

**BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Hvilken betydning har fysisk aktivitet for eldre med mild til moderat depresjon på en alderspsykiatrisk avdeling?*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 12.05.2021]*

*X Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

*Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå.*

*Hver dag går jeg meg til mitt daglige*

*velbefindende og fra enhver*

*sykdom. Jeg har gått meg til mine beste tanker,*

*og kjenner ingen tanke så tung, at*

*man ikke kan gå den av seg.*

- Søren Kierkegaard, 1813-1855.

(Hjelle, 2018, s. 105)

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn:*

Depresjon er en av de vanligste lidelsene hos eldre voksne over 65 år. Fysisk aktivitet som et behandlingsalternativ til eldre med depresjon kan være med på å redusere depressive symptomer.

### *Hensikt:*

Hensikten med denne oppgaven er å belyse betydningen av fysisk aktivitet for eldre med mild til moderat depresjon på en alderspsykiatrisk avdeling.

### *Metode:*

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor vi har inkludert fem kvantitative forskningsartikler med pasientperspektiv, samt annen relevant teori og egne refleksjoner for å svare på problemstillingen. Med utgangspunkt i resultatene fra litteraturstudien avslutter vi med å belyse sykepleieintervensjoner som er aktuelle for anvendelse i praksis.

### *Resultat:*

I resultatene fremkommer det at fysisk aktivitet i behandling til eldre med mild eller moderat depresjon reduserer symptomer på depresjon, spesielt sammen med behandling av antidepressive medikamenter. Fysisk aktivitet fører til bedring av fysisk funksjon, som kan redusere funksjonelle begrensninger tilknyttet sykdommer i alderdommen. Det ble også funnet at fysisk aktivitet fører til økt livskvalitet blant eldre deprimerte som deltok i treningsprogram.

### *Konklusjon:*

Fysisk aktivitet har en positiv betydning for eldre med mild til moderat depresjon, og bør tillegges i behandlingen på alderspsykiatrisk avdeling. Det forutsetter at sykepleiere får økt kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet, slik at man kan utøve god sykepleie til pasienten gjennom å motivere til, støtte under og tilrettelegge for deltakelse i fysisk aktivitet.

*Nøkkelord:* Depresjon, Fysisk aktivitet, Sykepleie, Alderspsykiatri

**Sammendrag/abstract**

**INNHOLDSFORTEGNELSE**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INNLEDNING</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1. Bakgrunn for valg av tema                                    | 1         |
| 1.2. Problemformulering   | 1         |
| 1.3. Hensikt med oppgaven   | 2         |
| <b>2. TEORETISK PERSPEKTIV</b>                                    | <b>3</b>  |
| 2.1. Biologisk aldring og sårbarhet                               | 3         |
| 2.2. Depresjon  | 3         |
| 2.3. Fysisk aktivitet   | 5         |
| 2.4. Livskvalitet   | 7         |
| 2.4.1. <i>Svekkelse av fysisk funksjon</i>                        | 7         |
| 2.4.2. <i>Tap av sosialt nettverk</i>                             | 8         |
| 2.5. Sykepleierens funksjon                                       | 9         |
| <b>3. METODE</b>  | <b>11</b> |
| 3.1. Valg av metode   | 11        |
| 3.2. Litteratursøk og valg av litteratur                          | 11        |
| 3.3. Analyse  | 14        |
| <b>4. RESULTATER</b>  | <b>15</b> |
| 4.1. Fysisk aktivitet fører til reduksjon av depressive symptomer | 15        |
| 4.2. Forbedring av den fysiske funksjonen ved trening             | 17        |
| 4.3. Økt livskvalitet blant eldre som deltar i fysisk aktivitet   | 18        |
| <b>5. DISKUSJON</b>   | <b>20</b> |
| 5.1. Metodediskusjon  | 20        |
| 5.2. Resultatdiskusjon  | 22        |
| <b>6. ANVENDELSE I PRAKSIS</b>                                    | <b>29</b> |
| <b>7. REFERANSER</b>  | <b>31</b> |
| <b>8. VEDLEGG</b>   | <b>33</b> |

**Antall ord: 9947**

## 1. INNLEDNING

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene hos eldre, og det er rapportert om depressive symptomer hos opptil 15 prosent av den eldre befolkningen (Helsedirektoratet, 2008, s. 67). I dagens samfunn blir flere eldre, og man kan dermed anta at antall deprimerede eldre vil øke. Ved lettere depresjon, kan fysisk aktivitet foreskrives som en behandlingsform. Foreløpig er det uenighet i hvor stor grad trening støtter behandling av depresjon, og dermed et behov for flere kontrollerte studier for å kunne kartlegge sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjon hos eldre (Helsedirektoratet, 2008, s. 67).

### 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Den eldre pasienten har vi møtt i hver praksisperiode gjennom hele sykepleiestudiet, og vi kan med sikkerhet si at vi vil ha utallige møter med denne pasientgruppen som sykepleier. I vår forrige praksisperiode var vi begge på alderspsykiatrisk avdeling ved SUS, hvor pasienter over 65 år ble utredet og behandlet for depressive lidelser. Depresjon har en relativt hyppig forekomst blant eldre, og er en sykdom som kan være utfordrende å behandle. I løpet av praksisperioden vokste interessen for å utforske påvirkningen fysisk aktivitet har i behandlingen av milde til moderate depresjoner. En observasjon vi gjorde oss var at pasientenes interesse for å delta i ulike aktiviteter økte, samtidig som pasientenes tilstand var i bedring. Vi opplevde at morgentrim og fellestur var dagens høydepunkt for flere av pasientene, og at dette hadde betydning for pasientenes humør, livsglede og relasjonen til personalet og andre medpasienter. Vi ønsket derfor å bedre vår kunnskap og øke vår faglige kompetanse på dette området, siden vi mener dette kan være nyttig å ta med seg inn i arbeidslivet og til nye møter med depresjon hos eldre.

### 1.2. Problemformulering

Aldringsprosessen er uunngåelig, og fysiologiske endringer skjer gjennom aldringen. Faktorer knyttet til psykisk helse i alderdommen er blant annet redusert informasjonsbearbeiding og reservekrefter. Det vil si vansker ved raskt skifte av inntrykk og økt sårbarhet, som en konsekvens av tap av fysisk helse og sosialt nettverk (Snoek & Engedal, 2017, s. 220). Dette kan for noen føre til eksistensiell meningsløshet. Det kan være vanskelig å utføre god, helhetlig sykepleie til eldre med depresjon. Mange eldre har flere somatiske sykdommer i tillegg og er dermed svært utsatt for polyfarmasi. Med den kommende eldrebølgen, mener vi det er viktig å utforske alternativ som kan effektivisere behandlingsforløpet til eldre som rammes av

depresjon. Depresjon er forbundet med redusert helse relatert livskvalitet, men det finnes tegn som tyder på at livskvaliteten øker som følge av fysisk aktivitet og trening. Ved hjelp av empiriske forskningsartikler ønsker vi å undersøke forholdet mellom fysisk aktivitet og mild til moderat depresjon blant eldre, og om pasientene oppnår økt livskvalitet ved å delta i fysiske aktiviteter.

### 1.3. Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen fysisk aktivitet har for eldre med mild til moderat depresjon i en alderspsykiatrisk avdeling.

## 2. TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapitlet vil vi presentere ulike teorier som bygger opp under vår problemstilling, og som vi senere vil diskutere opp mot resultatene av utvalgte forskningsartikler.

### 2.1. Biologisk aldring og sårbarhet

Aldring kan defineres som “summen av alle irreversible naturlige prosesser som rammer alle individer av en art, og som fører til en slik svekkelse av organismen som helhet at den ikke lenger er forenlig med liv” (Snoek og Engedal, 2017, s. 221).

Aldringsprosessen medfører endring av biokjemiske og strukturelle forhold i hjernen. Fra 50-årsalderen minker gradvis hjernens størrelse og vekt, og det totale vekttapet vil ved 90-årsalderen utgjøre om lag 10%. Snoek og Engedal (2017) beskriver dette vekttapet som beskjedent og at det sannsynligvis ikke har sammenheng med psykiske lidelser hos eldre. Likevel krymper noen hjerneavsnitt mer enn andre og det er da spesielt de kjerneområdene som har betydning for produksjon av viktige signalsubstanser. Det skjer endringer i hjernen som fører til nedsatt produksjon av serotonin og noradrenalin, samt reduksjon av områder som disse signalsubstansene virker på (Snoek og Engedal, 2017, s. 222).

Ifølge Snoek og Engedal (2017) har alderspsykiatri som mål å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser som opptrer i høy alder. Det er to forhold som kjennetegner alderspsykiatriske lidelser. Det ene er at de opptrer for første gang i høy alder (over 65 år). Det andre er at det finnes en sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk sykdom og biologisk, psykologisk eller sosial aldring, og mellom psykiatrisk og somatisk sykdom (Snoek og Engedal, 2017, s. 220).

### 2.2. Depresjon

WHO har rangert depresjon på fjerdeplass over de ti lidelsene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Hummelvoll, 2016, s. 193). En forklarende årsak til depresjon er ifølge Hjelle (2018) en ubalanse av de kjemiske stoffene serotonin, noradrenalin og dopamin i kontaktpunktene mellom nervecellene våre. Serotonin roer ned overaktive nerveceller og virker dempende på hele hjernen. Lave nivåer av serotonin vil føre til angst og uro i kroppen. Noradrenalin stimulerer nerveceller som gjør en våken og fokusert. Mangel på noradrenalin fører til nedstemthet og trøtthet. Dopamin er et sentralt stoff i hjernens belønningssystem som øker blant annet konsentrasjon, motivasjon og gir en velbehagsfølelse. Lave nivåer av dopamin

fører til tiltaksløshet og nedstemthet. Nydannelse av nerveceller, nevrogenese, reduseres derfor ved depresjon, og kan ligge til grunn for kognitive symptomer og andre aspekter av depresjon som tap av livsglede (Hjelle, 2018, s. 117). Mangel på disse viktige signalstansene i hjernen kan gi forklaring på depressive symptomer. For å redusere depresjon får pasienter utskrevet medisiner som øker mengden av disse tre signalstoffene i hjernen (Hjelle, 2018, s.108).

Depresjon kjennetegnes i form av nedtrykthet, tap av glede og interesser, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit. Skyldfølelse, følelse av verdiløshet samt søvnløshet og tap av matlyst er også svært vanlig. I tillegg er den depressive tilstanden preget av irritabilitet, tungsinn, håpløshetsfølelse og initiativløshet (Snoek og Engedal, 2017, s.97). Håkonsen (2008) skiller mellom tristhet og depresjon, hvor tristhet kan beskrives som en mildere og kortvarig form av nedtrykthet, mens depresjon er mer gjennomgripende og langvarig (Håkonsen, 2008, s.299). Vi kan skille mellom mild, moderat og alvorlig depresjon (Hummelvoll, 2016, s. 199).

Ved alvorlig depresjon har man fastlåste forestillinger (vrangforestillinger). Tilstanden preges av tretthet, smerter, følelse av utbrenthet, skyldfølelse og en følelse av å være en byrde (Hummelvoll, 2016, s. 200).

Hummelvoll (2016) beskriver moderat depresjon som en tendens til å fordreie virkelighetsoppfatning, dårlig dømmekraft og ofte mistolking av andres intensjoner. Personer som lider av moderat depresjon kan føle at det er noe galt med fordøyelsen, pusten, eliminasjon og hjerterytmene. Dette samtidig med at selvbildet er negativt preget og selvaktelsen lav. Evnen til å føle glede er redusert og depresjonsfølelsen er fremtredende. Dette skaper en tilbøyelighet til ekstra sterke reaksjoner ved separasjon eller ved tapsopplevelser, som videre fører til sosial tilbaketrekking (Hummelvoll, 2016, s.199).

Ifølge Hummelvoll (2016) er mild depresjon ofte forbigående og man har fremdeles realitetsorienteringen intakt. Selv om personen opplever tristhet, påvirker ikke det senkede stemningsleie dømmekraften som ved alvorlig og moderat depresjon. Også ved mild depresjon kan sosial tilbaketrekking oppstå. Tankeprosessen kan bli påvirket slik at evnen til oppmerksomhet og konsentrasjon blir forstyrret. Fysisk ubehag kan forekomme på grunn av økt mottakelighet for sensorisk stimuli (Hummelvoll, 2016, s.199).

Depresjon blir ofte behandlet med antidepressive medikamenter av typen SSRI. Dette øker mengden serotonin i hjernen, og som igjen bedrer nevrogenese (Hjelle, 2018, s. 117). Selv om



medikamentell behandling, som blant annet SSRI, har vist seg å ha god effekt hos deprimerte pasienter, bør det likevel være siste alternativ i behandling av depresjon. Behandling med antidepressiver krever god oppfølging, siden det er fare for medikamentell under- og overbehandling. Det er først etter noen ukers bruk at serotoninnivået er normalisert og man ser en virkning (Kvaal, 2015, s. 446). I tillegg til lang virketid, er det dokumentert plagsomme bivirkninger av antidepressiva. Blant annet dårligere søvnkvalitet, appetitt og fysisk funksjon som igjen kan føre til forverring av depressive symptomer (Hjelle, 2018, s. 110). Medikamentell behandling bør gjennomføres i en kombinasjon med ikke-medikamentell behandling (Kvaal, 2015, s. 446). Ifølge Hjelle (2018) har fysisk aktivitet en antidepressiv effekt, ved at hjernen skiller ut dopamin og serotonin. Fysisk aktivitet, som SSRI, kan dermed redusere depressive symptomer ved å skape en balanse mellom de kjemiske signalstoffene i hjernen (Hjelle, 2018, s. 118).

Vi har tidligere presentert en forklarende årsak til depresjon. Ifølge Snoek & Engedal (2017) er den viktigste utløsende årsaken til depresjon i alderdommen, ved siden av tap av pårørende, tap av fysisk helse og funksjonsevne. Sammenhengen mellom depresjon og fysisk helsesvikt kan forklares ved en kompleks kombinasjon av helsesvikt, funksjonssvikt, tap av autonomi, livsstilsendring og sosial isolasjon (Snoek & Engedal, 2017, s. 269). Eldre er mer utsatt for somatiske sykdommer. Alvorlig somatisk sykdom fører til funksjonstap og trussel om tap av autonomi og avhengighet. Dette blir sett på som en viktig årsak til depresjon og selvmordstanker hos eldre (Snoek & Engedal, 2017, s. 277). Det kan være vanskelig å skille depresjon hos eldre fra det som mange oppfatter som en naturlig sorgprosess i alderdommen (Snoek & Engedal, 2017, s. 268). Depresjon hos eldre kan vises i form av fremtredende energitap, passivitet, manglende interesse for omgivelsene og konsentrasjonsvansker, istedenfor den typiske følelsen av tristhet, fortvilelse og motløshet. Nedsatt appetitt og søvnløshet er ofte til stede i tillegg, men det kan også skyldes sviktende fysisk helse og trenger ikke være tegn på depresjon (Snoek & Engedal, 2017, s. 271).

### 2.3. Fysisk aktivitet

Fravær av fysisk aktivitet er en av de ledende risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer og død over hele verden. Det er anslått at omtrent 4 til 5 millioner dødsfall per år kan avverges hvis verdens befolkning blir mer aktiv. Eldre voksne og mennesker med funksjonsnedsettelse har større sannsynlighet for å gå glipp av de fysiske, mentale og sosiale helsegevinstene fysisk aktivitet gir (World Health Organization, 2021)

Fysisk aktivitet blir av WHO definert som enhver kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulatur som krever energiforbruk. Det refereres til all bevegelse som utføres i løpet av en dag. Dette kan være tungt fysisk arbeid eller bevegelse for å komme seg til og fra ulike steder (World Health Organization, 2020). Bevegelsesfunksjonen hos eldre påvirkes av sykdom og normale aldringsendringer. Aldringsprosessen opptrer forskjellig hos eldre individer, men påvirkes av de tre faktorene genetisk disposisjon, livsstil og kroniske sykdommer. Dette gir stor variasjon i funksjonsevne og potensiale for rehabilitering etter skade og sykdom hos ulike personer (Helbostad, 2015, s. 340). Omtrent én av ti personer over 65 år har minst én kronisk lidelse som kan ha en negativ påvirkning på deres fysiske funksjon. Dette gjør det vanskelig å vite om det er normale aldringsendringer eller somatisk sykdom som påvirker funksjonsevnen (Helbostad, 2015, s. 341).

Fysisk aktivitet kan forebygge og redusere ulike aldersrelaterte fysiske og psykiske forandringer, selv om aldringsprosessens faktorer som genetikk og sykdom påvirker hvordan vi eldes. Fysiske egenskaper som kondisjon, utholdenhet, balanse, styrke og fleksibilitet kan forbedres selv hos de eldste eldre (Helsedirektoratet, 2008, s.62). Det er ifølge WHO bevist at regelmessig fysisk aktivitet kan hjelpe til å forhindre og håndtere ikke-smittsomme sykdommer som hjertesykdom, hjerneslag, kreft og diabetes (World Health Organization, 2020). Styrketrening vil gi økt muskelmasse, muskelstyrke og bedre funksjonsevne. Beinmasse, balanse, koordinasjon og bevegelighet er andre faktorer som påvirkes av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2008, s. 62). Fysisk aktivitet hjelper også å opprettholde sunn kroppsvekt, forbedre livskvalitet, mental helse og velvære (World Health Organization, 2021)

Eldre voksne fra 65 år og oppover bør trene variert og med flere komponenter som utfordrer funksjonell balanse og styrke. Intensiteten på styrketreningen bør være moderat til høy 3 dager i uken eller flere. Fysisk aktivitet og trening hjelper de eldre på å forbedre funksjonell kapasitet og å redusere fallrisiko (World Health Organization, 2020). Ved milde og moderate depresjoner bør fysisk aktivitet brukes i behandling sammen med medisiner og samtale. Men i tillegg til å kunne forebygge og redusere depresjon har fysisk aktivitet egenskapen til å redusere risikoen for tilbakefall i en større grad enn antidepressiva alene (Helsedirektoratet, 2008, s. 275). Fysisk aktivitet medbringer gode helseeffekter for deprimerte som samtidig bærer en somatisk sykdom, og er en stor gevinst for enkeltmennesket og for samfunnet (Helsedirektoratet, 2008, s. 275)

## 2.4. Livskvalitet

Vi skal videre se nærmere på begrepet livskvalitet og hvordan livskvaliteten påvirkes av aldring, depresjon og fravær av fysisk aktivitet. Livskvalitet knyttes til enkeltmenneskets indre opplevelse og betegnes som psykisk velvære (Kristoffersen, 2016, s. 55). Kristoffersen (2016) beskriver begrepet livskvalitet slik: "Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv. Det å ha det godt er også avhengig av fravær av vonde følelser og vurderinger" (Kristoffersen, 2016, s. 55)

Helserelatert livskvalitet knyttes til menneskets funksjon, velvære og oppfatning av egen helse (Kristoffersen, 2016, s. 56). Gode følelser som glede, engasjement og kjærlighet antas å være essensielt for god livskvalitet. Enkeltmennesket som er tilfreds med eget liv, har selvspekt og en opplevelse av mening med tilværelsen, gjenspeiles med god livskvalitet. Vonde følelser som nedstemthet, angst og ensomhet ses ofte i forbindelse med misnøye med eget liv, skamfølelse og opplevelse av ubrukte evner. Disse vonde følelsene og vurderingen reduserer livskvaliteten til mennesket. Livskvaliteten er noe subjektivt og henger sammen med ens egen opplevde velvære og tilfredshet i forhold til det fysiske, psykiske og til livets sosiale aspekter (Kristoffersen, 2016, s. 55).

### 2.4.1. *Svekkelse av fysisk funksjon*

Sansene våre spiller en viktig rolle for livskvalitet og livsutfoldelse hos de fleste, da de gir oss informasjon og impulser fra omverdenen. Det har betydning for både fysisk og mental helse, for vekst og vedlikehold (Pihl, 2015, s. 287). Aldersforandringer i syn og hørsel er normalt, men risikoen for alvorlig sansesvikt øker med høy alder. Kombinert sansesvikt er assosiert med symptomer og redusert livskvalitet. Livsførselen til den eldre vil begrenses, når sansetapet fører til at kommunikasjon, praktisk og sosialt liv vanskeligjøres og skaper avhengighet av andre menneskers hjelp (Bjørø & Grue, 2011, s. 4). Sansetap kan føre til at vedkommende velger å isolere seg, fordi de kjenner på tilpasningsvansker i sosiale sammenhenger, har behov for mer hjelp i hverdagssituasjoner, fysiske plager og behov for helsehjelp (Pihl, 2015, s. 298).

Uavhengighet og evnen til å klare seg selv er høyt verdsatt i alderdommen. For at eldre skal fungere selvstendig i hverdagen er evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter, gangfunksjon og evnen til forflytning viktige egenskaper (Helbostad, 2015, s. 343). Evnen til å utføre dagligdagse gjøremål som å kle på seg, gå på toalettet, reise seg fra og sette seg ned på en stol blir redusert fra 75-årsalderen, viser en dansk studie. Funksjonssvikt kan også skyldes endring

i livsstil, personlige forhold eller være en konsekvens av somatisk eller kronisk sykdom (Helbostad, 2015, s. 343).

Fysisk inaktivitet kan synes å ha en negativ effekt på livskvalitet hos eldre. Siden mange eldre har redusert fysisk aktivitet grunnet aldringsprosessen, er konsekvensene av inaktivitet større for daglig funksjon og selvstendig enn hos unge (Helbostad, 2015, s. 344). I tillegg til å ha negative konsekvenser for fysiologiske funksjoner som bevegelsesfunksjonen, metabolismen, appetitt og fordøyelse, vil inaktivitet også medføre en negativ påvirkning på psykisk og sosial fungering. Eksempler er nedsatt tiltakslyst, følelse av hjelpeløshet, liten tillit til egne ferdigheter, nedstemthet og sosial isolasjon. Disse konsekvensene blir ansett å være flere triggere til depresjon i alderdommen (Helbostad, 2015, s. 344).

#### *2.4.2. Tap av sosialt nettverk*

Eldre med depresjon har ofte lavt selvbilde, manglende interesse og en følelse av eksistensiell meningsløshet. Den deprimerte er derfor mer utsatt for ensomhet og isolasjon, da dette kan gjøre det vanskelig å være sammen med andre (Kvaal, 2015, s. 444). For å bedre livskvaliteten til eldre deprimerte kan fysisk aktivitet være et godt tiltak, både på det fysiske, psykiske og sosiale plan. Fysisk aktivitet kan føre til opplevelsen av å mestre noe. Når kroppsstyrken og bevegeligheten øker, kan det føre til bedre kontroll ved gjennomføring av hverdagslige gjøremål (Kvaal, 2015, s. 446). Det kan være en utfordring å motivere deprimerte eldre til å delta i fysisk aktivitet, da det kan kjennes tungt og uoverkommelig (Kvaal, 2015, s. 444). En viktig motivasjonsfaktor kan være den sosiale rammen rundt aktiviteten. Helbostad (2015) viser til en forskningsstudie der ble det gjort funn om at en gruppe som hadde fellestrening et par ganger i uken hadde en bedre opplevelse av helse relatert livskvalitet, i forhold til en gruppe som utførte hjemmeøvelser alene. Begge gruppene hadde lik forbedring målt i fysisk funksjon (Helbostad, 2015, s. 347)

Svekket psykisk og fysisk funksjonsevne kan innvirke på muligheten til å delta på sosiale arenaer (Helgesen, 2016, s. 147). Forskning viser at sosial deltakelse og sosial støtte har en gunstig effekt på psykisk helse, mestring og livskvalitet. Psykososiale behov som tilfredsstilles i kontakt med andre er blant annet opplevelse av tilhørighet, fellesskap, anerkjennelse og trygghet, samtidig styrkes individets følelse av glede, vitalitet og dermed livskvalitet (Helgesen, 2016, s. 142). Det er viktig at sykepleiere retter oppmerksomhet mot sosial kontakt som et grunnleggende behov i møte med eldre pasienter. På en alderspsykiatrisk avdeling kan fysisk

aktivitet som et tiltak styrke det sosiale nettverket og derfor være både sykdomsforebyggende og helsefremmende (Helgesen, 2016, s. 143).

## 2.5. Sykepleierens funksjon

Sykepleieren har en viktig funksjon i møtet med eldre med depresjon for å kunne lindre lidelsen og fremme livskvalitet. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin sykepleieteori tydeliggjør sykepleierens funksjon på dette området. Hun retter fokus mot det mellommenneskelige aspektet i sykepleien. Kristoffersen (2016) siterer Travelbee slik: “Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen, 2016, s. 29).

Sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, og etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s. 26). For å etablere et menneske-til-menneske-forhold legges det vekt på det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2016, s. 32). Evnen til å kunne bruke seg selv terapeutisk, kjennetegner en profesjonell sykepleier ifølge Travelbee. Det innebærer å bruke selvinnsikt og selvforståelse, samt ha en dyp innsikt i forståelsen og forutsetninger for menneskets atferd i møtet med pasienten. Sykepleieren skal altså bruke seg selv for å fremme ønsket forandring hos pasienten for å redusere eller lindre plagene lidelsen medfører (Kristoffersen, 2016, s. 35). Slik kan sykepleieren gi mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp (Kristoffersen, 2016, s. 26). Travelbee beskriver seks kjennetegn tilknyttet håp: avhengighet av andre, det er fremtidsorientert, mulighet for valg, ønsker, tillit, utholdenhet og mot. Sykepleiens mål er derfor blant annet å forebygge sykdom og fremme god helse ved hjelp av de sentrale begrepene mestring, finne mening og håp (Kristoffersen, 2016, s. 30).

I Norsk sykepleierforbunds beskrivelse av yrkesetiske retningslinjer § 2.2 står det at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Mening og håp er grunnleggende fenomener i sykepleie, fordi det er noen av de viktigste faktorene bak menneskelig atferd. Det er nettopp mestring og håp som forbedrer menneskets evne til å mestre vanskelige situasjoner, tap, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse (Kristoffersen, 2016, s. 206). Menneskelige verdier er nært tilknyttet grunnleggende behov, som igjen fungerer som drivkrefter eller motiver for menneskets atferd. Å få dekket grunnleggende fysiologiske, psykologiske og sosiale behov er av stor betydning for ethvert

menneske og deres livsførsel (Kristoffersen, 2016, s. 209). Hos pasienten som har mistet livsgnisten gjennom sykdom og lidelse, bør sykepleieren gi hjelp til å finne mening og håp. Sykepleieren vil vise forståelse for hvordan pasienten tenker og føler gjennom å lytte og å være tilgjengelig (Kristoffersen, 2016, s. 215). Deretter bør sykepleieren gi nye perspektiver på situasjonen gjennom å støtte, lindre og bekrefte pasienten gjennom samtaler.

I sykepleien rettet mot depresjon er det ifølge Kvaal (2015) nødvendig å bygge en god allianse og et respektfullt og likeverdig forhold til pasienten. Et annet viktig element i behandlingen er å delta i terapeutiske samtaler med pasienten, samt motivere til fysisk aktivitet. Sykepleieren skal også motivere for og informere om legemiddelbehandling og annen aktuell behandling mot depresjon, i tillegg til å observere virkninger og bivirkninger av behandlingen (Kvaal, 2016, s. 449).

### 3. METODE

I dette kapitlet redegjøres det for valg av metode og vitenskapelig tilnærming. En metode blir definert som en fremgangsmåte for å oppnå eller etterprøve kunnskap. Redskapet som brukes for å tjene dette formålet, er en metode som vil gi oss etterspurt data og undersøke vår hensikt på en faglig og interessant måte (Dalland, 2008, s. 83).

Innenfor samfunnsvitenskapen skiller man mellom kvalitative og kvantitative metoder. Den kvantitative metoden bygger på positivisme og søker forklarende kunnskap. Kvantitativ tilnærming gir informasjon i form av målbare enheter og går i bredden, da metoden baserer seg på mange informanter. Kvantitativ forskning ønsker å oppnå presisjon med et fokus på det gjennomsnittlige. Her tilstrebes nøytralitet for å få frem det representative (Dalland, 2008, s. 86). Den kvalitative metoden bygger på hermeneutikken, og vil gjennom humanvitenskap samle forstående kunnskap. Det vil si at forskningen går i dybden med få informanter, med fokus på det særegne (Dalland, 2008, s. 86).

#### 3.1. Valg av metode

I denne bacheloroppgaven vil vi følge Fribergs metode (2017), og dermed utarbeide en integrativ litteraturoversikt over fem vitenskapelige forskningsartikler. Her skal vi analysere og kvalitetsgranske ulikt datamateriale, samt sammenstille funnene fra artiklene. Vi har også valgt å trekke inn annen relevant faglitteratur og egne erfaringer når vi diskuterer resultatene (Friberg, 2017, s. 141). For å underbygge vår problemstilling har vi innhentet data fra fem kvantitative artikler. De kvantitative artiklene gir en bredere forklaring på forholdet mellom depresjon og fysisk aktivitet blant eldre.

#### 3.2. Litteratursøk og valg av litteratur

##### 3.2.1. Valg av søkestrategi

Det er opplysningene vi innhenter fra datamaterialet i forskningsartiklene, som gir oss grunnlaget for å kunne svare på problemstillingen. Datamaterialet må ha tilstrekkelige holdepunkter og være så relevant som mulig (Dalland, 2008, s. 119). Vi anvendte systematisk litteratursøk som strategi til å samle inn relevante data for å kunne svare på vår problemstilling.

### 3.2.2. *Valg av databaser*

I jakten på vitenskapelige artikler som samsvarte med vår hensikt, søkte vi i flere databaser. Cinahl, Svemed+, British Nursing Index var blant relevante databaser vi var innom. Vi valgte etter hvert å hente samtlige artikler fra Oria.no, da de hadde et bredt utvalg av forskningsartikler som ga flere gode resultater. Oria.no er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek. Vi fikk tilgang til portalen via biblioteket på UIS sin hjemmeside.

### 3.2.3. *Valg av søkeord*

Når vi skulle bestemme oss for hvilke søkeord som skulle anvendes i søkeprosessen, tok vi utgangspunkt i egne erfaringer og hva vi vurderte som relevant for temaet. Vi brukte søkeordene “Physical activity” og “Depres\*” og fikk flere hundre tusen treff. Videre spisset vi søket i samsvar med temaet, hvor vi la til søkeordet “Older” og fikk da færre treff. Vi kombinerte disse ordene, samtidig som vi byttet ut ordene “Physical activity” med “Exercise”, og “Older” med “Elderly”. Slik fikk vi opp flere ulike forskningsartikler som omhandlet forholdet mellom eldre med depressive symptomer og fysisk aktivitet. Dette var en tidkrevende prosess, hvor vi leste gjennom en rekke sammendrag, før vi valgte ut de mest aktuelle artiklene.

### 3.2.4. *Valg av artikler*

I søkeprosessen, ved valg av artikler, avgrenset vi søket ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er viktig at artiklene er pålitelige og gyldige. Derfor inkluderte vi kun fagfellevurderte artikler som er publisert i løpet av de siste 10 årene. Artiklene måtte også følge en såkalt IMRAD-struktur, og være skrevet på engelsk eller norsk. Vi inkluderte forskning som presenterte et pasientperspektiv, for å få en større forståelse rundt betydningen av fysisk aktivitet for pasienten. Vi ekskluderte artikler fra land utenfor Europa og USA, da vi ønsker forskning som baserer seg på en vestlig kultur.

Da vi leste gjennom relevante artikler, ønsket vi at arenaen for forskningen skulle ta sted på sykehjem, i hjemmesykepleien eller ved psykiatrisk avdeling, hvor det primært var et behandlingstilbud til eldre over 65 år. Selv om vi i utgangspunktet hadde satt kriteriet til at artiklene skulle være utgitt i løpet av de 10 siste årene, valgte vi å inkludere en artikkel fra 2007. Dette fordi vi fant artikkelens resultater svært relevant for vår problemstilling og fordi vi mener at forskningsresultatet er like aktuelt i dag. De fire resterende artiklene vi valgte oppfyller alle



de overnevnte kriteriene. Det var viktig at forskningen i de ulike artiklene var etisk gjennomført, hvor det ble tatt hensyn til etiske prinsipper og frivillighet hos deltakerne. Dette kriteriet mener vi de utvalgte artiklene tilfredsstillende. Samtlige av våre valgte forskningsartikler er kvantitative. I utgangspunktet var det ønskelig å studere både kvalitative og kvantitative artikler, men vi fant ingen relevante kvalitative artikler for vår problemstilling.

Tabell 1. Oversikt over utvalgte artikler

| Forfatter, årstall, land                    | Hensikt   | Perspektiv | Metode  | Database |
|---|---|------------|---|----------|
| Wassink-Vossen S, et al. (2014). Nederland. | Søke kunnskap som forklarer det lave nivået av fysisk aktivitet ved depresjon hos eldre.                          | Pasient    | Kvantitativ tilnærming. 378 deltakere. Longitudinell tverrstudie med spørreundersøkelse.  | Oria.no  |
| Brenes, G. A. et al. (2007). USA.           | Teste effekten av et treningsprogram og antidepressiv behandling hos eldre voksne med depresjon                   | Pasient    | Kvantitativ tilnærming. 37 deltakere. Kliniske intervju, fysiske tester, observasjoner og egenrapporter før og etter treningsprogram. | Oria.no  |
| Aarseth, E. M. et al. (2014). Norge.        | Undersøke om ulike typer fysisk aktivitet vil utgjøre en forskjell i utfallet knyttet til mental og fysisk helse. | Pasient    | Kvantitativ tilnærming. 50 deltakere. Kliniske intervju, fysiske tester og pasientundersøkelser før og etter treningsprogram.         | Oria.no  |
| Lok, N. et al. (2017). Tyrkia.              | Undersøke hvordan et treningsprogram for eldre kan påvirke deres depressive symptomer og livskvalitet             | Pasient    | Kvantitativ tilnærming. 80 deltakere. Klinisk intervju og pasientundersøkelse før og etter utført treningsprogram.                    | Oria.no  |
| Murri, M. B. et al. (2018). Italia.         | Undersøke endringene av depressive symptomer hos eldre etter trening  | Pasient    | Kvantitativ tilnærming. 121 deltakere. Klinisk intervju og pasientundersøkelser før, under og etter treningsprogram.                  | Oria.no  |

### 3.3. *Analyse*

I analysen vil vi ha et særlig fokus på resultatene fra de vitenskapelige artiklene. Vi leste gjennom de valgte studiene flere ganger for å forstå innholdet og sammenhengen. Deretter søkte vi etter likheter og forskjeller i de ulike forskningsartiklene. Siden vi valgte å utarbeide en integrativ litteraturoversikt så utførte vi en datareduksjon og identifikasjon av nøkkelfunn i studiene. Videre laget vi en oversiktstabell over våre utvalgte artikler og som vi videre sammenstilte ved å identifisere karakteristika i datamateriale. Til slutt satte vi opp en presentasjon over resultatene fra artiklene, for å kunne trekke konklusjoner som er relevante for vår problemstilling.

#### 4. RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra vår studie. Gjennom analysearbeidet kom vi frem til tre hovedfunn med underkategorier som var relevant for vår hensikt. Oversikt over hovedfunn med underkategorier beskrives i tabellen nedenunder.

Tabell 2. Oversikt over hovedfunn med underkategorier

| Hovedfunn  | Underkategorier   |
|--|---|
| Fysisk aktivitet fører til reduksjon av depressive symptomer | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Styrker psykisk helse</li> <li>- Fysisk aktivitet i tillegg til antidepressiv behandling</li> </ul>                      |
| Forbedring av den fysiske funksjonen ved trening             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opprettholde fysisk funksjon</li> <li>- Betydning av ulik type fysisk aktivitet hos den eldre deprimerte</li> </ul>      |
| Økt livskvalitet blant eldre som deltar i fysisk aktivitet   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Somatiske og psykiske faktorer spiller inn på livskvalitet</li> <li>- Fysisk aktivitet som en sosial funksjon</li> </ul> |

Videre vil vi gi en nærmere utdypning av våre tre hovedfunn.

##### 4.1. Fysisk aktivitet fører til reduksjon av depressive symptomer

Alvorlig depresjon regnes som et av de mest utbredte og svekkende helseproblemene i verden, med alvorlig konsekvenser for enkeltpersoner, familier og samfunnet som en helhet (Murri et al., 2018). Depresjonslidelsen kompliseres ytterligere i slutten av livet, på grunn av aldringens spesifikke nevrobiologiske egenskaper og sammenfallet av fysiske sykdommer (Brenes et al., 2007). Flere studier har vist at depresjon er assosiert med et redusert aktivitetsnivå. Dette kan forårsake negative konsekvenser for helsen hos personer med depressive lidelser (Wassink-Vossen et al., 2014). Wassink-Vossen et al. (2014) konkluderer med at fysisk aktivitet kan redusere depressive symptomer hos personer over 60 år (Wassink-Vossen et al., 2014).

#### *4.1.1. Trening styrker mental helse*

Treningsdeltakelse er et behandlingsalternativ som blir foretrukket og tolereres godt blant eldre med psykiske lidelser, fordi det reduserer alvorlighetsgraden av depressive symptomer vesentlig (Murri et al., 2018). Det stilles spørsmål om fysisk aktivitet har best effekt på pasientenes grunnleggende behov som forbedring av søvn, appetitt og tretthet, eller de depressive kjernesymptomene som nedstemthet og manglende interesse. Det blir videre bevist at trening har god effekt på humør og forbedring av grunnleggende behov på kort sikt, men også når det kommer til stimulering av antidepressive mekanismer på lang sikt, som nevrogenese (Murri et al., 2018). Trening viser seg altså å ha god effekt på tvers av flere symptomdimensjoner både på kort sikt og lang sikt (Murri et al., 2018)

I studien til Lok et al. (2017) ble det forsket på om et ti-ukers fysisk aktivitetsprogram på et sykehjem kunne redusere depressive symptomer hos beboerne. Måleverktøyet "Beck Depression Scale" (BDI) ble brukt før og etter aktivitetsprogrammet for å kartlegge utgangspunkt og utvikling av depressive symptomer hos pasientene. BDI-skåren ble betraktelig forbedret hos intervensjonsgruppen, mens kontrollgruppen ikke hadde noen signifikant endring etter ti uker (Lok et al., 2017). Aarseth et al. (2014) utforsket effektene av ulike typer fysisk aktivitet, og kom frem til at turgåing var den aktiviteten som hadde best effekt på mental helse.

#### *4.1.2. Fysisk aktivitet i tillegg til antidepressiv behandling*

SSRI, selektive serotoninreopptakshemmere, er mye brukt i behandling av depresjon. Sertralin, av typen SSRI, har vist seg å ha god effekt i behandling av både milde, moderate og alvorlige depresjoner blant eldre (Brenes et al., 2007). Kvantitativ forskning har vist at blant deprimerte eldre er funksjonelle begrensninger, innleggelseser og et høyere medisinbruk assosiert med et lavere fysisk aktivitetsnivå (Wassink-Vossen et al., 2014). Trening som et alternativ eller supplement til medikamentell antidepressiv behandling har fått økt oppmerksomhet. I studien til Brenes et al. (2007) viste resultatene en signifikant reduksjon i depresjonsskåren hos både treningsgruppen og sertralingruppen i forhold kontrollgruppen.

Murri et al. (2018) sammenlignet én gruppe som mottok sertralin, med to grupper som mottok både sertralin og gruppetrening flere ganger i uken. Intervensjonsgruppen som mottok både trening og medikamentell behandling med sertralin viste en stor forbedring i deprimert humør, psykomotorisk retardasjon og psykisk angst. Det var spesielt de affektive symptomene som

nedstemthet og mangel på energi, som hadde en signifikant forbedring i intervensjonsgruppen (Murri et al., 2018).

#### 4.2. Forbedring av den fysiske funksjonen ved trening

Senere studier bekrefter at regelmessig fysisk aktivitet hos eldre mennesker kan forsinke aldringsprosessen og forebygge aldersrelaterte sykdommer (Aarseth et al., 2014). Moderat fysisk aktivitet blir ansett å være en nøkkelfaktor for å forbedre fysisk helse og funksjon (Wassink-Vossen et al., 2014). I forhold til normalbefolkningen er pasienter som lider av psykiske lidelser ofte mindre aktive, og inaktivitet over lengre tid fører til redusert balanse og muskelstyrke. Dette gir dårligere generell helse og reduserer livskvaliteten (Aarseth et al., 2014).

##### 4.2.1. *Fysisk aktivitet for å opprettholde fysisk funksjon*

Den longitudinelle studien til Wassink-Vossen et al. (2014) viser at personer over 60 år tilegner seg en mer inaktiv livsstil i tråd med fremvoksende depresjon. Funksjonsbegrensninger og nedsatt fysisk funksjon er både årsak og konsekvens av milde, moderate og alvorlige depresjoner. Faktisk er risikoen for funksjonsnedsettelse som konsekvens av fysisk inaktivitet større hos personer med depresjon enn hos personer med kroniske sykdommer (Brenes et al., 2007). I studien til Brenes et al. (2007) ble deltakerne delt inn i tre ulike grupper: behandling av depresjon i form av trening, sertralin eller alminnelig pleie. Det ble bevist at gruppen som mottok sertralin hadde en forverring av kroppens fysiske funksjon, mens treningsgruppen viste forbedring i de fysiske testene etter fire måneder. I tillegg til å ha en antidepressiv effekt, konkluderte studien med at fysisk aktivitet har fordelen med å forbedre den fysiske funksjonen (Brenes et al., 2007).

Regelmessig fysisk aktivitet spiller en viktig rolle for å opprettholde fysisk funksjon, fordi det reduserer risiko for kroniske sykdommer og styrker fysisk styrke og fleksibilitet (Lok et al., 2017). Også i studien til Lok et al. (2017) viste resultatene at gruppen som utførte et fysisk aktivitetsprogram hadde en signifikant forbedring i fysisk funksjon, i motsetning til kontrollgruppen som hadde tilnærmet ingen endring i fysisk funksjon, etter 10 uker.

##### 4.2.2. *Betydning av ulik type fysisk aktivitet hos den eldre deprimerte*

Ved en alderspsykiatrisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus ble det gjort en forskning på om alle typer fysisk aktivitet ville ha tilnærmet lik effekt på fysisk og mental funksjon (Aarseth

et al., 2014). Her ble deltakerne inndelt i tre ulike grupper. En gruppe utførte hovedsakelig egentrening i trapp eller ergometersykling, en gruppe deltok i et mer organisert treningsprogram med fellestrim og balansetrening og en siste gruppe deltok i regelmessig turgåing, tre til fem ganger per uke (Aarseth et al., 2014). Resultatene viste signifikante forbedringer i den fysiske funksjonen ved utreise (Aarseth et al., 2014).

Murri et al. (2018) tilpasset treningsintensiteten og aktivitetsopplegget til individenes fysiske utgangspunkt for å unngå uheldige utfall tilknyttet fysisk funksjon og uønsket affektiv respons. Studien viser at lavintensitetstrening har en god remisjonsrate og forbedringer i depresjonssymptomer tilknyttet apati. Både lav- og høyintensitetstrening viser god forbedring i søvnkvalitet og generelle depressive symptomer (Murri et al., 2018).

#### 4.3. Økt livskvalitet blant eldre som deltar i fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en positiv effekt på helse relatert livskvalitet, og er derfor viktig for en sunn aldring (Wassink-Vossen et al., 2014). Depressive symptomer som reduserer livskvaliteten er forstyrrelser i ernæringsmønster og søvn, psykomotorisk agitasjon eller retardasjon, tap av energi, følelse av verdiløshet eller skam, konsentrasjonsvansker og selvmordstanker (Brenes et al., 2007). Antall depressive symptomer kan ses i sammenheng med økende funksjonsnedsettelse i dagliglivet. Blant eldre med 1-3 symptomer på depresjon rapporterte hele 30% at de hadde vanskeligheter med minst én aktivitet i dagliglivet (Brenes et al., 2007). Lok et al. (2017) sin hypotese om at fysisk aktivitet økte livskvaliteten blant eldre med depressive symptomer stemmer overens med studiens resultater. Intervensjonsgruppen som utførte et ti-ukers aktivitetsprogram viste en forbedring i livskvalitet basert på fysisk helse, dagligdagse gjøremål, smerter og generell helse (Lok et al., 2017).

##### 4.3.1. *Somatiske og psykiske faktorer spiller inn på livskvalitet*

Samtlige av studiene i denne litteraturstudien viser at forholdet mellom depresjon hos eldre over 60 år og fysisk aktivitet ikke er tilknyttet sosiodemografisk karakteristika. I den kvantitative studien til Wassink-Vossen et al. (2014) kom det frem at forholdet mellom fysisk aktivitet og depresjon kan bli forklart av deres somatiske og psykososiale tilstand. Studien viser at gruppen med depresjon hadde en samlet lavere skår i kognitiv funksjon og mestringsfølelse, flere funksjonelle begrensninger, flere kroniske sykdommer og brukte mer medisiner enn gruppen uten depressive lidelser. Funksjonelle begrensninger og mangel på mestringsfølelse

kommer frem som den største årsaken til fysisk inaktivitet hos deprimerte eldre (Wassink-Vossen et al., 2014).

Selv om somatiske og psykiske faktorer kan begrense deltakelsen i fysisk aktivitet blant eldre, er det også bevist at ved å delta i et aktivitetsprogram minsker risikoen for kroniske sykdommer, samtidig som livskvaliteten øker (Lok et al., 2017). Wassink-Vossen et al. (2014) foreslår at det bør rettes oppmerksomhet mot styrking av mestringsfølelsen og tilrettelegging av fysisk aktivitet tilpasset de funksjonelle begrensningene til pasientene.

#### 4.3.2. *Fysisk aktivitet som en sosial funksjon*

I forskningen til Wassink-Vossen et al. (2014) kommer det frem at den deprimerte gruppen har lavere aktivitetsnivå og lite sosialt nettverk. Fysisk inaktivitet og færre sosiale kontakter viste seg å være de største årsakene til nedsatt fysisk funksjon (Wassink-Vossen et al., 2014). Undersøkelsen til Aarseth (2014) gjorde et viktig funn der turgåing som ble kombinert med sosialt samvær blant personell og medpasienter, hadde spesielt god effekt på mental helse. I en annen studie rapporterte eldre individer at livskvaliteten ble redusert dersom de ikke engasjerte seg i å delta eller utføre fysiske aktiviteter (Lok et al., 2017). Intervensjonsgruppen i studien til Lok et al. (2017) beskrev den sosiale deltakelsen i aktivitetsprogrammet som en av grunnene til økt livskvalitet.

## 5. DISKUSJON

I følgende kapittel vil vi diskutere metoden vi har brukt i denne litteraturstudien, og resultatene fra de utvalgte artiklene for å belyse vår problemstilling. Metode og resultat drøftes i lys av oppgavens teori og hensikt. Her vil vi også inkludere våre personlige refleksjoner.

### 5.1. Metodediskusjon

I denne bacheloroppgaven har vi valgt en integrativ litteraturoversikt som metode, hvor vi besvarer vår hensikt med analyse og resultater fra fem forskningsartikler. Vi mener fem kvantitative forskningsartikler har vært tilstrekkelig, fordi de har gitt god innsikt og forklaring på betydningen av fysisk aktivitet til eldre med mild og moderat depresjon. I samtlige av de utvalgte artiklene baserer forskningen seg på tilnærmet lik deltakergruppe, men har ulike formål og funn som bidrar til å nyansere vår besvarelse.

#### 5.1.1. Arena, deltakere og prosedyre i studiene

De valgte studiene ble utført i Nederland, USA, Tyrkia, Italia og Norge. Artikler fra disse landene ble valgt fordi de baserer seg på den vestlige kulturen og vi tenker disse landene er representative i forhold til det norske helsevesen. Deltakerne i studiene ble vurdert med vurderingsverktøy tilsvarende dataverktøy som også brukes i vårt helsevesen, deriblant MADRS, BDI, MMSE, GAF og SF-36. Dette er verktøy vi selv ble kjent med i praksis på alderspsykiatrisk avdeling, som kartlegger depressive symptomer og mental helse i form av kliniske intervju og spørreundersøkelser. Deltakerne i noen av studiene utførte også fysiske tester, for å kartlegge betydningen av fysisk aktivitet på den fysiske funksjonen.

For å innhente data som var relevant for vår problemstilling ønsket vi en forskningsarena der helsepersonell omgås deltakerne under studien. I fire av de fem utvalgte artiklene finner forskningen sted på ulike institusjoner der helsepersonell ivaretar og behandler eldre med blant annet psykiske lidelser, deriblant alderspsykiatrisk avdeling og sykehjem. I studien til Brenes et al. (2007), Lok et al. (2017) og Murri et al. (2018) ble deltakerne i forskningen organisert i såkalte randomiserte intervensjon- og kontrollgrupper. Intervensjonsgruppene mottok et treningsopplegg, mens kontrollgruppen mottok alminnelig pleie uten et aktivitetsopplegg. Studien til Aarseth et al. (2014) hadde ingen kontrollgruppe, og begrunnet dette med at det ikke var etisk forsvarlig, fordi fysisk aktivitet inngikk som standardbehandling hos de inneliggende pasientene. I denne studien mottok deltakerne ulike treningsopplegg for å undersøke effekten



av ulike typer fysisk aktivitet (Aarseth, 2014). Alle deltakerne i disse studiene var over 65 år med depressive symptomer og de ble observert og vurdert både før, under og etter det fysiske behandlingsopplegget (Brenes et al., 2007, Lok et al., 2017, Murri et al., 2018 & Aarseth et al., 2014). Valg av deltakere og prosedyre i disse studiene gjør at vi anser forskningen som svært aktuell, da den samsvarer godt med studiens hensikt.

Forskningen til Wassink-Vossen et al. (2014) følger en annen prosedyre enn overnevnt forskning. Dette er en longitudinell kohortstudie, hvor deltakere over 60 år, både med og uten depresjon, ble intervjuet og svarte på pasientundersøkelser over en treårsperiode. Denne studiens styrke er at den baserer seg på et stort utvalg av klinisk deprimerte eldre med ulikt utgangspunkt i depressive symptomer og helsemessig bakgrunn sammenlignet med en ikke-deprimert gruppe. Selv om studien til Wassink-Vossen et al. (2014) ikke forsket spesifikt på effekten av fysisk aktivitet, anses den som relevant for å trekke inn forskning som forklarer forholdet mellom depresjon og inaktivitet hos eldre i denne oppgaven.

#### 5.1.2. Kvantitativ tilnærming som metode

Våre valgte studier har benyttet seg av kvantitativ forskning som metode. Kvantitativ forskning tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, som gir muligheter til å foreta regneoperasjoner for å finne gjennomsnitt eller prosent av en større mengde. For å undersøke årsakssammenhenger og breddeforståelse innen et valgt område, brukes kvantitativ forskning (Dalland, 2008, s. 84). Med det som bakteppe mener vi at bruk av kvantitativ metode i de valgte studiene, har vært det mest optimale for å belyse hensikten og besvare problemstillingen. For å skape et mer helhetlig bilde over betydningen av fysisk aktivitet hos eldre med depresjon, kunne det vært aktuelt å trekke inn kvalitativ forskning for å supplere med deltakernes opplevelser og følelser på et dypere plan. Likevel var det et bevisst valg å bruke kvantitativ tilnærming, ettersom vi søker en forklarende eksperimentering på forholdet mellom symptomer på depresjon og fysisk aktivitet.

I vurderingen av studienes gyldighet og validitet ble det sett på vurderingsverktøy som ble brukt, realitet eller tilfeldighet i funn og etiske forhold i gjennomføringen. Kartleggingsverktøyene forskerne har valgt å bruke, nevnt tidligere i dette kapittelet, er kliniske instrumenter som også brukes av helsepersonell innen psykisk helsevern i Norge. Her kartlegges pasientenes symptomer, fysiske funksjon og livskvalitet gjennom egenrapporteringer, kliniske intervju og observasjoner utført av helsepersonell. Vi mener dette er pålitelige verktøy, selv om det finnes faktorer som kan begrense presisjonen. For eksempel

kan deltakerne med depresjon undervurdere seg selv og sin fysiske funksjon i egenrapporter (Wassink-Vossen et al., 2014). Med kvantitativ tilnærming forskes det ofte på en større populasjon, enn ved kvalitativ tilnærming. Flertallet av våre artikler hadde en tilfeldig utvelgelse av deltakere som skulle delta i intervensjon- eller kontrollgruppe. Funnene blir derfor mer realistiske og styrker gyldigheten og validiteten i forskningen (Brenes et al., 2007, Lok et al., 2017 & Murri et al., 2018). Vi mener at samtlige av utvalgte studier er etisk gjennomført og bygger på de etiske prinsippene velgjørenhet, rettferdighet, ikke skade og autonomi, ved at deltakerne gjennomfører et forsvarlig treningsopplegg tilpasset deres egne preferanser og ønsker, samt fysiske og psykiske utgangspunkt (Kristoffersen, 2016, s. 178). Etiske forhold ble ivaretatt i samtlige av studiene ved at informantene deltok frivillig, mottok relevant informasjon og ble anonymisert.

For å kvalitetssikre forskningsarbeidet i litteraturstudien utførte vi sekundærsøk på kilder og forskerne fra de aktuelle vitenskapelige artiklene. Ved sekundærsøk fikk vi informasjon om at samtlige av forskerne til de utvalgte artiklene hadde doktorgrad/phD, i tillegg til helsefaglig, medisinsk bakgrunn med spesialisering innenfor fagfelt som psykiatri, geriatri og geriatrisk psykiatri.

## 5.2. Resultatdiskusjon

Funnene fra artiklene forteller at fysisk aktivitet for eldre med mild eller moderat depresjon kan føre til lindring av depresjonssymptomer, bedring i fysisk funksjon og økt livskvalitet. Videre i dette kapittelet vil vi diskutere disse hovedfunnene og trekke inn teori samt egne refleksjoner.

### 5.2.1. Fysisk aktivitet fører til reduksjon av depressive symptomer

Depresjon er en lidelse som kan være utfordrende å behandle hos eldre, siden lidelsen ofte er mer kompleks og går hardt utover individet selv, pårørende og samfunnet (Murri et al., 2018). I studien til Brenes et al. (2007) forklares den større kompliseringen av lidelsen med aldringens nevrobiologiske egenskaper, samt sykdommer som rammer fysisk og psykisk fungering. På grunn av mangel på signalstoffene serotonin, noradrenalin og dopamin skapes en ubalanse som kan forklare depressive symptomer som angstfølelse, nedstemthet og tiltaksløshet (Hjelle, 2018, s. 108). Funn fra forskningen til Wassink-Vossen et al. (2014) viste at depresjon relateres til redusert aktivitetsnivå, noe som kan forklares med at deprimerte eldre gjerne ikke har energioverskudd eller tiltaksløst til å aktivisere seg mer enn de føler de har behov for. Dette vil igjen øke mangelen på signalstoffene, dersom de ikke får medikamenter som øker mengden av

serotonin, noradrenalin og dopamin i synapsene (Hjelle, 2018, s. 108). Likevel er det ikke ideelt at eldre som allerede er utsatt for polyfarmasi får ordinert flere medisiner, da dette medfører større risiko for plagsomme bivirkninger og kontraindikasjoner. Wassink-Vossen et al. (2014) nevner høyt medisinbruk som en faktor som relateres til inaktivitet blant eldre med depresjon. Fysisk aktivitet som et behandlingsalternativ kan føre til et lavere medisinbruk hos eldre deprimerte, og bør dermed utforskes.

Wassink-Vossen et al. (2014) forklarer at innleggelse på institusjon er en annen faktor som fører til lavere aktivitetsnivå. Dette funnet indikerer at aktivitetstilbudet på en rekke institusjoner er for dårlig. Det kan skyldes for lite kunnskap om fysisk aktivitet som et behandlingsalternativ mot depresjon. Funn fra Brenes et al. (2007), Aarseth et al. (2014), Lok et al. (2017) og Murri et al. (2018) viser alle en signifikant bedring i depresjonsskåren hos deltakerne som har deltatt i et aktivitetsprogram over en lengre periode. Som beskrevet tidligere er symptomer på depresjon ofte forbundet med tap av fysisk helse og funksjonsevne, noe som truer autonomi og selvstendighet (Snoek & Engedal, 2017, s. 277). Disse forskningsartiklene gir grunnlag til å tro at fysisk aktivitet gir gode resultater dersom det tillegges i behandlingen til deprimerte.

Fysisk aktivitet og trening blant eldre med psykiske lidelser er et behandlingsalternativ som har skapt interesse og mestring hos deltakerne (Murri et al., 2018). I forskningen til Murri et al. (2018) var et funn at trening hadde god effekt på tvers av flere symptomdimensjoner. På kort sikt dekket trening grunnleggende behov som søvn og appetitt i en større grad, samtidig som humøret ble bedre grunnet økt energioverskudd i hverdagen (Murri, 2018). Muligheten til å dekke egne grunnleggende behov, uten å måtte være avhengig av hjelp fra andre, styrker selvstendigheten. Et annet funn i studien til Murri et al. (2018) var at de typiske kjernesymptomene for depresjon, som nedstemthet og mangel på interesse, viste bedring på lengre sikt. Grunnen til dette kan være at fysisk aktivitet fører til stimulering av antidepressive mekanismer som for eksempel nydannelse av nerveceller, en prosess som kan bli hemmet av depresjonslidelsen (Hjelle, 2018, s. 117).

I behandling av mild til moderat depresjon blant eldre på institusjoner, har antidepressiva av typen SSRI vist seg å ha god effekt (Brenes et al., 2007). SSRI er antidepressive medikamenter som har liknende virkningsmekanisme som fysisk aktivitet, når det kommer til blant annet nevrogenese (Hjelle, 2018, s. 118). Vi kan anta at en pille fort kan bli sett på som en enklere løsning for å lindre depresjonssymptomene, enn å delta i fysisk aktivitet. Resultatene i studien

til Brenes et al. (2007) viste at depresjonsskåren hos deltakerne i både treningsgruppen og sertralingruppen var betydelig forbedret i forhold til kontrollgruppen som mottok alminnelig pleie uten antidepressiva eller treningsprogram. Det vil si at trening ble ansett å være like effektivt som antidepressive medikamenter av typen SSRI. Trening i behandling av depresjon har derimot vist seg å redusere risikoen for tilbakefall ytterligere, sammenlignet med behandling med SSRI (Hjelle, 2018, s. 111). Gruppene som mottok gruppetrening sammen med antidepressiv behandling i form av sertralin i studien til Murri et al. (2018), viste en stor reduksjon av depressive symptomer knyttet til psykomotorisk retardasjon. Affektive symptomer som nedstemthet og mangel på energi ble spesielt forbedret hos disse gruppene. Vi vet at både fysisk aktivitet og SSRI øker mengden serotonin i blodet (Hjelle, 2018, s. 119). Disse studiene viser at fysisk aktivitet sammen med SSRI forsterker hverandres antidepressive effekt, og derfor kan tyde på å være svært effektivt i behandlingen av milde til moderate depresjoner hos eldre.

#### 5.2.2. Forbedring av den fysiske funksjonen ved trening

Personer som lider av psykiske lidelser er mindre aktive, og inaktivitet fører til redusert balanse og muskelstyrke (Aarseth et al., 2014). I forskningen til Vassink-Wossen et al. (2014) viste deltakerne med depresjon en betydelig mer inaktiv livsstil enn deltakerne uten depressive symptomer. Dette fører til større sannsynlighet for nedsatt fysisk funksjon hos den eldre med depresjon. Depresjon og fysisk inaktivitet er to faktorer som begge påvirker hverandre negativt. Fysisk inaktivitet fører til funksjonsnedsettelse, og den deprimerte pasienten mister de fysiske, mentale og sosiale helsegevinstene fysisk aktivitet gir (World Health Organization, 2021). Videre skal vi diskutere nærmere den fysiske helsegevinsten den eldre deprimerte kan oppnå ved fysisk aktivitet og trening.

Ifølge Brenes et al. (2007) er risikoen for funksjonsnedsettelse større hos deprimerte enn hos kronisk syke. Dette kan forklares med den inaktive livsstilen personen med depresjon tilegner seg, både på grunn av lidelsen i seg selv og på grunn av faktorer knyttet til aldringsprosessen. Symptomer på depresjon som energitap, manglende interesse og nedstemthet kan relateres til fysisk inaktivitet. Nedsatt appetitt og søvnløshet grunnet sviktende fysisk helse, er også faktorer som spiller en rolle for fravær av fysisk aktivitet hos den eldre deprimerte (Snoek & Engedal, 2017, s. 271) Sett fra en annen side kan dette ha en forklaring basert på polyfarmasi og medikamentell behandling av depresjon sammen med andre sykdommer. Fysisk aktivitet er i dag anbefalt å skje parallelt med vanlige behandling som medisiner og samtale

(Helsedirektoratet, s. 275). Likevel kan fysisk aktivitet redusere bruk av medikamenter som benzodiazepiner, da regelmessig trening kan lindre uro i kroppen, samt forbedre søvnkvalitet (Hjelle, 2018, s.198). I studien til Brenes et al. (2007) der de sammenlignet den antidepressive effekten av antidepressiva med fysisk aktivitet, kom det frem at gruppen som mottok antidepressiva hadde en forverring av sin fysiske funksjon. Gruppen som deltok i et treningsopplegg viste derimot klar forbedring i sin fysiske funksjon ved studiens slutt (Brenes et al., 2007). Selv om antidepressiva lindrer depressive symptomer, kan man anta at medikamentell behandling med antidepressiva ikke fører til bedring av fysisk funksjon.

I tillegg til at fysisk aktivitet hadde en antidepressiv effekt, på lik linje som antidepressiva av typen SSRI, hadde gruppen som fulgte et treningsprogram fordelen med at deres fysiske funksjon ble forbedret (Brenes et al., 2007). Også i studien til Lok et al. (2017) kom det frem at et treningsprogram tilrettelagt for eldre deprimerte fører til forbedring av fysisk funksjon. Utfallet begrunnes med at regelmessig fysisk aktivitet kan opprettholde og forbedre fysisk funksjon fordi det reduserer risikoen for kroniske sykdommer, samtidig som det styrker fysisk styrke og fleksibilitet (Lok et al., 2017). Mulighet til å bevege seg er et grunnleggende behov, som kan reduseres ved sykdom og inaktivitet. Inaktivitet har konsekvenser på kroppens systemer og kan skape funksjonelle begrensninger i dagliglivets fungering (Helbostad, 2015, s. 343).

Det å styrke pasientenes fysiske funksjon gjennom å motivere til fysisk aktivitet, kan hjelpe pasientene til å bygge opp muskelstyrke og fleksibilitet til å kunne utføre dagligdagse oppgaver og dekke sine grunnleggende behov i en større grad. Det finnes ulike typer trening og øvelser som kan styrke ulike muskelgrupper, balanse, kondisjon, utholdenhet og/eller fleksibilitet. Ifølge WHO bør forbedring av funksjonell kapasitet hos eldre skje gjennom variert trening der funksjonell balanse og styrke utfordres med flere komponenter (World Health Organization, 2020). Aarseth et al. (2014) gjorde en forskning på om ulike typer fysisk aktivitet vil ha tilnærmet lik effekt på fysisk og mental helse blant eldre, og om man er avhengig av variert trening for å forbedre fysisk funksjon og lindre symptomer på depresjon. De ulike typene fysisk aktivitet baserte seg på balansetrening, styrketrening, kondisjonstrening, fellestrim og turgåing. Deltakerne ble tilpasset en treningsmetode etter egne ønsker og preferanser. De ulike treningsprogrammene dekket flere av komponentene for å kunne bedre funksjonell kapasitet, deriblant muskelstyrke og balanseevne. Ved deltakernes utskrivelse fra institusjonen viste de en signifikant forbedring i den fysiske funksjonen (Aarseth, 2014). Ulike typer fysisk aktivitet styrker den fysiske funksjonen, såfremt deltakerne er i fysisk stand til å gjennomføre øvelsene.

Dersom treningsprogrammet inkluderer flere fysiske egenskaper synes det å ha ytterligere bedre effekt (World Health Organization, 2020).

Hos eldre over 65 år anbefaler WHO at intensiteten på styrketreningen er moderat til høy, minimum tre dager i uken (World Health Organization, 2020). Det kan likevel ikke forventes at en eldre pasient med depresjon og inaktiv livsstil skal oppnå økt fysisk funksjon og livsglede gjennom trening med høyere intensitet, enn det pasienten vil mestre og har overskudd til. I studien til Murri et al. (2018) ble treningsøvelsen og intensiteten tilpasset individets fysiske utgangspunkt for å unngå negative konsekvenser for pasientens funksjonsevne, samt uønsket emosjonell, affektiv respons og opplevelse av mislykkelse. Ved tilpasset trening med lav intensitet hos eldre deprimerte pasienter, ble det bevist at lavintensitetstrening har god remisjonsrate og at pasientene viste forbedringer i symptomer på depresjon tilknyttet apati (Murri et al., 2018). Studier har vist at fysisk trening ved mild og moderat depresjon har klar støtte i behandling av depressive episode, i tillegg til at risikoen for tilbakefall reduseres (Helsedirektoratet, 2008, s. 275). Ofte kan depresjon i alderdommen forbindes med somatiske sykdommer, og trening kan frembringe gode helseeffekter som forsinker negativ utvikling og reduserer funksjonelle begrensninger tilknyttet sykdom (Helsedirektoratet, 2008, s. 275). Lok et al. (2017) påpeker at både trening med lav og høy intensitet viser god forbedring i generelle depressive symptomer, i tillegg til bedre søvnkvalitet. Dersom pasientene mestrer trening med høyere intensitet vil det nok skape flere fordeler for den funksjonelle kapasiteten, men hos den deprimerte pasienten antar vi at det er vel så viktig at pasienten som deltar i fysisk aktivitet opplever mestring og livsglede, som bedring i fysisk funksjon. God tilrettelegging og tilpasning av fysiske treningsøvelser til pasientens fysiske og mentale utgangspunkt anses å ha best effekt på depressive symptomer hos den eldre, noe som kan føre til en større funksjonell kapasitet.

### 5.2.3. Økt livskvalitet blant eldre som deltar i fysisk aktivitet

Psykiske og somatiske faktorer spiller en viktig rolle hos enkeltmenneskets oppfatning av livskvalitet (Lok et al., 2017). Helserelatert livskvalitet forbindes gjerne med fysisk funksjon, opplevelse av velvære og egen oppfatning av sin fysiske og psykiske helse (Kristoffersen, 2016, s. 56)). Uavhengighet og selvstendighet til å klare seg selv er viktige faktorer for opplevelsen av god livskvalitet blant eldre. I tillegg til å mestre dagliglivets aktiviteter, er overskudd til interesser og hobbyer høyt verdsatt. Det kan være strikking, hagearbeid eller en kopp kaffe med barnebarna. Aldring kan assosieres med redusert helserelatert livskvalitet, da alderdommen medfører større risiko for sansetap, funksjonssvikt, sykdommer og tap av nære relasjoner (Pihl,

2015, s. 298). Dette kan igjen føre til at evnen til å utføre dagliglivets oppgaver reduseres og at overskuddet av energi til hobbyer forsvinner. Risikoen for depresjon og fysisk inaktivitet er dermed større hos den eldre. Depressive symptomer øker sammen med økt fysisk funksjonsnedsettelse og har en direkte negativ innvirkning på vår definisjon av livskvalitet (Brenes et al., 2007). Ifølge Brenes et al. (Brenes et al., 2007) kan depressive symptomer hos eldre føre til vanskeligheter med å utføre dagligdagse aktiviteter. Dette kan bunne i at deprimerte eldre er mer preget av funksjonelle begrensninger, samtidig som de opplever liten mestringsfølelse i hverdagen (Wassink-Vossen et al., 2014).

I forskningen til Lok et al. (2017) var et viktig funn at deltakelse i aktivitetsprogram blant eldre med depresjon på et sykehjem økte livskvaliteten. Det ble rapportert at deltakerne opplevde økning i livsglede og energi (Lok et al., 2017). Deltakerne i studien til Murri et al. (2018) viste også en signifikant bedring i affektive symptomer som påvirker dagliglivet, for eksempel høyere energioverskudd og bedre humør. Også grunnleggende behov som søvn og appetitt ble rapportert forbedret hos treningsgruppen i denne studien (Murri et al., 2018). Under trening skjer kjemiske endringer hvor det skilles ut signalstoffer som dopamin og serotonin. Disse stoffene påvirker blant annet hukommelse og humør, samtidig som det reduserer risikoen for sykdom (Hjelle, 2018, s. 200). På en alderspsykiatrisk avdeling antas fysisk aktivitet implementert i behandlingen derfor å være sykdomsforebyggende og forbedre ivaretagelsen av grunnleggende behov, samtidig som det gir overskudd til å kunne utføre dagligdagse oppgaver og aktiviteter.

Wassink-Vossen et al. (2014) påpekte viktigheten av å styrke mestringsfølelse gjennom god tilrettelegging av fysisk aktivitet, tilpasset pasientenes fysiske og mentale utgangspunkt. Opplevelse av mening og sammenheng er avgjørende for å oppnå god livskvalitet basert på å mestre livssituasjon og fremme egen helse. Den deprimerte pasienten lider ofte av meningsløshet og tap av kontroll over eget liv (Hummelvoll, 2016, s. 211). Fysisk aktivitet har god effekt som tiltak for å bedre depresjon hos eldre inaktive pasienter, da det kan gi opplevelse av bedre mestring og kontroll i gjennomføring av dagligdagse gjøremål (Kvaal, 2015, s. 446). Økt mestringsfølelse i hverdagen gir motivasjon og overskudd til dagliglivets aktiviteter, og dermed en opplevelse av mening. Det er viktig å oppmuntre pasienten til aktiviteter hvor det er stor mulighet for at pasienten klarer å gjennomføre det. Pasientenes ressurser og interesser må kartlegges, slik at helsepersonell kan se hvilke områder pasienten mestrer og hva pasienten har likt å gjøre tidligere. Aktiviteter som pasientene evner å utføre og samtidig gir opplevelse av mestringsfølelse bør prioriteres (Kvaal, 2015, s. 448).

På en alderspsykiatrisk avdeling i Oslo forsket Aarseth et al. (2014) på om ulik fysisk aktivitet kunne ha ulik effekt på depresjon hos beboerne. Resultatene viste at gruppetrening, egentrening og turgåing hadde alle en forbedret effekt på fysisk funksjon og depresjonsskår. I studien kom det likevel frem at tur kombinert med sosialt samvær med helsepersonell og medpasienter hadde best effekt på den mentale helsen til deltakerne (Aarseth et al., 2014). Det kan ha sin årsak i at deltakeren i turgruppen tidligere har likt å gå på tur, og er kjent med sine ressurser på dette området. En annen årsak kan være den sosiale rammen med aktiviteten. Wassink-Vossen et al. (2014) viser at depresjon i alderdommen relateres til lavere aktivitetsnivå og mindre sosialt nettverk. Fysisk inaktivitet og færre sosiale kontakter viste seg å være de største årsakene til nedsatt fysisk funksjon (Wassink-Vossen et al., 2014). Konsekvenser av fysisk inaktivitet og depresjon hos eldre forårsaker ofte at de eldre velger å isolere seg selv. Unngåelse av sosial deltakelse som følge av tap av livsglede og eksistensiell mening er ikke uvanlig. Vi ser altså at fysisk inaktivitet, depresjon og sosial isolering er en ond sirkel, hvor det er ønskelig med tiltak som bryter opp sirkelen.

Som sykepleier er det viktig å dekke psykososiale behov i behandlingen av depresjon for å oppnå god livskvalitet som psykisk velvære. Sosiale relasjoner hos eldre er viktig for helsen og skal ikke undervurderes (Hjelle, 2018, s. 200). Det sosiale aspektet ved blant annet fellesturer og gruppetrening er motivasjonsfaktorer og tiltak som har vist seg å være effektive for å bedre livskvalitet hos eldre med depresjoner. Eldre individer i studien til Lok et al. (2017) rapporterte at livskvaliteten ble redusert dersom de ikke hadde engasjement til å delta eller utføre fysisk aktiviteter. De beskrev også den sosiale deltakelsen i aktivitetsprogrammet som en av grunnene til økt livskvalitet (Lok et al., 2017).

Dette gir grunn til å tro at ved å motivere eldre til å gjennomføre gruppetrening eller fellesturer som gir pasientene mestringsfølelse, skapes mening, tilhørighet og følelsen av å tilhøre et fellesskap. Videre vil dette dekke psykososiale behov, forbedre fysisk funksjon og redusere depressive symptomer, noe som fører til økt helse relatert livskvalitet og psykisk velvære.



## 6. ANVENDELSE I PRAKSIS

Å gi god sykepleie til eldre med depresjon kan være utfordrende. Ulike elementer i alderdommen, blant annet aldring, livsstilsendring, sykdommer og økt medikamentbruk, fører til ytterligere komplisering av lidelsen. Med en kommende eldrebølge er det viktig å belyse alternativ som er med på å forebygge og redusere depressive symptomer hos eldre. I denne litteraturstudien belyses betydningen fysisk aktivitet har for eldre med mild til moderat depresjon. Funnene viser at fysisk aktivitet som et behandlingsalternativ reduserer symptomer på depresjon, styrker fysisk funksjon som igjen reduserer funksjonelle begrensninger og øker livskvaliteten gjennom mestring, mening og sosial deltakelse.

Vår opplevelse er at sykepleiere og annet helsepersonell har for lite kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet for eldre med mild eller moderat depresjon. Økt kunnskap om dette temaet kan styrke sykepleierens funksjon til å motivere og tilrettelegge for deltakelse i fysisk aktivitet på alderspsykiatrisk avdeling. Anvendelse av våre funn i praksis forutsetter først og fremst at helsepersonell blir opplyst og informert om betydningen fysisk aktivitet har for depresjonslidelsen. Videre må sykepleieren bruke kunnskapen til å motivere, støtte og tilrettelegge for pasienten i behandlingen med fysisk aktivitet.

Sykepleierens funksjon er å lindre lidelsen og å fremme livskvaliteten hos pasienten. Som sykepleier på en alderspsykiatrisk avdeling må man bygge god relasjon til pasienten for å skape tillit. Sykepleieteoretikeren Travelbee påpeker viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk for å iverksette gode tiltak på en omsorgsfull måte (Kristoffersen, 2016, s. 35). Ved å bygge et menneske-til-menneske-forhold, skaper sykepleieren et godt utgangspunkt for å kunne kartlegge pasientens ressurser, interesser, ønsker og preferanser. Sykepleieren kan videre bruke informasjonen fra kartleggingen til å oppmuntre pasienten til å delta i fysisk aktivitet. Her må sykepleieren også vise engasjement og knytte egne erfaringer og positive refleksjoner rundt fysisk aktivitet, for å oppfattes mer troverdig når man skal motivere og støtte pasienten. Pasienten skal i tillegg informeres om betydningen av fysisk aktivitet tilknyttet egen depresjonslidelse.

Hos den eldre med depresjon skal sykepleieren legge vekt på å styrke de sentrale fenomenene håp, mestring og livsmot. Fysisk aktivitet som en del av behandlingen til den deprimerte, skal tilpasses pasientens egne ressurser, ønsker og fysiske og mentale utgangspunkt. Sykepleieren bør sørge for god tilrettelegging av fysisk aktivitet, siden det antas å ha større sannsynlighet for

[Kandidatnummer: 6231 og 6266]

å styrke håp og mestring hos pasientene. Sykepleieren bør også fremme den sosiale rammen rundt fysisk aktivitet, for å styrke livskvalitet hos den deprimerte eldre. Det kan være ved at sykepleieren deltar i treningen sammen med pasienten, eller at det tilrettelegges for fellestrim eller fellestur med medpasienter.

## 7. REFERANSER

- Aarseth, E. M., Korsnes, M. S., Ulstein, I. D., Tjernæs, I-M. & Mcpherson, B. A. (2014). Sammenhengen mellom depresjon, mental helse og fysisk funksjon i en alderspsykiatrisk avdeling, en pilotstudie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), 33-43. <https://doi.org/10.7557/14.3321>
- Bjørø, K. (red.) & Grue, E. (2011). Sansesvikt hos eldre: Del 2. *Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens*. 3(3), s. 1-23, hentet fra [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2019-11/g3\\_2011\\_sansesvikt.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/g3_2011_sansesvikt.pdf)
- Brenes, G. A., Williamson, J. D., Messier, S. P., Rejeski, W. J., Pahor, M., Ip, E. & Pennix, B. W. J. H. (2007). Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging & Mental Health*, 11(1), 61-68. <https://doi.org/10.1080/13607860600736372>
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskrivning for studenter* (4. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags for oppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Helbostad, J. L. (2015). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 340-359). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141-185). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2008) *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/>
- Hjelle, O. P. (2018). *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Oslo: Kagge forlag AS
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Håkonsen, K. M. (2008). *Innføring i psykologi* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 187-235). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvaal, K. (2015). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 438-451). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, (70), 92-98.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>
- Murri, M. B., Ekkekakis, P., Menchetti, M., Neviani, F., Trevisani, F., Tedeschi, S., Latessa, P. M., Nerozzi, E., Ermini, G., Zocchi, D., Squatrito, S., Toni, G., Cabassi, A., Neri, M., Zanetidou, S. & Amore, M. (2018). Physical exercise for late-life depression: Effects on symptom dimensions and time course. *Journal of Affective Disorders*, (230), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.004>
- Norsk Sykepleieforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pihl, E. (2015). Sansesvikt i eldre år. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 286-300). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Wassink-Vossen, S., Collard, R. M., Voshaar, R. C. O., Comijs, H. C., de Vocht, H. M. & Naarding, P. (2014). Physical (in)activity and depression in older people. *Journal of Affective Disorders*, (161), 65-72. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.001>
- World Health Organization. (2020, 26. november) Physical activity. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. (2021). Physical Activity. Hentet 19. april. 2021 fra <https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab>

## 8. VEDLEGG

| ARTIKKEL 1                |  |
|---------------------------|--|
| <b>Tittel</b>             | Physical (in)activity and depression in older people   |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Journal of Affective Disorders / Januar 2014   |
| <b>Forfattere</b>         | Wassink-Vossen, S., Collard, R. M., Voshaar, R. C. O., Comijs, H. C., de Vocht, H. M. & Naarding, P.   |
| <b>Perspektiv</b>         | Pasient  |
| <b>Problem</b>            | Depresjon er ofte assosiert med et lavere nivå av fysisk aktivitet, noe som kan ha uheldige konsekvenser hos deprimerte eldre.   |
| <b>Hensikt/formål</b>     | Denne studien søker kunnskap om kjennetegn som forklarer det lave nivået av fysisk aktivitet ved depresjon hos eldre, slik at man kan utvikle spesifikke intervensjoner rettet mot å forbedre fysisk helse hos deprimerte mennesker over 60 år.  |
| <b>Metode</b>             | Dette er en tværrstudie som har innhentet data fra "Netherlands study of depression in older persons (NESDO)" - en longitudinell multi-steds kohortstudie. Her ble 378 deltakere over 60 år med en nåværende depresjon sammenlignet med 132 ikke-deprimerte deltakere. Total mengde trening per uke ble vurdert med en spørreundersøkelse.   |
| <b>Resultater</b>         | Resultatene viste at deprimerte personer var mindre fysisk aktive sammenlignet med ikke-deprimerte. Forskjellen ble bestemt av somatiske og psykososiale tilstander - spesielt funksjonsbegrensning og mestringsfølelse. Det var kun innenfor den deprimerte gruppen at det lavere nivået av fysisk aktivitet var forbundet med funksjonelle begrensninger (som innleggelser og medikamenter) sett bortifra graden av depresjon. |
| <b>Konklusjon</b>         | Studien bekrefter at depresjon hos personer over 60 år er forbundet med lavere fysisk aktivitet. Pasientegenskaper fremstår som en viktigere faktor enn depresjonsdiagnosen i seg selv. Videre tiltak som tar på sikt å forbedre fysisk aktivitet hos deprimerte over 60 år bør ta hensyn til disse egenskapene.   |

| ARTIKKEL 2                |  |
|---------------------------|--|
| <b>Tittel</b>             | Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise.  |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Aging & Mental Health / Januar 2007  |
| <b>Forfattere</b>         | Brenes, G. A., Williamson, J. D., Messier, S. P., Rejeski, W. J., Pahor, M., Ip, E. & Pennix, B. W. J. H.  |
| <b>Perspektiv</b>         | Pasient  |
| <b>Problem</b>            | Sertralin er et antidepressiv medikament som kan brukes i behandling av depresjon. Det er fortsatt ukjent om fysisk aktivitet har antidepressiv effekt, og er lønnsom i behandling av depresjon.   |
| <b>Hensikt/formål</b>     | Formålet med denne studien var å teste gjennomførbarheten og effekten av et treningsprogram og antidepressiv behandling sammenlignet med vanlig pleie for å forbedre mental helse og fysisk funksjon av eldre voksne med depresjon.  |
| <b>Metode</b>             | Deltakerne var 37 eldre voksne over 65 år med mindre depresjon. Disse ble delt inn i tre grupper: 14 til treningsprogram, 11 til antidepressiv behandling og 12 til vanlig pleie. 32 deltakere fullførte den 16-ukers studien.   |
| <b>Resultater</b>         | Resultatene inkluderte tiltak for emosjonell (kliniske intervjuer og egenrapport) og fysisk (observasjon og selvrappport) funksjon. Trening og antidepressiv behandling hadde en overlegen forbedring i psykiske helsepoeng (SF-36 mental health score) og klinisk vurderte depresjonspoeng i forhold til gruppen som mottok vanlig pleie. |
| <b>Konklusjon</b>         | Både antidepressiv behandling og et treningsprogram fremstår lovende i behandlingen av depresjon hos eldre. Imidlertid har trening den ekstra fordelen med at den fysiske funksjonen forbedres i tillegg.  |

| <b>ARTIKKEL 3</b>         |  |
|---------------------------|--|
| <b>Tittel</b>             | Sammenhengen mellom depresjon, mental helse og fysisk funksjon i en alderspsykiatrisk avdeling.  |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Nordisk Tidsskrift for Helseforskning / Februar 2014   |
| <b>Forfattere</b>         | Aarseth, E. M., Korsnes, M. S., Ulstein, I. D., Tjernæs, I-M. & McPherson, B. A.   |
| <b>Perspektiv</b>         | Pasient  |
| <b>Problem</b>            | Pasienter med psykiske lidelser er ofte mindre aktive enn den generelle befolkningen, og inaktivitet over tid reduserer mental og psykisk helse.   |
| <b>Hensikt/formål</b>     | Denne studien undersøker om ulike typer fysisk aktivitet pasienter deltok i under oppholdet på en alderspsykiatrisk avdeling vil utgjøre en forskjell i utfallet knyttet til forbedring av mental og fysisk helse.   |
| <b>Metode</b>             | I denne studien deltok 50 pasienter (39 kvinner) med en gjennomsnittsalder på 80 år, som ble tilbudt forskjellige typer fysisk aktivitet og fysioterapi i tillegg til kognitiv psykoterapi og støttesamtaler. Deltakerne ble inndelt i tre grupper, som utførte egentrening, fellestrening og vanlig gange. Det ble undersøkt forskjell i behandlingseffekt med hensyn til generell psykisk helse, depresjon, balanse, fysisk styrke og gangferdigheter. |
| <b>Resultater</b>         | Gjennomsnittsverdier viste signifikante forbedringer på alle testene. Depresjonsskår i henhold til MADRS var minst én kategori lavere ved utskrivelse enn ved ankomst for 31 av 36 deltakere.  |
| <b>Konklusjon</b>         | Studien konkluderer med at eldre pasienter med moderat depresjon har stor nytte av behandlingen de får under oppholdet på alderspsykiatrisk avdeling. Forbedringene er viktige for både mental og fysisk helse. Funnene indikerer at gange/tur ser ut til å være en type aktivitet som har spesielt god effekt på mental helse.  |

| <b>ARTIKKEL 4</b>         |   |
|---------------------------|---|
| <b>Tittel</b>             | The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: A randomized controlled trial.   |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Archives of Gerontology and Geriatrics / Januar 2017  |
| <b>Forfattere</b>         | Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M.   |
| <b>Perspektiv</b>         | Pasient   |
| <b>Problem</b>            | Fysisk aktivitet kan ha positive effekter på å redusere angst, stress og depresjon, opprettholde mental helse og sikre psykologisk vitalitet (livsglede).   |
| <b>Hensikt/formål</b>     | Denne studien vil undersøke hvordan et “fysisk aktivitetsprogram” for eldre på et sykehjem kan påvirke deres depressive symptomer og livskvalitet.  |
| <b>Metode</b>             | Deltakerne var 80 personer over 65 år (40 i intervensjonsgruppen + 40 i kontrollgruppen), som ble inkludert i denne eksperimentelle, randomiserte, kontrollerte pretest-posttest-studien. Forutenom sosiodemografisk data, ble depressive symptomer og livskvalitet vurdert ved standardiserte prosedyrer (BDI + SF 36 Quality of Life Questionnaire) før og etter et aktivitetsprogram over 10 uker. Det fysiske aktivitetsprogrammet består av 10 minutter oppvarming, 20 minutter rytmiske øvelser og 10 minutter nedtrappingsøvelser. Fire ganger i uken ble det også arrangert 30 minutters tur/gange. |
| <b>Resultater</b>         | I forhold til kontrollgruppen presenterte individer fra intervensjonsgruppen en signifikant forbedring i BDI. På samme måte så man forbedring i åtte underskalaer og to underdimensjoner i SF 36 Quality of Life Questionnaire bare i eksperimentgruppen.   |
| <b>Konklusjon</b>         | Studien antyder at et strukturert fysisk aktivitetsprogram påvirker depressive symptomer og livskvalitet hos eldre individer på en positiv måte.  |



| <b>ARTIKKEL 5</b>         |  |
|---------------------------|--|
| <b>Tittel</b>             | Physical exercise for late-life depression: Effects on symptom dimensions and time course  |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Journal of Affective Disorders / Januar 2018   |
| <b>Forfattere</b>         | Murri, M. B., Ekkekakis, P., Menchetti, M., Neviani, F., Trevisani, F., Tedeschi, S., Latessa, P. M., Nerozzi, E., Ermini, G., Zocchi, D., Squatrito, S., Toni, G., Cabassi, A., Neri, M., Zanetidou, S. & Amore, M.   |
| <b>Perspektiv</b>         | Pasient  |
| <b>Problem</b>            | Fysisk trening blir i økende grad anerkjent som en behandling for alvorlig depresjon, også blant eldre pasienter. Imidlertid er det fremdeles ukjent hvilke depressive symptomer treningen påvirker mest, når treningen har effekt.  |
| <b>Hensikt/formål</b>     | Hensikten med denne studien var å undersøke endringene av depressive symptomer etter trening.  |
| <b>Metode</b>             | Metoden i studien gikk ut på analyserte data en studie som sammenlignet antidepressiv effekt av sertralin (S) og sertralin pluss trening (S + EX). 121 pasienter med depresjon (n = 121) ble vurdert med baseline 4., 8., 12. og 24. uke med Hamilton Depression Scale. Affektive, vegetative, angst- og agitasjonspoeng ble analysert ved hjelp av Multilevel Growth Curve Models og sensitivitetsanalyser. |
| <b>Resultater</b>         | Resultatene viser at S + EX-gruppen fikk signifikant større forbedringer av den affektive symptomdimensjonen sammenlignet med S-gruppen.   |
| <b>Konklusjon</b>         | Konklusjoner fra studien forteller at trening i tillegg til antidepressiv medisinering kan virke med betydelig forbedring på affektive symptomer på depresjon, snarere enn somatiske symptomer eller andre dimensjoner av depresjon. Sammenlignet med standard antidepressiv behandling, bør kliniske fordeler forventes både tidlig (første 4 uker) og senere (etter 12 uker).                              |