

## Bacheloroppgave

# «Friluftsliv i behandling av psykiske lidelser»

Av

Studentnummer: 200189

Gruppe: 0507

VF202 – Bacheloroppgave

Livsstilsendring og folkehelse

April, 2018

Antall ord: 10671

Institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania

«Denne oppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Institutt for helsefag – Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.»

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	2
<b>1.0 Innledning</b> .....	3
<b>1.1 Oppgavens problemstilling</b> .....	3
<b>1.2 Begrepsavklaring</b> .....	3
<b>1.3 Teori</b> .....	4
1.3.1 Psykiske lidelser i Norge .....	4
1.3.2 Forekomst og konsekvenser .....	5
1.3.3 Behandling og legemiddelbruk.....	5
1.3.4 Årsaksforhold .....	6
1.3.5 Hvordan måles psykisk helse?.....	8
<b>1.4 Friluftsliv i Norge</b> .....	9
1.4.1 Friluftsliv i behandling? .....	10
<b>1.5 Fysisk aktivitet og psykisk helse</b> .....	11
<b>1.6 Naturens påvirkning</b> .....	12
1.6.1 Biofili hypotesen .....	13
1.6.2 Attention restoration theory.....	14
1.6.3 Den bio-økologiske modellen.....	14
1.6.4 Stress reduction theory .....	14
1.6.5 Environmental self-regulation hypothesis .....	15
1.6.6 The relaxation response .....	15
1.6.7 Maslows behovspyramide .....	15
<b>2.0 Metode</b> .....	15
<b>2.1 Etikk</b> .....	16
<b>2.2 Datainnsamling</b> .....	16
<b>3.0 Resultater</b> .....	18
<b>3.1 Artikkel 1</b> .....	18
<b>3.2 Artikkel 2</b> .....	19
<b>3.3 Artikkel 3</b> .....	20
<b>3.4 Artikkel 4</b> .....	21
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	22
<b>4.1 Fysisk aktivitet vs. Naturopplevelse</b> .....	23
<b>4.2 Mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet</b> .....	24
<b>4.3 Oppfølging etter behandling</b> .....	25
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	26
<b>5.1 Videre forskning</b> .....	26
<b>6.0 Referanseliste</b> .....	27

# Sammendrag

**Forfatter:** Studentnummer 200189

**Tittel:** Friluftsliv i behandling av psykiske lidelser

**Bakgrunn:** Psykiske lidelser er utbredt blant befolkningen og dermed en av nåtidens store folkehelseutfordringer. Disse lidelsene utgjør en betydelig belastning, både samfunnsøkonomisk og personlig. Dagens tradisjonelle behandlingsmetoder består av samtalerapi og medisinerer. Det er interessant å se på alternative behandlingsmetoder for denne gruppen pasienter, både på grunn av den høye forekomsten og kostnadene knyttet opp mot dette. Naturen har vist seg å ha flere positive effekter på psykisk helse og friluftsliv er en svært populær aktivitet blant nordmenn. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på bruk av friluftsliv i behandling av psykiske lidelser.

**Problemstilling:** Hvordan kan friluftsliv anvendes i behandling av psykiske lidelser hos voksne?

**Metode:** For å svare på problemstillingen var litteraturstudie det mest nærliggende studiedesignet. Oppgaven er basert på allerede eksisterende forskning, artikler og rapporter som omhandler friluftsliv i behandling av psykiske lidelser. Resultatene gir grunnlag for diskusjon, redegjørelse og en konklusjon rundt problemstillingen.

**Resultater/diskusjon:** De tydeligste funnene fra de fire utvalgte forskningsartiklene viste økt følelse av mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet hos deltagerne. Det ble i tillegg målt noe reduksjon i symptomer på angst og depresjon. Alle artiklene utfører friluftslivprogrammene i grupper med et utvalg av ulike aktiviteter. Fysisk aktivitet er en del av alle intervensjonene. Resultatene hos deltagerne ser ikke ut til å vedvare etter endt behandling. For å utforske problemstillingen i denne oppgaven, blir resultatene fra forskningsartiklene diskutert opp mot relevant teori.

**Konklusjon:** Friluftsliv kan være en alternativ eller supplerende form for behandling av psykiske lidelser hos voksne. Økt følelse av mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet er viktige faktorer for å mestre sykdommen. Grunnleggende momenter for å anvende friluftsliv i behandling ser ut til å være gjennomføring i gruppe og utførelse av ulike aktiviteter i friluft. Aktivitetene bør være noe utfordrende slik at deltagerne opplever mestring når de har gjennomført. Det vil være gunstig med et tilrettelagt friluftslivtilbud etter endt behandling for å opprettholde positive endringer.

## 1.0 Innledning

Psykiske plager og lidelser er utbredt og regnes som en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge i dag. Omtrent halvparten av Norges befolkning vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet (1). Depresjon, angst og rusavhengighet er de vanligste utfordringene (2). Psykiske plager og lidelser utgjør en stor belastning både personlig og samfunnsøkonomisk. Sett ut fra det personlige aspektet vil en psykisk lidelse eller plage, utgjøre en stor belastning både for en selv og pårørende. Mange opplever sykdommen tar over livet og gjør det umulig å leve som normalt. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted koster disse sykdommene samfunnet en betydelig sum hvert år. Omtrent en tredjedel av alle uførepensjoner skyldes psykiske lidelser, med angst og depresjon som de klart vanligste. Også andelen som får behandling for disse lidelsene er høy. De vanligste behandlingsmetodene i dag består av samtalerterapi og medikamentell behandling (3).

Naturen har også vist seg å ha positive effekter på psykisk helse, både i forebygging og behandling av psykiske plager/lidelser (4). Per dagsdato er det lite fokus på friluftsliv og bruk av natur som behandlingsform. Det vil være nyttig å sette mer fokus på dette da det kan være et alternativ til mennesker som er motivert for annet enn tradisjonell behandling. I følge levekårsundersøkelsen i 2017 er utøvelse av friluftsliv en populær aktivitet blant nordmenn (5). Natur og friluftsliv har en sentral plass i det Norske samfunnet og det er en «sannhet» at utøvelse av friluftsliv påvirker oss positivt. I denne oppgaven skal jeg ved hjelp av tidligere forskning, undersøke om dette kan forankres i forskning og om friluftsliv kan brukes i terapeutisk sammenheng.

## 1.1 Oppgavens problemstilling

*Hvordan kan friluftsliv anvendes i behandling av psykiske lidelser hos voksne?*

## 1.2 Begrepsavklaring

**Friluftsliv.** Det finnes ulike definisjoner for friluftsliv, men i denne oppgaven brukes den samme som i stortingsmelding 18 (2015-2016) (6): «Opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse». Denne definisjonen setter ingen grenser for hvilken type aktivitet som inngår i friluftsliv, det kan være gåturer i parker, skitur på fjellet eller den daglige joggeturen i skogen. Det er oppholdet og kontakten med naturen som er avgjørende for hva som er friluftsliv. Definisjonen omhandler også at man er fysisk aktiv, noe som lager et skille mellom opphold i naturen og begrepet friluftsliv. For fysisk aktivitet er en viktig del av friluftslivet.

**Psykisk helse** er en tilstand av velvære der personen kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (7)

**Psykiske plager** defineres som tilstander som oppleves belastende, men ikke oppfyller kriteriene til en klar diagnose (1). I oppgaven omtales også psykiske plager som psykisk uhelse.

**Psykiske lidelser** oppfyller visse diagnosekriterier og oppleves i større grad å påvirke væremåte, tanker, følelser, atferd og omgang med andre (1)

**Fysisk aktivitet** defineres som all kroppsbevegelse som er forårsaket av skjelettmuskulatur og som fører til økt energiforbruk (3). I denne oppgaven brukes fysisk aktivitet som en

samlebetegnelse for mosjonsaktiviteter, der hensikten er å oppleve glede, bedret helse og rekreasjon.

**Mestringstillit** defineres som den grad av tro man har på egen evne til å lykkes med en oppgave eller atferdsendring (8). Høy grad av mestringstillit vil gi en større sjanse for å lykkes med en endring.

«**Selvfølelse** er en positiv og støttende opplevelse innenfra. God selvfølelse innebærer å oppleve seg sikker på egne følelser. Det vil si ikke bare ha meninger, men å oppleve seg selv som trygg. Det er den dype opplevelse av verdi. Selvfølelse medfører sikkerhet i forhold til utvendige utfordringer.» (9)

«**Selvtillit** går ut på å oppleve seg bekreftet på ytre egenskaper, for eksempel utseende og prestasjoner, men ikke på grunnlag av indre følelser. Selvtillit beror på atferd, ikke på indre kvaliteter. Selvtillit er den tro eller tillit som personen kan ha til seg selv med hensyn å gjøre inntrykk.» (9)

**Sosial tilknytning** handler om hvilken grad av tilhørighet man føler ovenfor omgivelsene, samfunnet og menneskene rundt seg (10).

**Wilderness therapy/Adventure therapy** brukes i denne oppgaven som begreper for å beskrive ulike former for aktiviteter og opplevelser i natur i terapeutisk sammenheng.

**Nature-assisted therapy (NAT)** er definert som en intervensjon med hensikt å behandle, rehabilitere eller føre til tilfriskning (recovery) hos pasienter med sykdom eller helseproblemer. Terapien må inneholde naturelementer som planter, naturlige utendørs miljøer, uten andre terapiformer som for eksempel bruk av dyr. Dette inkluderer hagebruks terapi, friluftslivterapi, outdoor adventure therapy og wilderness therapy (11).

**Voksne** er i denne oppgaven personer i alderen 18-71 år.

## 1.3 Teori

### 1.3.1 Psykiske lidelser i Norge

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer god psykisk helse slik: «En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeidet på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.» (7). Dette er en vid definisjon som ikke bare krever fravær av sykdom, men også at man når sitt fulle potensial som menneske ved å «realisere sine muligheter». Definisjonen kritiseres fra flere hold på grunn av sin nesten uoppnåelige målsetning og det faktum at få mennesker kan oppfylle disse kriteriene til enhver tid. Ved psykisk uhelse, det vil si fraværet av god psykisk helse, er det andre kriterier som definerer disse.

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og lidelser. Psykiske plager er tilstander som oppleves som belastende, men ikke oppfyller kriteriene til en klar diagnose (1).

Depresjonssymptomer og lettere angst er eksempler på psykiske plager. Disse tilstandene påvirker dagliglivet i forskjellig grad og symptomene varierer, men felles er at de går utover trivselen, mestringfølelsen og relasjonen til andre mennesker. Psykiske lidelser oppfyller visse diagnosekriterier og anses i større grad til å påvirke tanker, følelser, atferd og væremåte. Psykiske plager omfatter alt fra depresjon og angst til mer alvorlige lidelser.

Diagnosesystemet ICD-10 ble i 1997 tatt i bruk som klassifikasjonssystem

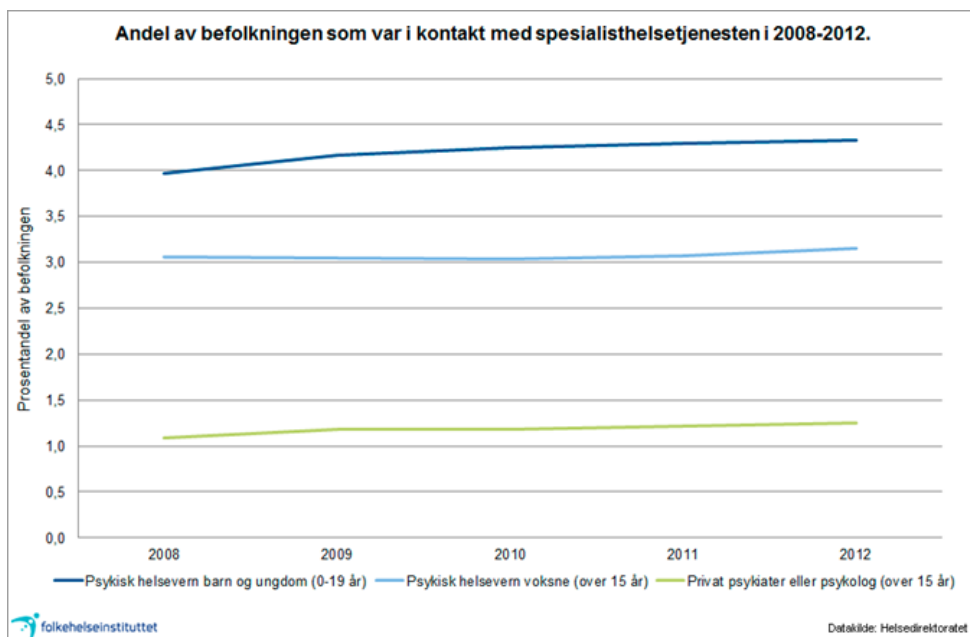
for psykiatriske lidelser og sykdommer i Norge (12).

### **1.3.2 Forekomst og konsekvenser**

Forekomsten av psykiske plager er utbredt og flere sliter med ulike symptomer (1). Dette gjelder både barn, unge og voksne. De klart vanligste plagene blant barn og unge er angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Blant voksne svarer omtrent 10 prosent at de har vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene. Angstlidelser og depresjon er også de mest utbedte, diagnostiserte psykiske lidelsene blant voksne. Det estimeres at omtrent en tredjedel av den voksne befolkning vil tilfredsstille diagnosekriteriene for minst en psykisk lidelse i løpet av et år. Omtrent halvparten vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Andelen sykefraværsdager knyttet til psykiske lidelser, i hovedsak angst og depresjon, har steget de siste årene. Fra å ligge på 15,3 prosent i 2000, lå det på rundt 20 prosent i 2010 og 2013 (13). Særlig blant unge er andelen som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser økende. Psykiske plager og lidelser påvirker både livskvaliteten og livsutfoldelsen til den som blir rammet (1). Langvarige plager kan få ringvirkninger på flere livsområder, både i utdanning og yrkesaktivitet, inntekt og produktivitet, nære relasjoner og sosial deltagelse.

### **1.3.3 Behandling og legemiddelbruk**

Den vanligste formen for behandling av psykiske plager og lidelser er samtaleterapi og/eller medikamentell behandling. I folkehelseinstituttets (FHI) rapport, «*Psykisk helse hos voksne*», finnes det en oversikt over andelen av befolkningen som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten mellom 2008-2012 (2). Vi ser av figur 1 at andelen voksne (over 15 år) ligger på omtrent 3 %. Det er noe høyere tall blant barn og ungdom (0-19år) som kommer opp mot 4,5 % i 2012. Nye tall fra rapporten Psykisk helse i Norge (2018), viser en liten økning blant de som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten (14). 4 % av alle menn og 6 % av alle kvinner er årlig i kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av psykiske helseplager. Denne rapporten viser også tall på andelen av befolkningen som har vært i kontakt med generelle helsetjenester på grunn av psykiske helseplager. I aldersgruppen 18-79 år var om lag 10 % av alle menn og 15 % av alle kvinner i årlig kontakt med helsetjenesten. Det er også mange som opplever psykiske utfordringer som ikke oppsøker hjelp (2). Legemiddelbruken for psykiske helseplager har holdt seg nokså stabil de siste årene (14). Tabell 1 viser antall voksne i befolkningen som bruker legemidler mot psykiske lidelser i perioden 2004-2015. Disse tallene er hentet fra reseptregistret og tar derfor kun for seg legemiddelbruk på individnivå. Legemidler utskrevet av sykehus eller institusjoner kommer ikke med her.



**Figur 1.** Andel av befolkningen i aldersgruppene 0-19 år og > 15 år som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2008-2012 (2).

**Tabell 1.** Antall (prosentandel) voksne brukere av ulike legemiddelgrupper i 2004 og 2015 (14).

	Kvinner		Menn		Totalt	
	2004	2015	2004	2015	2004	2015
Antidepressiva	182861 (10,1)	209676 (10,2)	94782 (5,4)	109959 (5,3)	277643 (7,8)	319635 (7,8)
Angstdempende						
Benzodiazepiner	168487 (9,3)	151652 (7,4)	84576 (4,9)	81782 (4,0)	253063 (7,1)	233434 (5,7)
Antiepileptika*	201 (0,01)	342 (0,02)	157 (0,01)	262 (0,01)	358 (0,01)	604 (0,01)
Antipsykotika	58009 (3,2)	59514 (2,9)	41275 (2,4)	48169 (2,3)	99284 (2,8)	107683 (2,6)
Legemidler ved bipolar lidelse						
Litium	4402 (0,24)	4285 (0,21)	3327 (0,19)	3262 (0,16)	7729 (0,22)	7547 (0,18)
Antiepileptika*	10914 (0,60)	14181 (0,69)	7439 (0,43)	9855 (0,48)	18353 (0,52)	24036 (0,59)

### 1.3.4 Årsaksforhold

Utviklingen av psykiske helseplager påvirkes av flere forhold og er et resultat av et komplekst samspill mellom miljømessige, biologiske og genetiske faktorer (15). Kunnskapen rundt dette er fremdeles mangelfull. Det finnes mange ulike risikofaktorer som kan føre til utviklingen av en enkelt psykisk lidelse, samtidig som en enkelt risikofaktor kan føre til flere, ulike psykiske lidelser. Psykisk helse påvirkes også av faktorer som beskytter mot utviklingen av psykiske helseplager og fremmer god psykisk helse. «Grovt sett kan en si at helse er resultatet av samspillet mellom individuelle egenskaper og beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i miljøet.» (15)

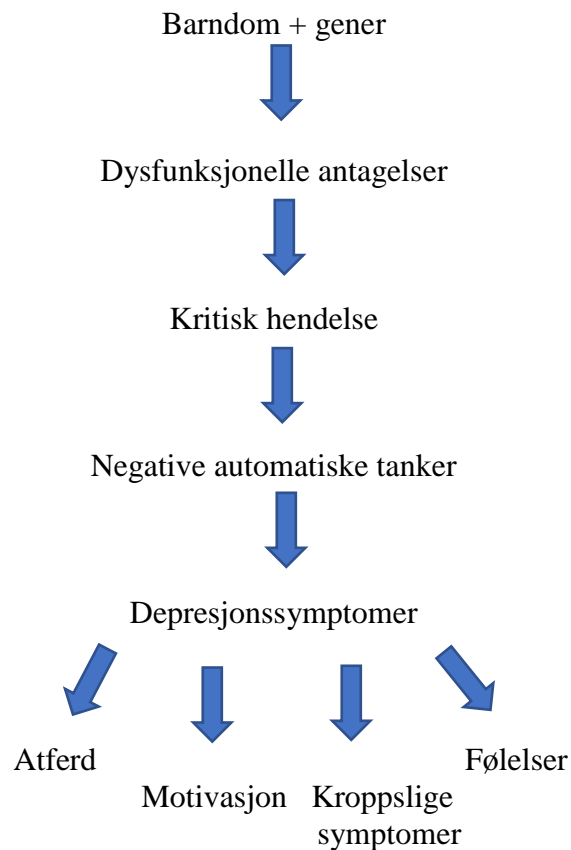
Risiko- og beskyttelsesfaktorer deles gjerne inn i miljørelaterte faktorer og individrelaterte faktorer (se tabell 2) (15). Miljørelaterte faktorer er sjelden direkte årsak til utviklingen av psykiske helseplager, men kan i samspill med individrelaterte faktorer gi et uheldig utfall. Individrelaterte faktorer er de personlige egenskapene, slik som intelligens, fysisk helse, funksjonshemming, arv, alder og kjønn. Miljørelaterte faktorer er hovedsakelig knyttet opp mot individets sosioøkonomiske status, familie, nettverk og levevilkår. Sosioøkonomisk status måles ved inntekt, utdanning og yrkesstatus alene eller i kombinasjon.

**Tabell 2.** Viser risiko- og beskyttelsesfaktorer på både miljø- og individnivå (15).

<b>BESKYTTELSESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER</b>			
	<i>Nivå</i>	<i>Beskyttelsesfaktorer</i>	<i>Risikofaktorer</i>
<b>Miljørelaterte Faktorer</b>	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokalsamfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastende arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/ familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling
	<b>Individrelaterte faktorer</b>	Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemminger

En risikofaktor er ikke nødvendigvis det samme som en direkte årsak til utviklingen eller opprettholdelsen av psykisk sykdom, samspillet er som nevnt komplekst (1). Ofte utløses en psykisk lidelse av negative livshendelser slik som tap av familiemedlemmer, skilsmisse eller økonomiske problemer. Den kognitive grunnmodellen fokuserer mindre på hvorfor psykisk sykdom oppstår, og mer på hvorfor plagene hos noen ikke går over (figur 2) (3). I følge kognitiv terapi er det måten vi tenker på og atferden vår som bidrar til at psykiske lidelser opprettholdes. Det ses ofte at depressive mennesker tenker mer negativt, dette blir kalt negative automatiske tanker. Alle er ikke klar over disse tankene, men de styrer og påvirker våre følelser. Behandling kan hjelpe pasientene til å bli klar over tankene og dermed stille spørsmålsteget ved gyldigheten og hensiktsmessigheten ved dem. Deretter kan det arbeides med alternative tankemønstre som gir andre følelsesmessige reaksjoner.





**Figur 2.** Den kognitive grunnmodell (3).

### 1.3.5 Hvordan måles psykisk helse?

I psykologien er det vanlig å bruke spørreskjemaer for å måle personlighet, personlighetsavvik og psykiske forstyrrelser(16). Det finnes flere typer spørreskjemaer som brukes internasjonalt, blant annet for måling av selvfølelse, mestringstillit og livskvalitet. Flere av disse spørreskjemaene brukes også i forskningsprosjekter for å måle eventuelle effekter av intervensjonen. De måleverktøyene (eller skalaene) som er mest aktuelle i denne oppgaven vil kort bli redegjort for her:

- *Rosenberg Self-Esteem Scale* er et verktøy for å måle generell selvfølelse (17). Den inneholder ti påstander hvor fem av disse er positivt og fem er negativt formulert. Det er fire svar-kategorier som spenner fra «helt enig» til «helt uenig». Hver av påstandenes svar-kategorier gir en verdisum som til slutt legges sammen. Verdiene varierer mellom 0-30, hvor verdier mellom 15 og 25 regnes som normale og verdier under 15 regnes som lav selvfølelse.
- *Social connectedness scale* måler følelsen av tilhørighet ovenfor menneskene rundt seg og det samfunnet man lever i (18). Skalaen består av 20 spørsmål med svar-kategorier mellom 1-6, der 1 er «helt uenig» og 6 er «helt enig». Verdiene av svarene summeres. Jo høyere verdier, desto høyere tilhørighet føler man.
- *Pearlin mastery scale* er et verktøy designet for å måle om en person opplever kontroll over eget liv eller at livet styres av forutbestemte hendelser og en selv ikke kan påvirke hvilken retning livet tar (henger sammen med «Opplevelse av sammenheng») (19,20). Skalaen består av syv påstander med fire svaralternativer fra «helt enig» til

«helt uenig». Verdiene fra svarene summeres og kan ligge mellom 7-28. Høye verdier indikerer høy grad av mestring og kontroll.

- *The social avoidance and distress scale* er et spørreskjema med 28 påstander som man rangerer som sanne eller falske (21). Denne skalaen ble utviklet for å kvantifisere sosial angst. To aspekter av angst måles: Fire erfaringer - nød, ubehag, frykt, angst - og unngåelse av sosiale situasjoner.
- *WHO's quality of life scale* (WHOQOL) er et spørreskjema for måling av livskvalitet (22). Skjemaet finnes i to versjoner, en original versjon (WHOQOL-100) og en kortversjon (WHOQOL-BREF). I kortversjonen er det 24 spørsmål delt inn i fire domener: fysisk aktivitet, psykologisk funksjon, sosiale relasjoner og omgivelsesfaktorer. I tillegg er det et generelt spørsmål som går på livskvalitet og et på helse. Jo høyere skår, desto bedre livskvalitet.
- *General Self-efficacy scale* er et måleverktøy for å definere grad av mestringstillit (23). Det ble opprettet for å vurdere egen oppfattelse av mestringstillit med tanke på å håndtere hverdagslige problemer og stressende livshendelser. Skjemaet består av 10 påstander som er formulert positivt med tanke på mestring. Svaralternativene går fra 1-4: «helt galt», «nokså galt», «nokså riktig», «helt riktig»
- *Brief symptom inventory* er et verktøy for vurdering av psykiske plager og lidelser (24). Dataene fra spørreskjemaet er selv-rapporterte og inneholder 53 spørsmål. Det er fem svaralternativer til hvert spørsmål. Spørreskjemaet er ansett å ha god reliabilitet. Skjemaet kan brukes i behandling av psykiske plager/lidelser for å se progresjon og til en psykologisk vurdering.

## 1.4 Friluftsliv i Norge

Det finnes ulike definisjoner for friluftsliv, men i denne oppgaven brukes den samme som i stortingsmelding 18 (2015-2016): «Opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse» (6). Denne definisjonen setter ingen grenser for hvilken type aktivitet som inngår i friluftsliv, det kan være gåturer i parker, skitur på fjellet eller den daglige joggeturen i skogen. Det er oppholdet og kontakten med naturen som er avgjørende for hva som er friluftsliv. Definisjonen omhandler også at man er fysisk aktiv, noe som lager et skille mellom opphold i naturen og begrepet friluftsliv. For fysisk aktivitet er en viktig del av friluftslivet.

I stortingsmelding 18 om Friluftsliv står det at regjeringen ønsker å ta vare på friluftsliv som en del av den norske kulturarven og som en viktig kilde til høyere livskvalitet og bedre helse for alle (6). De fokuserer her på at fysisk aktivitet er en del av friluftslivet og at nordmenn generelt er for lite fysisk aktive. Utøvelse av friluftsliv er den vanligste formen for fysisk aktivitet blant nordmenn og den formen for aktivitet vi helst foretrekker. Nye tall fra levekårsundersøkelsen viser at 78 % av nordmenn benyttet skogen og fjellet til kortere fotturer i 2017 (5). Fysisk aktivitet i seg selv har dokumenterte positive effekter på psykisk helse (12). Flere studier har også vist at naturopplevelser eller tilgang til grønne omgivelser har positiv effekt, både på fysisk og psykisk helse (25,26). I stortingsmelding 18 står det: «friluftslivets kjerne og helsemessige verdier ligger først og fremst i samspillet mellom naturopplevelse og fysisk aktivitet» (6). Friluftsliv ser dessuten ut til å omfavne store deler av befolkningen, på tvers av sosioøkonomiske lag. Å gå tur er den aktiviteten som flest

foretrekker og kravene til både ferdigheter, utstyr og fysisk form er svært minimale når det kommer til turgåing i nærområdet. Figur 4 viser hovedgrunnene til at nordmenn går tur.



**Figur 3.** Andel (prosent) som mener at følgende er en meget eller ganske viktig grunn for å «gå tur» (N=954) (6).

Vi ser at det å få trim er en viktig del av hvorfor nordmenn går tur. I tillegg er det å komme seg bort fra mas, stress, støy og forurensning, samt å oppleve naturens stillhet, fred og stemning er viktige grunner for å gå tur i naturen. Dette stemmer bra med teoriene rundt menneskers tilknytning til natur som vi skal se nærmere på under kapitlet «Naturens påvirkning».

### 1.4.1 Friluftsliv i behandling?

Miljøverndepartementet setter fokus på bruk av natur og friluftsliv i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i meld.st. 18, men også som bruk i behandling (6). Det oppfordres til bruk av friluftsliv og natur ved frisklivssentralene, på sykehus og andre behandlingsinstitusjoner.

Særlig i rusomsorgen brukes det ulike former for friluftsliv i behandlingen. Ved en av Tyrili stiftelsens institusjoner tilbys hundekjøring som en del av behandlingen (27). «Veien ut» er et annet behandlingsopplegg innen rusomsorgen som hovedsakelig foregår ute i naturen (28). Ved Sørlandet sykehus gjennomføres det et prosjekt hvor de bruker «Friluftslivsterapi» som behandling på ungdommer med ulike psykiske helseutfordringer (29).

Det er gjort lite norsk forskning på hvordan friluftsliv kan brukes i behandling av psykiske lidelser, men Sjong har gjort en litteraturstudie som omhandler terapeutisk bruk av natur hos mennesker med ulike sosiale, psykiske, atferdsmessige og/eller emosjonelle problemer (30). Litteraturen baserer seg i hovedsak på utenlands forskning fra før år 1990. Selv om litteraturen er av eldre karakter har Sjong allikevel noen aktuelle observasjoner. Hun ønsker å undersøke hva som virker positivt på oss når vi utøver friluftsliv og beskriver tre relevante faktorer:

1. Den fysiske aktiviteten
2. Miljøforandringen

### 3. Naturopplevelsen

Effekten av fysisk aktivitet er godt dokumentert, men de to andre er det mindre forskning rundt. Den positive helseeffekten av miljøforandring og naturopplevelse kan forklares med at vi opprinnelig er tilpasset et aktivt liv i naturen og at det har vært nødvendig for vår overlevelse (30). Noen generasjoner bakover i tid var ikke utøvelse av friluftsliv noe man gjorde for gledens skyld, men en nødvendig del av det å skaffe mat gjennom høsting og jakt. Mennesker kjenner seg hjemme i naturen og søker hit for å komme nærmere vår opprinnelse, dette i seg selv har positive effekter på helsen hevder flere teorier og hypoteser (se kapittel om Naturens påvirkning). I Norge har det vært mindre vanlig å bruke grøntområder som terapiform, grønn omsorg har i all hovedsak vært fokusert mot dyreassisterte terapiformer (31). I Finland og Sverige derimot er for eksempel terapihager mer utbredt. Noen blindehager og hager tilpasset pasienter med Alzheimer sykdom, er anlagt også i Norge de senere år.

#### 1.5 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Regelmessig fysisk aktivitet har påvirkning på både fysisk og psykisk helse (12). Med fysisk aktivitet menes all aktivitet som fører til økt muskelaktivitet og forbrenning. For voksne anbefaler helsedirektoratet 150 minutter moderat fysisk aktivitet, eller 75 minutter med høy intensitet i uken (32). Moderat intensitet vil si at man blir litt svett på ryggen og får noe økt hjertefrekvens. Omtrent 32 % av menn og kvinner mellom 20-64 år oppfyller disse kravene.

Fysisk aktivitet fører til en rekke fysiologiske reaksjoner, blant annet lavere blodtrykk og kolesterolnivå, bedre forbrenning, hjertet får bedre pumpeevne og skjelettet blir sterkere (12). Ved sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer, beinskjørhet og visse krefttyper har fysisk aktivitet en positiv effekt og bør inngå som en del av behandlingen om mulig. Også i behandling av psykiske plager og lidelser har fysisk aktivitet en god effekt. Fysisk trening kan bidra til bedring av selvfølelsen og andre viktige selvoppfatninger, slik som kroppsbilde (3). Denne effekten er størst hos de som i utgangspunktet har dårlig selvtilit. God fysisk form beskytter også mot stress og belastende livserfaringer. Dette kan forklares med at kroppen tåler den fysiske stressreaksjonen bedre og kommer fortere tilbake til normaltilstand. En vanlig oppfatning er at søvnen blir bedre når man er regelmessig fysisk aktiv. Resultater etter befolkningsundersøkelser viser at de som trener regelmessig har mindre søvnproblemer. Som Martinsen påpeker i boken «*Kropp og sinn*», kan denne sammenhengen skyldes andre forhold, for eksempel kan de som sover bedre ha mer overskudd til trening i hverdagen. I boken peker Martinsen også på reduksjon av muskelspenninger og bedret kreativ tenking ved regelmessig fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet har blitt brukt i behandling av både angst, depresjon og andre psykiske plager/lidelser (3). Spesielt ved panikk lidelse og agorafobi har fysisk aktivitet som behandlingsmetode god dokumentert effekt. Men også ved tvangslidelse, posttraumatisk stress og generalisert angstlidelse kan det være nyttig. Fysisk aktivitet har vist forbigående reduksjon av tilstandsangst, men virkningen på karakterpreget angst er usikker. Ved depresjon er fysisk aktivitet en virksom behandlingsmetode, særlig ved mild til moderat depresjon. De som er fysisk aktive har også vist seg å være mindre utsatt for depresjon.

Det finnes ulike hypoteser som kan forklare effekten av fysisk aktivitet på psykiske plager/lidelser (3). Hypoteser er ikke sikker viten og det kreves mer forskning rundt disse for å kunne bekrefte sammenhengene.

Nevrobiologiske hypoteser:

- *Temperaturhypotesen* tar utgangspunkt i at kroppstemperaturen øker 1-2 grader ved hardt fysisk arbeid (3). Dette kan være årsaken til den beroligende effekten av fysisk aktivitet, på samme måte om en passiv oppvarming i badstuen vil virke beroligende.
- *Endring i nerveceller som følge av endring i fysisk aktivitetsnivå* (3). Et eksperiment på deprimerte rotter fant ut at fysisk aktivitet førte til cellevekst i hippocampus. Dette er også vist hos mennesker med schizofreni. Endring av fysisk aktivitetsnivå er en atferdsendring som kan stimulere til vekst og vedlikehold av nervecellenes nettverk, og muligens også økning av antall nerveceller.
- *Regulering av signalstoffer* (3). Overføringen av impulser mellom nerveceller skjer via signalstoffer. Ved behandling med psykofarmaka reguleres balansen mellom konsentrasjonen av signalstoffer i hjernen. Både psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke signalstoffene på samme måte. Nivåene av dopamin, serotonin, noradrenalin og gamma-aminosmørsyre (GABA) påvirkes.
- *Regulering av hormoner* (3). Hypotalamus-hypofyse-binyrebark-aksen er viktig i stressresponsen. Overaktivisering av dette systemet er sannsynligvis en viktig faktor i utløsning av depresjon. Regelmessig og langvarig fysisk aktivitet har vist en reduksjon i stressnivået og dette kan dermed ha overføringsverdi til depresjonssykdommer.
- *Økt blodforsyning til hjernen* (3). Fysisk aktivitet kan føre til økt blodforsyning til hjernen, men det er hittil ikke bevist at blodforsyningen øker til deler av hjernen som er involvert i psykiske lidelser.

Psykologiske hypoteser

- *Distraksjonshypotesen* hevder at fysisk aktivitet vil få tankene over på noe annet og dermed gi en pause fra bekymringer (3).
- *Kognitiv rekrutering* er en psykologisk hypotese som hevder at man kan venne seg til kroppslige symptomer på for eksempel et panikkanfall gjennom fysisk aktivitet (3). De kroppslige symptomene som hjertebank og åndenød, er stort sett de samme ved et panikkanfall som ved fysisk aktivitet.
- *Mestring og mestringstro*. Hvis man mestrer et punkt i livet, for eksempel en form for fysisk aktivitet, vil troen på at man kan mestre andre livsforhold øke (3). Egen tro på evnen til å kontrollere en belastende situasjon eller regulere sin egen reaksjon kan bety mye for bedringen av psykiske lidelser.
- *Teori om restituering av oppmerksomhet*. Denne teorien beskriver hvordan opphold i naturlige omgivelser kan ha helsemessig betydning (3). Evnen til konsentrasjon og oppmerksomhet svekkes gjerne ved depresjon. Dette kan bedres gjennom kontakt med naturlige omgivelser.
- *Positiv avhengighet* går ut på at en blir avhengig av noe som er bra for oss, for eksempel fysisk aktivitet eller meditasjon (3). En avhengighet av noe vil kunne hjelpe oss å få det bedre hevder hypotesen.
- *Flythypotesen*. Flytopplevelser er når en er så engasjert i en aktivitet at en glemmer seg selv og sine bekymringer (3).

## 1.6 Naturens påvirkning

I litteraturen finnes det flere kilder som indikerer at naturelementer påvirker mennesker positivt, enten om det er sosialt, fysisk eller mentalt (4). Det legges ofte vekt på avhengigheten mennesker har til naturen i ulike sammenhenger – kulturelt, religiøst, evolusjonært eller historisk. Et eksempel på dette er bruken av parker, hager og naturlige grøntområder for flere hundre år siden (33). De ble brukt som tilfluktsteder og steder hvor en

kunne finne ro og hvile i tunge perioder. Det ble sagt at naturen hadde helbredene krefter og opphold i naturlige omgivelser gjorde en frisk.

Det er utviklet tre hovedgrupper av teorier som kan beskrive hvordan mennesker påvirkes av naturelementer i sine omgivelser (31):

- 1) Kultur- og læringsteori
- 2) Evolusjonære teorier
- 3) Generelle teorier omkring stress og stressreduksjon

Kultur- og læringsteoriene går ut på at responsen på natur er tillært. Naturelementer gis den verdi og mening som samfunnet tillegger de (31). Teoriene hevder at disse holdningene og følelsesmønstrene utvikles tidlig i barndommen. Kultur- og læringsteoriene står i sterk kontrast til de evolusjonære teoriene som hevder at responsen på naturen er medfødt og genetisk nedarvet. I litteraturen er de evolusjonære teoriene klart overrepresentert.

I litteraturgjennomgangen «*The benefits of contact with nature for mental health and well-being*» (33) nevnes flere teorier og hypoteser som gir forklaringer på menneskers forhold til natur og hvordan den påvirker oss.

### 1.6.1 Biofili hypotesen

Biofili hypotesen hevder at mennesker har en medfødt biologisk tilknytning til naturen og at vi har behov for å være i kontakt med andre levende organismer (33). Denne kontakten med både natur og andre levende organismer hevdes å være viktig for menneskers utvikling, både fysisk og psykisk. Naturen har også vært viktig for overlevelse. Våre forfedre jaktet og sanket det naturen bød på, og hypotesen går ut på at det er disse forholdene mennesker fungerer best under, også i dag. Hypotesen fremhever ni hovedfordeler eller verdier som gjør at mennesker knytter seg til og verdsetter naturen:

- *Estetisk verdi* – fysisk tiltrekning til naturens skjønnhet. Fører til harmoni, balanse, nysgjerrighet, trang til å utforske og kreativitet hos mennesker. En «motgift» til det presset man kan føle i dagens samfunn.
- *Dominion verdi* – mestring og følelse av kontroll av naturen. Følelsen av å mestre aktiviteter i naturen og løse uventede problemer gir økt selvtillit.
- *Humanistisk verdi* – følelsesmessig tilknytning til naturen. Øker evnen til forkjærlighet og tilknytning. Fører også til økt evne til å oppnå menneskelig kontakt og gode relasjoner, tillit, evnen til samarbeid og evnen til å danne allianser.
- *Moralistisk verdi* – åndelig og etisk viktighet av naturen. Forståelse av forholdet mellom menneskers eksistens og integriteten i naturen. Fører til en følelse av harmoni og logikk.
- *Naturalistisk verdi* – direkte kontakt med naturen fører til mental skarphet og en sterk fysikk.
- *Negativistisk verdi* – redsel og aversjon ovenfor naturen. Fører til en sunn respekt for kreftene og farene i naturen. Man lærer å takle frykt på en konstruktiv måte.
- *Vitenskapelig verdi* – lærdom og forståelse av naturen. Utvikler en kognitiv kapasitet for kritisk tenkning, analytisk tenking og evnen til problemløsning.
- *Symbolisk verdi* – metaforisk og figurativ betydning av natur. Ser sammenhengen mellom ens egen eksistens og de naturlige prosessene som skjer i naturen. Oppnår økt kognitiv kapasitet og evnen til tilpasning.
- *Utilitaristisk verdi* – materialistisk og praktisk viktighet av natur. Vektlegger den praktiske og materialistiske viktigheten av naturen for menneskers overlevelse.

Verdiene beskrevet ovenfor viser at naturen påvirker mennesker både fysisk, følelsesmessig og fører til intellektuell utvikling.

### **1.6.2 Attention restoration theory**

Denne teorien handler om hvordan vi opplever miljøet rundt oss og bearbeider informasjon (33). Vi har to typer oppmerksomhet. Den første er *styrtp oppmerksomhet* som anvendes i unaturlige miljøer slik som byliv, bilkjøring, kontorarbeid osv. I disse miljøene er det hele tiden ulike forhold som krever vår oppmerksomhet og blir ubevisst tvunget til å sortere hvilken type informasjon vi vil motta fra omgivelsene. Dette gjør oss mentalt slitne. Den andre typen oppmerksomhet er *ikke-styrtp oppmerksomhet* som brukes i omgang med naturen og i naturlige omgivelser. Her skanner vi omgivelsene i stedet for å sortere informasjon. Dette krever ingen energi.

Det er funnet fire hovedtrekk i naturmiljøet som har rekreasjonsvirkning (31). Den første er følelsen av å komme seg vekk. Nummer to er opplevelse av totalitet eller omfang og sammenheng. Det tredje er fascinasjon over naturens aspekter, som for eksempel skyenes bevegelser, solnedganger, mønstre i snøen og lignende. Hjernen fokuserer nå på disse elementene og får et pusterom. Det fjerde trekket er forenligheten mellom natur og miljø. På grunn av menneskers biologiske tilknytning til naturen er gir opphold i naturlige miljøer det vi mennesker trenger for å gjenopprette oppmerksomheten og tankene hvile (33). Noen av disse fire trekkene kan også finnes i unaturlige miljøer, men teorien hevder at opphold i naturlige miljøer er det beste for rekreasjon da alle disse fire trekkene oppleves samtidig (33).

### **1.6.3 Den bio-økologiske modellen**

Den bio-økologiske modellen hevder at utviklingen av mennesket ikke bare er genetisk bestemt, men også påvirket av miljøet (33). Denne teorien går ut på at det er flere forhold i nærmiljøet som påvirker utviklingen i barneårene, både menneskelige relasjoner, skole, samfunnets normer og verdier og det fysiske miljøet rundt oss. I denne teorien kalles samhandling med miljøet og menneskene rundt oss «proximal processes». Det inkluderer problemløsning, tillæring av ny kunnskap, utføring av komplekse oppgaver og delta aktivt i grupper og sosiale sammenhenger. Det vil si at «proximal processes» er nødvendig for naturlig utvikling. I litteraturgjennomgangen «The benefits of contact with nature for mental health and well-being» står det skrevet at flere studier viser at naturlige omgivelser stimulerer til lek og samhandling med andre, noe som er viktig for utviklingen. Det trekkes linjer mellom denne teorien og at mangelen på kontakt med naturen i barneårene kan føre til utviklingsforstyrrelser.

### **1.6.4 Stress reduction theory**

Denne teorien går ut på at opphold i naturlige omgivelser reduserer stress (33). Naturlige omgivelser krever ikke samme oppmerksomhet og at store mengder informasjon skal prosesseres på samme måte som i urbane miljøer. I denne teorien er stress definert som enhver situasjon som truer velbefinnende. Stress gir seg til uttrykk gjennom flere negative kroppslige og psykologiske responser slik som høyt blodtrykk, økt hjerterytme og negative følelser som redsel og angst. Stressresponsen har vært viktig for menneskers overlevelse i tidligere år. Det var viktig med rask reaksjon i truende situasjoner slik at man kunne velge å flykte eller kjempe mot farene. I dag møter vi som regel ikke de samme farene, men vi opplever allikevel stressende situasjoner slik som støy og folkevrimmel. Under en stressende situasjon settes kroppen i alarmberedskap gjennom en rekke kroppslige reaksjoner, for eksempel økt aktivitet i det parasympatiske og sympatiske nervesystemet (12). En slik reaksjon er ikke farlig i seg selv, men når den varer over tid kan det skape problemer. Det vil

gå utover søvn, hvile og ha konsekvenser for ulike fysiologiske og biologiske reaksjoner i kroppen. Hvis dette får pågå over tid vil det kunne medføre sykdom.

I stress-reduksjons teoriene er menneskers nedarvede reaksjoner essensielle og denne teorien har mange likhetstrekk med biofili hypotesen (33). Mennesker har en innebygd frykt for farer i naturen, for eksempel redsel for ormer og edderkopper, som har gjort at vi har overlevd. Stress-reduksjons teorien hevder at vi også har arvet preferanser på hva som gir følelse av trygghet og harmoni. Det å hente seg inn igjen og bryte ut av stress-mønsteret er kjernen i stress-reduksjonsteorien, og den hevder at det nettopp er naturen som er den beste kilden til rekreasjon. Ulrich har i en av sine studier gjort forsøk der han viste forsøkspersonene en stressende film og deretter bilder av naturlige og unaturlige omgivelser (34). De fysiologiske reaksjonene til forsøkspersonene ble målt under hele forsøket og funnene viser at bilder av natur og naturlige omgivelser gir en reduksjon i stress nivå.

### **1.6.5 Environmental self-regulation hypothesis**

Selvregulering går ut på at mennesket kan tilpasse seg miljøer og settinger med ulike mentale, fysiske, sosiale og miljømessige strategier (33). Hypotesen handler om at opphold i naturlige omgivelser, slik som ved kontakt med naturen, gir positive følelser og dermed mindre negative følelser.

### **1.6.6 The relaxation response**

Avslapnings responsen er en subjektiv oppfatning som er individuell for hver enkelt, men som kan ligne på den tilstanden man går inni ved meditasjon (33). Det er fire elementer som beskriver denne responsen. Den første er stille omgivelser der man fjerner både ytre og indre former for distraksjon. Mange bruker naturen til dette formålet. Det andre elementet er noe å fokusere oppmerksomheten på, for eksempel et ord, et objekt eller en lyd. Fokusering på ett element gir mulighet til å eliminere andre tanker og dermed gi et avslappet sinn. Tredje element er et passivt sinn som lar tanker og følelser komme å gå som de vil uten å gi de oppmerksomhet. Det fjerde og siste elementet er tilgjengeligheten av komfort. Teorien hevder at disse elementene er tilgjengelige i naturen og at opphold i naturen fører til et avslappet sinn.

### **1.6.7 Maslows behovspyramide**

Maslows behovspyramide er et godt kjent verktøy for rangering av menneskers behov (33). På bunnen av pyramiden finner vi de grunnleggende behovene slik som mat, vann, søvn og sex. Det er syv nivåer med selvrealisering som høyeste nivå. For hvert nivå som blir dekket vil man gå et nivå opp på pyramiden. Maslows behovspyramide har blitt brukt i flere studier som handler om menneskers forhold til natur. Townsend brukte pyramiden i intervensjonsstudien «*Feel blue?, touch green!*», der de ga personer som led av depresjon og angst muligheten til å komme i nærkontakt med naturen (35). De fant ut at denne type aktivitet bidro til at personene kom høyere opp på behovspyramiden ved at de fikk dekket flere av sine behov. Åndelig eller opplyst tilstand, som Maslow refererer til som det høyeste nivået, oppnås ofte i naturen (33).

## **2.0 Metode**

Metode er «læren om de verktøy en kan benytte for å samle inn informasjon.» (36). Metode brukes som et verktøy til å fremskaffe eller etterprøve kunnskap og er en systematisk måte å undersøke realiteten på. Valg av metode bestemmes på grunnlag av oppgavens formål og problemstillingens formulering, samt de praktiske rammene for gjennomføring. Kvalitativ metode tar utgangspunkt i menneskers følelser, meninger og oppfatninger. Kvantitativ metode



befatter seg deskriptivt og baseres på målbare data i tallform som analyseres ved hjelp av statistiske metoder.

Denne oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på nøye utvalgte skriftlige kilder. En litteraturstudie tar utgangspunkt i publisert faglitteratur og forskningsartikler som er aktuelle for å belyse problemstillingen (36). En litteraturstudie skal presentere tidligere forskning på aktuelt tema, kritisk vurdere denne forskningen og presentere konklusjoner og implikasjoner for eget prosjektarbeid. Problemstillingen som her skal besvares gjennom aktuell litteratur og tidligere utført forskningsarbeid, er som følger:

### ***Hvordan kan friluftsliv anvendes i behandling av psykiske lidelser hos voksne?***

En litteraturstudie er et naturlig valg i denne oppgaven da begrenset tid, arbeidsressurser og økonomi ville gjort det umulig å gjennomføre en forskningsbasert studie om hvordan friluftsliv kan brukes i behandling av psykiske helseutfordringer. Fordelen med å skrive en litteraturstudie basert på eksisterende kunnskap, er at det finnes mye data som kan svare på problemstillingen. Ved en analytisk utvelgelse av materiale vil det danne et godt teoretisk grunnlag for å besvare problemstillingen i denne oppgaven. En ulempe ved et slikt design er at man ikke får en egen vinkling på studien da man må ta utgangspunkt i litteratur som allerede finnes.

## **2.1 Etikk**

Denne litteraturstudien baserer seg på studier, artikler og rapporter som allerede har gjennomgått flere etiske vurderinger. Aktuelt materiale er hentet fra anerkjente kilder og databaser som helsedirektoratet, folkehelseinstituttet, SSB, PubMed, PsycINFO og helsebiblioteket. Materialet som publiseres her er nøye vurdert i forhold til etiske hensyn og publikasjonene har en egen metodedel hvor fremgangsmåten for hver enkelt studie kan gjennomgås.

Ved sammenfatning av stoffet har jeg vært nøye med å ikke gjengi feilaktig informasjon, utelate informasjon eller komme med egne tolkninger. I oppgaven blir det brukt engelskspråklige artikler og rapporter som kilder. For å unngå språklige misoppfatninger har jeg gjort et grundig arbeid med oversettelsen og formuleringen for å uttrykke meg korrekt. Litteratursøket ble gjort i flere databaser, med utvalgte søkeord for å få tilgang til aktuelle artikler, og ikke søke etter artikler som kun viser en vinkling eller et utfall. Allikevel er det alltid en viss risiko ved en litteraturstudie at noen aktuelle artikler kan gå under radaren, enten på grunn av valgte søkeord eller som en følge at det ikke er gjort søk i alle databaser som er tilgjengelig (36).

## **2.2 Datainnsamling**

Det er brukt ulike databaser for å finne aktuell litteratur. PubMed, PsycINFO, Bibsys og helsebiblioteket er eksempler på disse. Det er også gjort søk på Helsedirektoratets nettsider og på folkehelseinstituttet. Søkeordene er et resultat av helsebibliotekets begrepsdatabase, MeSh. I tillegg ble det brukt begreper som andre aktuelle artikler har brukt i sine litteratursøk.

Engelske søkeord: mental health + mental disorders + mental illness + mental health benefits + nature + outdoor + simple outdoor life + natureassisted therapy + wilderness therapy + treatment + physical activity + natural environment + green environment

Norske søkeord: Psykisk helse + forekomst + friluftsliv + psykisk helse + natur + psykiske plager + psykiske lidelser + friluftsliv i behandling + depresjon

Hvilke studier som ble inkludert i oppgaven vurderes ut ifra studiets kvalitet og relevans for oppgavens problemstilling. Statlige rapporter og statistikker har også blitt vurdert ut fra alder. Her har jeg brukt det nyeste jeg har funnet slik at kunnskapen er mest mulig oppdatert. Etter et systematisk søk har jeg vurdert relevansen på de studiene jeg har funnet på følgende måte: lest overskrift og deretter sammendrag hvis overskriften virker interessant. Deretter har jeg vurdert kvaliteten ved å lese studiets metode og litteraturutvalg. Hvis studien oppfyller kravene til kvalitet har jeg lest hele artikkelen. For å vurdere kvaliteten har jeg brukt FHI sine vurderingskriterier (37).

For å avgrense oppgavens omfang har jeg laget kriterier for inkludering og ekskludering av litteratur. Hvilke studier jeg har valgt å inkludere i oppgaven er basert på kriteriene i tabell 3.

**Tabell 3.** inklusjons- og eksklusjonskriterier for de utvalgte artiklene

Inkludering	Ekskludering
Voksne 18-71 år	Barn, ungdom, eldre
Må ha en psykisk plage/lidelse	Fri for psykisk sykdom
Aktivitet i natur (friluftsliv)	Naturopplevelser uten aktivitet
Natur brukt i terapeutisk sammenheng	Andre terapeutiske faktorer (for eksempel bruk av dyr i behandlingen)
Artiklene oppfyller krav til kvalitet (FHI)	Studier som ikke oppfyller kravene

**Tabell 4.** søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall funn	Antall gransket	Antall tatt i bruk
19.01.18	PsycINFO	Mental health AND nature (environment)	Peer reviewed journal	29	3	0
19.01.18	PubMed	Mental health AND well-being AND physical activity AND outdoor	Free fulltext	27	3	0
21.01.18	PubMed	Mental illness AND physical activity AND treatment AND green environment		11	1	0
24.01.18		Mental health benefits AND		3	1	0

		well being AND nature AND natural environment				
20.03.18	PsycINFO	recovery (disorders)/ or mental disorders AND wilderness experience		8	3	2 Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness -Kom som forslag: outdoor adventure camps for people with mental illness
	Science Direct	→ Kom som forslag (ble sendt som tips på mail)				Nature-assisted therapy - Systematic review of controlled and observational studies
	Fått av veileder					Psykisk helse og opplevelsen av deltagelse i friluftsliv

### 3.0 Resultater

#### 3.1 Artikkel 1

##### Psykisk helse og opplevelsen av deltagelse i friluftsliv (38)

**Formål:** sette fokus på hvordan en gruppe mennesker med ulike alvorlige psykiske lidelser opplevde deltagelsen i friluftsliv. Studien ønsker å undersøke hva disse menneskene trekker frem som sentrale og gode opplevelser gjennom deltagelse i friluftsliv, og som på sikt kan knyttes til bedring av psykisk helse og velvære.

**Deltagere:** 6 pasienter innlagt ved et distriktpspsykiatrisksentersenter (DPS), derav 5 kvinne og 1 mann. De var i alderen 18-71 år. Deltagerne hadde kombinasjoner av alvorlige psykiske lidelser som depresjon, psykoser, ruslidelse og personlighetsforstyrrelse. Det var krav om deltagelse på 3 av 6 turdager med ulike friluftaktiviteter, i en periode på tre uker for å bli inkludert i studien.

**Design:** Kvalitativ undersøkelse. Datainnsamlingen ble gjort ved individuelle semistrukturerte intervjuer i forkant og etterkant av friluftslivturene.

**Resultater/funn:** Hovedtemaene i intervjuene var hvordan pasientene opplevde å være i naturen, og hvilke inntrykk og opplevelser de satt igjen med og om friluftslivturene hadde gjort dem godt. Resultatene er delt inn i temaene terapi og rekreasjon samt læring og oppdagelse. Under temaet terapi og rekreasjon ble *stillhet og ro* trukket frem som sentrale opplevelser av å være i naturen. Det argumenteres for at naturen har hatt en beroligende effekt på pasientene. Under temaet læring og oppdagelse ble det stilt spørsmål rundt inntrykk og opplevelser de satt igjen med. Flere av pasientene svarte at de opplevde mestring og at de lærte nye ting etter deltagelse på turdagene. På spørsmål om turdagene hadde gjort dem godt kom det frem at pasientene hadde opplevd turene på en positiv og givende måte.

**Konklusjon:** Studien viser at pasientene opplevde friluftslivsaktivitetene som lærerike, beroligende og givende. Flere opplevde glede ved å gjøre noe sammen. Det argumenteres for at friluftsliv i kombinasjon med opplæring har et stort potensial for terapi og rekreasjon. Dette i form av bedret opplevd psykisk helse og økt velvære.

**Styrker og svakheter:** Denne studien har en godt beskrevet metodedel hvor hensikt, gjennomføring og datainnsamling kommer klart frem. Det er også gjort rede for hva forskeren selv ser på som svakheter ved studien, blant annet at forskeren selv er arrangør, deltager og forsker i dette prosjektet. Dette kan føre til at forskeren ikke klarer å holde seg objektiv og gjengir i overkant positive resultater. Men med tanke på at dette var en intervjusituasjon hvor intervjuer og deltagere kjente hverandre er det en viss sjans for at pasienten svarer det mottageren ønsker å høre. På en annen side kan en kjent relasjon føre til at den som blir intervjuet har lettere for å kommunisere og deler mer av sine opplevelser rundt prosjektet. Utvalget i studien er lite (6 pasienter) og det er en kvalitativ studie som kun undersøker deltagerens erfaringer og opplevelser. Dette gjør at resultatene ikke er generaliserbare, det kan ikke trekkes konklusjoner til en hel populasjon (36). Allikevel gir en kvalitativ studie resultater som åpner for videre forskning på området.

## 3.2 Artikkel 2

### Nature-assisted therapy - Systematic review of controlled and observational studies (11)

**Formål:** Det er gjort flere tidligere studier på hvordan naturen påvirker helsen, men det er ikke tidligere gjort en systematisk litteraturgjennomgang på dette området. Denne litteraturstudien skal være med å dekke dette behovet.

**Design:** Litteraturstudie

**Datainnsamling:** litteratursøk ble gjort i perioden september 2008 til mai 2009 i flere ulike databaser. Inklusjonskriteriene for studiene var:

- Systematiske litteratur gjennomganger og meta-analyser av randomiserte-kontrollerte studier.
- Randomiserte-kontrollerte studier
- Ikke-randomiserte intervensjonsstudier
- Observasjonsstudier
- Kvalitative studier
- Studiene må rapportere om resultater fra intervensjoner med nature-assisted therapy (NAT)
- Pasientene må ha en diagnose definert av «International Classification of Diseases (ICD10, 2007, WHO)
- Publisert mellom 1980 og mai 2009.

Studier som inkluderte eldre og ungdommer ble ekskludert. Også studier hvor hensikten kun var forebygge sykdom eller forbedre helsen ble ekskludert. Pasientene i de inkluderte studiene har ulike psykiske og somatiske diagnoser, fra psykiske lidelser som rusmisbruk, demens, atferdsproblemer til somatiske diagnoser som kreft og overvekt. Resultatene er delt opp i diagnoser og type intervensjon. Litteraturgjennomgangen inkluderte til slutt 38 studier.

I litteraturgjennomgangen har de valgt å lage ulike kategorier for utfall av de ulike studiene: 1) psykologiske utfall, 2) intellektuelt utfall, 3) sosiale utfall, og 4) fysiske utfall

**Resultater:** De inkluderte studiene var forskjellige med tanke på deltagereregenskaper, intervensjonstype og metodisk kvalitet. Tre meta-analyser, seks studier av høy beviskarakter (fire rapporterende signifikant forbedring) og 29 studier av lav til moderat beviskarakter (26 rapporterende helseforbedringer) ble inkludert. For studiene med høy beviskvalitet var resultatene generelt positive, men litt tvetydig. Blant studiene av moderat til lav beviskvalitet var helseforbedringer rapportert i 26 tilfeller ut av 29. For studiene som kun omhandlet wilderness therapy (WT), adventure therapy (AT) og varierte psykiske lidelser, viste 1 av 2 randomiserte kontrollerte studier signifikant endring på atferdsproblematikk (ingen endring ved 1 mnd. Oppfølging). 6 ikke-randomiserte studier viste signifikante resultater og to observasjonsstudier viste hovedsakelig positive resultater av WT, mens to ikke viste signifikante endringer i noen av de oppgitte utfalls-kategoriene.

**Konklusjon:** Denne oversikten gir en ganske liten, men pålitelig bevis base som støtter effektiviteten og hensiktsmessigheten til NAT som en relevant ressurs for folkehelsen. Betydelige forbedringer ble funnet for varierte utfall i ulike diagnoser- fra fedme til schizofreni.

**Styrker og svakheter:** Som ved alle litteraturstudier er det alltid en sjanse for at ikke alle relevante studier blir funnet gjennom litteratursøket (36). Denne studien inkluderer kun engelskspråklige studier så det kan finnes studier på andre språk som gir relevant informasjon. Allikevel er det aller meste av litteraturen oversatt til engelsk så det vil eventuelt være få studier som ikke har kommet med i denne litteraturgjennomgangen. Gjennomføringsmetoden i denne studien er godt beskrevet, det er gjort brede litteratursøk i flere databaser. Ved alle litteraturstudier, også denne er det en viss fare for publikasjonsbias - at forskerne presenterer kun studier som viser ønsket eller forventet effekt (36). Det er et bredt spekter av diagnoser, både fysiske og psykiske og type intervensjoner. Å trekke en samlet konklusjon med et så bredt spekter er utfordrende og kan tolkes feil, men det gir også en indikasjon på at NAT kan brukes i mange sammenhenger.

### 3.3 Artikkel 3

#### Outdoor adventure camps for people with mental illness (39)

**Formål:** Hensikten med studiet var å evaluere et nytt friluftslivprogram for personer med psykisk sykdom.

**Deltagere:** 108 deltagere med ulike psykiske helseutfordringer. Deltagerne kom fra ni ulike institusjoner som arbeider med psykisk helse i delstaten Victoria, i Australia. Det var totalt 12 friluftslivleire, 5 leire for deltagere mellom 18-25 år (Steps) og 7 leire for deltagere fra 26 år og eldre (Horizons). I Steps-leirene var det til sammen 36 deltagere og Horizons-leirene var

det totalt 72 deltagere. De fleste av deltagerne var menn (n=77). Selv om gruppene ble delt i forskjellig alder var planleggingen og gjennomføringen så å si lik.

**Design:** Kohortdesign

**Gjennomføring:** Evalueringen hadde to mål. Det første var å fastslå virkningen av friluftslivleirene på deltageres selvtillit, følelse av mestring, sosial kompetanse og livskvalitet. Mål nummer to var å undersøke deltageres opplevelse av programmet. Resultatene ble samlet inn via spørreskjemaer i tre omganger. To uker før prosjektet, siste dag i leieren og deretter fire uker etter endt prosjekt. Livskvalitet ble målt ved oppstart og i tillegg fire uker etter prosjektet. Deltageres opplevelse av selve prosjektet ble målt via spørreskjema ved siste dag i leieren. Det ble brukt anerkjente metoder for innsamling av data, Rosenberg self-esteem scale (selvtillit/selvfølelse), Pearlin mastery scale (mestringsfølelse), the social connectedness scale revised (sosial tilhørighet), the social aviodens and distress scale og WHO's Quality of life scale (WHOQOL-BRIEF) (livskvalitet). Friluftslivleirene varte i fire dager, og det var tilbud om flere typer aktiviteter slik som terreng sykling, klatring, lage bål og utendørs matlaging. Hver dag skrev deltagerne en dagbok for å reflektere rundt dagens hendelser. Deltagerne bestemte selv hvor mange av aktivitetene de skulle delta på og hvilke mål de satt seg. Det ble også fokusert på team-building og øvelser for å bygge opp tillit i gruppen for å øke følelsen av inkludering.

**Resultater:** samlet sett var det en signifikant endring i mestringsfølelse fra før prosjektet ( $p=0,006$ ) og ved avslutning ( $p=0,001$ ). Det var også forbedringer i selvfølelse fra start ( $p=0,002$ ) til slutt ( $p=0,001$ ). Sosial kompetanse ble også signifikant forbedret ( $p<0,001$ ). Resultatene var ikke opprettholdt ved fireukers oppfølgingen.

**Konklusjon:** Dette programmet kan være fordelaktig for personer med psykiske lidelser da de opplevde forbedringer i egen situasjon og sosial tilhørighet. Å tilby lignende oppfølging i lengre tid til personer med psykiske lidelser vil kanskje gi positive, varige forandringer, men det kreves mer forskning på området.

**Styrker og svakheter:** Formålet, hensikten og målemetodene i studien er godt beskrevet. De bruker anerkjente spørreskjemaer for innsamling av data og analyse av disse. Det er positivt at det blir samlet inn informasjon fra deltagerne ved flere tidspunkt og senest fire uker etter intervensjon. Intervensjonsperioden varte i kort tid, kun fire dager. Dette kan være for kort tid til at det fører til forandring hos deltagerne. I studien er menn overrepresentert noe som fører til en skjevhet i utvalget. Andre svakheter ved studien er at utvalget er nokså lite i de ulike gruppene (36 og 72), dette gjør at funnene ikke er generaliserbare da de kan være tilfeldige (36). Svarene er også selvrapporert noe som kan føre til informasjonsbias. Ved en kohort studie finnes det heller ingen kontrollgruppe. En kontrollgruppe ville styrket funnene fra denne undersøkelsen.

### 3.4 Artikkel 4

#### Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness (40)

**Formål:** Undersøke effekten av et utendørs opplevelsprogram tilpasset personer med alvorlig og langvarig psykiske lidelser.

**Design:** Kvasi-eksperimentelt design

**Deltagere:** 57 personer med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse som fikk ambulant behandling rehabiliteringsprogrammer for psykiske lidelser ved fem ulike institusjoner i Maryland. Deltagerne var mellom 21-55 år. Menn er overrepresentert både i intervensjonsgruppen (m=42, f=8) og kontrollgruppen (m=14, f=5). 19 pasienter som fikk behandling i de samme fasilitetene og som var interessert i å delta, men ikke kunne på grunn av arbeid eller andre behandlinger, fungerte som kontroller. Deltagerne hadde ulike psykiske lidelser, 27 personer var diagnostisert med schizofreni, 23 med affektive lidelser eller schizofreni og 7 deltagere hadde «andre» diagnoser.

**Gjennomføring:** Deltagerne meldte seg frivillig til å delta på et utendørs opplevelsprogram som involverte daglige utflukter i 9 uker. Studien strakk seg over 3 perioder hvor hver periode hadde en varighet på 9 uker. Utendørsaktivitetene inkluderte fotturer, fjellklatring og rappelling, grottevandring og kanopadling. I tillegg til opplæring av sportslige ferdigheter ble troen på egen evne til å mestre (mestringstillit) innlemmet i programmet.

**Resultater/funn:** Vesentlige forbedringer i selvpoppfattelse og selvfølelse er hovedfunnet av studien. Det ble brukt flere ulike analyseverktøy i målingene. For selvfølelse og mestringstillit ble det brukt Physical Self-Efficacy Scale, Generalised Self-Efficacy Scale og Rosenberg Self-Esteem Inventory. Det ble sett signifikante positive forbedringer i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Det var også signifikante reduksjoner i poeng på angst- og depresjon i intervensjonsgruppen (målt ved Brief Symptom Inventory BSI) sammenlignet med kontrollene. Pasienter med affektive eller schizoaffektive forstyrrelser viste en økning i score på Trust og Cooperation Scale, og redusert grad av fiendtlighet og mindreverdighet (BSI Hostility og Interpersonal Sensitivity). Det ble også målt «locus of control» og andre selv-rapporterte psykiatriske symptomer, men det ble ikke funnet vesentlige endringer.

#### **Styrker og svakheter:**

Utvalget er ikke randomisert, deltagerne ble rekruttert via flere behandlingsinstitusjoner hvor de selv var pasienter. De fikk en introduksjon av programmet og valgte selv om de ville være med. Forskerne visste hele tiden hvem intervensjonsgruppen var og hadde kontakt med disse gjennom programmet. Det er differanse mellom antall menn og kvinner i gruppene, men de har undersøkt effekt på begge kjønn så vel som samlet. Kontrollgruppen er liten i forhold til intervensjonsgruppen, men begge gruppene er like med tanke på type behandling (kommer fra samme behandlingsprogram og har vært syke i over 10 år). Det ble brukt pålitelige målemetoder og metoddelen er godt beskrevet. Frafallet av deltagere er også beskrevet med antall og begrunnelse. Svarene fra spørreskjemaene er derimot selvrapportert, noe som kan være en kilde til informasjonsbias (36).

## **4.0 Diskusjon**

Jeg har valgt fire studier for å besvare problemstillingen. De inkluderte studiene omhandler flere former for friluftsliv som blant annet kanopadling, klatring, grottevandring, gåturer, dagsturer og overnatting ute. Felles for studiene er at intervensjonen innebærer en form for aktivitet som foregår ute i friluft. For å utforske problemstillingen er det interessant å se på tiltakene i de ulike studiene og hvilke psykologiske helseeffekter de har på deltagerne.

Deltagerne i studiene har ulike psykiske lidelser av varierende grad. Tre av studiene har brukt ulike spørreskjemaer for å måle effekt av tiltaket. Skjemaene har blant annet målt deltagerens mestringstillit, selvfølelse, angst, depresjonssymptomer, livskvalitet og sosial tilhørighet. I

den kvalitative intervjustudien undersøkes deltagerens opplevelser med fokus på rekreasjon, terapeutisk virkning, læring og opplevelse. Samlet sett viser resultatene i hovedsak positive endringer i mestringstillit, sosial tilhørighet og selvfølelse. Også reduksjon i angst- og depresjonssymptomer blir rapportert.

Gjennom disse studiene er følgende temaer interessante for å utforske oppgavens problemstilling: «*Hvordan kan friluftsliv anvendes i behandling av psykiske lidelser hos voksne?*»

- 1) Fysisk aktivitet vs. Naturopplevelse – hva er effektene av fysisk aktivitet og hva kan skyldes naturopplevelsen? Er det kombinasjonen som er effektiv?
- 2) Mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet – hva har dette å si i forbindelse med psykiske lidelser?
- 3) Oppfølging etter behandling – funnene fra studiene viser ikke varig endring. Hva kan det skyldes og hva kan gjøres?

#### **4.1 Fysisk aktivitet vs. Naturopplevelse**

I den kvalitative undersøkelsen (artikkel 1) (38), blir opplevelsen av å være i naturen undersøkt. Ingen av de andre artiklene skiller mellom hvilke effekter som kommer av fysisk aktivitet og hvilke som kommer av oppholdet i naturen. I artikkel 3 (39) undersøkes deltagerens opplevelse av programmet som helhet og hva de har lært om seg selv, men ikke opplevelsen av å være i naturen. I artikkel 1 blir pasientene spurt om hvordan de opplevde å være i naturen:

*«Jeg føler en ro, er ikke så rastløs. Det gir meg ro på en rar måte. Stille, og fred med naturen og meg selv. Jeg vet ikke helt å forklare det. Jeg føler meg helt rolig da.»* (38)

Dette er svaret fra en av deltagerne i undersøkelsen og beskriver godt den følelsen man gjerne sitter med etter et opphold i naturen. Det kan ofte være vanskelig å sette ord på, men ro er gjerne en beskrivelse som går igjen. De andre pasientene i undersøkelsen bekrefter at det er *stillhet* og *ro* de opplever i naturen (38). Stikkord som *koselig* og *ganske gøy* blir også trukket frem. Det å finne roen i naturen kan forklares med «Attention-restoration theory» (33). Teorien går ut på at vi har to typer oppmerksomhet, som nevnt tidligere. I naturlige omgivelser bruker vi ikke-styrt oppmerksomhet som ikke tapper oss for energi slik som den styrt oppmerksomheten vi bruker i unaturlige miljøer. Bruk av styrt oppmerksomhet kan gjøre oss mentalt utslitt og gi negative følelser, økt irritasjon, nedsatt sosial kompetanse og dårligere prestasjoner på oppgaver som krever oppmerksomhet og planlegging. I følge teorien kan naturen være kilde til rekreasjon fra mental tretthet. Det er fire faktorer som kan ha en rekreasjonsvirkning: 1) følelsen av å komme seg vekk, 2) opplevelse av totalitet eller omfang og sammenheng, 3) fascinasjon over naturens aspekter. Hjernen fokuserer nå på disse elementene og får et pusterom, og 4) forenligheten mellom natur og miljø. På grunn av menneskers biologiske tilknytning til naturen, gir opphold i naturlige miljøer det vi mennesker trenger for å gi oppmerksomheten og tankene hvile. Svarene til pasientene i den kvalitative studien støtter disse teoriene. Noen av pasientene svarte også at de opplevde *fascinasjon* i møte med naturen og friluftslivaktivitetene.

Siden alle artiklene inneholder en kombinasjon av fysisk aktivitet og naturopplevelse er det vanskelig å si hvilke av elementene som fører til hva, eller om det rett og slett er kombinasjonen av de to. I rapporten Naturopplevelse, friluftsliv og psykisk helse, gis det uttrykk for at helsefordelene ved friluftsliv ikke bare kan tilskrives økt fysisk aktivitetsnivå (4). Det handler blant annet også om avslapping, redusert stress, bruk av sansene, naturlig lys



og frisk luft. Disse effektene oppleves ikke ved innendørs trening. I en finsk studie fra 2014 har de sammenlignet helsefordelene mellom fysisk aktivitet innendørs og utendørs i naturen (25). Deres funn tydet på at fysisk aktivitet i naturen hadde en signifikant sammenheng med følelsesmessig velvære. De konkluderer med at man oppnår spesielt godt emosjonelt velvære ved å oppholde seg ofte i naturen. Studien viser at generell god helse kan kobles til fysisk aktivitet i naturen og i andre grønne omgivelser. Utendørs mosjon i dagslys styrker immunforsvaret og gir bedre hormonregulering, hevder Wasaas i litteraturgjennomgangen «*Virkning av grøntområder på mennesker helse og trivsel*» (31). Utendørs aktivitet vil derfor ha flere gode helseeffekter sammenlignet med den samme aktiviteten gjort innendørs.

Fysisk aktivitet alene har en positiv effekt på psykisk uhelse, som nevnt i teoridelen. Fysisk aktivitet er med god effekt brukt i behandling av både angst og depresjon (3).

Temperaturhypotesen hevder at hardt fysisk arbeid fører til en beroligende effekt på grunn av økninger i kroppstemperatur. Det blir sammenlignet med at opphold i en varm badstue også vil virke beroligende. Roen som pasientene i den kvalitative undersøkelsen følte kunne også tilskrives denne hypotesen. De hadde vært fysisk aktive under friluftslivturene, men denne aktiviteten ble ikke beskrevet på annen måte enn at de hadde gått eller padlet kano. Det kan lett tolkes dit hen at aktiviteten var av lav til moderat intensitet. Dette støtter derfor ikke antagelser om effekter som følge av temperaturhypotesen.

## **4.2 Mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet**

De tydeligste funnene i artikkel 3 og 4 går på økt mestringstillit og selvfølelse (39,40).

Artikkel 3 rapporterer også om vesentlig bedre sosial tilhørighet etter deltagelse i friluftslivsprogrammene. I artikkel 1 blir mestringfølelse kartlagt gjennom spørsmål om noen av aktivitetene ga deltagerne mestring (38). Her er det kun gjengitt svar fra en pasient som følte mestring ved padling. Flere studier i litteraturgjennomgangen (artikkel 2) viser en forbedring i selvoppfattelse og mestringstillit (11).

Kun en av studiene viser resultater fra målinger på sosial tilhørighet, men det er allikevel sentralt da også alle de andre artiklene utfører programmene i grupper. Det vil si at deltagerne må interagere med andre mennesker. Manglende sosial støtte og sosial isolasjon er en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (se tabell 2) (15). Det kan tenkes at det å tilhøre en gruppe, føle seg inkludert og få muligheten til være sosial med andre mennesker i seg selv gir et positivt utslag på både selvfølelse og sosial tilhørighet. Mennesker er sosiale og trenger samhandling med andre for å føle seg vel, men mange med psykiske lidelser trekker seg tilbake og har vanskelig for å ta kontakt med andre mennesker (3). I artikkel 4 oppfordres deltagerne til å uttrykke sine følelser og gi hverandre tilbakemeldinger på positiv og negativ atferd. De ga hverandre oppmuntring og støtte under programmet (40). Dette i seg selv kan virke svært positivt inn på utviklingen av sosial kompetanse og tilhørighet. Man kan tenke seg at det å få konstruktive tilbakemeldinger og oppleve støtte fra «likesinnede» er av høyere verdi enn den samme tilbakemeldingen fra en behandler. Også i artikkel 1 nevnes det at opplevelsen av å gjøre noe sammen som gruppe, var positivt (38). Sjong var inne på sosiale effekter i sin litteraturgjennomgang, hvor hun velger å dele helseeffektene av friluftsliv i behandling inn i fire kategorier (30):

- Psykologiske effekter (selvbilde, selvtillit, spenningssøking, selvrealisering, personlig utfordring, velvære osv.)
- Sosiale effekter (medfølelse, gruppesamarbeid, respekt for andre, kommunikasjon, feedback på atferd, vennskap, tilhørighet med mer.)
- Læringseffekter (naturforståelse, naturvern, problemløsning, verdiklarlegging, ferdigheter med mer.)

- Fysiske effekter (utholdenhet, motorikk, styrke, balanse, koordinasjon med mer.)

Disse effektene går igjen i artikkel 1-4. Resultatene viser psykologiske endringer i form av forbedringer i selvfølelse, økt selvtillit og økt mestringsfølelse. De fysiske effektene er tilstede og læringseffekter er et fokusområde i både artikkel 1,3 og 4. Programmene er designet for å utfordre deltagerne på nye områder som for eksempel klatring, padling og matlaging ute i naturen. Mestring av nye aktiviteter er med på å bygge opp både selvtillit og mestringstillit hos deltagerne. Tabell 2 viser at lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring er risikofaktorer for utvikling av psykisk sykdom, og kjennetegn for de som allerede har en psykisk lidelse (15). Oppbygning av selvfølelse og mestringsressurser kan virke inn på effekten av behandlingen. Opplevelse av mestring på et punkt i livet kan overføres til andre deler av livet, for eksempel hvis deltagerne opplever mestring i utførelsen av friluftslivsaktiviteter kan dette gi tro på at man også kan takle sykdommen sin bedre (3). Mestringstillit er essensielt i endringsarbeid og et sentralt begrep i helsepsykologien (8). Sannsynligheten for at vi vil gjøre noe, øker i takt med den troen vi har på at vi kan gjennomføre. Det er også en sammenheng mellom angst og mestringstillit. Jo mindre tro på at man kan mestre det man er redd for, desto mer angst. Mange av pasientene i artiklene har hatt psykiske lidelser i flere år og antagelig vært i behandling mange ganger. Troen på at de kan klare å takle sykdommen og få et bedre liv har kanskje blitt svekket og mestringstilliten er lav. Oppbygging av mestringstillit hos disse pasientene kan gi positive konsekvenser i form av bedret evne til å takle sykdommen. Behandlingen av psykiske lidelser består ofte av å lære å takle symptomene på en annen, mer konstruktiv måte (41). Resultatene fra artikkel 4 viser også signifikant reduksjon i symptomer på depresjon og angst. Dette kan skyldes positive endringer i mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet da disse faktorene er beskyttende i seg selv (10).

### 4.3 Oppfølging etter behandling

Av studiene som hadde oppfølgingssamtale i etterkant av prosjektet, viste ikke deltagerne varige endringer. Det vil si at man er avhengig av å fortsette med friluftsliv for å oppnå god effekt. Overgangen fra behandling til hjemmesituasjon er en kritisk fase for tilbakefall, spesielt innen rusavhengighet, men også for mennesker med andre psykiske lidelse (42). Ettervernsoppfølging er svært varierende i de ulike kommunene og er et omdiskutert tema. Helsedirektoratet understreker viktigheten av ettervern for å unngå tilbakefall. Her har både behandlingsinstitusjonene og kommunene ansvar for å gi pasienten de midler som skal til for å lykkes. Ved psykiske lidelser opplever mange å havne på utsiden av samfunnet (10). Manglende sosialt nettverk og sosial tilbaketrekning er opprettholdende faktorer. Ofte er også pasienter med psykiske lidelser i dårlig fysisk form og har muligens vanskelig for å selv ta initiativ til aktivitet. For de pasientene som har mottatt friluftslivrelaterte aktiviteter i behandlingen og opplevd god effekt av dette, bør tilbudet absolutt videreføres til en del av ettervernsoppfølgingen. Den norske turistforening (DNT) er her en god samarbeidspartner. Lokale DNT foreninger finnes over hele landet og mange av har et varierende tilbud som skal omfavne og inkludere alle (43). De skriver følgende på sine nettsider:

*«DNT satser på flere, enkle og gratis tilbud i nærmiljøet der folk bor som senker terskelen for deltakelse. DNTs medlemsforeninger samarbeider med lokale, regionale og sentrale myndigheter og andre frivillige aktører for å rekruttere og inkludere de som trenger det. Samarbeidspartnerne varierer fra skoler, barnehager, frisklivssentraler, barnevern, Røde Kors og Kirkens bymisjon til eldreråd og bedrifter. Gjennom dette arbeidet inspirerer DNT folk fra mange sosiale lag til en god livsstil og fantastiske friluftsopplevelser i hele Norge.»*  
(43)

## **5.0 Konklusjon**

Med utgangspunkt i funnene fra de fire artiklene inkludert i denne oppgaven og annen relevant teori, har jeg sett på hvordan friluftsliv kan anvendes i behandlingen av psykiske lidelser hos voksne. I alle artiklene viser resultatene psykologiske effekter av intervensjon med friluftsliv i behandlingen (11,38–40). Intervensjonen har bestått av aktiviteter som klatring, padling, gåturer, grottevandring, overnatting ute og matlaging på bål. De tydeligste funnene er økt følelse av mestringstillit, selvfølelse og sosial tilhørighet. Mestringstillit er et viktig moment for bedring da det vil være lettere for pasientene å ha tiltro til egen evne til å mestre symptomer på sykdommen. I behandling av psykisk sykdom arbeides det med å takle de tankene, følelsene og andre symptomer sykdommen gir, og dermed ha mulighet til å leve et liv som i mindre grad begrenses av sykdommen (41). God selvfølelse er i seg selv en beskyttelse mot psykisk sykdom da det gir en følelse av indre trygghet og sikkerhet med tanke på å takle utfordringer (10). Også opplevelse av sosial tilhørighet er viktig med tanke på å takle psykisk sykdom.

Funnene indikerer at friluftsliv i behandling av psykisk sykdom hos voksne kan virke positivt på pasientene og deres evne til å takle sykdommen. Ut ifra de inkluderte studiene ser det ut til at behandlingen med friluftsliv bør inneholde ulike friluftslivs aktiviteter som innebærer bruk av kroppen og samhandling med andre.

### **5.1 Videre forskning**

Det har vært utfordrende å finne studier som har høy grad av evidens. Mange av studiene jeg fant etter litteratursøket hadde få deltagere og manglet kontrollgrupper. Det kunne vært interessant å se på flere aspekter ved effektene av friluftsliv som behandlingsmetode. Om det er en kombinasjon av alle elementer som inngår i friluftsliv, eller om effektene i hovedsak kommer av et av elementene, for eksempel opplevelsen av samhold, naturen i seg selv eller mestring av nye ferdigheter uavhengig av omgivelsene. Det er behov for videre forskning på området for å få en bredere forståelse av friluftslivets plass i terapeutisk sammenheng.

## 6.0 Referanseliste

1. Brattvåg H, Hildershavn Heier S, Herheim Å, Oftedal J, Poleszynski K, Skattebo S, mfl. Psykisk helse i et folkehelseperspektiv [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [sitert 8. desember 2017]. Report No.: IS-2545. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse%20i%20et%20folkehelseperspektiv.%20Intern%20strategi%20Helsedir.pdf>
2. Psykisk helse hos voksne [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 20. desember 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>
3. Egil W. Martinsen. Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi. 2. utg. Bergen: Fagbokforl; 2011. 258 s.
4. Miljøverndepartementet. Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse [Internett]. Oslo: Miljøverndepartementet; 2009 jun [sitert 20. desember 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/naturopplevelse-friluftsliv-og-var-psyki/id578787/>
5. Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen 2017-10-27 [Internett]. ssb.no. [sitert 5. februar 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/fritid/hvert-3-aar/2017-10-27>
6. miljødepartementet K. Meld. St. 18 (2015–2016) [Internett]. Regjeringen.no. 2016 [sitert 24. oktober 2016]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20152016/id2479100/>
7. Andersen AJW. psykisk helse. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2016. Tilgjengelig på: [http://sml.snl.no/psykisk\\_helse](http://sml.snl.no/psykisk_helse)
8. Geir Arild Espnes, Smedslund G. Helsepsykologi. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 445 s.
9. Selvfølelse, selvtillit og selvverd | Psykolog Jan Rimau [Internett]. [sitert 6. april 2018]. Tilgjengelig på: [http://rimau.com/?page\\_id=21](http://rimau.com/?page_id=21)
10. Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 8. april 2018]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/deltaking-stotte-tillit-og-tilhorighet>
11. Annerstedt M, Währborg P. Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. Scand J Public Health. 2011;
12. Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 [sitert 30. mai 2017] s. 610. Report No.: IS-1592. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

13. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 26. februar 2018]. Tilgjengelig på:  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
14. Psykisk helse i Norge [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 26. februar 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
15. Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 26. februar 2018]. Tilgjengelig på:  
<http://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
16. Målemetoder for psykisk helse [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 6. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/malemetoder-for-psykisk-helse/>
17. Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) [Internett]. Statistics Solutions. [sitert 5. april 2018]. Tilgjengelig på: <https://www.statisticssolutions.com/rosenberg-self-esteem-scale-ses/>
18. Lee RM, Robbins SB. Measuring belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance scales [Internett]. PsycNET. 1995 [sitert 7. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://psycnet.apa.org/record/1995-23687-001>
19. Pearlin Mastery Scale [Internett]. Health and Happiness. 2017 [sitert 5. april 2018]. Tilgjengelig på: <https://www.hsph.harvard.edu/health-happiness/pearlin-mastery-scale/>
20. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. [Internett]. PsycNET. 1978 [sitert 7. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://psycnet.apa.org/record/1979-06036-001>
21. Social Avoidance and Distress Scale (SADS) [Internett]. Statistics Solutions. [sitert 5. april 2018]. Tilgjengelig på: <https://www.statisticssolutions.com/social-avoidance-and-distress-scale-sads/>
22. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* mars 2004;13(2):299–310.
23. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *J Psychol.* 1. september 2005;139:439–57.
24. Brief Symptom Inventory (BSI) [Internett]. Statistics Solutions. [sitert 8. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.statisticssolutions.com/brief-symptom-inventory-bsi/>
25. Pasanen TP, Tyrväinen L, Korpela KM. The Relationship between Perceived Health and Physical Activity Indoors, Outdoors in Built Environments, and Outdoors in Nature. *Appl Psychol Health Well-Being.* november 2014;6(3):324–46.
26. Bowler DE, Buyung-Ali LM, Knight TM, Pullin AS. A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC Public Health.* 2010;10:456–456.

27. Tyrili Frankmotunet - Tyrilistiftelsen [Internett]. [sitert 5. februar 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.tyrili.no/behandlingssteder/tyrili-frankmotunet-article80-155.html>
28. Hva er Veien Ut? - Veien Ut [Internett]. [sitert 5. februar 2018]. Tilgjengelig på: <http://veienut.no/om/>
29. Friluftsterapi [Internett]. [sitert 5. februar 2018]. Tilgjengelig på: <https://www.friluftsterapi.com/>
30. Friluftsliv i behandling av belastede grupper [Internett]. [sitert 3. januar 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.miljodirektoratet.no/no/Publikasjoner/Publikasjoner-fra-DirNat/DN-rapporter/Friluftsliv-i-behandling-av-belastede-grupper/>
31. Waaseth G. Virkning av grøntområder på menneskers helse og trivsel [Internett]. [sitert 19. oktober 2016]. Tilgjengelig på: [http://www.bioforsk.no/ikbViewer/Content/25529/f\\_1\\_6\\_waaseth.pdf](http://www.bioforsk.no/ikbViewer/Content/25529/f_1_6_waaseth.pdf)
32. Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 4. mars 2018]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
33. Townsend M, Weerasuriya R. Beyond Blue To Green [Internett]. [sitert 20. desember 2017]. Tilgjengelig på: [http://www.deakin.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/310747/Beyond-Blue-To-Green-Literature-Review.pdf](http://www.deakin.edu.au/__data/assets/pdf_file/0004/310747/Beyond-Blue-To-Green-Literature-Review.pdf)
34. Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environ Psychol.* 1. september 1991;11(3):201–30.
35. Townsend M. Feel blue? Touch green! Participation in forest/woodland management as a treatment for depression. *Urban For Urban Green.* 2. oktober 2006;5(3):111–20.
36. Halvorsen K. Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. Oslo: Cappelens Forlag as; 2008.
37. Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 5. februar 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler/>
38. Odd Lennart Vikene. Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluftsliv. *Tidsskr Psyk Helsearbeid.* 2012;(04):345–354.
39. Cotton S, Butselaar F. Outdoor adventure camps for people with mental illness. *Australas Psychiatry.* 2013;21(4):352–358.
40. Kelley MP, Coursey RD, Selby PM. Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 1997;20(4):61–73.
41. Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 12. desember 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje->

for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten

42. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 1. april 2018]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser>
43. Folkehelse - Den Norske Turistforening [Internett]. [sitert 7. desember 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.dnt.no/folkehelse/>