



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	130
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7756
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	34
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvorfor bør sykepleiere fremme fysisk aktivitet til pasienter med depresjon?

Why should nurses promote physical activity to patients with depression?

Kandidatnummer: 130

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie Haugesund

Innleveringsdato: 10. Mai 2024

Antall ord: 7756

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Men fremfor alt, tab ikke lysten til å gå. Jeg går mig hver dag til det daglig velbefindende og går fra enhver sykdom. Jeg har gået mig til mine beste tanker, og jeg kender ingen tanke så tung at man ikke kan gå sig fra den.

– Og når man slik fortsetter at gå, så går det nok.

Søren Kirkegaard

(Martinsen, 2018, s. 30)

Sammendrag

Bakgrunn: Det er om lag 280 millioner mennesker som lider av depresjon, og tilstanden er økende både nasjonalt og globalt. Tradisjonelle behandlingsformer har begrenset effektivitet, og fysisk aktivitet vurderes som en potensiell tilnærming for å lindre psykiske smerter og forbygge psykiske lidelser.

Problemstilling: Hvorfor bør sykepleiere fremme fysisk aktivitet til pasienter med depresjon?

Hensikt: Undersøke effekten av fysisk aktivitet på depresjon, da sykepleiere må ha kunnskap om forskningsbaserte behandlingsmetoder for å forbedre både fysisk og psykisk helse hos pasientene.

Metode: Oppgaven benytter en systematisk litteraturstudie som metode, som tar for seg relevant forskning og faglitteratur, etiske retningslinjer og juridiske bestemmelser for å svare på problemstillingen. Fem forskningsartikler er inkludert i oppgaven, og er funnet gjennom systematiske søk i databasen til PubMed.

Resultat: Studiene viser at fysisk aktivitet har betydelige positive effekter på fysisk og psykisk helse hos personer med depresjon eller depressive symptomer. Det er en invers krumlinjet dose-respons sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon, selv ved aktivitetsnivåer under folkehelseanbefalinger. Å implementere denne behandlingsmetoden i klinisk praksis kan imidlertid være utfordrende.

Konklusjon: Fysisk aktivitet viser seg å være en effektiv tilnærming for behandling og forebygging av depresjon. Studiene indikerer at det ikke bare reduserer symptomer, men også forbedrer den generelle fysiske og psykiske helsen til mennesker med depresjon. Det kan være like effektivt som tradisjonelle behandlingsformer og kan være en verdifull tilleggsbehandling. Forskningen understreker viktigheten av å integrere fysisk aktivitet i behandlingen av depresjon, noe som krever motivasjon og veiledning fra helsepersonell. Sykepleiere spiller en viktig rolle i å fremme fysisk aktivitet som en del av helhetlig omsorg, med en tilpasset tilnærming basert på individuelle behov.

Abstract

Background: There are approximately 280 million people suffering from depression, and the condition is increasing both nationally and globally. Traditional treatment methods have limited effectiveness, and physical activity is considered a potential approach to alleviate mental distress and prevent mental disorders.

Research question: Why should nurses promote physical activity for patients with depression?

Purpose: To examine the effect of physical activity on depression, as nurses need to have knowledge of research-based treatment methods to improve both physical and mental health in patients.

Method: The assignment utilizes a systematic literature review as its method, which examines relevant research and academic literature, ethical guidelines, and legal provisions to address the research question. Five research articles are included in the assignment and were found through systematic searches in the PubMed database.

Findings: Studies demonstrate that physical activity has significant positive effects on both the physical and mental health of individuals with depression or depressive symptoms. There is an inverse curvilinear dose-response relationship between physical activity and depression, even at activity levels below public health recommendations. However, implementing this treatment method in clinical practice can be challenging.

Conclusion: Physical activity proves to be an effective approach for the treatment and prevention of depression. The studies indicate that it not only reduces symptoms but also improves the overall physical and mental health of people with depression. It can be as effective as traditional treatment methods and can be a valuable adjunctive treatment. Research underscores the importance of integrating physical activity into the treatment of depression, which requires motivation and guidance from healthcare professionals. Nurses play a vital role in promoting physical activity as part of holistic care, with a tailored approach based on individual needs.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING:	7
1.1 INTRODUKSJON TIL TEMA.....	7
1.2 BAKGRUNN FOR VALGT TEMA:	8
2. TEORI:	9
2.1 DEPRESJON:	9
2.1.1 <i>Sykepleie til pasienter med depresjon</i>	10
2.2 FYSISK AKTIVITET	11
2.3 DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI	12
2.3.1 <i>Teorien om egenomsorgsbehov:</i>	13
2.3.2 <i>Teorien om egenomsorgssvikt:</i>	13
2.3.3 <i>Sykepleierens hjelpemetoder og sykepleieprosessen</i>	14
3. FORMÅL MED OPPGAVEN:	15
3.1 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNING:.....	15
4. METODE	15
4.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	16
4.2 PICO-SKJEMA.....	16
4.3 INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	17
4.4 SØKEPROSESS	18
4.5 METODE OG KILDEKRITIKK:	20
4.6 UTVELGELSE AV ARTIKLER	22
4.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN	23
4.7 ANALYSE	23
5. RESULTATER	24
5.1 EFFEKTEN AV FYSISK AKTIVITET.....	24
5.2 FYSISK AKTIVITET SOM BEHANDLINGSMETODE FOR DEPRESJON	25

6. DISKUSJON	26
6.1 POSITIVE HELSEEFFEKTER AV FYSISK AKTIVITET	26
6.1.1 <i>Fysiske og psykiske effekter</i>	26
6.1.2 <i>Langtidseffekter av fysisk aktivitet</i>	27
6.1.3 <i>Forebyggende effekt</i>	28
6.2 FYSISK AKTIVITET SOM BEHANDLINGSFORM FOR DEPRESJON	29
6.2.1 <i>Selvstendig behandling</i>	30
6.2.2 <i>Tilleggsbehandling</i>	31
6.2.3 <i>Sykepleiers rolle ved bruk av fysisk aktivitet i behandling</i>	32
7. KONKLUSJON	34
LITTERATURLISTE	35
VEDLEGG	40
VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE	40
VEDLEGG 2: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)	46
VEDLEGG 3: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN OVERSIKTSARTIKKEL	50
VEDLEGG 4: CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES	54
Tabeller	
Tabell 1: PICO-skjema	17
Tabell 2: Inklusjons- og Eksklusjonskriterier	18
Tabell 3: Oversikt over søk	19
Tabell 4: Kriterier for utvelgelse	22
Tabell 5: Tematabell	24

1. Innledning:

Oppgaven vil undersøke hva forskning og faglitteratur sier om effekten av fysisk aktivitet på depresjon, og om fysisk aktivitet kan være en behandlingsmetode for depresjon. Kapittelet vil starte med en introduksjon av temaet, etterfulgt av begrunnelse for valgt tema, teorigrunnlag, samt hensikt med oppgaven, problemstilling og dens avgrensing.

1.1 Introduksjon til tema

Depresjon har i senere år blitt omtalt som en vanlig psykisk lidelse, som er i økning både på verdensbasis og nasjonalt. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det anslått at om lag 280 millioner mennesker i verden lider av depresjon. Depresjon kan være med på å påvirke menneskets evne til å fungere på ulike arenaer som jobb, skole og fritid (WHO, 2023).

Depresjon har ingen enkeltstående årsak, ofte er det et komplekst samspill mellom genetikk, miljømessige faktorer og individuelle opplevelser. Risikofaktorer som kan gi økt sårbarhet for depresjon kan være tapsopplevelser, psykiske traumer, krenkelsers og en rekke somatiske årsaker (Kjellmann et al., 2015, s. 277).

Depresjon er en utbredt sykdom som skaper stor pågang i helsevesenet. Det store omfanget gjør det vanskelig å hjelpe alle (Martinsen, 2018, s.15). De tradisjonelle behandlingsformene for psykiske lidelser er samtalerterapi og medikamentell behandling. Kapasiteten for samtalerterapi er svært redusert i forhold til behovet, og medikamentell behandling kan gi bivirkninger. Disse behandlingsalternativene er heller ikke for alle (Martinsen, 2020, s. 253-254). Det er derfor viktig å finne enkle og lette tilgjengelige strategier som kan benyttes for å lindre psykisk smerte, mestre plager og forhindre at psykiske lidelser oppstår. Martinsen sier at fysisk aktivitet kan være en slik mulighet (Martinsen, 2020, s.254).

I 2020 kom WHO med nye anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesitting. Helsedirektoratets råd fra 2022 kom på bakgrunn av disse anbefalingene. Rådene er at alle voksne og eldre bør være regelmessig fysisk aktive, og begrense stillesittende tid for å redusere risikoen for uhelse (Nystad & Ekelund, 2023).

1.2 Bakgrunn for valgt tema:

Etter snart tre år på sykepleiestudiet, og som kommende sykepleier har jeg sett stor betydning i å ha fokus på å fremme helse, forebygge sykdom i tillegg til å gjenopprette helse. Alle mennesker i alle aldre har en fysisk og en psykisk helse. Fysisk og psykisk helse er tett forbundet, og påvirker hverandre gjensidig (Helsedirektoratet, 2022b). Min interesse for temaet omhandler en generell interesse for fysisk aktivitet, og gleden jeg opplever med å være i bevegelse. Jeg føler at fysisk aktivitet gir meg overskudd i hverdagen, og bidrar til bedre stressmestring. Kan fysisk aktivitet være «ett verktøy» jeg kan benytte i mitt fremtidige arbeid som sykepleier? Aktivitetshåndboken påpeker at ett stillesittende liv fører til økt risiko for sykdom, og at mennesker er skapt for bevegelse. Systematisk bruk av fysisk aktivitet kan forebygge, og behandle en rekke sykdommer (Bahr, 2015, s.5)

I sommer jobbet i en døgnenhet med Rop-pasienter (rus og psykiatri). Et av hovedfokusene i avdelingen i tillegg til miljøterapi, var fysisk aktivitet som en integrert del av behandlingstilbudet. En av mine erfaringer i avdeling var at felles deltakelse på aktivitet var en god måte å bygge relasjon mellom pasient og helsepersonell. Tilbakemeldinger jeg hørte fra pasientene var at de opplevde bedring i fysisk og psykisk helse, i tillegg til at de opplevde mestring og glede etter deltakelse, som de klarte å videreføre til andre arenaer i livet sitt. Helsesportspedagog Johannessen sier at tilbakemeldingene han har fått fra pasienter som har deltatt på fysisk aktivitet under innleggelse er: Betydelig fysisk fremgang i egen helse, at det er godt for sjelslivet å komme i bedre form og at deltakelse på aktivitet har gitt dem glede (Johannessen, 2011, s. 230).

2. Teori:

2.1 Depresjon:

Depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen, og er ett av de største folkehelseproblemene globalt sett. Mellom seks til tolv prosent av befolkningen har depresjon til enhver tid. Tilstanden påvirker alle mennesker i alle aldre (Berge, u.å). Depresjon er også den største årsaken til selvmord (Kjellmann et al., 2015, s. 277).

Depresjon er en tilstand kjennetegnet av redusert energinivå, senket stemningsleie og tap av interesse og glede (Stegenga, et. al., 2012; Thase, 2016, gjengitt i Aarre., 2018, s. 136). Depresjon vises også gjennom fysiske endringer som nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser, forstoppelse, seksuelle forstyrrelser, smerter og generelt kroppslige og psykiske plager (Hummelvoll, 2012, s. 198). Skillet mellom vanlig tristhet, sorg og depresjon er ikke klart definert. Diagnosen depresjon stilles når symptomene blir omfattende, langvarige eller intense eller når funksjonssvikten blir så tydelige at det er naturlig å tilby behandling (Stegenga, et. al., 2012; Thase, 2016, gjengitt i Aarre., 2018, s. 136).

Depresjon betegnes som en affektiv lidelse, som er en type stemningslidelse. Depresjon deles inn i to hovedgrupper: De unipolare affektive lidelsene omfatter de som opplever depresjonsepisoder, mens personer med bipolare affektive lidelser vil oppleve både depresjonsepisoder og hypomane/maniske episoder (Kjellman, et. al., 2015, s. 276). Basert på symptomer og varighet av kan depresjon generelt sett deles inn i tre grader: mild, moderat og alvorlig (Hummelvoll, 2012, s. 199).

Ved mild depresjon vil personen føle på tristhet og nedtrykthet, men realitetsorienteringen er intakt. Det senkede stemningsleiet vil ikke påvirke personens dømmekraft eller selvfølelse. Impulser, drifter og selvaktelsen kan bli noe redusert, og personen kan ha ett økt behov for ytre bekræftelse. Den deprimerte vil kunne isolere seg. Evne til konsentrasjon og oppmerksomhet kan bli nedsatt, og fysisk ubehag kan forekomme (Hummelvoll, 2012, s. 199).

Ved moderat depresjon er det en større tendens til at den deprimerte har fordreid virkelighetsoppfatning. Personen kan projisere egne negative følelser over på andre, og dermed tenke at andre har negative tanker om ham. Egne evner er undervurdert, og andre mennesker intensjon blir ofte mistolket. Virkelighetsfølelsen er forstyrret, spesielt tolkning av kroppslige signaler. Selvbildet er negativt preget, og selvaktelsen er lav. Evnen til å føle på glede er betydelig redusert, og depresjonsfølelsen er fremtredende. Impulskontrollen er forstyrret. Sosial tilbaketrekking er vanlig. Den deprimerte blir lett distraheret, og tankeprosessen er langsom. Personen blir ofte opptatt av spørsmål om livets mening, og hverdagslige gjøremål blir utfordrende (Hummelvoll, 2012, s. 199-200).

Ved alvorlig depresjon er realitetsorienteringen så svekket at vrangforestillinger forekommer. Vurderingsevnen er svekket, da personen ikke bryr seg om konsekvenser av egen adferd. Ekstrem derealisasjon og depersonalisasjon kan forekomme grunnet endret realitetsoppfatning. Stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være, og slik personen oppfatter seg selv skaper følelser av verdiløshet og skyld. Den deprimerte vil ofte kunne føle seg fortvilet, håpløs, hjelpeløs og ubrukelig. Nedsatte eller ukontrollerte drifter og impulser er vanlig. Hukommelse, konsentrasjon og oppmerksomhet er betydelig svekket, og personens tankevirksomhet er ulogisk. (Hummelvoll, 2012, s. 200).

2.1 1 Sykepleie til pasienter med depresjon

For å sikre god omsorg og behandling i møtet med deprimerte personer er det viktig at personens erfaringer kartlegges, og at vedkommende sine ønsker legges til grunn for valg av behandlingsopplegg (Hummelvoll, 2012, s. 207). Den deprimerte må møtes som person, og få bistand til å identifisere og bearbeide problemer i nåværende livssituasjon. Data må samles på en helhetlig måte, og kan gjøres ved hjelp av observasjoner, informasjon fra annet helsepersonell og samtaler med den deprimerte og hans pårørende. Sykepleier trenger kunnskap om personens psykiske, fysiske, sosiale og åndelige aspekter for få et helhetlig bilde av vedkommende situasjon (Kerr 1987/88; Hedelin 1991 gjengitt i Hummelvoll, 2012, s. 206). Deprimerte personer har ofte mistet troen på det som tidligere har gitt livet mening. Viktig at sykepleier hjelper personen til å

gjenvinne det som tidligere har opplevdes som meningsbærende, eller bidrar til å skape en ny mening med livet (Hummelvoll, 2012, s. 206).

Det er vanskelig å sette seg inn i hvordan den deprimerte opplever sin situasjon, og hvordan vedkommende tenker (Hummelvoll, 2012, s. 205). Hummelvold (2012) fremhever at sykepleier bør ha en rolig, varm og aksepterende holdning i sin tilnærming ovenfor den deprimerte pasienten. Kontaktetablering vil kreve tålmodighet og kunnskap om depresjons ytringsformer og dynamikk, da den deprimerte har nedsatt psykisk tempo (Hummelvoll, 2012, s. 207).

Sykepleiers motivering for å få den deprimerte pasienten til å være med på ulike aktiviteter sammen med medpasienter eller pårørende er verdifull. Felles aktiviteter der enn kan støtte og hjelpe hverandre, bidrar ofte til følelsen at man betyr noe for hverandre og skaper en reell fellesskapsfølelse (Hummelvoll, 2012, s. 208).

2.2 Fysisk aktivitet

All bevegelse utført av skjelettmuskulaturen som resulterer i en betydelig økning i energiforbruket sammenlignet med hvilenivået omtales som fysisk aktivitet (Nystad og Ekelund, 2023). Dette inkluderer ett bredt spekter av ulike aktiviteter som enkle dagligdagse gjøremål, mosjon og strukturert trening (Helsedirektoratet, 2022a). Fysisk aktivitet deles inn i anaerob og aerob trening. Anaerob trening fokuserer på muskulær styrke, imens aerob trening øker utholdenhet og kondisjon (Martinsen, 2018, s. 69).

I Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger fra 2023 blir voksne anbefalt å være fysisk aktive i mer enn 300 minutter med moderat intensitet, eller mer enn 150 minutter med høy intensitet hver uke. En kombinasjon av begge intensitetsnivåene vil også gi helsegevinst. Viktig å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet for voksne og eldre, selv ved et lavt intensitetsnivå. Selv små mengder med jevnlig mosjon vil gi en positiv helseeffekt for de som tidligere har hatt et lavt aktivitetsnivå (Helsedirektoratet, 2024a).

Mengde fysisk aktivitet, som inkluderer varighet, hyppighet og intensitet viser en sammenheng mellom ulike helseaspekter i et dose-respons-forhold. Forebyggende effekter, eller helsegevinster,

øker med økende aktivitetsnivå, men denne sammenhengen er ikke rettlinjert. Den største helsegevinsten oppnås blant de som ha lavest fysisk form (Anderssen & Strømme, 2001). Det ser ut til at helsegevinsten hovedsakelig knytter seg til det totale energiforbruket, med mindre betydning knyttet til intensitet. Dose-respons-forholdet mellom nivået av fysisk aktivitet og helsegevinst fremstår som et kontinuum uten en tydelig nedre grense. Det vil si at all aktivitet er bedre enn ingen (Anderssen & Strømme, 2001).

Fysisk inaktivitet og immobilitet kan føre til helseplager som redusert sirkulasjon og respirasjon, ernæring og eliminasjonsproblematikk og muskel og leddplager. Andre konsekvenser kan være endring i mentale funksjoner slik som uro, redusert selvfølelse og sensorisk deprivasjon (Skaug, 2021, s. 400-404). Inaktivitet kan også påvirke motivasjonen til å bevege seg på en negativ måte, og føre til redusert energinivå til å utføre hverdagsaktivitet (Wester et al., 2015, s. 97). Alle mennesker har ulike interesser og forutsetninger, det er derfor viktig med individuell tilpasning av aktivitetsnivået (Wester et al., 2015 s. 99).

I april 2024 publiserte Helsedirektoratet en rapport med tittelen «Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet». Rapportens funn peker på muligheten for å redusere sykdomsbyrden og forlenge levetiden ved å øke den generelle fysiske aktiviteten blant folk. En sunnere befolkning kan føre til store samfunnsmessige fordeler, og rapporten stiller spørsmål ved om samfunnet har økonomisk råd til å la være å investere mer i å øke den fysiske aktiviteten blant befolkningen.

2.3 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orems var en amerikansk sykepleier og sykepleieteoretiker, som i 1971 ga ut teorien om egenomsorg. Teorien har stor innflytelse verden over, og inneholder kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleier trenger for å utøve omsorg for pasienten (Cavanagh, 1999, s. 9-12). Orems modell har både medisinsk og helseorientert perspektiv. Sykepleiemodellen består av tre teorier, som til sammen utgjør hennes egenomsorgsteori: 1) Teorien om egenomsorg, 2) Teorien om egenomsorgssvikt, 3) Teorien om sykepleiesystemene og sykepleierens hjelpemetode (Cavanagh, 1999, s. 11-12).

2.3.1 Teorien om egenomsorgsbehov:

Egenomsorg kan beskrives som menneskets kapasitet til å ta vare på alle nødvendige funksjoner for å leve og overleve. Sentralt for begrepet egenomsorg er de handlingene som den enkelte selv tar initiativ til å gjennomføre for å bevare helse, velvære og livskvalitet (Cavanagh, 1999, s. 17).

Egenomsorgsbehovene består av tre grupper:

De universelle egenomsorgsbehovene: er en sentral del av egenomsorgen, og gjelder uavhengig av individets helsetilstand, miljø, alder og utviklingsnivå. Disse behovene er felles for alle mennesker, og omfatter de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet, som utgjør en viktig del av datasamlingen om pasienten. De åtte grunnleggende behovene inkluderer tilstrekkelig næring, vann, luft, utskillelse av avfallsstoffer, samt behovet for aktivitet, hvile, personlig utvikling og sosial kontakt. Behovene er fundamentale og må ses i et samspill (Cavanagh, 1999, s. 19-20).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov: tar for seg forhold som påvirker menneskets modning og utvikling. Disse utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene omhandler å fremme utvikling, og tiltak for å forhindre skadelig utvikling (Cavanagh, 1999, s. 21-22).

Helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov: trengs hos mennesker som lider av en sykdom/skade, har en funksjonshemming eller er under behandling. I slike tilfeller kan personen være ute av stand til å ivareta sine behov for egenomsorg, og kan derfor trenge hjelp av sykepleier for å møte disse behovene (Cavanagh, 1999, s. 23-24).

2.3.2 Teorien om egenomsorgssvikt:

Hvis en person nylig har opplevd akutte eller kroniske helseproblemer, samt emosjonelle traumer, kan det være nødvendig å finne nye strategier for å møte sine behov eller søke hjelp hos andre for å få dekket dem (Orem, 1991, gjengitt i Cavanagh, 1999, s. 25). Personens evne til å ta vare på egenomsorgsbehovene sine varierer avhengig av deres kapasitet til egenomsorg. Friske voksne uten helsemessige begrensinger kan vanligvis håndtere alle aspekter av egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 25). Mennesker har en god tilpasningsevne til endringer både i indre forhold og ytre omgivelser. Likevel kan det oppstå situasjoner der individets krav overstiger deres kapasitet til å håndtere dem. I slike tilfeller kan personen være avhengig av støtte for å møte sine

egenomsorgsbehov, og denne støtten kan blant annet komme fra sykepleiere (Cavanagh, 1999, s. 25).

2.3.3 Sykepleierens hjelpemetoder og sykepleieprosessen

Orem presenterer fem hjelpemetoder, som sykepleier kan anvende for å støtte pasienter. Den første metoden involverer å handle på vegne av dem som midlertidig ikke kan ta vare på seg selv (Cavanagh, 1999, s. 33). Den andre metoden fokuserer på veiledning, der sykepleier gir informasjon slik at pasienten kan møte egne behov. Deretter kommer støtte, enten fysisk eller psykisk, hvor sykepleiere skaper et støttende fellesskap og tilbyr emosjonell støtte gjennom å lytte og tilby varierte hjelpemetoder (Cavanagh, 1999, s. 33). Neste metode handler om å tilrettelegge omgivelsene for å fremme helse og utvikle personlige ferdigheter, mens den siste metoden involverer undervisning der sykepleiere deler sin kunnskap og ferdigheter med andre (Cavanagh, 1999, s. 33-34). Flere av metodene kan ofte være aktuelle i samme situasjon.

Sykepleie er rettet mot å hjelpe andre med å oppnå spesifikke mål. Når sykepleier har identifisert en situasjon, er det avgjørende hvordan hun organiserer sin innsats og tilnærming til pasienten. Ifølge Orem (1991, gjengitt i Cavanagh, 1999, s. 39) består sykepleiesystemet av samspillet mellom pasient og sykepleier, samt den konteksten hvor dette samspillet foregår. Dette systemet omfatter *det helt kompensierende*, *det delvis kompensierende* og *det støttende og undervisende systemet* (Cavanagh, 1999, s. 40).

Valget av sykepleiesystem avhenger av pasientens grad av ressursvikt. Det støttende og undervisende system er mest relevant når pasienten i stor grad kan ivareta egne omsorgsbehov, og lære seg å tilpasse seg nye situasjoner. Selv om pasientene kan ta vare på seg selv, kan det likevel være behov for støtte fra sykepleier. Denne støtten kan innebære å trygge pasienten i utfordrende situasjoner, hjelpe med beslutningsprosesser, gi råd, formidle kunnskap, undervise eller tilrettelegge omgivelsene for læring. Ved dette systemet er sykepleiers rolle hovedsakelig å sørge for at pasientens egenomsorgsevne er til stede og utvikles, imens pasienten selv utfører egne omsorgsbehov i praksis (Cavanagh, 1999, s. 43). Behovet for de ulike systemene kan varierer underveis i sykdomsforløpet, og det kan være overlapping mellom dem.

3. Formål med oppgaven:

Formålet med denne oppgaven er å undersøke og belyse hvorfor sykepleiere bør fremme fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon. Målet er å undersøke om fysisk aktivitet kan ha en terapeutisk effekt i behandling av depresjon. Det er avgjørende at sykepleier har kunnskap om forskningsbaserte behandlingsmetoder for å bedre pasientens fysiske og psykiske helse.

3.1 Problemstilling med avgrensning:

Følgende problemstilling er: «*Hvorfor bør sykepleiere fremme fysisk aktivitet til pasienter med depresjon?*»

I denne oppgaven rettes fokus mot voksne pasienter med depresjon. Oppgaven vil ikke skille mellom de ulike gruppene, eller gradene av depresjon, men vil kun utforske fysisk aktivitet som en behandlingsmetode for mennesker med depresjon/depressive symptomer. Det vil ikke bli diskutert spesifikke anbefalinger for type aktivitet. Oppgaven vil heller ikke si noe om mulige negative helseeffekter av overdreven fysisk aktivitet, eller sykdommer/lidelser der fysisk aktivitet kan være kontraindisert som behandling.

4. Metode

For å tilegne seg kunnskap og vurdere i hvilken grad en påstand er sann, gyldig og pålitelig, kreves ulike tilnærminger. Ifølge Thidemann (2019) er metode ett verktøy man bruker for å undersøke et tema. Metode er en systematisk fremgangsmåte for å innhente informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Det er problemstillingen som avgjør hvilken metode som er mest hensiktsmessig å anvende (Thidemann, 2019, s. 74).

4.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven tar for seg litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en forskningsmetode som involverer en systematisk innsamling, kritisk analyse og oppsummering av kildene for å samle og organisere relevant kunnskap (Magnus og Bakketeig, 2020, gjengitt i Thidemann, 2019, s. 77). Intensjonen med denne systematiske tilnærmingen er å gi leseren en oppdatert og grundig forståelse av kunnskapen som er relevant for problemstillingen. Samtidig forklare fremgangsmåten som har gjort at man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

I denne oppgaven blir det inkludert både artikler med kvantitative metode, og med kvalitative metode. Kvantitative metoden, også kjent som den naturvitenskapelige metoden innebærer eksakt faktakunnskap som kan måles og forklares. Kvantitativ metode benytter ofte statistisk beregninger, og fremstilles ofte med tall og tabeller (Thidemann, 2019, s.75-76). Den kvalitative metoden er typisk assosiert med tilnærminger innenfor humanvitenskapen. Hensikten med denne metoden er å utforske meninger, opplevelser, erfaringer og tanker, noe som åpner for en dypere forståelse av nyanser (Thidemann, 2019, s. 76). Inkludering av både kvantitative og kvalitative metoder kan bidra til å styrke oppgaven, og gi mer pålitelige, grundige og informative funn. Kvalitative metode gir en dypere forståelse i det fenomenet som undersøkes, mens kvantitative metode gir informasjon om omfanget av et fenomen. Sammen kan metodene være med på å gi et helhetlig bilde (Dalland, 2017, s. 112-113).

4.2 PICO-skjema

PICO-skjema ble utarbeidet for å presisere problemstillingen og for å identifisere relevante søkeord (tabell 1). PICO står for population/patient/problem, intervention, comparison og outcome (Thidemann, 2019, s. 82-83). Comparison ble ikke tatt med i denne oppgaven, da det ikke var relevant for problemstillingen.

Tabell 1: PICO-skjema

P:	I	C	O
Populasjon/pasient/problem	Intervensjon	Sammenligning	Utfall/resultat
Pasienter med depresjon	Fysisk aktivitet		Behandling
Depresjon	Physical activity		Treatment
Depression	Exercise		Effekt
Depressive disorder	Trening		Effect
Pasient			Intervention
Psychiatric patient			

4.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier har som mål å systematisk begrense tilgjengelig litteratur.

Inklusjonskriterier er utformet for å sikre relevans til den valgte problemstillingen, mens eksklusjonskriterier er utformet for å tydelig definere kriterier for eliminering av mindre relevante artikler. Denne strukturerte tilnærmingen bidrar til å effektivisere litteratursøket, og sikre at den identifiserte litteraturen besvarer problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 83-84). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene blir presentert i tabell 2.

For at en artikkel skulle bli inkludert i denne oppgaven, var det nødvendig at artikkelen var utgitt i fagfelleurderte tidsskrift og fulgte tydelig IMRad-struktur (Tidemann, 2019, s. 84). Studien måtte undersøke fysisk aktivitet som en behandlende og/eller forebyggende tilnærming for voksne med depresjon og/eller depressiv lidelse. Videre måtte artikkelen omhandle land med relevans for overføring til norske forhold, og være publisert mellom år 2013 og 2024.

Tabell 2: Inklusjons- og Eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Mellom 2013-2024	Publisert før 2013
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Studier fra land som kan overføres til Norge	Fra land med lav overførbarhet til Norge
Følger IMRaD struktur (inkludert 1 studie uten)	Utenom IMRaD
Pasienter over 18 år	Barn og ungdom
Depresjon/ depressive lidelser	Ikke inkluderer depressive symptomer
Fysisk aktivitet som behandling/forebyggende tiltak	

4.4 Søkeprosess

Strukturerte søk ble utført gjentatte ganger i anerkjente helsefaglige databaser for å identifisere relevant litteratur. Databasen som ble anvendt i denne sammenhengen var PubMed. Det ble også foretatt søk i Cinahl, Medline og Academic Search Elite, men ingen relevante artikler fra disse databasene ble inkludert. Tilgang til alle databasene var via skolebibliotekets nettsider ved Høgskolen på Vestlandet.

En rekke søkeord ble benyttet: «depression», «depressiv disorder», «mental health», «exercise», «physical activity», «treatment», «treatment outcome», «behavioural activation», «self-help», «psychiatric patient» og «adult». Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner, sammen med AND/OR for å optimalisere søkene. På grunn av det omfattende resultatet av søkene ble de ytterligere avgrenset basert på tidsramme og språk. Ett av søkene ble avgrenset med forskningsegenskaper. En detaljert oversikt over de systematiske søkene vises i tabell 3.

Tabell 3: Oversikt over søk

Dato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
10.10.23	PubMed	(Physical activity) AND (depression)	2013-2023 Engelsk	2016	A
04.12.23	PubMed	((physical activity OR exercise) AND (mental health OR depression)) AND (treatment)) AND (psychiatric patient)	2013-2023 Engelsk	2154	B
04.01.24	PubMed	((depression OR depressive disorder) AND (physical exercise)) AND (treatment outcome)	2014-2024 Engelsk	1569	C
04.01.24	PubMed	((depressive disorder) AND (exercise)) AND (adult)	2014-2024 Engelsk	894	D
04.01.24	PubMed	((depression) AND (physical activity)) AND (self-help)	2014-2024 Engelsk Randomisert kontrollert studie	19	E

- A. Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022). Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(6), 550–559. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>
- B. Schuch, F. B., & Vancampfort, D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 43(3), 177–184. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.47626/2237-6089-2021-0237>
- C. Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67–86. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jad.2016.03.063>
- D. Helgadóttir, B., Forsell, Y., & Ekblom, Ö. (2015). Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PloS one*, 10(1), e0115894. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1371/journal.pone.0115894>
- E. Soucy, I., Provencher, M., Fortier, M., & McFadden, T. (2017). Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 46(6), 493–506. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/16506073.2017.1337806>

4.5 Metode og kildekritikk:

Kildekritikk innebærer en grundig og nøye vurdering av den valgte litteraturen for å fastslå kildens pålitelighet. Denne tilnærmingen innebærer en beskrivelse og evaluering av de anvendte kildene (Dalland og Trygstad, 2017, s. 67). Formålet med kildekritikk er å gi leseren innsikt i forfatterens refleksjoner angående relevans og gyldighet til litteraturen når det gjelder å belyse problemstillingen i oppgaven (Dalland og Trygstad, 2017, s. 72). Faglitteratur, pensum og de utvalgte forskningsartiklene er grundig vurdert i forhold til deres gyldighet, holdbarhet og relevans for problemstillingen.

Både fagstoff og pensum er ofte sekundærlitteratur, noe som innebærer at teksten er justert og formidlet av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Dette medfører at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland og Trygstad, 2017, s. 73).

Ettersom det eksisterer mye forskning innen teamet fysisk aktivitet for pasienter med depresjon, har det vært en utfordring å velge ut forskningsstudier som anses som mest interessante og relevante for oppgaven. Det er mulig at relevante studier som kunne bidratt til en grundig belysning av problemstillingen, kan ha blitt oversett i prosessen. I tillegg er studiene skrevet på engelsk, og forståelsen av innholdet kan være påvirket under oversettelsen til norsk. Samtlige av de valgte studier omhandler fysisk aktivitet som behandlingsmetode eller forebyggende tiltak for depresjon. Alle studiene konkluderte med at fysisk aktivitet gir god effekt for depresjon, og bidrar i denne oppgaven til en grundig belysning av den valgte problemstillingen.

To av studiene inkludert i oppgaven er systematiske oversikter med metaanalyse, som gir en helhetlig oversikt over forskningen på området. En riktig utført systematisk oversikt vil være tilnærmet «objektiv». Metaanalyser er sekundærstudier, noe som vil si at de inneholder tolkning av andres arbeid. (Dalland og Trygstad, 2017, s.79). Ingen av de andre valgte studiene er inkludert i metaanalysene. To av artiklene er originalstudier. Dette vil si forskningsartikler som presenteres for første gang, med ny kunnskap om tema (Dalland og Trygstad, 2017, s. 78). En narrativ gjennomgang er inkludert i oppgaven. Oversiktsartiklene tar opp og kritisk vurderer tidligere publisert forskning, der hensikten er å oppsummere forskning innen ett fagfelt (Dalland og Trygstad, 2017, s. 78)

Alle forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er fagfelleverdert, noe som er en kvalitetssikring da artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland og Trygstad, 2017, s. 78). Alle artikkelen utenom en, følger en tydelig IMRaD- struktur, noe som gjør det lettere å orientere seg i ukjent stoff, og lesingen går fortere (Dalland og Trygstad, 2017, s. 80). Sjekkliste fra helsebiblioteket er også benyttet som ett verktøy for å evaluere troverdigheten til innholdet i forskningsartiklene. Se vedlegg 2, 3, 4.

4.6 Utvalgelse av artikler

Det ble utført en grundig vurdering av relevans og kvalitet på den valgte litteraturen, som danner grunnlag for oppgaven. Første steg var å skimlese gjennom innholdet i artikkelen for å vurdere relevans og interesse for studiet (Thidemann, 2019, s. 90). For å vurdere artikkelens relevans i denne oppgaven ble disse kriteriene for utvalgelse benyttet, se tabell 4. I de artiklene som ble ansett som relevante ble særskilt resultatdel av artikkelen nøye gjennomgått. En grundig gjennomlesning innebar en reflektert og kritisk tilnærming til teksten (Thidemann, 2019, s. 91). Den avsluttende delen av artikkelutvalgelsen inkluderte kvalitetsvurdering av utvalgte artikler.

Tabell 4: Kriterier for utvalgelse

Kriterier for utvalgelse
Er informasjonen relevant for min problemstilling?
Hvilket tidsskrift er artikkelen publisert i?
Er det et tidsskrift med fagfelleevaluering?
Er informasjonen i artikkelen av ny dato?
Hvilket utgivelsesår har publikasjonen?
Er forfatteren anerkjent fagfolk eller forskere innen fagfeltet?
Hvem er artikkelen skrevet for?

Kriteriene for utvalgelse er utarbeidet med utgangspunkt i Thidemann (2019, s. 90).

Flere varierende søkestrategier ble benyttet, og flere artikkeloverskrifter ble gjennomgått. En rekke artikler ble ekskludert grunnet manglende relevans for den valgte problemstillingen. Til tross for forsøk på å avgrense søkene, resulterte flere av dem i betydelig treff og dermed ble ikke samtlige artikkeloverskrifter i hvert søk vurdert. Totalt ble fjorten forskningsartikler med abstrakt gjennomgått, og av disse ble fem relevante artikler valgt ut som grunnlag for å belyse problemstillingen i oppgaven.

4.6 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetikk er et område innenfor etikken som omhandler planlegging, utførelse og rapportering av forskning. Dette området fokuserer på å sikre personvernet, og opprettholde den nødvendige troverdigheten i forskningsresultatene (Dalland, 2017, s. 96).

4.7 Analyse

Analyse innebærer å systematisk undersøke, tolke og vurdere eksisterende forskning som er relevant for problemstillingen. I analysen rettes oppmerksomheten først og fremst mot de sentrale temaene i teksten, altså hovedtemaene. Refleksjonsarbeidet fungerer som en retningsgiver, og det er av betydning å ha den valgte problemstillingen tilgjengelig (Tidemann, 2019, s. 92-93).

I henhold til Tidemanns analyseprosess (2019) ble teksten i hver artikkel grundig gjennomgått med hensikt å identifisere og markere «temaer» som vil være relevant i oppgaven. Tre ulike temaer ble markert med fargekoder for å finne meningsbærende enheter i teksten. Etter å ha gjennomgått alle resultatene, ble det utarbeidet en tabell som sammenfattet hovedfunn fra hver studie. Denne tabellen fungerte som ett verktøy for å avdekke likheter og ulikheter mellom resultatene fra de ulike studiene, og dannet grunnlaget for en grundig analyse og syntese av resultatene. Funnene ble deretter sortert under to hovedtemaer, som er presentert i tabell 5. Denne metodiske tilnærmingen legger grunnlaget for en grundig og hensiktsmessig analyse, og den hjelper med å trekke ut viktige elementer fra litteraturen. Gjennom en slik prosessen kan litteraturen bidra til å bygge en «bro» mellom tidligere forskning og den nye kunnskapen som ønskes å formes gjennom oppgaven (Tidemann, 2019, s. 92-98).

Tabell 5: Tematabell

Effekt	Behandling
Fysisk	Selvstendig behandling
Psykisk	Tilleggsbehandling
Forebyggende	Helsepersonells rolle
Minker stillesittende atferd	Effektiv
Terapeutisk gevinst over tid	

5. Resultater

I dette kapitlet blir funnene og resultatene i forskningsartiklene presentert med deres hensikt, metode, resultat og funn, samt relevans for oppgavens problemstilling (vedlegg 1). Videre blir artiklenes funn fordelt og presentert ut ifra to hovedtemaer.

5.1 Effekten av fysisk aktivitet

Flere studier fant ut at fysisk aktivitet ga deltakerne med depresjon/depressive symptomer store psykiske helsegevinster. Studien til Pearce et al. (2022) fremhever en invers krumlinjet dose-respons assosiasjon mellom fysisk aktivitet og depresjon, selv ved fysisk aktivitet under folkehelseanbefalingene. To studier viste til at deltakerne opplevde stor klinisk reduksjon i depressive symptomer ved bruk av fysisk aktivitetsintervensjon, sammenlignet med deltakere i kontrollgrupper (Soucy et al., 2017, Kvam et al., 2016).

Studien til Schuch og Vancampfort (2021) viser til at fysisk aktivitet har flere gunstige effekter både på den mentale helsen, og den fysiske helsen til mennesker med bredt spekter av psykiske lidelser. Fysisk aktivitet er en effektiv behandling for å forebygge depresjon, som påpekt i studiene til Pearce et al. (2022) og Schuch & Vancampfort (2021). I studien til Pearce et al. (2022) fant de ut at

deltakeren som rapporterte fra 75-300 minutter i uken med fysisk aktivitet hadde 18-25% lavere risiko av depresjon, enn deltakerne som ikke rapporterte noen aktivitet. Det var avtagende og noe større usikkerhet rundt de potensielle helsefordelene ved fysisk aktivitet utover 300 minutter. Ved å anvende en estimert analyse konkluderte studien også med at dersom mindre aktive deltakere hadde oppnådd de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, kunne 11,5% av depresjonstilfellene blitt forebygget (Pearce et al., 2022).

Fysisk aktivitet minsker stillesittende atferd. Forskning gjort av Helgadóttir et al. (2015) viser til at mennesker med depresjon eller depressive lidelser brukte den største andelen av tiden sin på stillesittende atferd. Deltakerne var også mindre fysisk aktive enn befolkningen generelt, og kun 1/5 av deltakerne i studiene fulgte folkehelseanbefalingene for fysisk aktivitet. Studien viser også til at økt alvorlighetsgrad av depressive symptomer er assosiert med lavere nivåer av fysisk aktivitet (Helgadóttir et al., 2015).

5.2 Fysisk aktivitet som behandlingsmetode for depresjon

Flere studier indikerer at fysisk aktivitet har en dempende effekt på depressive symptomer, og dermed kan være en effektiv behandlingsmetode for depresjon (Soucy et al., 2017; Pearce et al., 2022; Kvam et al., 2016; Schuch & Vancampfort, 2021). I studien til Soucy et al. (2017) ble det gjennomført en selvhjelpsintervensjon med fokus på fysisk aktivitet som førte til betydelig reduksjon i depressive symptomer blant deltakerne over en periode på 8 uker. Metaanalysen til Kvam et al. (2016) viste at fysisk aktivitet kan være en god selvstendig behandling for depressive lidelser, men også en god tilleggsbehandling i sammen med antidepressiv medisin. Den systematiske gjennomgangen til Schuch og Vancampfort (2021) fremhever at fysisk aktivitet har blitt innlemmet i flere nasjonale/internasjonale retningslinjer som en terapeutisk tilnærming for depresjon grunnet overbevisende vitenskapelig evidens. Til tross for disse retningslinjene påpeker forfatterne at implementering av fysisk aktivitet i klinisk praksis har vært utfordrende, sannsynligvis grunnet barrierer hos både pasienter og helsepersonell (Schuch & Vancampfort, 2021).

I studien til Soucy (2017) kom det frem at både deltakerne som deltok i fysisk aktivitetsintervensjonen og intervensjonen med adferdsaktivering opplevde reduksjon i depressive symptomer, men deltakerne i fysisk aktivitetsintervensjonen brukte signifikant mye mindre total aktiveringstid pr uke. Antall økter per uke var lik, men deltakerne i fysisk aktivitetsintervensjonen hadde kortere tidsbruk per økt (Soucy et al., 2017).

Resultatene fra den randomiserte kontrollerte studien utført av Soucy et al. (2017) indikerte at deltakerne opprettholdt terapeutiske gevinster både ved avslutningen av studien, og under oppfølgingen to måneder senere. Forfatteren påpeker at lengre oppfølgingsstid vil være nødvendig for å kunne konkludere med vedlikehold av terapeutisk gevinst over tid (Soucy et al., 2017). Studie til Kvam et al. (2016) viste liten og ikke signifikant effekt av fysisk aktivitet på depressive symptomer ved oppfølging 3 til 26 måneder etter studiene ble gjennomført.

6. Diskusjon

I følgende kapittel vil resultatene i oppgaven bli diskutert opp imot forskning-og faglitteratur, etiske retningslinjer, juridiske bestemmelser og egenrefleksjon. Diskusjonen vil til slutt føre til en konklusjon som svar på problemstillingen.

Denne oppgaven undersøker effekten av fysisk aktivitet, samt bruken av fysisk aktivitet som en behandlingsmetode for depresjon. Problemstillingene for oppgaven er: «*Hvorfor bør sykepleiere fremme fysisk aktivitet til pasienter med depresjon?*»

6.1 Positive helseeffekter av fysisk aktivitet

6.1.1 Fysiske og psykiske effekter

I flere av studiene kom det frem at fysisk aktivitet kunne være gunstig for psykisk helse, og redusere depressive symptomer (Soucy et al., 2017; Pearce et al., 2022; Kvam et al., 2016; Schuch & Vancampfort, 2021). Ifølge Pearce et al. (2022) kunne betydelig mentale helseeffekter på

depresjon ses, selv på nivå under folkehelseanbefalingene for fysisk aktivitet. Schuch og Vancampfort (2021) mente at fysisk aktivitet også kan ha gunstig effekt på den fysiske helsen. Økt nivå av aktivitet ville sannsynligvis redusert fysiske og psykiske helsebelastninger. Studien viste også til at fysisk aktivitet er en velkjent beskyttende faktor mot diabetes, metabolsk syndrom, kardiovaskulære sykdommer og dødelighet av alle årsaker (Schuch & Vancampfort, 2021). Dette bekrefter det Moe og Martinsen (2011) påpeker om den omfattende dokumentasjonen som støtter effekten av fysisk aktivitet på fysisk og psykisk helse. Forskning viser at helsegevinsten er mange og betydningsfulle. Det er aldri for sent å begynne med fysisk aktivitet- vi er trenbare så lenge vi lever. God fysisk helse er også fordelaktig for den psykiske helsen. Regelmessig fysisk aktivitet er knyttet til økt velvære, forbedret selvfølelse, redusert tretthet, økt energi og et mer positivt forhold til egen kropp (Moe & Martinsen, 2011, s. 77).

Oppsummeringen fra omsorgsbiblioteket peker på kompleksiteten til en etablert depresjon. Selv om forskning viser at fysisk aktivitet har vist seg å være effektivt for å redusere symptomer på depresjon, understrekes det at fysisk aktivitet ikke er et «universalmiddel» som vil fungere likt for alle (Schuch & Stubbs, 2019 gjengitt i Danielsen, 2021, s. 29). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker de at sykepleie innebærer å forebygge sykdom og fremme helse. Sykepleieren har ansvar for å sikre pasientens rett til medbestemmelse, respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (NSF, 2023).

6.1.2. Langtidseffekter av fysisk aktivitet

Funn i studiene til Kvam et al. (2016) og Soucy et al. (2017) viste at fysisk aktivitet hadde moderat til stor signifikant effekt på depresjon, sammenlignet med kontrolltilstander. Ved oppfølging av deltakerne i studien til Soucy et al. (2017) viste det at helsegevinsten ble opprettholdt etter 2 måneder, på den andre siden viste studien til Kvam et al. (2016) liten og ikke signifikant helsegevinst ved oppfølging fra 3 til 26 måneder. Begge studiene påpeker at det kan være nødvendig med videre forskning for å dokumentere langtidseffekt av fysisk aktivitet for depresjon. Kvam (2016) ser at effekten av fysisk aktivitet avtar etter hvert, men årsaken er ikke tydelig.

Aktivitetshåndboken henviser til en studie utført i 1999 av Blumenthal med flere, der Babyak med flere fulgte opp samme deltakerne i ytterligere 6 måneder for å se på forskjell i langtidseffekter av gitt behandling. Funn fra disse studiene fant at det var signifikant mindre risiko for tilbakefall for deltakerne som hadde deltatt i fysisk aktivitet enn de som hadde fått antidepressiv medisin. Videre viste det seg også at de som hadde vært fysisk aktive i større grad hadde gjenopptatt sin normale hverdag 10 måneder etter studiestart (Blumenthal et al., 1999; Babyak et al., 2000; gjengitt i Kjellmann et al., 2015, s. 279). I min subjektive vurdering av langtidseffektene av fysisk aktivitet, tenker jeg at det er en mulighet for at effektene kan være begrensede dersom intervensjonen ikke har vært kontinuerlig over lengre tid, eller ikke har resultert i atferdsendringer hos den deprimerte. Helsesportspedagog Johannesen (2018) ved Modum Bad mener at rollen til helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet handler om å hjelpe pasienter til å få en mer aktiv livsstil. Han ønsker at pasienter skal føle at det å bevege seg er en naturlig del av hverdagen deres (Johannesen, 2018, s. 173-174).

6.1.3 Forebyggende effekt

Depresjon påvirker ikke bare humøret, men hele mennesket (Martinsen, 2018, s. 59). Symptomene ved depresjon rammer både følelser, tanker, atferd og kroppen. Depressive symptomer kan komme til uttrykk gjennom at personen isolerer seg hjemme, mister interesse for sosiale aktiviteter og blir inaktive. Fysiologisk påvirker depresjonen konsentrasjon, energinivå, matlyst og søvnmønsteret (Røssberg og Malt, 2024). Innlagte pasienter er erfaringsmessige inaktive, og mange har smerter og ulike fysiske plager i tillegg til depresjon (Johannesen, 2018, s. 176). Fysisk inaktivitet utgjør en betydelig risiko for helsen, og denne risikoen har økt i de senere årene (Skaug, 2021, s. 385). Helsedirektoratets nasjonale faglige råd sier at all fysisk aktivitet teller, også aktivitet med lett intensitet og kort varighet. Å bryte opp og begrense stillesittende tid med noe aktivitet vil gi helsegevinst (Helsedirektoratet, 2024a).

I studien til Helgadóttir et al. (2015) fant de at personer med depresjon var stillesittende mesteparten av sin våkne tid, ca. 9,1 time per dag. Dette indikerer en høyere grad av stillesitting enn det som tidligere forskning har vist. Det var også en assosiasjon mellom alvorlighetsgrad av

depresjon og nivå av aktivitet. Studien konkluderer med at fysisk aktivitet kan være en effektiv strategi for å minke stillesittende tid (Helgadóttir et al., 2015).

I handlingsplanen "Sammen om aktive liv" for perioden 2020-2029, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, påpekes det at fysisk aktivitet har potensial til å forebygge sykdom og tidlig død, minske behovet for medisiner og redusere både antallet sykehusinnleggelses og medisinske inngrep. Videre sier de at 30 ulike fysiske og psykiske sykdommer/lidelser kan forebygges og behandles ved bruk av fysisk aktivitet. I tillegg kan tilrettelagt fysisk aktivitet være til hjelp for å vedlikeholde eller forbedre funksjonsnivået hos personer med ulike tilstander (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). WHO (2022) rapporterer at personer med alvorlige psykiske lidelser har en forventet redusert levealder på 10-20 år, sammenlignet med resten av befolkningen. Dette skyldes hovedsakelig fysiske sykdommer som kan forebygges.

Ifølge forskningen til Schuch og Vancampfort (2021) er det overbevisende bevis for at fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge depresjon og somatisk lidelse. Fysisk aktivitet kan også redusere risikoen for depresjon på alle nivåer, inkludert genetisk sårbarhet (Schuch og Vancampfort, 2021). Studien til Pearce et al. (2022) estimerer at 1/9 tilfeller av depresjoner kunne vært unngått ved å følge anbefalinger om fysisk aktivitet fra WHO. Dette sammenfaller med faglitteratur som sier at små endringer i befolkningens aktivitetsnivå kan forebygge et betydelig antall depresjonstilfeller, og gi store samfunnsmessige gevinster (Martinsen, 2018, s. 63).

6.2 Fysisk aktivitet som behandlingsform for depresjon

Samtalebehandling og medikamentell behandling er som sagt tidligere de mest tradisjonelle behandlingene av depresjon. Antidepressive medikamenter har vært tilgjengelig siden midten av 1950- tallet, og virkning av disse er godt dokumentert. Elektrosjokkbehandling (ECT) er et behandlingsalternativ som blir gitt til de aller sykeste pasientene (Martinsen, 2018, s. 61). I tillegg til de spesifikke behandlingsmetodene, vil også uspesifikke faktorer som for eksempel sosial støtte og økt aktivering være av betydning for de fleste som lider av depresjon. Mange opplever isolasjon og ensomhet (Martinsen, 2018, s. 61). Historisk sett har fysisk aktivitet vært underprioritert inn i psykisk helse helsearbeid (Moe & Martinsen, 2011, s. 79). Målet med fysisk aktivitet som

behandling er ikke å skape idrettsutøvere, men å hjelpe pasienter til glede, og at de erfarer at psykisk helse påvirkes av fysisk aktivitetsnivå (Johannesen, 2018, s. 173-174).

6.2.1 Selvstendig behandling

Alle inkluderte studier i oppgaven viser til at fysisk aktivitet kan være en god behandling for å lindre depressive symptomer hos personer med depresjon (Soucy et al., 2017; Pearce et al., 2022; Kvam et al., 2016; Schuch & Vancampfort, 2021; Helgadóttir et al., 2015). En studie viser til at det er et stort potensial for behandling ved å endre aktivitetsnivået hos personer med depresjon. En økning fra stillesittende og lett aktivitetsnivå til moderat vil kunne behandle lidelsen (Helgadóttir, 2015). Soucy et al. (2017) hevder at resultatene fra deres veiledede selvhjelpsintervensjon indikerer at fysisk aktivitet er mere effektivt enn atferds aktivering når det gjelder å redusere depressive symptomer. Fysisk aktivitet er både tids- og kostnadsbesparende, muligens et logisk første skritt i behandling (Soucy et al., 2017). Funnene fra studiene sammenfaller med litteraturen til Kjellmann et al. (2015) som sier at fysisk aktivitet har positiv effekt ved depresjon som behandling, så vel akutt som på lengre sikt. Fysisk trening ved lett og moderat depresjon har klar vitenskapelig støtte for behandling av depressive episoder, selv om det foreløpig er utført få langtidsstudier, og mange studier har metodiske begrensninger. De positive helseeffektene av fysisk aktivitet er også av stor betydning, da depresjon ofte forekommer hos mennesker som også har somatiske sykdommer. Fysisk trening bidrar derfor til stor gevinst både for den enkelte og for samfunnet (Kjellmann, et al., 2015, s. 275).

Studien til Schuch og Vancampfort (2021) viser til at personer med psykiske lidelser er en sårbar gruppe, med fysiske helseforskjeller. En årsak kan være lavt fysisk aktivitetsnivå og dårlige livsstilsvalg. Dette samsvarer med Martinsen (2018) som sier at forbindelsen mellom livsstil og fysisk helse er spesielt forsterket blant individer med psykiske lidelser. Disse personene opplever en betydelig høyere forekomst av somatiske sykdommer, og har en redusert forventet levealder sammenlignet med den generelle befolkningen (Martinsen, 2018, s. 41). Depresjon kan skape mye lidelse for den som er rammet, men også for de nærmeste. Depresjon fører til nedsatt funksjon i arbeidslivet og sosialt, og er en dominerende diagnose når det gjelder sykemelding for psykiske lidelser (Kjellmann et al., 2015, s. 277). Mennesker med psykiske lidelser har et høyere forbruk av

tobakk og andre rusmidler. De har mer usunt kosthold, er mindre fysisk aktive og har ofte lavt maksimalt oksygenopptak. Alt er risikofaktorer som er sterkt assosiert med sykdom (Keinanen et al. 2017, gjengitt i Martinsen, 2018, s. 41-42). Schuch og Vancampfort (2021) påpeker at fysisk aktivitet er kjent for å være en effektiv beskyttende faktor mot sykdom, og integrering av denne i vanlig behandling sannsynligvis er avgjørende for å minske helseforskjell, samtidig som den støtter opp under å opprettholde god mental helse.

Kvam et al. (2016) gjennomførte en metaanalyse der de sammenlignet effekten av fysisk aktivitet med de tradisjonelle intervensjonene for depresjon, som inkluderte psykologisk behandling, antidepressiv medisin, vanlig omsorg og ingen intervensjon. Et av funnene indikerer at fysisk aktivitet er en effektiv behandling sammenlignet med ingen behandling eller vanlig omsorg. Ut ifra denne analysen sier de at fysisk aktivitet kan være en god intervensjon for de som venter på tradisjonell behandling, ikke responderer på gitt behandling eller for de som av ulike grunner ikke mottar etablert behandling (Kvam et al, 2016). Effektstørrelsen var liten når de sammenlignet fysisk aktivitet med psykologisk behandling eller antidepressiv medisin. Dette viser til at fysisk aktivitet ikke fungerer annerledes enn tradisjonell behandling (Kvam et al, 2016).

6.2.2 Tilleggsbehandling

Kvam et al. (2016) viste at fysisk aktivitet som tilleggsbehandling til antidepressiv medisin indikerte moderat effekt i favør av kombinasjonsbehandling. Studien konkluderer med at fysisk aktivitet er en effektiv behandlingsmetode for depresjon, både som selvstendig behandling og tilleggsbehandling (Kvam et al, 2016). Martinsen sier at ca. 1/3 av personer med depresjon ikke oppnår ønsket effekt etter tradisjonell behandling. En annen utfordring er at somatiske helseproblemer påvirkes i liten grad av psykiatrisk behandling, og antidepressive medisiner kan gi bivirkninger (Martinsen, 2018, s. 61). Det er likevel generelt enighet om fysisk aktivitet alene ikke er tilstrekkelig behandling for de sykeste der lidelsen kan være livstruende. Disse pasientene bør tilbys antidepressiv behandling eller ECT, i tillegg til psykologisk behandling. Fysisk aktivitet vil her kunne være et nyttig supplement, framfor at pasientene er inaktive (Martinsen, 2018 s. 73; Kjellmann, et al., 2015, s. 275). Ved at sykepleier støtter til regelmessig aktivitet vil pasienten gradvis kunne oppleve litt glede, bedring og mestring når de er i aktivitet. I tillegg kan pasientene

erfare at de kan påvirke egen situasjon ved bruk av aktivitet, uansett helsetilstand. Dette kan være en viktig hjelp for å redusere alvorlige depressive symptomer (Martinsen, 2018, s. 73).

6.2.3 Sykepleiers rolle ved bruk av fysisk aktivitet i behandling

«*Psykisk helsearbeid har i for liten grad tatt kroppen på alvor*» (Moe & Martinsen, 2011, s. 77). På 1500-tallet skapte René Descartes (dualismens far) et skille mellom kropp og sjel, dette har preget medisinsk tenkning. Psykiatrien har i stor grad «glemt» kroppen, og i somatisk medisin har det vært lite fokus på emosjonelle aspekter. I 1994 hevdet Merleau-Ponty at kroppen står i et levende samspill, og er i dialog med omverdenen. Kroppen er vår primære forståelsesinstans, da både fysiske og emosjonelle erfaringer blir lagret i kroppen. For helsepersonell handler det om å se hele pasientens ressurser og tilrettelegge for ett heltidsperspektiv der både kropp, sjel og ånd blir ivaretatt (Moe & Martinsen, 2011, s. 77-78). De yrkesetiske retningslinjene (2023) sier at sykepleie deriblant innebærer å lindre lidelse og gjenopprette helse. Sykepleieren skal også ivareta det enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg, yte omsorgsfull sykepleie, og understøtte pasientens mestring, ressurser, livsmot og håp (NSF, 2023).

I psykisk helsearbeid har mange tilbud vært preget av tilfeldigheter og manglende sammenheng, som i begrenset grad har imøtekommet pasientenes behov for aktivitet. Fysisk aktivitet innebærer for mange egenomsorg, bli mer bevisst egen situasjon og hente frem selvhelende ressurser (Moe & Martinsen, 2011, s. 79). Alle studiene viser til sammenfallende funn at fysisk aktivitet har en viktig betydning i behandling av depresjon (Soucy et al., 2017; Pearce et al., 2022; Kvam et al., 2016; Schuch & Vancampfort, 2021; Helgadóttir et al., 2015). Forskningen utført av Pearce et al. (2022) og Helgadóttir et al. (2015) understreker at helsepersonell bør oppmuntre til økt fysisk aktivitet, da det har betydelig potensial som behandlingsmetode for depresjon. Soucy et al. (2017) fremhever at fysisk aktivitet kan være en tilgjengelig behandlingsform som kan anbefales av alt helsepersonell. Ifølge Moe og Martinsen (2011) bør helsepersonell som skal legge til rette for fysisk aktivitet, inneha både faglig kompetanse og en positiv holdning til fysisk aktivitet. Kunnskap om motivasjonsstrategier og et aktivt behandlingsmiljø bidrar til å motivere pasienter til aktivitet. På den andre siden kan en passiv behandlingskultur forsterke pasientens mangel på motivasjon for fysisk aktivitet (Moe og Martinsen, 2011, s. 87). Helsepersonells holdninger påvirker og motiverer

pasientene. Motivasjon smitter, og er mest effektivt når det kommer fra personell som selv er motivert for fysisk aktivitet (Moe, 2018, s. 157). I følge Orems egenomsorgsteori vil det være viktig at sykepleier innehar, og formidler relevant kunnskap til pasienten for å motivere for deltakelse. Støttende holdning, og tilrettelegging av omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg vil også være viktige sykepleieoppgaver (Cavanagh, 1999, s. 33).

Forskningen til Schuch og Vancampfort (2021) og Helgadóttir et al. (2015) påpeker begge at kartleggingssamtale med pasient er viktig for å lykkes med fysisk aktivitet som behandling. Det er viktig å utforske pasientens personlige preferanser, synspunkter, bekymringer og tidligere mønster for fysisk aktivitet. Denne kartleggingen er deriblant en viktig del av å finne riktig aktivitetsnivå og egnet aktivitet for den enkelte pasient (Schuch og Vancampfort, 2021; Helgadóttir et al., 2015). Schuch og Vancampfort (2021) viser til at implementeringen av fysisk aktivitet i behandling krever tverrfaglig tilnærming. Moe og Martinsen (2011) sier at å kjenne til personlige preferanser vil gjøre det enklere å velge en strategi som kan føre til ønsket endring. De fremhever bruk av motivasjonssamtale der pasientens ønsker, funksjonsnivå og interesser står i fokus (Moe & Martinsen, 2021, s. 82). Dette samsvarer med Orems sykepleieprosess som består av kartlegging, planlegging, intervensjon og evaluering. Kartleggingen skal deriblant samle inn data om pasientens egenomsorgsevne, egenomsorgsbehov og forholdet mellom evner og behov. Resultatene bestemmer om pasienten hvilken sykepleie pasienten trenger (Cavanagh, 1999, s. 34-35).

Flere internasjonale retningslinjer for behandling av psykiske lidelser har begynt å inkludere fysisk aktivitet (Schuch & Vancampfort, 2021). I april 2023 valgte Helsedirektoratet å tilbakekalle den nasjonale retningslinjen for behandling av depresjon i Norge, da den ble ansett som utdatert. Det er usikkert om det kommer en ny nasjonal retningslinje for depresjon (Paulsen, 2023). Etter lang tids arbeid med denne oppgaven er jeg blitt oppmerksom på omfanget av depresjon i befolkningen. Jeg har flere ganger lest at depresjon blir omtalt som en av de store «nye» folkesykdommene, og en sykdom som kan ramme alle. Grunnet sykdommens omfang overrasker det meg at Helsedirektoratet velger å avvente med ny veiledende retningslinje for behandling av depresjon. Som kommende sykepleier har jeg ansvar for fremme helse, forebygge sykdom/lidelse og gi likeverdig behandling til alle pasienter i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene for

sykepleiere. Både privat og i min yrkeskarriere som sykepleier kommer jeg til å møte personer med depresjon, og jeg tenker at en retningslinje vil kunne vært ett godt hjelpemiddel for å yte god, kvalifisert helsehjelp.

7. Konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å undersøke effekten av fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon. Funnene er diskutert opp mot aktuell forskning- og faglitteratur, etiske retningslinjer, juridiske bestemmelser og egenrefleksjon for å svare på problemstillingen «Hvorfor bør sykepleiere fremme fysisk aktivitet til pasienter med depresjon?».

Fysisk aktivitet fremstår som en betydningsfull og effektiv tilnærming for både behandling og forebygging av depresjon. Flere studier indikerte at fysisk aktivitet ikke bare reduserte depressive symptomer, men også hadde en gunstig effekt på den generelle fysiske og psykiske helsen til mennesker med depresjon. Fra et behandlingsperspektiv viste studiene at fysisk aktivitet kunne være like effektive som tradisjonelle behandlingsformer, som samtalerapi og antidepressiv medisin. Fysisk aktivitet kan også være en verdifull tilleggsbehandling.

Videre påpeker forskningen betydningen av å integrere fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med depresjon. Dette krever imidlertid en bevisst innsats fra helsepersonell, for å motivere og veilede pasientene til å delta i regelmessig fysisk aktivitet.

Samtidig viser flere av studiene til at det kan være nødvendig med videre forskning for å dokumentere langtidseffekt av fysisk aktivitet for depresjon. Samlet sett viser studiene at fysisk aktivitet ikke bare bidrar til å lindre depressive symptomer, å fremme fysisk helse, men at det også har en forebyggende effekt for sykdom. Dette peker på betydningen av å inkludere fysisk aktivitet som en sentral del av behandlingen for personer med depresjon, og understreker sykepleiers rolle i å fremme fysisk aktivitet som en del av helhetlig omsorg. En tilpasset tilnærming til fysisk aktivitet, med tanke på individuelle forskjeller, kan være avgjørende for å forbedre både fysisk og psykisk helse hos personer med depresjon.

Litteraturliste

Anderssen, S. A. & Strømme, S. B. (2001, 30. juni). *Fysisk aktivitet og helse-anbefalinger*.

Tidsskriftet. <https://tidsskriftet.no/2001/06/diagnostikk-og-behandling/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger>

Bahr, R. (Red.). (2015). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.).

Helsedirektoratet.

Berge, T. (u.å.). *Depresjon*. Norsk Psykolog forening. [https://www.psykologforeningen.no/fag-og-](https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykisk-helse/psykiske-lidelser/depresjon)

[politikk/psykisk-helse/psykiske-lidelser/depresjon](https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykisk-helse/psykiske-lidelser/depresjon)

Cavanagh, S. T. (1999). *Orems sykeplemodell i praksis*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). (Opprinnelig utgitt 1991). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 63-80). Gyldendal Akademisk.

Danielsen, K. K. (2021, august). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. Senter for omsorgsforskning

[https://omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2771783/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2771783/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Helgadóttir, B., Forsell, Y., & Ekblom, Ö. (2015). Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: A cross-sectional study.

PLoS one, 10(1), e0115894. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1371/journal.pone.0115894>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Regjeringa.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>

Helsedirektoratet. (2022a, 09. mai). *Kva fysisk aktivitet gjer med kroppen*. Hentet 20. februar 2024

fra <https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjer-med-kroppen/>

Helsedirektoratet. (2022b, 04. mars). *Kva er psykisk helse?* Hentet 19. mars 2024 fra

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/#alle-har-ei-psykisk-helse>

Helsedirektoratet. (2024a, 15. januar). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av depresjon:*

Nasjonale faglige råd. Hentet 03. mars fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Helsedirektoratet. (2024b, 04. april). *Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk*

aktivitet. Hentet 6. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vunne-levear-og-helsetapsjusterte-levear-dalys-ved-fysisk-aktivitet>

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

Johannesen, B. (2011). Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn* (2. utg., s. 217-230). Fagbokforlaget.

Johannesen, B. (2018). Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn* (3. utg., s. 172-185). Fagbokforlaget.

Kildekompasset. (u.å). *Kildekritikk*. Hentet 15. desember 2023 fra

<https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2015). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 275-284).

Helsedirektoratet.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J.

Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: fag og profesjon* (s. 225-282). Gyldendal.

Kunnskapsbasert praksis. (2021). *4.1 Sjekklistet*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innehold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67–86. [https://doi-](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jad.2016.03.063)

[org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jad.2016.03.063](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jad.2016.03.063)

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T.

Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 253-257). Gyldendal.

Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn* (3. utg., s. 155-169). Fagbokforlaget.

Moe, T. & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid- mer enn medisin og samtaleterapi* (s. 76-96). Fagbokforlaget.

Norsk sykepleierforbund (NSF). (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nystad, W. & Ekelund, U. (2023, 01. november). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.
Hentet 15. desember 2023 fra
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/fysisk-aktivitet/?term=#om-fysisk-aktivitet-og-stillesitting>

Paulsen, C. T. (2023, 01. juli). *Helsedirektoratet trekker tilbake retningslinjer for depresjon*.
Magasinet psykisk helse. Hentet 19. mars 2024 fra
<https://psykiskhelse.no/magasinet/trekker-tilbake-retningslinjer-for-depresjon/>

Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022). Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(6), 550–559. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>

Røssberg, J. I. & Malt, U. (2024). *Depresjon*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/depresjon>

Schuch, F. B., & Vancampfort, D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 43(3), 177–184. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.47626/2237-6089-2021-0237>

Skaug, E-A. (2021). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 383-417). Gyldendal.

- Soucy, I., Provencher, M., Fortier, M., & McFadden, T. (2017). Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 46(6), 493–506. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/16506073.2017.1337806>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I., & Ommundsen, Y. (2015). Å bli fysisk aktiv. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 84–102). HelseDirektoratet.
- World Health Organization (WHO). (2022, 17. juni). *WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care*. Hentet 25. februar 2024 fra <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- World Health Organization (WHO). (2023, 31. mars). *Depressive disorder (depression)*. Hentet 17. oktober 2023 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiaatri for helsefag* (2. utg., s. 135-155). Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteraturmatrise

Forfattere	Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022).
Publiserings år	
Tittel	Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry.
Land	Inkluderte land: England, Brasil, Skottland og Australia.
Hensikt:	Undersøke dose-respons- sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon. I tillegg blir det undersøkt om økt fysisk aktivitet i befolkningen kan ha en forebyggende effekt mot depresjon eller redusere risiko for å utvikle depresjon.
Metode:	Systematisk gjennomgang og metaanalyse. 15 prospektive kohortstudier med 191 130 voksne deltakere, med oppfølging i minimum tre år. 64% av deltakerne var kvinner. Alle unntatt en av de inkluderte studiene kommer fra høyinntektsland. Studiene inkluderte over 3000 deltakere med depresjon eller forhøyede depressive symptomer. Fysisk aktivitet blir selvrapportert fra deltakerne i tre eller flere eksponeringsnivåer.
Hovedfunn/resultater/ Konklusjon:	Funn viser en omvendt, krumlinjet dose-respons assosiasjon mellom fysisk aktivitet og depresjon, med større forskjeller i risiko ved lavere doser. 75-150 minutter fysisk aktivitet i uken vil kunne gi 18-25 % lavere risiko for å få depresjon enn ingen aktivitet pr uke. Det var avtagende forventende fordeler og større usikkerhet ved aktivitet utover 150 min i uken.

	<p>Dose-respons kurvene for depresjon og forhøyede depressive symptomer viste lignende forhold.</p> <p>Basert på estimater vises det at hvis de mindre aktive voksne hadde oppnådd gjeldende anbefalinger for fysisk aktivitet kunne 11,5 % av depresjonstilfellene vært forhindret.</p> <p>Konklusjon: Fysisk aktivitet gir betydelig mentale helsefordeler på depresjon, selv på nivåer under folkehelseanbefalingene. Helsepersonell bør oppmuntre til økt bruk av fysisk aktivitet.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen anses som relevant fordi den viser at fysisk aktivitet har en betydelig positiv effekt på mental helse, og kan redusere risikoen for depresjon, selv med moderat nivå av aktivitet.
Forfattere	Schuch, F. B. & Vancampfort, D. (2021).
Publiserings år	Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on.
Tittel	
Land	Inkluderte land: Brasil og Belgia.
Hensikt:	Studie som gir oversikt over forebyggende og helsefremmende effekter ved fysisk aktivitet ved psykiske lidelser. Studie viser også til fysisk aktivitet som en strategi for å håndtere psykiske helseutfordringer, og barrierer ved implementering av fysisk aktivitet i klinisk praksis.
Metode:	Narrativ gjennomgang av metaanalyser med 49 studier med over 260 000 deltakere og to mendelske randomiserte studier er inkludert for å vise til at fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på depresjon. Litteratur, evidensbaserte teorier, metaanalyser, og internasjonale retningslinjer er benyttet for å dokumentere at fysisk aktivitet er effektiv behandling mot depresjon. Undersøkelse for 73 psykiske helsepersonell omtaler barrierer for implementering.

Hovedfunn/resultater/ Konklusjon:	<p>Fant at fysisk aktivitet kan forebygge depresjon, og har gunstig effekt på den fysiske og mentale helsen. Anbefalt inkludering av fysisk aktivitet som terapeutisk tilnærming for depresjon inn i nasjonale/internasjonale retningslinjer. Utfordrende implementering i klinisk praksis, muligens grunnet barrierer hos både pasient og helsepersonell.</p> <p>Konklusjon: Den fysiske og psykiske helsebelastningen i befolkningen ville sannsynligvis vært redusert ved økt fysisk aktivitetsnivå. Treningsintervensjoner bør inkluderes i behandling av mennesker med psykiske lidelser grunnet dens mange positive effekter på fysisk og mental helse. For å overkomme barrierer hos pasientene og forbedre etterlevelse og fordeler, kreves det en tverrfaglig tilnærming.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Artikkelen anses som relevant da den understreker at fysisk aktivitet kan forebygge og behandle depresjon.</p>
Forfattere Publiserings år Tittel Land	<p>Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression. Inkluderte land: Norge.</p>
Hensikt:	<p>Undersøker effekten av fysisk aktivitet som behandling for depresjon, både som en uavhengig intervensjon og når det kombineres med antidepressiv medisin.</p>
Metode:	<p>Metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier (RCT). 23 studier som til sammen har 977 deltakere. Deltakeren var voksne over 18 år, begge kjønn og med diagnosen depresjon.</p>
Hovedfunn/resultater/ Konklusjon:	<p>Fant at fysisk aktivitet hadde moderat til stor signifikant effekt på depresjon sammenlignet med kontrolltilstander. Fysisk aktivitet sammenlignet med ingen intervensjon ga stor og signifikant</p>

	<p>effektstørrelse. Fysisk aktivitet som tillegg til antidepressiv medisin ga moderat effekt.</p> <p>Konklusjon: Fysisk aktivitet er en effektiv behandling for depresjon. Det kan også være en levedyktig tilleggsbehandling i kombinasjon med antidepressiva.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne artikkelen er relevant fordi den gir evidens for at fysisk aktivitet er en effektiv behandlingsmetode for depresjon, både som selvstendig behandling og som en tilleggsbehandling til antidepressiva.
Forfattere	Helgadóttir, B., Forsell, Y. & Ekblom, Ö. (2015).
Publiserings år	Physical Activity Patterns of People Affected by Depressive and Anxiety Disorders as Measured by Accelerometers.
Tittel	
Land	Inkluderte land: Sverige.
Hensikt:	<p>Utforske fysisk aktivitetsmønsteret til pasienter med milde til moderate depressive og/ eller angstlidelser, med sikte på å identifisere behandlingspotensialet.</p> <p>Undersøke om det er en sammenheng mellom alvorlighetsgraden av symptomer og det observerte aktivitetsmønsteret.</p>
Metode:	<p>Tverrsnittstudie med 165 deltakere mellom 18- 65 år, med mild til moderat depresjon og/eller angst lidelse.</p> <p>Gjennomsnittsalder på 43,4 år, og 67,3 % kvinner.</p> <p>Diagnoser ble stilt ved bruk av Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) og alvorlighetsgrad av depressive symptomer ble målt med Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Triaksiale Akselerometre ble brukt for å måle den fysiske aktiviteten til deltakerne.</p>

	Fysisk aktivitet ble delt inn i kategoriene stillesittende aktivitet, lett fysisk aktivitet (LIPA) og moderat til kraftig fysisk aktivitet (MPVA).
Hovedfunn/resultater/ Konklusjon:	<p>Ingen statistisk signifikant forskjell ble funnet mellom ulike diagnoser, men de deprimerte deltakerne hadde en tendens til å være mindre aktive og mer stillesittende. Deltakerne brukte gjennomsnittlig 64,4% av tiden på stilletittende aktivitet.</p> <p>Omtrent 34 % av den registrerte tiden ble brukt til lett fysisk aktivitet.</p> <p>4,8 % av tiden ble brukt til moderat/kraftig fysisk aktivitet. Kun 1/5 av deltakerne oppfylte de anbefalte retningslinjene for fysisk aktivitet.</p> <p>12,1 % av pasientene utførte ikke noe moderat til kraftig aktivitet som varte i 10 min eller over i den registrerte tiden.</p> <p>Hvert poeng økning i MADRS ble assosiert til en reduksjon i lett fysisk aktivitet, uavhengig av stillesittende tid og moderat til kraftig fysisk aktivitet.</p> <p>Konklusjon: Personer med depressive lidelser hadde mye stillesittende tid, og lav oppfyllelse av retningslinjer for fysisk aktivitet. Stort behandlingspotensial for denne gruppen ved å øke fysisk aktivitet. Istedenfor å fokusere på fysisk aktivitet med høy intensitet som behandling, kan helsepersonell starte med å oppmuntre pasienter til lett fysisk aktivitet for å redusere stillesittende tid.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen anses som relevant fordi den gir innsikt i fysisk aktivitetsmønsteret til pasienter med mild til moderat depressive og/eller angstlidelser.
Forfattere	Soucy, I., Provencher, M., Fortier, M. & Mc Fadden, T. (2017).

Publiserings år	Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial.
Tittel	
Land	Inkluderte land: Nord-Amerika.
Hensikt:	Undersøke og sammenligne effekt av selvhjelps intervensjonene atferds aktivering og fysisk aktivitet på depresjon.
Metode:	<p>Randomisert kontrollert studie med 59 deltakere i alderen 18-65 år med milde til moderat depresjon, som varte over 8 uker. 72,9 % var kvinner.</p> <p>Deltakerne ble tilfeldig delt inn i tre grupper: atferdsaktivering, fysisk aktivitet og ventelistekontroll. Første møte i studien var personlig oppmøte, ellers ble all oppfølging administrert over telefon. Verktøy for screening som ble brukt: MINI, The Physical Activity Readiness Questionnaire, pasienthelsespørreskjema og The Godin Leisur- Time Exercise Questionnaire.</p>
Hovedfunn/resultater/ Konklusjon:	<p>Fant at både atferds aktivering og fysisk aktivitet intervensjon signifikant reduserte depressive symptomer.</p> <p>Terapeutisk gevinst blir oppretthold etter to måneder. Fysisk aktivitet intervensjon krevde mindre tidsbruk, og viste en noe større effekt en adferdsaktivering.</p> <p>Studien konkluderer med at fysisk aktivitet er en effektiv, tidsbesparende og tilgjengelig behandlingsform, som kan være en passende første tilnærming i behandling av depresjon.</p> <p>Fysisk aktivitet kan også anbefales av helsepersonell som ikke har kompetanse til å iverksette mere høyintensive psykologiske intervensjoner.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant fordi den viser at fysisk aktivitet gir en reduksjon i depressive symptomer hos pasienter med mild til moderat depresjon.

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Kritisk vurdering av:

Soucy, I., Provencher, M., Fortier, M., & McFadden, T. (2017). Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 46(6), 493–506. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/16506073.2017.1337806>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Undersøke og sammenligner effekt av selvhjelps intervensjonene, atferdsaktivering og fysisk aktivitet på depresjon.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studie med 59 deltakere i alderen 18-65 år med milde til moderat depresjon. Deltakerne ble tilfeldig delt inn i tre grupper: atferdsaktivering (BA), fysisk aktivitet (PA) og ventelistekontroll. Første møte i studien var personlig oppmøte, ellers ble all oppfølging gjort over telefon. Verktøy for screening som ble brukt var: MINI, The Physical Activity Readiness Questionnaire, pasienthelses spørreskjema og The Godin Leisur- Time Exercise Questionnaire.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

64 voksne oppfylte inklusjonskriteriene. Av disse avviste fire randomiseringen, og en trakk seg etter inntaket. Det er utarbeidet et deltakerflytskjema som viser en oversikt over prosessen.

12 deltakere trakk seg under behandlingen og 2 deltakere fra kontrollgruppen bestemte seg for å ikke gjennomføre en intervensjon etter venteliste perioden, noe som resulterte i en endelig prøvestørrelse på 45 fullførte deltakere.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

a. **Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?**

Ja – Nei – Uklart

b. **Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?**

Ja – Nei – Uklart

c. **Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?**

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Deltakerne i studie ble tilfeldig fordelt i en av de tre gruppene etter en dobbeltblind prosedyre. Randomiseringssekvensen ble bestemt før rekruttering gjennom en datamaskingenerert tilfeldig tallsekvens. Tilfeldig tildelte forhold ble lagt i en konvolutt merket med deltakerkoder og åpnet etter utfylling av baselinespørreskjema.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det var 20 deltakere i hver gruppe ved oppstart av studiet (etter randomisering). Det ble ikke oppdaget noen signifikant forskjell mellom gruppene angående alder, kjønn, tidligere diagnose av en depressiv episode, tidligere psykoterapi, psykotrope medisiner, nivåer av fysisk aktivitet og depressive symptomer.

72, 9% av deltakerne i studien var kvinner. Det var en aldersvariasjon mellom 20-62 år. Ca. halvparten av deltakerne var registeret som studenter (47, 6%), 30 % var i lønnet arbeid, mens resten bodde hjemme eller ikke spesifiserte arbeidssituasjonen.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert? Ja – Nei – Uklart**Kommentar:**

Ved begge intervensjonene ringte førsteforfatteren deltakerne annenhver uke for å overvåke depressive symptomer, gjennomgå ukentlige mål, hjelpe med tidligere/mulige hindringer og hjelpe med å etablere mål for de kommende to ukene. Ventelistekontroll gruppen ble også kontaktet på telefon annenhver uke for å overvåke symptomenes alvorlighetsgrad.

Del C: Hva er resultatene?**7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?** Ja – Nei – Uklart**Kommentar:**

Studien sammenlignet behandlingseffekter av to intervensjoner, BA og fysisk aktivitet PA, for å redusere depressive symptomer. Resultatene viste signifikante reduksjoner i depressive symptomer over tid for begge intervensjonene. BA-gruppen rapporterte lengre aktivitetstid sammenlignet med PA-gruppen, men deltakernes fysiske aktivitetsnivå økte ikke signifikant i BA-gruppen. Det var ingen signifikante forskjeller mellom PA og BA når det gjelder opprettholdelse av terapeutiske gevinster. Studien brukte statistiske analyser som ANOVA og t-tester, med rapportering av p-verdier for funn. Det var ingen nevneverdige mangler i data eller identifiserte skjevheter i analysene.

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert? Ja – Nei – Uklart**Kommentar:**

Effektestimaterne er rapportert for de ulike behandlingsgruppene (BA og PA) i form av t-verdier og Cohen's d-effektstørrelser. Dette gir en indikasjon på størrelse og signifikansen av effektene. I midlertidig er det ikke nevnt om konfidensintervaller er rapportert rundt disse estimatene, som kunne ha gitt en bedre forståelse av presisjonen eller usikkerheten knyttet til effektestimaterne.

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader? Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien fokuserer hovedsakelig på å rapportere resultatene knyttet til effektiviteten av de ulike behandlingsintervensjonene for å redusere depressive symptomer, samt befolkningsmessige og kliniske variabler blant deltakerne.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**10. Kan resultatene overføres til din praksis?**

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er en stor sannsynlighet for å møte pasienter med like utfordringer som deltakerne i denne studien. Studien rapporterer at både BA- og PA- intervensjonen var effektive for å redusere depressive symptomer sammenlignet med ventelistekontroller. Dette kan være viktige funn for min praksis da det gir støtte til bruk av aktivitetsbaserte tilnærminger i behandling av depresjon. Det påpekes manglende data og begrensinger knyttet til utvalgsstørrelsen og aldersgruppe. Dette kan være med på å påvirke generaliserbarheten og påliteligheten av studiens funn.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Basert på studien, virker det som om både BA- og PA-intervensjonene var effektive for å redusere depressive symptomer sammenlignet med ventelistekontroller. Dette tyder på at disse behandlingsmetodene kan være gunstige tillegg til dagens praksis for behandling av depresjon.

Oppsummering av vurderingen:

Studien evaluerte effekten av BA og PA sammenlignet med ventelistekontroll for å redusere depressive symptomer hos personer med mild til moderat depresjon. Resultatene viste signifikante reduksjoner i depressive symptomer over tid for begge intervensjonene, med ingen signifikante forskjeller mellom BA og PA når det gjelder opprettholdelse av terapeutiske gevinster. Dette tyder på at både BA og PA kan være effektive tilnærminger i behandlingen av depresjon, og kan være relevante for praksis for å forbedre pasienters mentale helse.

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Kritisk vurdering av:

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67–86. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jad.2016.03.063>

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Formålet er å undersøke effekten av fysisk aktivitet som behandling for depresjon, både som en uavhengig intervensjon og når det kombineres med antidepressiv medisin.

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Formålet med forskningsoppsummeringen er å vurdere effekten av trening på symptomer på depresjon. Et randomisert kontrollert studie er et gunstig studiedesign for å svare på dette spørsmålet. Randomiserte kontrollerte studier tillater vurdering av kausalitet og kan gi pålitelige resultater når de er godt utført.

Populasjon: Forskningsoppsummeringen inkluderer studier med voksne over 18 år med unipolar depresjonsdiagnose i henhold til DSM- eller ICD-kriterier. Noen studier inkluderte også deltakere med mindre depresjon eller dystymi, men disse er tydelig angitt.

Tiltak: Studiene som er inkludert, bruker ulike former for trening som intervensjon, inkludert både aerob og ikke-aerob trening.

Sammenligning: Kontrollgruppen i studiene mottar ulike behandlinger eller ingen behandling.

Dette gjør det mulig å sammenligne effekten av trening med andre typer behandlinger eller ingen behandling.

Utfall: Måler symptomene på depresjon som primært utfallsmål, ved hjelp av validerte skalaer eller ved indikasjon på remisjon.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er vanskelig å fastslå om alle relevante studier ble funnet, men det virker som at forfatterne har gjort en grundig innsats for å identifisere studier ved å bruke en omfattende søkestrategi. Forfatterne søkte i flere anerkjente databaser, inkludert Sports Discus, PsycINFO, MEDLINE, EMBASE og Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Forfatterne gikk også gjennom bibliografien til tidligere gjennomganger og kontaktet hovedforfatterne av inkluderte studier for å be om eventuelt upublisert materiale eller informasjon om pågående studier. Forfatterne søkte etter studier på flere språk som engelske, norsk, dansk, svensk og spansk. Tidsperioden gikk fra 2007- 2014.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Kvaliteten på de inkluderte studiene ser ut til å ha blitt tilstrekkelig vurdert, med forfatterne som evaluerte tre aspekter ved risiko for skjevhet uavhengig av hverandre. Selv om det ikke er spesifisert hvilket verktøy eller sjekkliste som ble brukt, virker det som om viktige kriterier som blinding og analysemetoder ble vurdert.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Metaanalysen synes å være gjennomført grundig og forsvarlig. Sammenligningene mellom intervensjons- og kontrollgruppene ble tydelig angitt, med klare resultater fra enkeltstudiene. Heterogenitet blant studiene ble vurdert, og analysemetodene ble forklart.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Kommentar:

Resultatene viser en signifikant reduksjon i depresjonssymptomer etter trening sammenlignet med kontrollgruppene. Gjennomsnittsforskjell og standardisert gjennomsnittlig forskjell ble brukt til å kvantifisere effekten av trening på depresjonssymptom. Det ble også vurdert relative risikoer og absolutt risikoreduksjon, som støttet de positive resultatene av trening som en behandlingsmetode for depresjon.

7. Hvor presise er resultatene?

Kommentar:

Resultatene er presentert med konfidensintervaller (KI/CI), som gir et mål på usikkerheten rundt estimatene.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har evaluert effekten av ulike former for trening på symptomer på depresjon hos voksne med unipolar depresjon. Resultatene viser en positiv effekt ved trening på reduksjon av symptomer på depresjon, sammenlignet med ulike kontrollgrupper. Dette kan tyde på at å inkludere fysisk aktivitet som en del av behandlingen kan være nyttig for personer med depresjon. Imidlertid bør beslutninger om behandling tas individuelt, med tanke på pasientens helsetilstand, preferanser og andre relevante faktorer.

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien fokuserer på primært utfallsmål knyttet til symptomer på depresjon og inkluderer validerte skalaer for å vurdere alvorlighetsgraden av depresjon eller indikatorer for reduksjon i symptomer.

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

For å vurdere om fordelene veier opp for ulempene og kostnadene, må man se på om nytten av tiltaket rettferdiggjør kostnadene og eventuelle ulemper eller bivirkninger. Det er også viktig å vurdere om det er praktiske eller organisatoriske utfordringer som kan påvirke implementeringen av tiltaket både for helsepersonell og pasienten.

Vedlegg 4: Checklist for analytical cross sectional studies

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Kritisk vurdering av:

Helgadóttir, B., Forsell, Y., & Ekblom, Ö. (2015). Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. PloS one, 10(1), e0115894. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1371/journal.pone.0115894>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
			Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

Studien gir en grundig analyse av fysisk aktivitetsmønstre blant personer med depressive og/eller angstlidelser, ved hjelp av objektive målinger og justering for potensielle forstyrrende faktorer.

Inklusjonskriteriene, studiedeltakerne, måling av eksponering og utfall er tydelig definert og målt ved hjelp av gyldige og pålitelige metoder. Strategier for å håndtere forstyrrende faktorer er oppgitt, og det er brukt passende statistiske analyser. I alt gir studien verdifulle innsikter i forholdet mellom symptomalvorlighet og aktivitetsmønstre i denne populasjonen.