

BSOBAC Bacheloroppgave 2023 VÅR

Bacheloroppgave
Fysisk aktivitet i behandling av depresjon hos voksne



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Bachelor i sosialt arbeid
Stavanger/17.03.2022

Kandidatnr.: 4011

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
Formål med oppgaven.....	4
Begrepsavklaringer.....	5
Fysisk aktivitet	5
Depresjon	6
Standard behandling	6
Eksekutive funksjoner	6
Teori	6
Effekten av fysisk aktivitet.....	6
Forståelsesmodeller for psykiske lidelser.....	7
Biologiske forståelsesmodeller	8
Psykologiske forståelsesmodeller	8
Sosiologiske forståelsesmodeller	8
Bio-psyko-sosiale modeller.....	9
Sosionomens rolle som motivator	9
Metode.....	10
Valg av litteraturstudie som metode.....	10
Metaanalyse.....	11
Datainnsamling.....	11
Innledende søk.....	11
Inklusjon og eksklusjonskriterier	12
Etikk	13
Analyse.....	14
Presentasjon av artiklene	14
Artikkel 1: Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services (Morres, et al., 2019)	14
Artikkel 2: Effects of physical exercise on executive function in adults with depression: a systematic review and meta-analysis (Contreras-Osorio, et al., 2022)	15
Artikkel 3: Efficacy of exercise combined with standard treatment for depression compared to standard treatment alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (Lee, et al., 2021)	16

Oppgavens validitet.....	17
Funn og drøfting.....	17
Motivasjon og hjelp til selvhjelp.....	18
Er det nødvendig med alternativer til standard behandling?.....	20
Medikamentell behandling og kognitive funksjoner.....	21
Fysisk aktivitet på resept.....	22
Validiteten av artiklene	23
Hva bør forskes videre på?.....	24
Avslutning	24
Litteraturliste	25

Antall ord: 9573

Innledning

I løpet av historien har det vært ulike tanker og holdninger rundt hvordan fysisk aktivitet og psyken henger sammen. En av de første til å dele tankene sine rundt temaet var Aristoteles, som blant annet skrev at «... lykken ikke kan oppnås uten et virksomt og aktivt hverdagsliv» (Stigen, 1999, sitert i Martinsen, 2018, s.21). På 1700-tallet ble det i Europa bygget store psykiatriske asyler hvor pasienter ofte var uten tilgang på frisk luft. Denne tankegangen ble endret på av Pinel (1745-1826), som var fransk lege og direktør for det psykiatriske sykehuset i Paris. Han mente at pasientene ble syke av mangel på frisk luft, og da den norske utbyggelsen av asyler ble påbegynt på midten av 1800-tallet, fulgte de Pinels tankegang og hadde fokus på frisk luft og sysselsetting av de syke. Hardt gårdsarbeid ble ansett som direkte helbredende, men denne praksisen ble lagt ned da det ble stilt spørsmål om det ble brukt som behandling eller utnyttelse av svake mennesker som billig arbeidskraft. Etter dette ble inaktivitet praksisen i norske asyler. På 1930-tallet ble tankegangen om fysisk aktivitet og psykisk helse tatt opp på ny, og rekreasjonsterapi ble tatt i bruk i behandling av psykiske lidelser (Martinsen, 2018, ss. 24-25). I 2009 publiserte Helsedirektoratet *Aktivitetsboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Dette er en veileder i hvordan fysisk aktivitet kan bli tatt i bruk i behandling av ulike utfordringer, deriblant depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Også i nyere tid har det vært fokus på fysisk aktivitet som behandling av både psykiske og somatiske lidelser. I 2022 skrev pasient – og brukerombudet i Vestfold og Telemark Torunn Grinvoll en kommentar i Østlands-Posten hvor hun etterspør mer fokus på fysisk aktivitet som alternativ til standard behandling. Hun tar opp positive eksempler på situasjoner hvor fysisk aktivitet ble tatt i bruk, blant annet at en fastlege i Åsgårdstrand startet opp en treningsgruppe blant pasientene sine og kunne se en tydelig reduksjon av medisiner. Et alternativ til dette er å innføre trening på blå resept. Pasientene ville på den måten få henvisning på treningstimer hos fysioterapeut eller personlig trener, og fått tett og god oppfølging (Grinvoll, 2022). Dermed kan vi se at fysisk aktivitet i behandling ikke er noe nytt, men utførelsen og forståelsen har vært noe forskjellig opp gjennom historien, og er fortsatt aktuelt i dag.

Psykiske lidelser er komplekse og påvirker ikke nødvendigvis bare det psykiske, men også det somatiske. Nordentoft et al. (2013) publiserte en artikkel som viste at mennesker med psykiske lidelser i Sverige, Danmark og Finland har minst 10 års reduksjon i forventet levealder (s.3). Dette kan skyldes ulike faktorer. En faktor er at ofte blir somatiske sykdommer i mindre grad oppdaget hos pasienter med psykiske lidelser (Nordentoft, et al., 2013, s. 6). Andre faktorer kan være medikamentbruk og en usunnere livsstil enn den

generelle befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 12). I 2019 var depresjon den sjette enkeltårsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge. I tillegg er depressive lidelser den vanligste konsultasjonsårsaken for psykiske lidelser i primærhelsetjenesten. Medikamentell behandling er førstevalget, og i 2020 var det 2,5 % flere kvinner enn menn som ble behandlet med antidepressiva (Tesli, et al., 2021, ss. 7,9,17). I tillegg til det rent somatiske, kan depresjon og andre psykiske lidelser påvirke arbeidsevnen, slik vi kan se på tall fra NAV fra 2021. 17 % av sykefraværstilfellene i 2019 og 2020 var på grunn av depresjon og psykiske lidelser (NAV 2021, referert i Tesli, et al., 2021, s.18), og symptomer knyttet til angst og depresjon knyttes til flere langvarige sykefraværperioder, samt øker sannsynligheten for uføretrygd. Det er også flere som er yngre som får innvilget uføretrygd på grunn av psykiske lidelser enn det er for andre lidelser (Tesli, et al., 2021, s. 18).

Med dette som utgangspunkt, utformet jeg problemstillingen:

«Hva sier forskning om fysisk aktivitet i behandling av depresjon hos voksne som er under psykiatrisk oppfølging?»

Min interesse for å fokusere på fysisk aktivitet i behandling av depresjon stammer fra ulike tilnærminger og utnyttelsen av fysisk aktivitet i behandling som jeg har vært vitne til gjennom min praksis og arbeid på ulike behandlingsinstitusjoner. Jeg ble først introdusert til fysisk aktivitet i behandling da jeg hadde praksis gjennom studiet på en rusinstitusjon. Her deltok pasientene på obligatoriske timer med spinning og sirkeltrening hver uke, samt tur på søndager. Over tid fikk jeg inntrykk av at dette hadde en positiv effekt på humøret til pasientene. Etter praksisen fikk jeg en deltidsstilling på sengeposten på den lokale DPSen (Distriktpsikiatrisk senter), hvor det ikke er lagt opp til regelmessig fysisk aktivitet. Jeg observerte at selv pasienter som nærmet seg utskrivelsesdato hadde utfordringer med å komme seg ut av rommet og var generelt inaktive. Disse erfaringene, samt statistikken presentert i avsnittene over, fikk meg til å undre hva effekten hadde vært dersom vi tok i bruk fysisk aktivitet i behandling av depresjon i tillegg eller istedenfor standard behandlingsmåter som medikamentell behandling og samtaleterapi.

Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å få frem resultater fra metaanalyser som omhandler fysisk aktivitet i behandling av depresjon, og diskutere hva vi kan trekke ut av disse resultatene for å bruke i arbeidet med pasienter eller brukere. Sosionomer jobber i mange ulike sektorer hvor de møter mennesker med psykiske lidelser, blant annet innenfor kommunal helse-, sosial- og

omsorgstjenester, rusbehandling og psykisk helsearbeid. Det er ikke alltid vi har rom eller mulighet til å være med å påvirke behandlingen brukeren eller pasienten mottar, men i de tilfellene vi kan, så kan kunnskap om fysisk aktivitet i behandling av depresjon være et lavt inngripende tiltak vi kan bruke for å øke pasienten eller brukerens livskvalitet

(Profesjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen, 2017, s. 2)

Begrepsavklaringer

Jeg vil her definere begreper som ofte vil gå igjen i oppgaven. Oppgaven vil videre bruke begrepet pasient og deltaker da studiene som er brukt i artiklene er gjennomført i en klinisk setting.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir definert som «... enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå» (Caspersen et al., 1985, sitert i Martinsen, 2018, s.34). Trening og fysisk aktivitet er to begreper som ofte blir brukt om hverandre, og selv om trening er en form for fysisk aktivitet, er ikke nødvendigvis all fysisk aktivitet trening. Trening regnes som aktivitet som består av planlagte, strukturerte og gjentatte kroppslige bevegelser. Trening er ment til å forbedre eller vedlikeholde en eller flere deler av fysisk form, som kondisjon, styrke eller muskeldefinisjon, og/eller aspekter ved egen helse (Caspersen et al., 1985, referert i Martinsen, 2018, ss. 34-35). På bakgrunn av dette, blir fysisk aktivitet brukt som er paraplybegrep i oppgaven og rommer trening, tur, tøyøvelser ol.

Kondisjonstrening

Kondisjonstrening eller utholdenhetstrening blir i forskningsartiklene referert til som aerob trening, men i oppgaven vil begrepet kondisjonstrening bli brukt. Hensikten med kondisjonstrening er å opprettholde eller øke hjerte – og lungekapasitet (aerob kapasitet). Denne kapasiteten er den maksimale evnen kroppen har til å ta opp og forbruke oksygen (Martinsen, 2018, s. 35). Aerob betyr oksygenavhengig, og dersom du utfører en fysisk aktivitet over to minutter, vil musklene hente energi hovedsakelig fra oksygenavhengig nedbryting av karbohydrater eller fett. Dette belaster hjerte og lungene over lengre tid på en gunstig måte, og fører til å forbedre hjerte – og lungekapasitet (Helsedirektoratet, 2009, s. 12). Aktiviteter som jogging, skigåing, sykling, svømming ol. regnes som aerobe treningsformer (Martinsen, 2018, s. 35).

Depresjon

Depresjon påvirker hele mennesket og kan komme til uttrykk ved redusert evne til å glede seg og vise interesse som for det som gav glede før, mangel på energi, søvnproblemer, dårlig matlyst, negative tanker om fremtiden, seg selv og omgivelsene. Allikevel oppleves ikke depresjon likt for alle, og i behandling skilles det mellom ulike grader av depresjon (Martinsen, 2018, ss. 58-59).

I faglitteraturen skilles det mellom bipolar lidelse og unipolar depresjon (Martinsen, 2018, ss. 58-59). Bipolar lidelse vil si at personen går gjennom sykdomsfaser som veksler mellom depresjon og mani. Manisk tilstand kjennetegnes blant annet høy oppstemthet, impulsivitet, ukritisk atferd og lite behov for søvn. Det er viktig å skille mellom hva som er vanlig atferd for personen, da noens naturlige atferd kan være andres maniske atferd (Kringlen, 2012, ss. 16-17). Oppgaven vil hovedsakelig ta for seg studier som omhandler unipolar depresjon, det vil si «ren» depresjon uten maniske perioder.

Standard behandling

Flere plasser i artiklene og teorilitteraturen blir det referert til «standard behandling» av depresjon. Med mindre annet er spesifisert, refererer dette til medikamentell behandling og psykoterapi.

Eksekutive funksjoner

Eksekutive funksjoner er en del av de kognitive funksjonene i hjernen. Eksekutive funksjoner brukes til for å utføre målrettet atferd og tilpasse seg endringer og krav fra omgivelsene. De bidrar til å styre atferd, følelsesregulering og andre kognitive funksjoner. Svikt i eksekutive funksjoner kan bidra til redusert evne til planlegging, mangel på konsentrasjon, påvirker korttidshukommelsen, og det kan være vansker å tilpasse seg uforutsette hendelser og krav i hverdagen (Stubberud, 2023). I artikkelen om eksekutive funksjoner fokuseres det på kognitiv fleksibilitet, korttidshukommelse og evnen til å regulere handlingsmønster.

Teori

Effekten av fysisk aktivitet

Det er ikke mange minuttene som trengs hver dag for å oppnå fysiske eller psykiske helsegevinster. FHI anbefaler voksne å være i fysisk aktivitet med middels intensitet i 150 til 300 minutter hver uke. Dette kan kortes ned til 75-150 minutter hvis aktiviteten utføres med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2019). I nyere rapport fra Helsedirektoratet skrevet av

Hansen, et al. (2015), kommer det frem at ca. 30 % av voksne oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet (s.50). I tillegg til at regelmessig aktivitet reduserer risikoen for hjerte – og karsykdommer, så reduserer det blant annet også flere typer kreft, diabetes og osteoporose (Ståhle og Yrkesforeningar för fysisk aktivitet, 2016, referert i Martinsen,2018, s.39).

Helsegevinsten ved regelmessig aktivitet er stor for alle, men særlig dem som er svært inaktive. Dersom en person er sengeliggende, er det trening å sette seg opp. Sitter person mye stille, er det trening å gå. Det viktigste er å utfordre seg selv utenfor komfortsonen på en slik måte at det kan bli del av en aktiv livsstil. Helsegevinsten kommer fra aktivitet i hverdagen og ikke nødvendigvis ekstreme skippertak (Martinsen, 2018, ss. 39-41).

Uansett aktivitetsnivå, er det ikke anbefalt med mye stillesitting da dette øker risikoen for utvikling av hjerte – og karsykdommer. Dette er en særlig utfordring i nyere tid da mye av arbeids – og skoledagen samt fritid blir tilbrakt sittende (Nystad, 2022). Lange perioder med inaktivitet kan blant annet øke risikoen for hjerte- og karsykdommer, og svekke ledd som igjen øker sårbarheten for skader og overbelastning (Martinsen, 2018, ss. 36,39), samt øke risikoen for tidlig død (Chau, et al., 2013, s. 10).

Fysisk aktivitet har ikke bare vist seg å være gunstig for vår fysiske helse, men det kan også tyde på god fysisk form kan fungere som en buffer mot stress (Hansen, 2017, s.38). Videre kan regelmessig kondisjonstrening med moderat intensitet behandle og forebygge søvnforstyrrelser. Det har også vist seg at fysisk aktivitet reduserer muskulær spenning, og ettersom anspente og stramme muskler bidrar til store kostnader til behandling og sykefravær, kan fysisk aktivitet bidra til å få ned sykefraværet (Martinsen, 2018, s. 55).

Forståelsesmodeller for psykiske lidelser

Vi har flere forståelsesmodeller for psykiske lidelser som brukes for å gi en forenklet forklaring hvorfor noen er mer utsatt enn andre for å utvikle psykiske lidelser.

Forståelsesmodellene brukes også til å prøve å forstå og forklare psykisk helse i et større perspektiv. Innenfor psykisk lidelse har vi tre overordnede forståelsesmodeller: biologisk, psykologisk og sosiologisk, samt en kombinasjon av disse kjent som bio-psyko-sosiale modeller. Det er allikevel stor uenighet blant fagpersoner hva den beste modellen er, og dermed også behandlingsmåte (Lauveng, 2020, ss. 21-22,26).

Biologiske forståelsesmodeller

Mange av modellene som har fokus på den biologiske årsaken bak psykiske lidelser er særlig opptatt av det genetiske. Allikevel er det en generell enighet om at det ikke finnes et enkelt gen som forårsaker en spesifikk psykisk lidelse gjennom arv slik vi kan finne med somatiske lidelser. Det finnes også modeller som fokuserer på mekanismen bak psykiske lidelser, som serotoninivå eller inflammasjon i hjernen. Det er allikevel ikke forventet at modellene skal forklare psykiske lidelser fullt ut (Lauveng, 2020, s.26-27). Biologiske årsaksforklaringer for depresjon er ikke særlig godt kartlagt, og de har per i dag ikke klart å påvise at spesifikke genkombinasjoner gir sårbarhet for en bestemt diagnose, men at det er mer sannsynlig at genkombinasjonene gir en generell sårbarhet for å utvikle en psykisk lidelse (Science, 2018, referert i Lauveng, 2020, s.27). Behandlingsformene for denne forståelsesmodellen er hovedsakelig medikamentell behandling som har i oppgave å dempe symptomene. Dersom pasienten slutter på medisinene, kan symptomene komme tilbake (Lauveng, 2020, s. 28).

Psykologiske forståelsesmodeller

Mens den biologiske forståelsesmodellen ser på hva du er født med, ser den psykologiske på hva du har opplevd i livet. Det kan være relasjonstraumer, mangel på eller dårlig sosial læring, utvikling av mindre egnede kognitive strategier eller mangel på relevante erfaringer. Det finnes som oftest flere psykologiske modeller for hver psykiske lidelse som forklarer hvor det svikter, men allikevel mangler det sikker kunnskap om hva som er årsaken til svikten og ikke alle modellene er gyldige for alle personer med den gitte diagnosen. Behandlingsformene som benyttes er hovedsakelig terapibasert, enten om det er individuelt eller i gruppe. Relasjonen mellom pasient og behandler spiller en stor rolle i behandlingen, samt pasientens motivasjon og egeninnsats (Lauveng, 2020, ss. 28-30).

Sosiologiske forståelsesmodeller

Sosiologisk forståelsesmodell er knyttet til hva som er utfordringen rundt deg, og setter enkeltpersonen inn i et større bilde. Det kan være samfunnsforhold, samspill og sosiale problemer som skaper og opprettholder en eller psykiske lidelser hos en person, og da gjerne i kombinasjon med det biologiske og/eller det psykologiske. Den sosiologiske forståelsesmodellen er imidlertid særlig opptatt av konsekvensene en opplever av å ha psykiske lidelser. Modellene ser på en selvoppfyllende sirkel mellom å være psykisk syk og andre ugunstige forhold. En depresjon kan for eksempel bli utløst av et dødsfall i familien, som igjen kan føre til at vedkommende blir langtidssykemeldt eller ufør, for å så bli

deprimert pga. mangel på tilhørighet eller dårlig økonomi. For denne modellen må vi tenke utenfor boksen om hva som er behandling ettersom det ofte dreier seg om forhold knyttet til samfunnet som fører til depresjonen. Her kan veldig konkrete og praktiske løsninger fungere som behandling, som f.eks. hjelp til å skaffe arbeid, utvide sosialt nettverk og lignende (Lauveng, 2020, s. 30).

Bio-psyko-sosiale modeller

Modellene ovenfor har alle sine svakheter og ingen av dem er fullstendig dekkende. Bio-psyko-sosiale modellen ble lansert av George Engel i 1977 som en reaksjon på de rådende biologiske modellene (Lauveng, 2020, s. 31). Han var bekymret over at psykiske lidelser kun ble analysert innenfor rammene til somatikken uten å ta hensyn til psyko-sosiale aspekter (Engel, 1977). Modellen er en sammenslåing av biologiske, psykologiske og sosiologiske forståelsesmodeller, hvor tyngden av hver av dem varierer ut ifra hvilke utfordringer vedkommende med en psykisk lidelse har. I dag er det en generell enighet om at psykiske lidelser må forstås ut fra et samspill, men samtidig får modellen kritikk for å vektlegge for mye biologiske faktorer i samspillet (Lauveng, 2020, ss. 31-33).

Sosionomens rolle som motivator

En av våre større oppgaver som sosionomer, er å gi hjelp til selvhjelp. Hjelpen skal gå ut på å se ressurser og styrker hos den enkelte, og hjelpe dem til å komme til en plass i livet hvor de klarer å se disse ressursene og styrkene hos seg selv og ta de i bruk (Profesjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen, 2017, s. 2). Ved å kombinere et mer helhetlig helseperspektiv med biopsykososial-modellen, kan vi se på hva er det pasienten har i bagasjen som kan bidra til depresjonen og som gjør behandling utfordrende, og jobbe ut ifra det. Et steg mot dette er å se mer helhetlig på hvilke faktorer som spiller inn for at pasienter skal klare å utføre aktiviteter selv. Salutogenese er et begrep som beskriver et helhetlig helsefremmende perspektiv. En viktig inspirator bak tenkningen er sosiolog Antonovsky. Han laget en modell om opplevelse av sammenheng som beskriver og forklarer menneskets motstandskraft. Den består av flere punkter, blant annet *manageability* som består av å finne frem til egne mestringsstrategier og bli bevisst på å bli delaktige i egen utviklingsprosess (Martinsen, 2018, ss. 30-32).

Toril Moe har skrevet et kapittel i (Martinsen, 2018) som tar for seg hvordan vi kan videre bygge opp motivasjonen hos pasienten. Hun trekker frem at helsepersonell bør skape en aktiv behandlingskultur, og hun trekker frem effekten av å ha fagpersonell til stede under utførelsen

av aktiviteten. Moe mener at personell bør delta aktivt selv for å skape trygghet og være et forbilde. Dette kan på sikt føre til atferdsendringer hos pasienten slik at de begynner å ta kontroll selv og tar aktive valg (ss.156-159).

Et mestringsorientert perspektiv tar utgangspunkt i pasientens egne forutsetninger, og handler mer om aktiviteten og ikke nødvendigvis resultatene. Motivasjonen skal komme fra interessen og ikke bare ytre belønninger. Moe trekker også frem selvbestemmelsesteorien som handler om hvordan kan vi hjelpe pasienten hjelpe seg selv. Det er tre psykologiske behov som er knyttet til denne teorien, og det er selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet (Martinsen, 2018, ss. 156-159).

Metode

Sosiolog Vilhelm Aubert definerte metode som «... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Vilhelm Aubert, 1985, s.196, sitert i Dalland, 2012, s.111). I vitenskapelig akademia, er metode en systematisk fremgangsmåte. Leseren kan bruke metoden til å forstå skriverens tankegang og ha mulighet til å gjenta undersøkelsen om ønskelig og oppnå samme resultater (Rienecker, Jørgensen, & Skov, 2013, s. 187). Det er ikke én metode som kan anses som den rette, de har alle ulike styrker og svakheter. Det viktigste er at metoden som blir valgt, er med på å besvare problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77).

Det er flere metoder som kan brukes for å besvare en problemstilling. Kvantitativ metode tar for seg data i form av målbare enheter. Dette kan være rene tall, som for eksempel statistikk over hvor mange som blir innlagt hvert år pga. depresjon, eller svar på en spørreundersøkelse med faste svaralternativ. Kvalitativ metode handler om å hente opplysninger som ikke lar seg tallfeste. Metoden går i dybden, skal hente frem det unike og skal hente mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2012, ss. 112-113).

Valg av litteraturstudie som metode

Litteraturstudie som metode handler om å samle inn kunnskap fra skriftlige kilder, ofte vil dette være fagfelleverderte artikler. En systematisk litteraturstudie har som formål å oppsummere kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde (Universitetet i Oslo, 2015, referert i Thidemann, 2019, s.79) mens en allmenn litteraturstudie vil også ta for seg kunnskap innenfor et område, men det trenger ikke å være knyttet til forskning (Forsbeg & Wengström,

2013, referert i Thidemann, 2019, s.79). Uansett om en velger å gjennomføre en allmenn eller systematisk litteraturstudie, vil det være viktig å gi en grundig og oversiktlig beskrivelse av metode og fremgangsmåte slik at andre kan følge fremgangsmåten og få samme resultater.

Jeg har valgt systematisk litteraturstudie for å besvare problemstillingen min. Ved å bruke pålitelige faglige databaser, fikk jeg tilgang til fagfelleurdert forskning fra ulike universiteter og forskningsinstitutter. Oppgaven kunne ha blitt løst med andre metoder og ført til andre resultater, men jeg ønsket å fokusere på en bredere og helhetlig forståelse av behandling av depresjon med fysisk aktivitet. Jeg har i tillegg valgt å bruke artikler som har metaanalyse som metode. Dette er fordi artiklene som inneholdt enkeltstudier var veldig smale med få deltakere, noe som kunne ha ført til skjeve resultater og større fare for feilrepresentasjon av effekten av fysisk aktivitet i oppgaven. Alle artiklene presenterer kvantitativ data.

Metaanalyse

Metaanalyse er en metode som går gjennom allerede publiserte primærstudier som inneholder like problemstillinger, og sammenfatter og analyserer resultatene fra disse, og publiserer funnene i en ny artikkel (Malterud, 2017, s. 34). Det vil si at metaanalyse kombinerer resultater fra to eller flere separate studier som har brukt en sammenlignbar metode for å måle den samme problemstillingen. Dette kan bli brukt for å analysere både kvalitativ og kvantitative studier. Ved å bruke metaanalyse, kan det potensielt øke nøyaktigheten til resultatene fra mange små studier, løse opp forvirring eller diskusjoner rundt motstridende resultater, og bruke resultatene til å svare på spørsmål som i utgangspunktet ikke blir stilt av individuelle studier. Ulempen er resultatet av metaanalysen vil være basert på søkekriteriene og hvilke resultater som blir tatt med, noe som kan skape skjevheter hvis kun spesifikke studiedesign blir valgt eller utført på det utvalgte fenomenet (Deeks, Higgins, & Altman, 2022, 10.2; Malterud, 2017, s.34).

Datainnsamling

Jeg vil nå presentere hvordan jeg gikk frem for å velge ut artiklene som utgjør datagrunnlaget. Dette inkluderer innledende søk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt søkeord.

Innledende søk

Det ble utført innledende søk flere ganger i løpet av januar og tidlig februar for å kartlegge feltet og eksisterende forskning. Databasene som ble brukt er Oria, Idunn, Pubmed, Academic Search Premier og Scopus. Databasene ble valgt ut på bakgrunn av anbefalinger fra

emneansvarlig, samt databaser som har tidligere blitt brukt i eksisterende oppgaver om dette temaet. Jeg valgte å bruke engelske og norske databaser for å utføre en bred kartlegging. I de engelske databasene ble søkeordskombinasjonen «depression AND (physical activity OR exercise) AND treatment» brukt i de innledende søkene og i de norske «depresjon OG (fysisk aktivitet ELLER trening». Avgrensningen i alle databasene var fagfelleverderte artikler på norsk eller engelsk som var publisert i 2017-2023.

Endelig søk er oppgitt i tabell 1 og databasene ble valgt ut basert på relevante artikler som fulgte inklusjons og eksklusjonskriteriene. Noen av artiklene i resultatlisten var duplisert på tvers av databasene og de har ikke blitt luket ut i antall treff.

Tabell 1: Databasesøk

Database	Ordkombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Antall artikler benyttet
PubMed	depression AND (physical activity OR exercise) AND treatment AND meta-analysis	2018-2023 Engelsk, norsk Voksne 19-64 Menneskestudier Tilgjengelig full tekst	64	1
Academic Search Premier	depression AND (physical activity OR exercise) AND treatment AND meta-analysis	2017-2023 Engelsk, norsk Fagfelleverdert Tilgjengelig full tekst	88	2

Inklusjon og eksklusjonskriterier

Når jeg skulle velge ut potensielle artikler, gikk jeg manuelt gjennom alle resultatene i de ulike databasene og ekskluderte artikler som hadde tilleggsdiagnoser eller livssituasjoner i tittelen, som for eksempel depresjon blant studenter eller uføre, depresjon hos kreftpasienter og lignende, og artikler som kun omhandlet menn eller kvinner. Målet var å finne artikler som i størst mulig grad omhandlet unipolar depresjon i en generell voksen befolkning (18-67) som er under behandling. Jeg valgte så ut artikler som hadde en tittel som inkluderte søkeordene jeg hadde valgt ut. Denne utvelgelsen førte så til 10 potensielle artikler.

Videre gikk jeg gjennom de 10 artiklene og se på metode, problemstilling og om de fulgte IMRaD - strukturen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon, og er struktur som ofte blir brukt i forskningspublikasjon (Dalland, 2012, s. 79). IMRaD strukturen pålegges forskere som publiserer i vitenskapelig tidsskrift (Thidemann, 2019, s. 67), og ved å ekskludere artikler som ikke fulgte strukturen, følte jeg meg trygg på at artiklene jeg valgte holdt et høyt akademisk nivå. Jeg var også opptatt av at metode og forskningsspørsmål skulle komme tydelig frem tidlig i artikkelen. Etter innledende søk bestemte jeg meg for å fokusere på artikler som hadde utført metaanalyse av studier som primært inneholdt kondisjonstrening som behandlingstiltak. Grunnen til at jeg valgte metaanalyser fremfor enkeltstudier er for å skape dypere og mer helhetlig oversikt over resultatene. Derfor ble artiklene som kun presenterte resultater fra en enkeltstudie ekskludert. Til slutt satt jeg igjen med tre artikler som var publisert 2017-2023, var metaanalyser, fulgte IMRaD-strukturen, og omhandlet fysisk aktivitet i behandling av hovedsakelig unipolar depresjon hos voksne mellom 18 og 65 år.

Etikk

I forskning som handler om mennesker, oppstår det ofte etiske problemstillinger eller dilemmaer i møte med deltakerne i forskningsprosjektet, som rundt tema personvern og samtykke. Ettersom denne oppgaven er en litteraturstudie og bruker allerede publisert forskning, er ikke dette utfordringer jeg har møtt på. Allikevel må vi tenke etikk i en litteraturstudie og det handler hovedsakelig om vitenskapelig redelighet. Vitenskapelig redelighet er knyttet opp hvordan vi henter inn og behandler data. Det er viktig at metoden er transparent på en slik måte at andre kan følge fotsporene og komme til samme svar, og etterkontrollere. Dataene og resultatene som legges frem skal være redelige, og all relevant data skal fremlegges selv om det ikke nødvendigvis passer med forventningene eller ønskene til resultat. Til sist er det vitenskapelig redelig å ha god kildehenvisning og ikke plagiere seg selv eller andre. Det skal komme tydelig frem hvor kunnskapen vi bruker kommer fra og hvem som har skrevet den (Nielsen, Hjørnholm, & Jørgensen, 2021, ss. 92-94). Ingen av artiklene diskuterer etikken rundt forskningen, men bekrefter at det er ingen interessekonflikt knyttet opp mot artikkelen, og de informerer om de har fått finansiell støtte og hvor den kommer fra. Begge disse punktene går under vitenskapelig redelighet (Nielsen, Hjørnholm, & Jørgensen, 2021, ss. 93-94).

Analyse

En tekst analyseres ved å dele empirien inn i flere enkeltdeler og finne felles trekk eller temaer som er sentrale mellom de ulike artiklene som skaper basen for empirien. Det finnes ulike strategier for å analysere en tekst (Nielsen, Hjørnholm, & Jørgensen, 2021, ss. 179-181). I denne oppgaven har jeg valgt å kombinere ulike analysestrategier. Først brukte jeg induktiv analysestrategi kombinert med langsgående strategi for å kartlegge innholdet i artiklene. En induktiv analysestrategi tar utgangspunkt i empirien, og undersøker empirien uten teori. Temaer blir utviklet ut fra materialet, dette kalles også en nedenfra – og - opp- tilnærming. Langsgående betyr at artiklene ble analysert hver for seg (Nielsen, Hjørnholm, & Jørgensen, 2021, ss. 181-183). Dette ble utført da artiklene var omfattende og hadde vesentlige forskjeller i forskningsformålet. Deretter ble det utført en tverrgående analyse som består av å sammenligne de ulike artiklene, og identifisere forskjeller og likheter (Nielsen, Hjørnholm, & Jørgensen, 2021, s. 183), samt se dette i lys av teoriene jeg har valgt.

Ved å følge de seks trinnene til induktiv analyse, gjorde jeg følgende: Først leste jeg gjennom hver artikkel for å danne en helhetsforståelse. Deretter i trinn to, dannet jeg meg noen foreløpige temaer og skrev dem ned. Dette skal gjøres intuitivt, det vil si at det er ens umiddelbare oppfatning av hva temaene er. Trinn tre ble brukt til å systematisere empirien og skape meningsbærende enheter ut ifra temaene. I trinn fire tok jeg dette med videre og sammenlignet de ulike meningsbærende enhetene med hverandre for å se om det finnes nye temaer. På dette tidspunktet kan temaene være de samme som i trinn to eller nye. I trinn fem leste jeg gjennom alle de meningsbærende enhetene og sammenfattet essensen av hver av dem. Til sist i trinn seks utarbeidet jeg kategorier eller overskrifter til sammenfatingene fra trinn fem. Deretter tolket jeg disse for å skape en dypere forståelse av funnene (Nielsen, Hjørnholm, & Jørgensen, 2021, s. 184). Denne analysen var med å skape basen til drøftingskapittelet.

Presentasjon av artiklene

Jeg vil nå presentere de tre artiklene som danner datagrunnlaget for oppgaven.

Artikkel 1: Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services (Morres, et al., 2019)

Artikkelen er publisert i Depression and Anxiety som er en offentlig publikasjon tilknyttet angst- og depresjonsforeningen i USA. Formålet til artikkelen er å undersøke effekten av kondisjonstrening sammenlignet med ikke-treningsrelaterte tiltak hos voksne (18-65 år) med

depressiv lidelse som er rekruttert gjennom helsevesenet. Metoden som ble brukt er litteraturstudie med metaanalyse. Forfatterne gjennomførte 11 databaser, og så gjennom studier som var publisert fra 1980 til mars 2017 og som var skrevet på engelsk. Dette resulterte i 579 studier som ble etter satte kriterier redusert ned til 11 studier. I disse 11 studiene var det totalt 455 pasienter som var med i undersøkelsene.

Forfatterne oppgir at inklusjonskriteriene for reduksjon av studier var at deltakerne skulle være mellom 18 og 65 år. For å delta i undersøkelsen ble de rekruttert gjennom helsevesenet, det vil si at de fikk informasjon om undersøkelsen via behandler, fastlege ol. De måtte ha depresjon som hoveddiagnose, og depresjonen er ikke et resultat av andre psykiske eller somatiske lidelser. De måtte heller ikke vise symptomer for psykose. Videre skulle studiene sammenligne kondisjonstrening med andre ikke-treningsrelaterte tiltak, og bestå av kliniske studier med randomiserte kontrollgrupper. Kondisjonstrening ble gjennomsnittlig utført for 45 minutter, 3 ganger i uka over 9,2 uker med et moderat intensitetsnivå. Metaanalysen viser en overordnet positiv effekt på depresjons symptomer sammenlignet med kontrollgruppen, særlig i korte studier (opptil 4 uker) og studier hvor deltakerne selv kan velge hvilken type kondisjonstrening de skal utføre.

Artikkel 2: Effects of physical exercise on executive function in adults with depression: a systematic review and meta-analysis (Contreras-Osorio, et al., 2022)

Artikkelen er publisert i *International Journal of Environmental Research and Public Health*, og formålet er å kartlegge hva er effekten av fysisk aktivitet, sammenlignet med aktive eller passive kontrollgrupper, på eksekutive funksjoner hos voksne 18-65 år med depresjon.

Metoden som ble brukt er litteraturstudie med metaanalyse. Forfatterne gjennomførte fire databaser, og så gjennom studier som var publisert fra tidligst tilgjengelig dato til september 2022. De brukte ingen filtre eller begrensninger på søket, som for eksempel språk. De gikk også manuelt gjennom litteraturlisten til relevante artikler for å finne eventuelle artikler som ikke hadde blitt plukket opp via databasesøket. Dette resulterte i 11857 studier som ble etter satte kriterier redusert ned til 7 studier. Disse studiene inkluderte totalt 659 deltakere fordelt på kontroll og eksperimentell gruppe.

Forfatterne oppgir inklusjonskriteriene for reduksjon av studier var at deltakerne skulle være fysisk friske voksne, som ikke trente regelmessig, mellom 18 og 65 år med depresjon som hoveddiagnose. Depresjon skulle ikke være et resultat av andre psykiske eller somatiske lidelser. Videre skulle studiene inneholde regelmessig trening og ha en minimumsvarighet på

3 uker. Fysisk aktivitet skulle være satt som eniltak eller blir brukt i kombinasjon med medikamentell behandling. Aktiviteten skulle bestå av kondisjonstrening, styrketrening eller en kombinasjon av ulike typer trening. Kontrollgruppen kunne være passiv (for eksempel motta placebo piller) eller aktiv (for eksempel utføre avslapningsøvelser). Det skal ha blitt utført målinger på eksekutive funksjoner før studiets start og etter fullføring av studiet. Fysisk aktivitet ble gjennomsnittlig utført for 45 minutter, 3 ganger i uka over 9,4 uker. Det ble hovedsakelig brukt ulike typer kondisjonstrening, men to av studiene brukte i tillegg styrketrening. Metaanalysen viser en liten positiv effekt på korttidshukommelsen sammenlignet med kontrollgruppen, men lite relevant til ingen effekt på evnen til å regulere handlingsmønstre og kognitiv fleksibilitet.

Artikkel 3: Efficacy of exercise combined with standard treatment for depression compared to standard treatment alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (Lee, et al., 2021)

Artikkelen er publisert i Journal of affective disorders, og har som formål å sammenligne den antidepressive effekten mellom standard behandling og standard behandling kombinert med fysisk aktivitet. Metoden som ble brukt er litteraturstudie med metaanalyse. Forfatterne gjennomførte fire databaser, og så gjennom studier som var publisert fra tidligst tilgjengelig dato til 18.januar 2021. Dette resulterte i 15118 studier som ble etter satte kriterier redusert ned til 22 studier. I disse 22 studiene var det totalt 1025 deltakere fordelt på kontroll og eksperimentell gruppe.

Forfatterne oppgir inklusjonskriteriene for reduksjon av studier var at deltakerne skulle være over 18 år, med og uten offisiell diagnose. Deltakerne kunne ha tilleggdiagnoser, så lenge depresjons symptomer var hovedfokuset i behandlingen. Studiene skulle enten se på effekten mellom standard behandling og standard behandling kombinert med fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kunne bestå av kondisjonstrening eller styrketrening, uavhengig om disse ble utført hjemme eller under tilsyn av helsepersonell/forskningsteam. Studiene i metaanalysen sammenlignet hovedsakelig medikamentell behandling med kondisjonstrening, men et fåtall brukte styrketrening. Gjennomsnittslengden på behandlingen var 10,5 uker. Metaanalysen viser en samlet moderat positiv effekt av trening kombinert med standard behandling sammenlignet standard behandling alene. Det er særlig effekt på pasienter med alvorlig grad av depresjon.

Oppgavens validitet

For å holde et høyt nivå av pålitelighet og gyldighet i oppgaven, har jeg vært opptatt av å være kritisk til kildene jeg har brukt. Kildekritikk handler om å skille fakta fra spekulasjoner, og fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2012, s. 67). Jeg har brukt kapittelet om kilder og kildekritikk i Dalland (2012) som en guide for å vurdere kildene mine. Ved å følge kapittelet, startet jeg med å se på relevans; er kilden med på å belyse problemstillingen min. Kilden må inneholde informasjon som er relevant og nyttig for problemstillingen. Videre gikk jeg til å se på validiteten til kilden; hvem er teksten skrevet av, hvor er den publisert og hva slags type tekst er det. Under punktet «datainnsamling» er det beskrevet hvordan jeg gikk frem for å velge artiklene som dannet datagrunnlaget. Ved valg av faglitteratur, valgte jeg å forholde meg hovedsakelig til fagbøker/lærebøker skrevet av personer med sterk tilknytning til helse- og sosialfaget, og som i tillegg har skrevet flere bøker om temaet. Ved valg av kilder som ikke var fagbøker, fokuserte jeg på rapporter, håndbøker og lignende som var skrevet av fagpersoner og tilknyttet relevante institutt eller organisasjoner, som Folkehelseinstituttet og Fagforbundet (s.63-80). Jeg føler meg trygg på at jeg har vært grundig i arbeidet med valg av artikler og faglitteratur, men det er allikevel en mulighet for at det er andre kilder som kunne vært mer relevant. Dette er basert på at det finnes en nærmest uendelig stor mengde litteratur som kan knyttes opp mot problemstillingen.

Artiklene jeg har valgt ut er tolkninger basert på resultater som igjen er basert på tolkninger av resultater. Det er derfor en mulighet for at viktig informasjon av gått tapt i arbeidet, og det kanskje derfor hadde vært bedre å basere oppgaven på enkeltstudier. I tillegg vil oppgaven være preget av hvordan jeg selv tolket disse resultatene. Allikevel valgte jeg nettopp metaanalyser for å ha tilgang til et bredere sett med resultater enn jeg hadde gjort med enkeltstudier.

Funn og drøfting

Oppgaven vil nå fokusere på å presentere funnene fra analysen, samt tolke og diskutere funnene opp mot problemstillingen.

Gjennom analyseprosessen, fant jeg flere likheter og ulikheter mellom artiklene. Dette gjelder blant annet formål, deltakergrupper og diagnoser. Alle tre har som formål å se på effekten av fysisk aktivitet i behandling av depresjon, men skiller seg på hvilke tiltak de sammenligner opp mot fysisk aktivitet. Contreras-Osorio, et al. (2022) velger kun å fokusere på hvordan

fysisk aktivitet påvirker eksekutive funksjoner, mens Lee, et al. (2021) og Morres, et al. (2019) har lagt vekt på hvorvidt det er en forbedring på scoren ved de ulike diagnostiseringsskalaene som har blitt brukt i hver studie. Det er varierende grad av nyanser mellom artiklene i forhold til deltakergruppe. Lee, et al. (2021) tillot psykiatriske tilleggdiagnoser så lenge depresjonen var hovedårsaken for behandling og 81,8 % av deltakerne hadde unipolar depresjon, mens de to andre artiklene inkluderte kun deltakere med unipolar depresjon. Lee, et al. (2021) oppgir at 81,1% av deltakerne hadde mild-moderat depresjon, Morres, et al. (2019) inkluderte deltakere som dekket hele alvorlighetsspekteret, mens Contreras-Osorio, et al. (2022) inkluderte kun deltakere med mild til moderat depresjon. Den gjennomsnittlige alvorlighetsgraden for depresjon mellom de tre artiklene var moderat. Felles for artiklene var at deltakerne var friske, men utrente voksne uten et aktivt rusproblem, ingen somatiske utfordringer som hindrer aktivitet, og det var heller ingen gravide eller ammende deltakere. Både Contreras-Osorio, et al. (2022) og Morres, et al. (2019) satte en øvre aldersgrense på 65 år, mens Lee, et al. (2021) inkluderte flere studier med en høyere gjennomsnittsalder. Morres, et al. (2019) begrunner valget for å sette 65 år som øvre aldersgrense med at de har brukt kilder som viser at eldre voksne opplever større effekt av trening i behandling enn yngre voksne, og de er i tillegg større sannsynlighet til å fullføre treningsopplegget. Dermed mener de at å inkludere de eldre kan føre til en skjevhet i resultatene og at resultatene derfor ikke nødvendigvis kan overføres (s.49).

Alle studiene i artiklene hadde en eksperimentell gruppe og en kontrollgruppe. Dette ble gjort for å kunne måle om tiltakene i eksperimentell gruppen utgjorde en effekt sammenlignet med tiltakene i kontrollgruppen. Kontrollgruppene besto av mange ulike tiltak. Fra ingen tiltak og placebo piller, til samtaleterapi, avslapning og tøying, og medikamentell behandling. Det var også et fåtall studier som brukte elektroshokk i tillegg til andre kontrolltiltak. Kun Morres, et al. (2019) oppgav totalt drop-out prosent mellom eksperimentell - og kontrollgruppe, henholdsvis 14,8 % og 14,5% (s.46) men det virker å være en generell enighet mellom artiklene at det ikke er en betydelig drop-out rate mellom eksperimentell - og kontrollgruppe.

Motivasjon og hjelp til selvhjelp

I artiklene, ser vi at de fleste studiene var basert på at pasientene skulle utføre aktiviteten mens det var helsepersonell eller andre fagpersoner til stede, og resultatene fra Lee, et al. (2021) viser at det var størst positiv effekt blant disse studiene (s.1509). Dette støttes av Morres, et al.(2019), men de inkluderte også én studie hvor pasientene utførte aktivitet

hjemme uten tilsyn fra faglig personell, og selv om effekten var god med en depresjonsscore som gikk ned fra alvorlig til mild (s. 43) kan vi ikke generalisere effekten på bakgrunn av kun én studie. Lee, et al. (2021) referer også til lavere drop-out rate blant studiene hvor de har hatt tilsyn, men de inkluderer ikke konkrete tall (s.1509). Begge artiklene diskuterer kort hva de tror den positive effekten kommer fra, uten å kunne trekke konkrete konklusjoner. Morres, et al. (2019) tar opp at den positive effekten kan stamme fra tiden pasientene bruker med fagpersonalet og andre pasienter under utførelsen av aktiviteten, og det derfor ligger et sosialt aspekt bak den gode effekten (s. 50). Dette kan stemme med viktigheten av tilhørighet i selvbestemmelsesteorien. Det handler mest om at å kjenne på at noen ønsker å gjøre noe sammen med oss og at vi tar vare på hverandre, samt arbeider mot et felles mål (Martinsen, 2018, ss. 158-159). Lee, et al. (2021) tar opp samme problemstilling, men argumenterer med at flere av studiene hadde lagt inn rammer i kontrollgruppene som skulle kompensere for den økte kontakten i eksperimentell gruppe. De tror derfor ikke det ligger et psykososialt aspekt bak den positive effekten (s.1509). Morres, et al. (2019) viser til jevnt over positiv effekt uavhengig av om aktiviteten ble utført individuelt under tilsyn eller i gruppe (s.47). Samtidig så kan det være at effekten av å trene under tilsyn av fagpersonell regnes som å trene i en gruppe. At pasienten føler en tilhørighet til fagpersonen, og oppnår samme følelse av tilhørighet uten at det nødvendigvis er andre pasienter til stede.

Resultatene kan også tyde på at formen på aktiviteten ikke har noe å si for effekten. Morres, et al. (2019) så stor effekt uavhengig av om aktiviteten ble utført utendørs eller inne, og hvilken type kondisjonstrening (s.47). Lee, et al. (2021) viser også til at de ser ingen forskjeller mellom om pasientene får poliklinisk behandling eller om de er innlagt på sengepost. De ser heller ingen forskjell i hvilke kontrollgrupper som har blitt brukt, passive eller aktive. Fysisk aktivitet har uansett best effekt (s.1504).

Filosofen Gadamer mener at helse er en måte å være i verden på, og at ikke alt skal overlates til de profesjonelle (Martinsen, 2018, s. 31). Dette kan knyttes opp mot sosionomens oppgave å motivere til selvhjelp, og at på sikt kan utførelsen av fysisk aktivitet være en form for selvhjelp. Dersom vi ønsker at pasientene skal kunne ta i bruk fysisk aktivitet på egenhånd, kommer det opp spørsmål om vi krever for mye av pasienter som allerede har utfordringer knyttet til energinivå og motivasjon. Morres, et al. (2019) tar opp at det var 35% av aktuelle kandidater som ikke ønsket å delta i studiene, og peker ut dette som et punkt som burde forskers på videre. De tar allikevel opp at årsaken til å ikke ville delta kan nettopp være basert

på depresjonens natur, som mangel på energi og motivasjon, samt at det er tid – og energikrevende å være med på slike studier. Allikevel ser de at drop-out raten er relativ lik blant tiltak som ikke inkluderer fysisk aktivitet og tiltak som tar i bruk fysisk aktivitet, så det kan være et bevis i retningen mot at energi og motivasjon ikke er en avgjørende faktor (ss. 49-50). Lee, et al. (2021) støtter dette opp med å referere til lik fullføringsrate mellom tiltak knyttet opp mot fysisk aktivitet og andre tiltak (s.1509). Derimot ser Morres, et al. (2019) en sammenheng med at det var en stor positiv effekt i de studiene hvor deltakerne fikk velge selv hvordan de ønsket å utføre kondisjonstreningen (s.49). For å skape en motivasjon hos pasientene, virker det som at det første steget er å la de velge aktivitet selv. Dette kan stemme med selvbestemmelses delen av selvbestemmelsesteorien. Å velge aktivitet selv kan skape en følelse av at valgene blir mer forpliktende, og at egne evner og engasjement blir tydeligere. Dette kan bidra til økt mestringsfølelse og økt selvfølelse (Martinsen, 2018, s. 158). Nyere pasientundersøkelser viser at pasienter ønsker mer kunnskap og mer fokus på hvordan de kan ta i bruk fysisk aktivitet i behandlingen sin, men at dette blir lite vektlagt i psykiatrien. De føler derfor at de ikke får med seg verktøyene til å utføre dette på egenhånd (Martinsen, 2018, s. 26). Her kan helsepersonell tilpasse aktivitet til pasientens nivå for å styrke mestringsopplevelsen og skape gode opplevelser slik at pasienten ønsker å fortsette med aktivitetene på egenhånd (Martinsen, 2018, s. 159).

Er det nødvendig med alternativer til standard behandling?

Som nevnt i innledningen, så er medikamentell behandling førstevalget innen norsk behandlingsform. Lee, et al. (2021) og Contreras-Osorio, et al. (2022) trekker begge frem nevroplastisitet som et argument for hvorfor det kan være nødvendig å utvide standard behandling til å inkludere fysisk aktivitet. Nevroplastisitet er hjernens evnen til å endre seg for å møte indre og ytre krav. Dette blir styrt av opplevelser, og dersom hjernen blir utsatt for mange negative opplevelser, fører dette til negative endringer (Lee, et al., 2021, s.1494-1495). Lee, et al. (2021) trekker frem de negative endringene som en mulig årsak til at mange opplever tilbakevendende depresjon. De viser til kilder som viser at 1/3 til 1/2 av pasienter får tilbakevendende depresjon selv med medikamentbruk. De negative endringen kan også gjøre at pasienter responderer dårlig på standard behandling. Derimot kan det se ut til at antidepressive fungerer bedre og er med på å skape gunstige endringer dersom hjernen blir utsatt for positiv stimuli, som for eksempel fysisk aktivitet. De ser en medium effekt når de sammenlignet standard behandling kombinert med trening mot kun standard behandling (ss.1494-1495, 1504). Contreras-Osorio, et al. (2022) støtter også påstanden om at

neuroplastisiteten blir forbedret med trening (s.15). Fysisk aktivitet ser ut til å påvirke produksjonen av blant annet dopamin, serotonin og endorfiner i hjernen, som stimulerer opprettelse av nye nerveceller i hippocampus. Hippocampus er en del av hjernen som styrer hukommelse og læring. I store mengder vil stresshormonet kortisol redusere volumet av hippocampus, noe som ofte blir sett hos pasienter med depresjon. Fysisk aktivitet kan bidra til å redusere mengden kortisol og gjøre hjernen mer motstandsdyktig mot stress. I tillegg til redusert volum av hippocampus, er kronisk inflammasjon assosiert med depresjon.

Inflammasjonen er med å skade sentralnervesystemet, som igjen påvirker neuroplastisiteten (Martinsen, 2018, ss. 147-148). Dette synet på depresjon trekker mer i retning av en biologisk forståelsesmodell som ser på mekanismen bak depresjonen, samtidig som det blir påvirket av psykologiske og sosiologiske faktorer ettersom hjernen endrer seg etter opplevelser og omgivelsene (Lauveng, 2020, ss. 26-30).

Medikamentell behandling og kognitive funksjoner

En av årsakene til at det kan være nødvendig å kombinere medikamentell behandling og fysisk aktivitet, er for å styrke kognitive funksjoner. Medikamentell behandling har som oftest et hovedfokus på å regulere humør-relaterte symptomer, som nedstemthet og manglende interesse for aktiviteter. Dette gjør at de ikke nødvendigvis er særlig virksomme på kognitive utfordringer som kommer med å ha langvarig depresjon. Dette gjelder særlig siden kognitive vansker kan henge igjen som et symptom lenge etter de humør-relaterte symptomene har lettet. Dette kan påvirke hvordan personer med depresjon håndterer utfordringer og krav i hverdagen, og påvirke deres psykososiale situasjon. Medikamentell behandling gir dem ikke nødvendigvis de riktige verktøyene til å manøvrere disse situasjonene (Contreras-Osorio, et al., 2022, s. 2). Som nevnt tidligere, så ser det ut til at fysisk aktivitet har en positiv effekt på læring og hukommelse. Allikevel finner Contreras-Osorio, et al. (2022) svake resultater for at dette stemmer i sin metaanalyse. De finner en liten positiv effekt, som allikevel er av relevant størrelse, på korttidshukommelsen ved å kombinere fysisk aktivitet med medikamentell behandling sammenlignet med kontrollgruppen. Effekten på evnen til å regulere handlingsmønster er positiv, men så liten at den regnes som ubetydelig. Kun én studie så en betydelig positiv effekt. Effekten på kognitiv fleksibilitet var også liten, men forfatterne trekker frem at det var to studier i metaanalysen som viste betydelig stor positiv effekt på dette punktet. Dette var også de to nyeste studiene i metaanalysen (ss. 13, 15). Contreras-Osorio, et al. (2022) mener at årsaken til at metaanalysen finner svake resultater for kognitive

funksjoner, er at studiene ikke brukte syke nok pasienter. Pasientene i studiene hadde mild til moderat depresjon, og kognitiv svikt er mer koblet til alvorlig depresjon (s.15).

Fysisk aktivitet på resept

FHI anbefaler 150-300 minutter i uka med middels intensitet eller minst 75-150 minutter med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2019). To av artiklene oppgav nasjonale anbefalinger for aktivitet og disse lignet nokså mye på anbefalinger fra de norske myndighetene. Lee, et al. (2021) oppga Canadian Network for mood and anxiety treatment som anbefaler minimum totalt 120 minutter med moderat til intens trening (30 min x 4 i uka) for minimum 9 uker for å oppnå full antidepressiv effekt (s.1495). Det var 45,5% av studiene som utførte fysisk aktivitet etter disse anbefalingene (s.1504). Contreras-Osorio, et al. (2022) refererte til American college of sports medicine sin anbefaling om 150 minutters per uke med moderat trening eller intens trening for 75 minutter per uke. Det var kun én studie som utførte trening som fulgte den anbefalte mengden, og det var samme studie som så en effekt på regulering av handlingsmønstre. En annen studie la opp til å følge de gitte anbefalingene, men hadde en høy drop-out rate på rundt 50% (s.15). Contreras-Osorio, et al. (2022) oppgir at for å oppnå ønsket effekt på kognitive funksjoner, så bør anbefalt mengde fysisk aktivitet bli fulgt. Årsaken bak de svake resultatene i studiene kan være basert på at de ikke fulgte den anbefalte mengden trening (s.15). Det er ikke oppgitt årsakene til hvorfor det var så få studier som fulgte anbefalte mengder trening. Dersom tilfellet er at det mangler på motivasjon, så kan trening på blå resept, med tett oppfølging slik den var nevnt i innledningen, være en potensiell løsning. Aktivitetshåndboken fra Helsedirektoratet (2009) tar opp at det hadde vært gunstig med en slik ordning (ss.72-83). Så det vil si at norske myndigheter allerede for 14 år siden anså fysisk aktivitet i behandling av både psykiske og somatiske lidelser som noe nyttig, men fysisk aktivitet på resept har allikevel ikke blitt innført. Grinvoll (2022) peker på at dersom aktivitet og trening kunne integreres i behandlingen, ville kanskje dette føre til mindre medisinbruk, friskere pasienter og reduserte kostnader i forhold til sykefravær og andre kostnader knyttet opp mot psykisk sykdom. Det var lite fokus i artiklene på om deltakerne i studiene hadde oppnådd andre helsefordeler utenom forbedring i depresjonsscore, men Lee et al. (2021) fant at noen studier kunne vise til positiv endring i aktivitetsnivå og i generell helse (s.1507).

Lee et al. (2021) så størst positiv effekt blant deltakerne som var alvorlig deprimerte, men også moderat effekt hos de som var mildt-moderate (s.1504). Dette vil si at fysisk aktivitet har

en mulighet til å ha en gunstig effekt uavhengig av hvor pasienten ligger på depresjonsscoren. Det er allikevel usikkert hvorvidt kombinasjonen av fysisk aktivitet og standard behandling har en effekt over tid eller bare i akutfasen (s.1510). Morres et al. (2019) så en god effekt tidlig (innen 4 uker), noe som vil si at fysisk aktivitet kan være et gunstig alternativ for pasientene som nettopp har startet medikamentell behandling for å støtte opp effekten av den. Antidepressive tar gjerne opptil 4 uker før pasienter opplever en effekt (s.49). De kommenterte ikke videre på om denne effekten beholdes over tid.

Validiteten av artiklene

Forfatterne bak metaanalysene utførte analyser av hver studie for å bedømme risikoen for skjevhet(bias) i resultatene og utførelse. Morres, et al. (2019) brukte et analyseverktøy som heter PEDro som er en skala fra 1-10, hvor 10 er toppscore og vil si at studiet er helt uten skjevheter. Studiene som ble brukt hadde en maksscore på 8 og en minimumscore på 6. Grunnen til at det ble satt maks 8 er pga. forfatterne bedømte at det ikke er mulig å utføre blindtester på studier om depresjon. Med en minimumscore på 6 holdt studiene fortsatt en høy grad av uskjevhet og forfatterne følte seg trygge på artiklene hadde relevante resultater (s.41). Contreras-Osorio, et al. (2022) oppgir at de brukte samme skala, men ikke om studiene ble sortert etter en maks – og minimumscore. De oppgir allikevel at fire av syv artikler som har blitt brukt har en score på 5 eller under (s.7). Jeg tolker dette som at det er større risiko for skjevhet i Contreras-Osorio, et al. (2022) enn i Morres, et al. (2019). Lee, et al. (2021) brukte et annet verktøy som heter Cochrane Collaboration's tool hvor etter gitte kriterier, blir studiene rangert som å ha høyere skjevhet eller lavere. Her ble ca. halvparten rangert som høy og halvparten som lav (s.1504). Dette kan komme av at Lee, et al. (2021) hadde flere studier enn Contreras-Osorio, et al. (2022) og Morres, et al. (2019) til sammen og at det er selve mengden av studiene som øker risikoen for skjevhet. Dette må allikevel tas i betraktning ved vurdering av validiteten til resultatene som helhet.

Et punkt som ingen av artiklene har kommentert, er at et større andel av deltakerne er kvinner. I Morres, et al.(2019) var det totalt 20 grupper som hadde angitt antall kvinner i studiet, og i 11 av dem var det over 70% kvinner. I to av disse studiene besto deltakerne av 100% kvinner. Også i Contreras-Osorio, et al. (2022) var det et større andel kvinner med tre av syv studier som hadde over 70% og i Lee, et al. (2021) var det 10 av 22 grupper med over 70% andel kvinner. Det kan derfor undres om det er mulig å overføre resultatene over til en generell befolkning når det er sterk skjevfordeling i forhold til kjønn blant deltakerne. Allikevel så

finnes det data på at det er betydelig flere kvinner enn menn som har depresjon, henholdsvis 4158,4 og 2713,3 av 100 000 (Contreras-Osorio, et al., 2022, s. 2), så studiene kan være med på å vise en reelt bilde av depresjon i samfunnet.

Hva bør forskes videre på?

Artiklene tar opp ulike punkter de mener bør forskes videre på. Contreras-Osorio, et al. (2022) ønsker mer forskning på kognitiv fleksibilitet og evnen til å regulere handlingsmønster, da disse resultatene var svake. De ønsker også fremtidige studier skal inkludere mer deltaker om det ble brukt motivasjonsstrategier og deltakernes sosiale bakgrunn (s.18). Dette er jeg enig i hadde vært spennende detaljer å ha med for å videre trekke det inn i en sosialfaglig setting. Resterende artikler tar opp at det generelt bør forskes mer på fysisk aktivitet i behandling da det finnes for få studier om temaet. Videre synes jeg det bør forskes på om deltakere i slike studier klarer å opprettholde aktiviteten etter studiens slutt og om dette har en betydelig effekt på symptombylde. Dette hadde gitt oss et klarere bilde om fysisk aktivitet er en bærekraftig løsning hos pasienter som ikke responderer godt nok på standard behandling.

Avslutning

Denne oppgaven har gjennom litteraturstudie av tre metaanalyser sett på effekten av fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Dette er en metode som har fungert godt for å besvare problemstillingen ved å kunne innhente større mengder data enn ved velge tre enkeltstudier. Det er en generell enighet blant nåværende forskning om at fysisk aktivitet har en positiv effekt. Allikevel er behov for mer forskning på dette feltet. Dette er for å kartlegge effekten grundigere, og spesielt når det gjelder effekten på kognitive funksjoner. Videre forskning bør også fokusere på å holde mengden trening nærmest mulig de nasjonale anbefalingene for å oppnå best mulig effekt. Effekten av fysisk aktivitet ser ut til å være særdeles god blant sterkt deprimerte pasienter, og kan være et lite inngripende tiltak i den tidlige behandlingsfasen. Resultatene viser også at det ikke har betydning om aktiviteten blir utført innendørs eller utendørs, men at det er kondisjonstrening som har høyest effekt. Studiene i artiklene ser nesten utelukkende på effekten på depresjonsscoren, og ikke helsen til pasienten som helhet. Det er derfor ikke mulig å kommentere om deltakerne på sikt fikk bedre helse og redusert helserisiko som er tilknyttet personer med psykiske lidelser.

Litteraturliste

- Chau, J.Y.; Grunseit, A.C.; Chey, T.; Stamatakis, E.; Brown, W.J.; Matthews, C.E.; Bauman, A.E.; van der Ploeg, H. (2013). Daily Sitting Time and All-Cause Mortality: A MetaAnalysis. *PLOS ONE*, 8(11), ss.1-14.
<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0080000&type=printable> ***13 sider**
- Contreras-Osorio, F.; Ramirez-Campillo, R.; Cerda-Vega, E.; Campos-Jara, R.; Martínez-Salazar, C.; Reigal, R.E.; Hernández-Mendo, A.; Carneiro, L.; Campos-Jara, C. (2022). Effects of physical exercise on executive function in adults with depression: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), ss. 1-22. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/22/15270>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal Akademisk. ***28 sider**
- Deeks, J.J., Higgins, J.P.T., & Altman, D. G. (2022). Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. I J. P. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. Page, & V. A. Welch (Red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-10>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), ss. 129-136. <https://www.jstor.org/stable/1743658> ***7 sider**
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 - helsetilstanden i Norge (Rapport 2014:4)*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf> ***6 sider**
- Grinvoll, T. (2022, Mars 18). *Trening på blå resept*. Hentet fra Østfold-Posten: <https://www.op.no/trening-pa-bla-resept/o/5-36-1214974>
- Hansen, A. (2017). *Hjernesterk - hvordan fysisk aktivitet påvirker hjernen*. Cappelen damm. ***40 sider**
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Dalene, KE & Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf ***77 sider**

- Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetshandboken-Fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling.pdf/> /attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf ***29 sider**
- Helsedirektoratet. (2019). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling> ***1 side**
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Hertervig akademisk. ***69 sider**
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget .
- Lee, J., Gierc, M., Vila-Rodriguez, F., Puterman, E., & Faulkner, G. (2021, September 17). Efficacy of exercise combined with standard treatment for depression compared to standard treatment alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 295, ss. 1494-1511. <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S0165032721010028>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode*. Universitetsforlaget. ***128 sider**
- Martinsen, E. (2018). *Kropp og Sinn* (3. utg.). Fagbokforlaget. ***167 sider**
- Morres, I. D., Hatzigeorgiadis, A., Stathi, A., Comoutos, N., Arpin-Cribbie, C., Krommidas, C., & Theodorakis, Y. (2019). Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 36(1) ss. 39-53. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uis.no/doi/full/10.1002/da.22842>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse - og sosialfag*. Fagbokforlaget. ***22 sider**
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., . . . Laursen, T. M. (2013, Januar). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLOS ONE*, 8(1), ss. 1-11.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055176>
***10 sider**
- Nystad, W. (2022). *Fysisk aktivitet i Norge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
***15 sider**

Profesjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen. (2017). *Sosionomer og sosialt arbeid* [Brosjyre]. Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1311738-1548957643/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Sosionomer%20og%20sosialt%20arbeid.pdf> *4 sider

Rienecker, L., Jørgensen, P. S., & Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven* (2. utg.). Fagbokforlaget. *24 sider

Stubberud, J. (2023, Februar). *Eksekutiv dysfunksjon*. Hjernehjelp
<http://www.hjernehjelp.no/kognitive-funksjoner-og-svikt/eksekutiv-dysfunksjon>

Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F., Knudsen, A. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L., Reneflot, A. (2021). *Psykiske lidelser hos voksne* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=&h=1> * 29 sider

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget. *111 sider

*Selvvalgt pensum.

Totalt: 780 sider