33 deltakere som deltok i en randomisert kontrollert studie om effektiviteten av fysisk aktivitet som behandling for depresjon.

Majoriteten av deltakerne hadde moderat grad av depresjonslidelse samt et lavt aktivitetsnivå, og nesten alle deltakerne benyttet også antidepressiva. Deltakerne rapporterte stort sett positive holdninger til fysisk aktivitet som behandlingsmetode. For mange virket fysisk aktivitet som en distraksjon fra depresjonen, mens enkelte mente å trenge antidepressiva for å opprettholde motivasjonen for fysisk aktivitet. Deltakerne uttrykte et ønske om selv å kunne håndtere depresjonslidelsen sin, noe de følte fysisk aktivitet kunne bidra til. Det var likevel to deltakere som uttrykte at fysisk aktivitet ikke ville være en god behandlingsmetode alene, og at samtalerapi var nødvendig i tillegg. Bruk av antidepressiva under fysisk aktivitet ble også ansett som effektivt i forhold til opprettholdelse av treningsatferd og motivasjon. Enkelte deltakerne påpekte at fysisk aktivitet som en effektiv behandlingsmetode var avhengig av pasientens grad av depresjon. Noen deltakere uttrykte også at fysisk aktivitet hjalp dem å sosialisere mer. Et par av deltakere påpekte at medikamentell behandling var mer til å stole på enn fysisk aktivitet. Dette ble også begrunnet med at en pille var mer lettvinnt enn å motivere og dedikere seg til å opprettholde aktivitetsvaner. Deltakerne rapporterte både fysiske og psykiske symptomer som barrierer for å øke aktivitetsnivået, deriblant tretthet og slapphet som fysiske barrierer og lav selvtillit som en psykisk barriere. Lav selvtillit ble primært sett som en barriere blant kvinnene. Lite motivasjon var også en vanlig barriere, særlig blant kvinnene som var lite fysisk aktive. Hjemmetrening var mest attraktivt på bakgrunn av trygghet, som blant annet ble begrunnet med at hjemmet var et trygt og komfortabelt sted å trene.

4.3 Physical activity attitude and preferences among inpatient adults with mental illness

Fraser, S.J., Chapman, J.J., Brown, W.J., Whiteford, H.A. & Burton, N.W. (2015)

Hensikten med studien var å undersøke preferanser og holdninger for fysisk aktivitet blant personer med ulike psykiske lidelser, og å se på om det eksisterte forskjeller i preferanser og holdninger mellom kjønn. Studien er en tverrsnittstudie, der 101 deltakerne fikk utdelt et spørreskjema. Den hyppigste lidelsen var depresjon, og majoriteten av deltakerne var kvinner.

Resultatene viste at 77 prosent av deltakerne rapporterte om stor interesse for å drive fysisk aktivitet. God helse, bedre håndtering av stress, vektkontroll og følelsesmessig velvære ble sett som sentrale motivasjonsfaktorer for å drive fysisk aktivitet. Det sosiale aspektet av trening var derimot lite viktig for motivasjonen. Turer og aktivitetstimer til faste tidspunkt med faste rutiner og format ble ansett som attraktivt for denne gruppen. At trening kunne gjøres på egenhånd ble også ansett som positivt. Det var ikke store kjønnsforskjeller, men kvinnene hadde større sannsynlighet for å foretrekke aktivitet sammen med andre av samme kjønn, og utføre fysisk aktivitet med andre som hadde lignende ferdighetsnivå, sammenlignet med mennene. Fysioterapeut, treningsveileder eller personlig trener som kunne anbefale, designe og lede treningsprogram, ble ansett som attraktivt. Mangel på energi, tretthet og mangel på motivasjon var hovedsakelig barrierer for denne gruppen.

4.4 Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y. & Marchal, Y. (2014)

Hensikten med oversikten var å utvikle kliniske retningslinjer for treningsterapi blant deprimerte pasienter, gjennom funn fra fire metaanalyser om fysisk aktivitet som del av behandling for depresjon. Oversikten inkluderer resultater fra 39 randomiserte kontrollerte studier med 2326 deltakere totalt.

Oversikten viste at effekten av fysisk aktivitet muligens kan sammenlignes med effekten av antidepressiva og psykoterapi hos pasienter med mild til moderat grad av depresjon, mens hos

alvorlig deprimerte kan fysisk aktivitet virke som en komplementær faktor for bedring sammen med medikamentell bruk. Det fremkom også at aerob trening var mer effektivt på depresjonssymptomer enn styrketrening, og at eldre var mer sannsynlig enn yngre til å ha nytte av fysisk aktivitet fremfor antidepressiva. Symptomplager var også noe avgjørende for effekten av fysisk aktivitet. Resultatene viste minimale forskjeller mellom kvinner og menn og at begge kjønn trenger samme oppmerksomhet og omsorg. Psykosomatiske plager, lav selvfølelse og selvtillit, mangel på energi, interesse og motivasjon, slapphet, dårlig fysisk helse, frykt for bevegelse, overvekt og manglende kontroll på egen helse ble identifisert som barrierer for å være fysisk aktiv. Oversikten konkluderer avslutningsvis med at motivasjonsstrategier bør innlemmes i fremtidige treningsintervensjoner, og ta hensyn til de emosjonelle, kognitive og psykologiske faktorene tilknyttet depresjonen, for å styrke motivasjon og for å opprettholde og etterleve aktivitetsvaner

4.5 Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression

Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P.B., Richards, J., Soundy, A., Veronese, N., Solmi, M. & Schuch, E.B. (2016)

Hensikt med metaanalysen var å belyse forekomsten av frafall i fysisk aktivitet blant personer med depresjon, og hvilke prediktorer som ligger til grunn for frafallet. Artikkelen inkluderte resultater fra 40 randomiserte kontrollerte studier på treningsintervensjoner gjort på totalt 1720 personer med depresjon.

Resultatene viste at det ble sett signifikant lavere frafall blant pasienter i institusjon i sammenligning med polikliniske pasienter. Det ble sett et noe lavere frafall i treningsintervensjonene med treningsveileder enn uten treningsveileder. Studiene som hadde høyere andel kvinner enn menn rapporterte også høyere frafall. Studier der majoriteten av deltakerne benyttet antidepressiva hadde lavere frafall, og hos personer med alvorlig depressiv lidelse og mange depressive symptomer, vistes det høyere frafall.

Treningsintervensjonene med fysioterapeuter og treningsveileder til stede reduserte frafall. Metaanalysen konkluderer med at trening er mulig, godt akseptert og tolerert av personer med depresjon, forutsatt at treningen er effektiv mot depresjonssymptomer.

4.6 Oppsummering av funn

Tabell 3: Samlet oversikt over de valgte artiklene, sortert etter temaene preferanser, motivasjon og barrierer. I tabellen fremkommer forfatter, år, hensikt med studien og hvilket utvalg resultatene baseres på.

Forfatter og år	Hensikt	Utvalg	Preferanser	Motivasjon	Barrierer
1. <i>Busch, A.M., Ciccolo, J.T., Puspitasari, A.J., Nosrat, S., Whitworth, W. & Stults-Kolehmainen, M.A. (2016)</i>	Preferanser og barrierer for å utøve fysisk aktivitet og trening, og forskjeller i kjønn	Pasienter med alvorlig depresjon 50/50 menn og kvinner (18-62 år)	Arena: Hjemmetrening Støtte: Coach/personlig trener Aktivitet: Turgåing, menn foretrakk styrketrening mens kvinner foretrakk yoga og dansing		Mangel på motivasjon, tretthet, dårlig humør. Lav selvtillit ble sett som en barriere blant kvinnene og lav grad av støtte som en barriere blant menn.
2. <i>Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011)</i>	Undersøke synet på fysisk aktivitet som behandlingsmetode for depressiv lidelse	Pasienter med ulik grad av depressiv lidelse 19 kvinner/14 menn (19-69 år)	Arena: Hjemmetrening Aktivitet: Turgåing eller aktivitet som økte pulsen	Antidepressiva kan være nødvendig for pasientens initiativ til fysisk aktivitet og opprettholdelse av aktivitetsvaner	Tretthet, mangel på energi, lav selvtillit og lav motivasjon
3. <i>Fraser, S.J., Chapman, J.J., Brown, W.J., Whiteford, H.A. & Burton, N.W. (2015)</i>	Preferanser og holdninger for fysisk aktivitet	Pasienter med depresjon (61%), majoriteten var kvinner (78%) Gjennomsnittsalder på 40.7 år	Aktivitet: Gåture, egentrening eller arrangert trening til faste tidspunkt. Støtte: Personlig trener, fysioterapeut eller treningspedagog	Kontrollere vekten, opprettholde god helse, håndtering av stress, bedre psykisk helse, mer energi, bli sterkere, bedre søvn og bedre fleksibilitet.	Mangel på energi, tretthet, mangel på motivasjon og føle seg uvel.
4. <i>Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y. & Marchal, Y. (2014)</i>	Strategier for å styrke motivasjon for fysisk aktivitet	Pasienter med depresjon		God, kontinuerlig og individuell oppfølging med individuelt tilpasset trenings-program. Ros og oppmuntring underveis, samt at fokuset ligger på helsegevinstene av fysisk aktivitet. Problemløsning for barrierer, endring av målsetninger og støtte fra venner og familie kan være nødvendig for opprettholdelse	Lav selvfølelse og selvtillit, mangel på energi, interesse og motivasjon, slapphet, dårlig fysisk helse, frykt for bevegelse, overvekt og manglende kontroll på egen helse

5. <i>Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P.B., Richards, J., Soundy, A., Veronese, N., Solmi, M. & Schunch, E.B. (2016)</i>	Kartlegging av hvilke prediktorer som skylder frafall i trenings- intervensjoner	Pasienter med depresjonslidel- se, 72% av deltakerne i studiene var kvinner	Trenings- intervensjoner arrangert på institusjon hadde lavere frafall, det samme gjaldt trenings- intervensjoner med treningsveileder til stedet	Studier der antidepressiva ble benyttet samtidig med trenings- intervensjonen ga lavere frafall	Studier der kvinner var overrepresentert hadde høyere frafall Depressive symptomer hos de med alvorlig depresjonslidelse viste høyere frafall
---	---	--	--	--	---

5. Diskusjon

Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med depresjon er stort sett fraværende, men det viser seg likevel at lyst og interesse for fysisk aktivitet likevel er tilstede (Fraser et al., 2015; Busch et al., 2016; Searle et al., 2011; Stubbs et al., 2016). Ytre motivasjonsfaktorer som profesjonell støtte og støtte fra familie og venner, var viktige faktor for å kunne motivere seg til fysisk aktivitet (Busch et al., 2016; Fraser et al., 2015; Knapen et al., 2014). De psykiske helsefordelene ved å være i fysisk aktivitet var også motivasjonsfaktorer for personer med depresjon (Fraser et al., 2015; Knapen et al., 2014). Lav selvtillit og selvfølelse var barrierer for å være fysisk aktiv (Busch et al., 2016; Searle et al., 2016; Knapen et al., 2014), sammen med lavt energinivå og tretthet (Busch et al., 2016; Searle et al., 2011; Fraser et al., 2015; Knapen et al., 2014). Gåturet var særlig attraktiv aktivitetsform (Busch et al., 2016; Searle et al., 2011; Fraser et al., 2015), og bruk av antidepressiva ble var en viktig faktor for enkelte for å kunne klare å motivere seg for fysisk aktivitet (Searle et al., 2011).

5.1 Viktigheten av fysisk aktivitet som behandlingstilbud

Fysisk aktivitet gir mange helsegevinster, og det er en tydelig sammenheng mellom den fysiske og psykisk helsen (WHO, 2020; Folkehelseinstituttet, 2019). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet reduserer utviklingen av depresjon og depresjonssymptomer (Helsedirektoratet, 2021; Hummelvoll, 2012; Scarapicchia et al., 2014; Martinsen, 2008). Samtidig er det godt grunnlag for å si at fysisk aktivitet kan ha en behandlende effekt på depresjon (Franz & Hamilton, 1905; Martinsen et al., 1989; Doyne et al., 1987; Trivedi et al., 2006). Veien mot å benytte fysisk aktivitet i behandling for depresjon handler derimot mye om at pasienten er motivert og har lyst til å være fysisk aktiv, og om hvilket støtteapparat pasientene har underveis i behandlingen.

5.2 Ytre motivasjon

5.2.1 Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med depresjon

En depresjonslidelse fører med seg symptomer som på ulike måter påvirker individets evne til å prestere i dagliglivet (ICD-10,1999). Mangel på energi og tretthet etter selv lette anstrengelser og tiltaksløshet, er særlig karakteristiske trekk ved en depresjonslidelse, og aktivitetsnivået er derav også betydelig lavere blant denne pasientgruppen sammenlignet med resten av befolkningen (Fraser et al, 2015; WHO, 2020). Denne informasjonen kan tenkes å indikere at motivasjon, lyst og interesse for fysisk aktivitet er fraværende, noe som også var forforståelsen forfatteren av denne oppgaven hadde. Et funn som derfor var spesielt interessant var at studien til Fraser et al (2015) viste at hele 77 prosent av deltakerne uttrykte stor interesse for å drive fysisk aktivitet, og majoriteten av deltakerne i studien til Busch et al (2016) viste også interesse i å delta i treningsprogram rettet mot å bedre humøret. Searle et al (2011) fant at deltakerne anså fysisk aktivitet som en effektiv behandlingsmetode, mens Stubbs et al (2016) konkluderte med at fysisk aktivitet var godt tolerert blant personer med depresjon. Det kan derfor forstås å eksistere en viss motivasjon for å engasjere seg i fysisk aktivitet blant personer med depresjon.

5.2.2 Sosial støtte som motivasjonsstrategi

Selvbestemmelsesteorien presenterer ytre motivasjon som motivasjon som styres av ytre faktorer som belønninger eller ros fra omgivelsene, eller motivasjon som styres av et press eller en forventning fra omgivelsene (Ryan & Deci, 2000; Moe, 2018). Det å være ytre motivert for fysisk aktivitet er nødvendigvis ikke et negativt utgangspunkt, da indre motivasjon ofte er et resultat av tidligere ytre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015). For å oppnå indre motivasjon kan dermed ytre motivasjonsfaktorer som ros og støtte fra omgivelsene være nødvendig for både pasientens engasjement for fysisk aktivitet, men også for pasientens opprettholdelse av aktivitetsvaner (Moe, 2018). Riktignok ble profesjonell støtte fra treningsveileder eller personlig trener, ansett som svært attraktivt for motivasjonen blant personer med depresjon (Busch et al., 2016; Fraser et al, 2015; Knapen et al., 2014). Personlig veiledning og oppfølging i fysisk aktivitet kan også anses som et press fra omgivelsene, men et press kan også føre med seg gjennomførelse, og kan derav i det lange løp være med på å innpasse aktivitetsvaner eller *Vanemotivasjon*. Oversikten til Stubbs et al (2016) underbygger også viktigheten av profesjonell støtte da det ble sett et betydelig lavere frafallet i treningsintervensjonen der treningsveileder var til stedet under treningen. I

oversikten til Knapen et al (2014) fremkommer også viktigheten av støtte fra venner og familie, og deltakerne i studien til Fraser et al (2015) uttrykte at støtte fra venner og familie var et viktig element for opprettholdelse av motivasjon.

5.2.3 Det sosiale aspektet

Det er derimot interessant å se hvordan det sosiale aspektet i trening ikke virker å være viktig for personer med depresjon (Fraser et al., 2015; Busch et al., 2016; Searle et al., 2011), i motsetning til friske personer som gjerne anser det sosiale som en motivasjon for å trene (Breivik & Rafoss, 2017). I studien til Searle et al (2011) ble det å trene hjemme alene begrunnet med at trening hjemme var trygt og komfortabelt. Fraser et al (2015) fant samtidig at trening med andre på liknende nivå av fysiske evner, var attraktivt. Riktignok har ofte deprimerte en tendens til å trekke seg ut av sosiale settinger og isolere seg mer eller mindre, men behovet for ytre bekreftelse syntes likevel å være til stede (Hummelvoll, 2012). Dette sees også igjen i etterspørselen på støtte og veiledning som en faktor for motivasjon (Busch et al., 2016; Fraser et al, 2015; Knapen et al., 2014). Funnene er noe selvmotsigende, men de kan også forklares med at lav selvtillit og selvfølelse blant deprimerte er sett som et vanlig symptom (ICD-10,1999), noe som også er sett som en barrierer for å trene (Fraser et al., 2015; Searle et al., 2016; Busch et al., 2016; Knapen et al., 2014). Ved lav selvtillit og selvfølelse kan usikkerhet påvirke personens evne til å tørre å prestere, i frykt for å feile. Moe (2018) forklarer også små krav kan føles uoppnåelige når selvfølelsen er lav og mestringsstroen er fraværende. Trening med andre kan også synliggjøre individers fysiske form gjennom å sammenligne seg selv med andre, og derav også redusere individets følelse av mestringsopplevelser i fysisk aktivitet og trening, og at det kan være nødvendig å starte med individuell trening for å skape mestringsfølelse, kompetanse og trygghet i trening. Videre vil det være fordelaktig for pasientens bedringsfase at pasienten motiveres til å delta i gruppetreningstimer, for å unngå fullstendig isolering, skape relasjoner til likesinnede og utvide nettverket for støtte.

5.2.4 Depresjonssymptomer som hindring i fysisk aktivitet

Det kan tenkes at fysisk anstrengelse oppfattes som krevende og ugjennomførbart for en med depressiv lidelse på bakgrunn av foreliggende symptomer. Riktignok ble det sett et høyere frafall i treningsintervensjoner hos deltakere med alvorlig depressiv lidelse på bakgrunn av mange depresjonssymptomer (Stubbs et al., 2016). I studien til Searle et al (2011) uttrykte flere av deltakerne at gåturer fikk dem til å tenke mindre på depresjonen, men samtidig uttrykte andre at trening med høyere intensitet ga den beste effekten på depresjon. I oversikten til Knapen et al (2014) fremkom aerobic trening, altså trening av høyere intensitet, som mer effektivt på depresjonssymptomer enn styrketrening. Studier har likevel sett at trening med både moderat og høyere intensitet har gitt god effekt på reduksjon av depresjonssymptomer (Franz og Hamilton, 1905; Doyne et al., 1985; Helsedirektoratet, 2021). Gåturer var imidlertid den absolutte foretrukne aktivitetsformen blant personer med depresjon (Busch et al., 2016; Searle et al., 2011; Fraser et al., 2014). Det kan ha en sammenheng med at lavere intensitet føles mer gjennomførbart enn aktivitet med høy intensitet, sett i sammenheng med symptomene for depresjon om lavt energinivå og tiltaksløshet (ICD-10, 1999). Som inaktiv kan også rask puls være en uopplevd kroppslig påkjenning, og tatt i betraktning at kroppslige plager kan feiltolkes blant deprimerte (Hummelvoll, 2012), kan dette også være en forklaring for hvorfor gåturer er såpass ettertraktet som aktivitetspreferanse fremfor trening av høyere intensitet. Knapen et al (2014) fant riktignok også at frykt for bevegelse også var en barriere for å være aktiv. Anbefalingene for fysisk aktivitet tilsier at en gåtur kan være nok for å oppnå helsegevinster, men det er også anbefalt å drive aktivitet av høyere intensitet (Helsedirektoratet, 2019). Annen aktivitet enn gåtur kan også gi større mestringsfølelse ved å mestre noe som kanskje ikke var forventet. Som veileder i fysisk aktivitet for personer med depresjon, kan det derfor være viktig å adressere ulike karaktertrekk og påkjenninger som depresjonen kan føre med seg, og videre gjøre pasienten trygge på at selv om slike påkjenninger kan dukke opp under fysisk anstrengelse, indikerer det derimot sjeldent noe farlig.

5.2.5 Tilrettelegging mellom kjønn

Det viser seg at preferanser og barrierer for å utøve trening oppleves ulikt blant kjønnene. Studien til Busch et al (2016) viste til at menn i større grad anså hard trening som attraktivt til forskjell fra hos kvinner, og i tillegg fortrakk menn en større treningsmengde enn kvinnene. I studien til Busch et al (2016) anså også menn styrketrening som mer attraktivt enn hos kvinner, mens kvinner anså yoga og dansing som attraktivt. Sett i sammenheng med at lav selvtillit er et

vanlig symptom ved depresjon (Hummelvoll, 2012), og at kvinner i større grad enn menn har lav selvtillit som en barriere for å være fysisk aktiv (Fraser et al., 2015; Searle et al., 2016; Busch et al., 2016; Knapen et al., 2014), kan det tenkes at terskelen for å begi seg ut på en ukjent arena som styrketrening, er høy. I studien til Fraser et al (2014) viste det seg riktignok at kvinnene helst ønsket å trene med andre kvinner og/eller personer på samme ferdighetsnivå som dem selv. Knapen et al (2014) fant derimot ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn, noe som indikerer at begge kjønn trenger samme oppmerksomhet og omsorg under tilrettelegging av trening og fysisk aktivitet. Funnene kan indikere at det kan være behov for treningstilbud inndelt etter kjønn og ferdighetsnivå, men likevel er det viktig å merke seg at preferanser og behov for trening ofte varierer mellom individer generelt. Som nevnt tidligere i diskusjonen (punkt 5.2.3), kan også individuell veiledning og oppfølging i trening skape kompetanse, trygghet og mestringsfølelse, slik at det deretter kan være lettere å begi seg ut på trening med andre, uavhengig av kjønn eller ferdighetsnivå.

5.2.6 Antidepressiva som motivasjonsfaktor

Antidepressiva er medikamenter som skal heve stemningsleiet, og utskrives vanligvis til personer med depresjon som en del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2009; Legemiddelhåndboka, 2017). Samtidig vil også fysisk aktivitet heve stemningsleiet, ved at fysisk aktivitet frigjør de samme kjemiske stoffene i kroppen som antidepressiva stimulerer (Legemiddelhåndboka, 2017; Henriksson & Sundberg, 2009; SML, 2020). Likevel kan fysisk aktivitet være vanskelig å motivere seg for og dedikere seg til, fremfor lettvintheten ved å ta en pille (Searle et al., 2011). Searle et al (2011) fant også at enkelte mente å trenge antidepressiva for å opprettholde motivasjon. En positiv sammenkobling her er funnet til Trivedi et al (2006) om at fysisk aktivitet også kan øke effekten av antidepressiva. Stubbs et al (2016) fant riktignok at studier der majoriteten av deltakerne benyttet antidepressiva hadde et lavere frafall. Knapen et al (2014) konkluderte også med at fysisk aktivitet kan virke som en komplementær behandlingsmetode i tillegg til antidepressiva, hos personer med alvorlig depressiv lidelse. Det er riktignok ønsket at personer med depresjon skal øke sitt aktivitetsnivå for både bedre fysisk og psykisk helse på generelt grunnlag (Helsedirektoratet, 2021), og dersom aktivitetsnivået kan økes gjennom bruk antidepressiva vil det riktignok være mer positivt enn å ikke benytte antidepressiva og heller ikke klare å motivere seg til å være i fysisk aktivitet.

5.3 Indre motivasjon

Det er tydelig at indre motivasjon for fysisk aktivitet sjelden sees blant personer med depresjonslidelse, noe som også sees gjennom det gjennomgående lave aktivitetsnivået (Fraser et al, 2015; WHO, 2020; Searle et al., 2011; Busch et al., 2016; Knapen et al., 2014). I selvbestemmelsesteorien av Ryan & Deci (2000) presenteres indre motivasjon som motivasjon som er selvbestemt og drevet av autonomi. Personer som er indre motivert er også mer aktive og har færre depresjonssymptomer (Scarapiccia et al., 2014). For at fysisk aktivitet skal være en effektiv behandlingsmetode, vil det nesten forutsette at pasienten er indre motivert slik at aktivitetsvaner kan opprettholdes på egenhånd og over tid.

5.2.1 Motiverende intervju for indre motivasjon

Lav motivasjon er en tydelig barriere for å være fysisk aktiv for personer med depresjonslidelse (Busch et al., 2016; Searle et al., 2011; Fraser et al., 2015; Knapen et al., 2014). I arbeid med å øke motivasjonen for denne gruppen påpeker Moe (2018) at samtaleterapi kan være en mulig motivasjonsstrategi. På den andre siden er derimot motiverende intervju sett å være mer effektivt enn tradisjonell samtaleterapi for å øke motivasjon for fysisk aktivitet, og etterleve aktivitetsvaner (Ivarsson & Prescott, 2009; Martins et al., 2009). I studien til Searle et al (2011) fremkom det også at deltakerne uttrykte et ønske om selv å håndtere depresjonslidelsen sin. Motiverende intervju vil riktignok øke pasientens kontroll over egen atferd gjennom at pasienten selv skisserer hvordan atferdsendringen skal gjennomføres (Helsedirektoratet, 2017). På denne måten kan følelsen av selvbestemmelse oppstå, som er et grunnleggende element for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

5.3.2 Fokus på helsegevinster

Fysisk aktivitet gir mange helsegevinster (Helsedirektoratet, 2021), og den særlige forbindelsen mellom psykisk helsefordeler og deres positive virkning på depresjon er bakgrunnen for hvorfor det er ønskelig at personer med depresjon engasjerer seg i fysisk aktivitet. De psykiske helsegevinstene fysisk aktivitet gir virker riktignok å være godt etablert hos personer med depresjon, da opprettholdelse av god helse, håndtering av stress, bedre psykisk helse, mer energi og bedre søvn ble ansett som faktorer for motivasjon (Helsedirektoratet, 2021; Fraser et al, 2015; Knapen et al., 2014). Å være bevisst helsegevinstene ved fysisk aktivitet ble trukket frem av Knapen et al (2014) som en god

metode for å etablere indre motivasjon. I selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000) fremkommer *Vanemotivasjon* som motivasjon som styres blant annet av et behov. Ved å være bevisst de psykiske helsegevinstene fysisk aktivitet kan gi, kan fysisk aktivitet raskere anses som et behov for pasienten (Moe, 2018), og derav også være med på å etablere indre motivasjon.

5.3.3 Kostnadseffektivt med indre motivasjon

Depresjon er den psykiske lidelsen som er koster samfunnet mest (se Rødsjø, 2014; Kinge et al., 2017), og samtidig har helsevesenet utfordringer med å dekke behovet for behandling gjennom psykoterapi (Martinsen, 2008). Fysisk aktivitet er derimot ansett å være en kostnadseffektivt behandlingsmetode (Trivedi et al., 2006), og vil i tillegg lette på trykket hos helsevesenet. Til tross for at motivasjon for fysisk aktivitet om mulig må hentes frem gjennom samtalerapi eller motiverende intervju, vil etablerte aktivitetsvaner være betydelig mer effektivt enn varig samtalerapi (Martinsen, 2008; Trivedi et al., 2006). I tillegg har fysisk aktivitet en forebyggende effekt på depresjonssymptomer (Helsedirektoratet, 2009; Legemiddelhåndboken, 2017), og kan derfor opptre som en metode for å forhindre tilbakefall. De positive funnene om at personer med depresjon viser interesse og motivasjon for å delta i treningsintervensjoner (Fraser et al., 2015; Busch et al., 2016; Searle et al., 2011), indikerer også at tilgjengeligheten til fysisk aktivitet som en del av behandlingen, igjen er viktig.

5.3.4 Opprettholdelse av indre motivasjon

Indre motivasjon er ikke er en konstant tilstand, men en tilstand som krever pleie for å vedvare. Riktignok kan den indre motivasjonen reduseres etter oppnåelse, dersom omgivelsene ikke fortsetter å vise støtte og anerkjennelse for individets innsats (Magner & Wormnes, 2015). Det har tidligere blitt diskutert i oppgaven om verdien av profesjonell støtte, som riktignok fremstår som et viktig element for motivasjon til fysisk aktivitet (Busch et al., 2016; Fraser et al, 2015; Knapen et al., 2014). Likevel vil den profesjonelle støtten derimot ikke være tilgjengelig til enhver tid, eller gjennom et helt liv. Derfor er støtte fra familie og venner desto viktigere for at den indre motivasjonen skal kunne vedvare, noe som også understrekes av Knapen et al (2014). I studien til Busch et al (2016) fremkom det imidlertid at betydelig færre menn fikk støtte fra familie og venner, enn kvinnene. Selv om det i dag kan være mer aksept for at menn viser sårbarhet, har trolig flere menn enn kvinner utfordringer med å åpne seg og å be om hjelp. Det kan derfor muligens være lettere å åpne seg for noen i

samme situasjon. Tidligere i oppgaven har også det sosiale aspektet ved trening vært diskutert, da både gjennom at sosialisering kan være positivt for bedringsfasen men også for å utvide nettverket (Moe, 2018). Det å møte andre likesinnede med depresjon kan muligens føles som en bedre og tryggere støtte enn familie og venner, gjennom at personer med depresjon er på den samme reisen og kan relatere til de samme utfordringene og barrierene tilknyttet de foreliggende depresjonssymptomene.

6.0 Konklusjon

Indre motivasjon er viktig for å opprettholde aktivitetsvaner og det bør derfor være et mål i seg selv å oppnå indre motivasjon i fysisk aktivitet. For å motivere personer med depresjon til fysisk aktivitet er det enkelte faktorer som spiller en større rolle enn andre, og ytre motivasjonsfaktorer kan sees som nødvendige for å oppnå indre motivasjon. Profesjonell støtte er en særlig sentral faktor for at individet skal klare å engasjere seg i fysisk aktivitet, men også for å opprettholde aktivitetsvaner. Gjennom profesjonell støtte kan trygghet og kompetanse etableres hos individet, som videre vil bidra til å øke den indre motivasjonen. Som profesjonell støtte er det viktig å være kjent med depresjonsdiagnosen, og ta hensyn til individets preferanser og behov i fysisk aktivitet og trening. Ulike depresjonssymptomer kan nemlig påvirke individets evne til å være i fysisk aktivitet, og det kan være nødvendig for veileder å snakke om dette i forkant og underveis. Indre motivasjon kan også hentes frem gjennom motiverende intervju da denne metode øker individets kontroll og tilhørighet til atferdsendringen. Det er imidlertid viktig at det fokuseres på de positive helsegevinstene fysisk aktivitet gir underveis. På denne måten kan helsegevinstene fra fysisk aktivitet anses som et psykisk behov for individet, og indre motivasjon vil kunne etableres raskere. Bruk av antidepressiva vil også for enkelte være en nødvendighet for å redusere de depresjonssymptomene som kan påvirke deltakelsen i fysisk aktivitet. Sosial støtte fra familie og venner er både være viktig for å oppnå indre motivasjon, men minst like viktig å opprettholde den.

7.0 Litteraturliste

- Barth, T. & Näsholm, C. (2011) *Motiverende samtale – MI. Endring på egne vilkår.*
Fagbokforlaget
- Breivik, G., & Rafoss, K. (2017) *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet.*
Helsedirektoratet.
- Busch, A. M., Ciccolo, J. T., Puspitasari, A. J., Nosrat, S., Whitworth, J. W., & Stults-Kolehmainen, M. A. (2016). Preferences for exercise as a treatment for depression. *Mental health and physical activity, 10*, 68-72. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2015.12.004>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974), 100(2)*, 126–131.
- Christoffersen, L. & Johannessen, A. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene.*
Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving (7. utg.).* Gyldendal akademisk.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B., & Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 55(5)*, 748.E. DOI:
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.5.748>
- Folkehelseinstituttet (2019) *Helseeffekter av fysisk aktivitet.* Hentet fra:
<https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>
- Folkehelseinstituttet (2020) Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-

desember 2020. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

Franz, S. I., & Hamilton, G. V. (1905). The effects of exercise upon the retardation in conditions of depression. *American Journal of Psychiatry*, 62(2), 239-256. DOI:

<https://doi.org/10.1176/ajp.62.2.239>

Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2015) Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness.

International journal of mental health nursing, 24(5), 413-420. DOI:

<https://doi.org/10.1111/inm.12158>

Hagel, S. (2021) *Etter korona-pandemien kan vi få en bølge av psykisk sykdom*. Hentet

fra: <https://forskning.no/covid19-psykiske-lidelser/etter-korona-pandemien-kan-vi-fa-en-bolge-av-psykisk-sykdom/1825510>

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet (2010) *Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon/Informasjon%20til%20brukere%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20om%20anbefalt%20behandling%20av%20depresjon.pdf/_/attachment/inline/51c22466-a389-4644-a65f-

[be1c5950fbef:9ec7413dc61c96d540245ae9a062af257b15a002/Informasjon%20til%20brukere%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20om%20anbefalt%20behandling%20av%20depresjon.pdf](https://www.helsebarn.no/medisinske-faglige-rad/depresjon-og-aktivitet/0av%20depresjon.pdf)

Helsedirektoratet (2019) *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide*. Nasjonale faglige råd. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>

Helsedirektoratet (2021) *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/#fysisk-aktivitet-gir-velvare-og-overskudd>

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 8 - 36). Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Gyldendal Akademisk.

ICD-10 (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget.

Ivarsson, B.H. & Prescott, P. (2009) *Motiverende samtaler om fysisk aktivitet*. I Bahr, R. (Red.) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s.103-116). Helsedirektoratet.

Kinge, J. M., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S. E., & Norheim, O. F. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, 121(6), 691-698. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.020>

Kjellmann, B., Martinsen E.W., Taube, J. & Andersson, E. (2009) *Depresjon*. I Bahr, R. (Red.) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s.275-284). Helsedirektoratet.

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves

- both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation*, 37(16), 1490-1495. DOI:
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>
- Kumar, S., Veldhuis, A., & Malhotra, T. (2021). Neuropsychiatric and Cognitive Sequelae of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 553. DOI:
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.577529>
- Legemiddelhåndboka (2017) *Antidepressiva*. Hentet fra:
<https://www.legemiddelhandboka.no/L5.3/Antidepressiva>
- Manger, T. & Wormnes, B. (2005). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martins, R. K. & McNeil, D. W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical psychology review*, 29(4), 283-293. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.001>
- Martinsen, E. W. (2018). *Depresjon*. I E. W. Martinsen, Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse - kognitiv terapi (ss. 58-80). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic journal of psychiatry*, 62(sup47), 25-29. DOI:
<https://doi.org/10.1080/08039480802315640>
- Martinsen, E. W. & Medhus, A. (1989). Adherence to exercise and patients' evaluation of physical exercise in a comprehensive treatment programme for depression. *Nordisk psykiatrisk tidsskrift*, 43(5), 411-415. DOI:
<https://doi.org/10.3109/08039488909107864>
- Martinsen, E. W., Medhus, A. & Sandvik, L. (1985). Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 291(6488), 109. <https://doi.org/10.1136/bmj.291.6488.109>

- Moe, T. (2018). *Motivasjon for fysisk aktivitet*. I E. W. Martinsen, Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi (ss. 155-171). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nysæter, T.E. & Walvig, H-J. (2016) *Stemningslidelser*. I Hagen, R. & Kennair, L.E.O. (Red.) Psykiske lidelser (1.utg) Gyldendal akademisk.
- Regjeringen (2017) *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Kjennerud, T. R., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self- Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Rødsjø, B. (2017) *Angst og depresjon koster mest*. Hentet fra: <https://forskning.no/angst-eu-norges-forskningsrad/angst-og-depresjon-koster-mest/570433>
- Scarapicchia, T. M., Sabiston, C. M., O'Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M. & O'Loughlin, J. L. (2014). *Physical activity motivation mediates the association between depression symptoms and moderate-to-vigorous physical activity*. *Preventive medicine*, 66, 45-48. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp11X567054>
- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011). *Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study*. *British Journal of General Practice*, 61(585), e149-e156. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp11X567054>
- SML (2020) *Monoaminer*. Hentet fra <https://sml.snl.no/monoaminer>

Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Soundy, A., ... & Schuch, F. B. (2016). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. *Journal of affective disorders*, 190, 457-466. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.019>

Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Cappelen Damm.

Svartdal, F. (2021) *Fagfelle vurdering*. Hentet fra: <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N. & Ryan, R. M. (2012). *Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review*. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9(1), 1-30.

Trivedi, M. H., Greer, T. L., Grannemann, B. D., Chambliss, H. O. & Jordan, A. N. (2006). Exercise as an augmentation strategy for treatment of major depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(4), 205-213. DOI: <https://doi.org/10.1097/00131746-200607000-00002>

Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C. J. (2004). *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. *The British journal of psychiatry*, 184(5), 386-392.

WHO (2020) *Depression*. Hentet fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>