



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB 3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl. 14.00

Kandidatnr.: 59

Antall ord: 7960

Sammendrag

Bakgrunn: Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon som det fjerde største helseproblemet i verden. Alle mennesker kan bli rammet av depresjon. Denne lidelsen gir samfunnet økonomiske tap og den kan forårsake mye lidelse og utfordringer for personen som blir rammet og omgivelsene. Fysisk aktivitet har tradisjonelt sett hatt liten plass i det psykiske helsearbeidet, men har fått mer fokus de siste årene.

Hensikt: Studien har til hensikt å gi mer kunnskap om fysisk aktivitet som behandling av depresjon. Det søkes også å finne gode strategier for å motivere pasienten til fysisk aktivitet.

Metode: Oppgaven er bygget på en systematisk litteraturstudie hvor det er brukt relevant forskning og litteratur om tema i problemstillingen.

Funn og oppsummering: Det har vært problemer med å få deprimerte pasienter til å starte med fysisk aktivitet. Et positivt funn i den ene studien var at flere deprimerte pasienter ønsket å starte med fysisk aktivitet fordi de håpet at fysisk aktivitet kunne redusere depresjonen og forbedre helsen. En oppsummering av studiene viser at fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt og kan brukes i behandling av depresjon alene, eller i kombinasjon med annen behandling.

Summary

Background: The World Health Organization (W.H.O) ranks depression as the 4th largest health problem in the world. All people can be affected by depression. This disorder gives the society economic losses and can cause much suffering and challenges for the person being affected and his/her surroundings. Physical activity has traditionally had little space in mental health work, but has gained more attention in recent years

Purpose: The study intends to provide more knowledge about physical activity as a treatment for depression. It also seeks to find good strategies to motivate the patient to physical activity.

Method: The thesis is based on a systematic study of literature where relevant research and literature on the topic has been used

Findings and summary: There have been problems with getting depressed patients to start exercising. A positive finding in one of the studies was that many depressed patients wanted to start with physical activity because they hoped that physical activity could reduce depression and improve health. A summary of the studies shows that physical activity has an antidepressant effect and can be used in the treatment of depression alone or in combination with other therapies

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.2.1 Avgrensing og presisering	1
1.2.2 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Rammer og statlige føringer.....	3
2.2 Teoretisk perspektiv.....	4
2.3 Hva er depresjon	5
2.4 Behandling.....	6
2.4.1 Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid.....	7
2.5 Motivasjon.....	9
2.5.1 Motivasjon til fysisk aktivitet	9
2.5.2 Motiverende intervju	10
3.0 Metode	11
3.1Hva er metode.....	11
3.1.1 Kvalitative og kvantitative tilnærming.....	11
3.2 Litteraturstudie som metode.....	11
3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode	12
3.4 Litteratursøk	12
3.5 Kildekritikk	12
3.6 Etske aspekter.....	12
4.0 Funn	14
5.0 Drøfting	16
5.1 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon.....	16
5.2 Kontaktetablering	19
5.3 Motivasjon til å drive fysisk aktivitet	20
6.0 Avslutning	23
Referanseliste	24
Vedlegg 1	27

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Depresjon er blitt et stort helseproblem i vårt samfunn. Verdens helseorganisasjon (WHO) rangerte i år 2000 depresjonssykdom som det fjerde største helseproblemet i verden. Det er en betydelig forskjell mellom kjønnene siden depresjon hos kvinner er den fjerde største årsaken til sykdomsbyrde, mens den hos menn først kommer på en sjuende plass (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2008 s. 275-276).

Alle mennesker kan bli rammet av en depresjon. Negative livshendelser, gjerne i form av dødsfall i nær familie, skilsmisse eller langvarige konflikter øker sjansen for å bli deprimeret (Aare, Bugge & Juklestad, 2009 s. 83).

Jeg ønsker mer kunnskap om tema med tanke på at veldig mange av oss mennesker lever under stress og tidsklemma. Dessuten gir livet i seg selv ulike utfordringer som ikke alltid er så lett å forutse. Det er ikke alltid vi kan gjøre så mye med belastningen vi er utsatt for, men tiltak som blant annet fysisk aktivitet kan være med å motvirke skadevirkningen belastningene kan gi. Mange faller ut av skole og arbeidsliv som følge av utilstrekkelig behandling og/eller at de ikke oppsøker helsehjelp. Det er mer åpenhet omkring det å ha en psykisk vanske, men det er enda tabubelagt og skamfullt. Tradisjonelt sett har behandling ofte vært medikamenter og samtaleterapi. I senere tid har flere behandlingsinstitusjoner og individuelle terapeuter blitt mer oppmerksom på andre metoder i behandling av depresjon. Det å trene og være fysisk aktiv gir for de fleste av oss velvære og behag. Fysisk aktivitet kan også brukes terapeutisk. Tanker og følelser blir direkte påvirket av fysisk aktivitet. I tillegg skjer det fysiologiske reaksjoner blant annet endorfinutskillelse, som blant annet gir en slags lykke/«rusfølelse».

1.2 Problemstilling

«Hvordan motivere til fysisk aktivitet i behandling av depresjon»

1.2.1 Avgrensing og presisering

Jeg vil fokusere på voksne med lette og moderate depresjoner i yrkesaktiv alder, ca. 20-67 år. Mer enn 80 % har sitt behandlingstilbud i kommunehelsetjenesten, hos fastlegen, og annet helsepersonell i kommunen (Helsedirektoratet, 2009 s. 51). Jeg velger derfor å begrense oppgaven til å omfatte behandling i kommunehelsetjenesten.

Som nevnt tidligere er det ulike behandlingsmetoder og behandlingen må tilpasses hver enkelt person. I denne oppgaven vil jeg nevne ulike behandlingsmetoder, men jeg vil først og fremst ha fokus på fysisk aktivitet og hvordan jeg som sykepleier kan motivere til det.

1.2.2 Begrepsavklaring

Motivasjon: Beskrives som en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensiteten i atferden (Renolen, 2008 s. 41).

Depresjon: Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer depresjon som en psykisk lidelse som er preget av tristhet, tap av interesse eller glede, skyldfølelse eller lav selvfølelse, forstyrret søvn eller appetitt, følelse av tretthet og dårlig konsentrasjon (WHO, 2013).

Fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet defineres som all kroppslige bevegelser forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk (Martinsen, 2011 s. 35).

Behandling: Tiltak for å helbrede, bekjempe, lindre og forhindre plager, sykdom, skade eller funksjonshemming eller evt. konsekvenser av dette med bakgrunn i adekvat vitenskap og kunnskap (Helsedirektoratet, 2012).

2.0 Teori

2.1 Rammer og statlige føringer

Kommunens plikt til å gi helsetjenester til de som befinner seg i kommunen er regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer (helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

§1-1 sier noe om lovens formål og virkeområde. Blant annet:

- Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.
- Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud.
- Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.
- Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

§3-1 omhandler kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasienter og brukergrupper, blant annet personer med psykisk sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

§3-2 regulerer blant annet kommunens plikt til å sørge for utredning, diagnostisering og behandling. Herunder fastlegeordningen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

Veilederen «psykisk helsearbeid for voksne i kommunen» har som målsetting å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON- prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 s. 7.). Formålet med veilederen er å gi eksempler og råd om hvordan tjenestene kan innrette seg. God praksis avhenger av lovgrunnlaget, verdigrunnlaget og best mulig kunnskap om effekt av ulike måter å legge opp arbeidet på. Blant annet sier den noe om fastlegens rolle, betydningen av å jobbe tverrfaglig samt anbefaling om fysisk aktivitet i det psykiske helsearbeidet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 s. 8).

Helsedirektoratets anbefaling er en halv times fysisk aktivitet daglig, hvor intensiteten må tilsvare en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås om man øker den daglige mengden og intensiteten. Ulike former for fysisk aktivitet som eksempel gåtur, jogging

eller trening med vekter ser ut til å ha lik effekt. Det viktigste er at man er i aktivitet og bruker kroppen (Helsedirektoratet, 2010 s. 31).

2.2 Teoretisk perspektiv

Joyce Travelbee definerer sykepleie som:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Ved en mellommenneskelig prosess menes det at sykepleie alltid direkte eller indirekte dreier seg om menneske (Travelbee, 1999).

Et menneske - til – menneskeforhold har som kjennetegn at sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, at de ikke blir sett på som «sykepleier» og «pasient». Menneske – til – menneskeforholdet er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som er å hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999 s. 171).

For å oppnå et menneske – til – menneskeforhold må sykepleieren og den syke gjennomgå fire faser. Den første fasen, *innledende møtet*, er når sykepleieren og den syke møter hverandre for første gang. Da vil begge parter observere, bygge opp antakelser og meninger om hverandre. Ved det innledende møte ser sykepleieren og den syke ikke på hverandre som unike individer, men som «sykepleier» og «pasient». Det er sykepleieren som skal bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i «pasienten». Når sykepleieren opplever pasienten som et unikt individ og pasienten responderer går forholdet inn i en ny fase. Den andre fasen, *fremvekst av identiteter*, karakteriseres ved evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, sammen med evnen til etablere tilknytning til andre. I denne fasen opplever en å rette tanker og følelser mot den andre og motta inntrykk av den andres personlighet. Sykepleieren begynner nå å fange opp hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen. Pasienten begynner å fange opp at sykepleieren er et individ, ikke en personifikasjon av «alle sykepleiere». Forholdet er nå i en mellomfase som legger grunnlaget for empati, og som utdyper prosessen mot gjensidig forståelse. Gjensidighet blir brukt for å beskrive en erfaring, ikke en bevisst viljehandling. *Empati* som er den tredje fasen

er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand. Man føler nærhet og tar del i den andres sinnstilstand, men ikke i den grad at en har samme følelser og tanker som den andre. Den enkeltes status som unikt individ blir klarere oppfattet og anerkjent. Den fjerde og siste fasen er *sympati og medfølelse*. Gjennom empati og medfølelse blir den enkelte i stand til å forstå den andres plager. En tar del i den andres følelser og opplever medlidenhet. Det er ikke mulig å ha medfølelse med noen og samtidig ha distanse til vedkommende. Den som føler med en annen, er personlig involvert, men er ikke passivisert på grunn av det. Dette forsterker forholdet mellom den syke og sykepleieren (Travelbee, 1999 s. 186-202).

Gjennom de fire fasene Travelbee beskriver skal forholdet mellom sykepleier og pasient ha utviklet seg mot gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen kalles *the phase of rapport*. Rapport kan oversettes med harmonisk eller sympatisk relasjon eller forbindelse. At noen har rapport til hverandre, innebærer at de har et forhold hvor de har en spesiell evne til å forstå hverandres følelser eller perspektiver. Travelbee mener dette er en prosess som er basert på gjensidig forståelse (Eide & Eide, 2007 s. 139).

2.3 Hva er depresjon

Depresjon kan beskrives som at kroppen oppleves tung og ubrukelig. En faller gjerne ut av skole eller arbeid, og trekker seg tilbake fra det sosiale livet. Talen kan bli flat og mimikken fattig. Holdningen vil være preget av det bøyde hodet og den framoverlente posisjonen. Den deprimerte lider ofte dobbelt. En lider, og så lider en enda litt mer, fordi en har vansker med å finne et meningsbærende språk for sin lidelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010 s. 30-31).

”Den deprimerte er en person som har mistet troen – troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet på en høyere makt. Den deprimerte personens ånd er undertrykket, og hans sinn er fylt av fortvilte tanker. Kroppen oppleves langsomt – fungerende, matt og kraftløs. Nettopp disse sammenvevde faktorene er nødvendig å forstå om hjelperen skal kunne omforme personens splintrede syn på livet til et alternativt syn som gir grunnlag for håp, tro og frihet fra fortvilelsens fristelser.” (Hummelvoll, 2010, s. 174).

Diagnosen stilles når symptomene blir mange, intense eller langvarige eller når funksjonssvikten blir så uttalt at det er naturlig å tilby behandling (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009 s. 80).

Studier av dyr og mennesker tydeliggjør at stress og sosialt stress, fører til utskillelse av kortisol i binyrene. Kortisol kan være skadelig for hjernen og føre til depresjon. Høye kortisolnivåer kan over tid føre til skade og død av nevroner i hippokampus, særlig i regioner som er viktig for regulering av humør og kognitive funksjoner. Personer som har en depresjon kan ha høye kortisolnivåer og svekket regulering av samspillet mellom hypotalamus, hypofyse og binyrebarken (Aare, Bugge & Juklestad, 2009 s. 83).

WHO sier at depressive lidelser er en av de ledende årsakene til sykdom i verden. Depresjon er en av de vanligste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Det er ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet som er forbundet med depresjon. Det er også omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Depresjon kan oppstå forskjellig fra person til person og kan ha ulike årsaker. Behandlingen må derfor tilpasses hver enkelt person. En depresjon berører alle sider ved et menneske, både biologisk, psykisk, eksistensielle, sosiale og kulturelle forhold. De fleste med depresjon får behandling i primærhelsetjenesten. Fastlegen har en sentral rolle også i forbindelse med å foreslå behandling. For å gi god behandling er det viktig at depresjonen blir utredet og finne årsaker til hva som har bidratt til den. Ofte vil leger og annet helsepersonell overse depresjonen, fordi de ikke spør direkte. De fleste som går til legen presenterer heller de kroppslige plagene (som energimangel, uro og muskelsmerter) i stedet for de psykiske plagene. Det er sjeldent deprimerte personer blir innlagt på sykehus med unntak om det er fare for selvmord. (Helsedirektoratet, 2010 s. 13- 15). Det finnes ingen klar genetisk disposisjon som gir personer depresjon. Risikofaktorer for å få depresjon kan være negativt stress, slik som tapsopplevelser, men den individuelle sårbarheten er vekslende. Det kan eksempel være separasjoner i barndommen, psykiske traumer, krenkelsers og en rekke somatiske faktorer. Tap av ulike slag er en vanlig utløsende faktor. Depresjon resulterer i mye lidelse for den som er rammet og for de nærmeste. Det fører også til nedsatt funksjonsnivå både i arbeidslivet og sosialt. Depresjon er en dominerende diagnose når det gjelder sykemeldinger og utbetaling av sykepenger for psykisk sykdom, og er den største årsaken til selvmord (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson 2008. s. 277).

2.4 Behandling

Det finnes ulike behandlingsformer for pasienter som lider av depresjon, blant annet:

Medikamentell behandling: Antidepressiver anbefales vanligvis ikke som førstevalg ved milde former for depresjon. Behandleren skal tilby rådgivning og psykologiske tiltak som kan

hjelpe til med problemløsning og stresshåndtering. Antidepressiver bør vurderes om depresjonen vedvarer etter at andre tiltak er forsøkt, eller om pasienten har tidligere episoder med depresjon (Helsedirektoratet, 2010. s. 29 og 34.).

Kognitiv terapi handler om at våre følelser blir påvirket av hvordan vi tenker, handler og atferden vår (Moe & Martinsen, 2011 s. 88). Kognitiv og interpersonlig terapi er best vitenskapelig dokumentert blant ulike former for samtaleterapi (Martinsen, 2011. s. 68).

ECT (Elektrokonvulsiv behandling): Er et viktig behandlingsalternativ for de aller dårligste pasientene og brukes oftest hvis ikke annen behandling fører frem. Undersøkelser har vist at ECT er mer effektiv enn antidepressive medikamenter (Martinsen, 2011. s. 68).

Lysbehandling er kunstig lys som brukes i behandling av vinterdepresjoner eller årstidsdepresjoner (Martinsen, 2011. s. 68).

2.4.1 Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

Fysisk aktivitet har tradisjonelt hatt liten plass i psykisk helsearbeid. Tilfeldigheter og mangel på kontinuitet har preget mange av tilbudene, som i begrenset grad har dekket pasientenes behov for aktivitet. For mange innebærer fysisk aktivitet å bry seg mer om seg selv og bli mer bevisst på sin situasjon og på sin egen kropp. Det handler om egenomsorg og å hente frem sine egne ressurser. I psykisk helsearbeid vil målet med fysisk aktivitet i hovedsak være å oppnå bedre helse og øke livskvaliteten. Regelmessig fysisk aktivitet medfører økt velvære og bedret selvfølelse, mindre tretthet og mer energi samt et bedre forhold til egen kropp (Moe & Martinsen, 2011 s. 77-79).

Fra 1970 tallet er det publisert mange studier av fysisk trening ved behandling av depresjon (Martinsen, 2011 s. 72). Disse viser at fysisk trening har en antidepressiv effekt. Fysisk aktivitet har blitt sammenlignet med kognitiv terapi og vist seg at effekten ikke har vært så forskjellig. Ved å sammenligne fysisk aktivitet og medikamentell behandling viste resultatet at de som fikk medikamenter ble fortere frisk, men etter 12 uker hadde pasientene i treningsgruppen tatt dem igjen og effekten var lik. De som hadde vært med i treningsgruppe hadde færre tilbakefall enn de som brukte medikamenter (Martinsen, 2011 s. 74).

Undersøkelser viser at det er små forskjeller på de psykologiske endringene ved ulike former for fysisk aktivitet. Fysiologiske endringer eller treningseffekt ser ikke ut til å være nødvendig. Dette gjør at vi kan og bør legge mer vekt på hva brukerne har glede og interesse

av fremfor fysiologiske endringer. Sannsynligheten for at de vil fortsette med aktiviteten over tid øker viss de får gjøre de har lyst til og liker (Martinsen, 2011 s. 78).

Det er mange som tror at de må trene hardt og lenge for at de skal ha effekt av fysisk aktivitet. Det er ikke så mye som skal til, inaktive personer får helsegevinst av korte treningsperioder med moderat intensivitet. Det handler for mange om å bli kjent med sin egen kropp og få glede ved å bruke den (Moe & Martinsen, 2011 s. 79-80).

Flere studier har vist at fysisk trening kan bidra til bedring i fysisk selvfølelse og bedre kroppsbilde. Positive endringer kan skje i alle aldre og for begge kjønn. Sjansen for å få en bedre selvfølelse er størst for dem som fra før har dårlig selvtillit. Endringene kan skje ved ulike former for aktivitet. God fysisk form kan beskytte mot belastende livserfaringer. Mennesker som er i god fysisk form tåler bedre de fysiske stressreaksjonene og kommer raskere tilbake normaltilstanden. Det er en vanlig erfaring at de som driver med regelmessig fysisk aktivitet har en bedre nattesøvn og er mindre trøtt på dagtid sammenlignet med de som er fysisk inaktive. Det er ikke bevist at fysisk aktivitet bedrer søvnen, men de som sover bedre om natta har mer overskudd til fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Undersøkelser viser at fysisk aktive mennesker har redusert sannsynlighet for å utvikle depresjon. Det er også blitt undersøkt om fysisk aktivitet kan forebygge tilbakefall av depresjon. Funnene viser at fysisk aktivitet gir mindre depressive symptomer (Martinsen, 2011 s.70).

2.4.1.1 Fysisk aktivitet som kognitiv terapi

Fysisk aktivitet kan kombineres med psykologisk behandling. Dette har vært mest brukt i forhold til kognitiv terapi. I behandling av psykiske lidelser arbeides det med tanker og atferd. Tankene kan bevisstgjøres. Når en er klar over hvordan en tenker, kan det vurderes om den måten vi tenker på er hensiktsmessig. Atferd kan endres. Typisk atferd hos personer med psykiske lidelser er tilbaketrekning og isolasjon. Konsekvensene av tilbaketrekning og isolasjon er fysisk inaktivitet. Dette vil på langsikt føre til at de psykiske plagene vedlikeholdes. Å hjelpe inaktive mennesker med psykiske plager til økt aktivitet kan være et viktig element i behandling. Fysisk aktivitet kan ha forskjellig funksjon ved ulike psykiske lidelser. Ved depresjon kalles det atferdsaktivisering. Poenget er å få inaktive i bevegelse og hjelpe de til å erfare sammenhengen mellom hva de gjør (atferd) og hvordan de har det (følelser). Personer som lider av en depresjon kan lære at de kan påvirke sine følelser gjennom økt aktivitet. Dette er eksempel på at fysisk aktivitet kan forstås innenfor rammen av

kognitiv terapi og kombineres med psykologisk behandling. En slik måte å tenke og arbeide på er nyttig (Moe & Martinsen, 2011 s. 88-89).

2.5 Motivasjon

Motivasjon blir beskrevet som en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensiteten i atferden. Studier som er blitt gjort kan si noe om bakgrunnen for menneskers handlinger. Det kan være en tilstand i kroppen, i vår bevissthet/ubevissthet og/eller i vårt sosiale miljø som driver oss til handlinger. Det å motivere pasienter eller brukere er en stor del av helsearbeidernes hverdag. Utfordringen er å få pasienten eller brukeren til å finne sin indre motivasjon. *Indre motivasjon* kan ses på som en aktivitet som gjøres for å oppnå en indre tilfredsstillelse. Det kan også ses på noe som eksisterer i relasjonen mellom individet og aktiviteten. *Ytre motivasjon* er styrt utenfra, hvor det er krefter utenfra som igangsetter handlinger. Drivkraften kan være trussel om straff eller det å oppnå belønning (Renolen, 2008 s. 42-43).

2.5.1 Motivasjon til fysisk aktivitet

Selv om mange knytter fysisk aktivitet til glede, sosial kontakt og noe som virker helsefremmende, har de fleste med psykiske lidelser ikke en indre motivasjon for å drive fysisk aktivitet. Hjelp og tett oppfølging er ofte nødvendig for å komme i gang, ytre motivasjon (Moe & Martinsen, 2011 s. 81).

Mennesker med psykiske lidelser er ofte inaktive. Noen forhold ved psykiske lidelser kan gjøre det vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet. Mange sliter med angst, depresjon, lav selvfølelse og selv små krav kan oppleves som store i forhold til hva de synes de orker. Andre kan føle seg resignert og har liten tro på at de kan klare å endre situasjonen de er havnet i. De fleste trenger hjelp og oppfølging til å komme i gang med fysisk aktivitet. Støtte over tid kan bidra til positiv endring. Når noen ser og stimulerer ressursene deres, kan de oppleve en drivkraft til fysisk aktivitet. Helsepersonell som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet bør ha kunnskap om motivasjonsstrategier. Helsepersonellens lojalitet og oppfølging av mål som er i pasientens individuelle plan, er viktig i motivasjonsarbeidet. Om personalet ikke klarer å ha en felles holdning, er det vanskelig å motivere pasienter. Motiverte og energiske helsepersonell som legger til rette og selv deltar på aktivitetene, vil lettere få motiverte pasienter. Motivasjon smitter og praktiseres best av de som er motivert. Det å delta i aktivitetsgrupper kan bidra til felleskap og varige sosiale nettverk og styrker selvmotivasjonen og livskvaliteten. Det er viktig å finne den rette motivasjonsstrategien. En tilnærming kan

være motivasjonssamtale, da kartlegger en hva den enkelte vil og kan ha glede av. Pasientens ønsker, interesseområder, forutsetninger, behandlingsmål og økonomiske rammer får betydning for hvordan aktivitetstilbudet tilrettelegges. Når pasienten får delta i planleggingen tar pasienten kontroll og ansvar for eget liv, empowerment (Moe, 2011 s. 197-200).

2.5.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en pasientsentrert samtalemetode som brukes for å styrke egen motivasjon for å komme i gang med livsstilsendringer. De fleste som ønsker å gjøre endringer i livet er ambivalente, de vil og de vil ikke gjøre forandringer. Motiverende intervju hjelper personer gjennom ambivalensen og videre i retning av positiv livsendring. Motiverende intervju ble utviklet i rusfeltet, men er i dag veldig aktuelt i psykisk helsevern (Rognli, 2012). Motiverende intervju krever god evne til å lytte. Helsearbeiderne må lytte med aksepterende, ikke- moraliserende interesse, de må forstå fremfor å overtale eller komme med egne løsninger på pasientens problem. Helsearbeideren skal gi informasjon eller praktiske råd, men det er frivillig om pasienten velger å ta det til seg eller ikke. Motiverende intervju ser ut til å hjelpe pasienter som er mindre motivert. Metoden brukes ikke for å få pasienten til å gjøre noe han/hun ikke vil, men formålet er å stimulere til endringer på en respektfull måte på pasientens egne vilkår (Ivarsson, 2008 s. 104).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Metode er en fremgangsmåte som en bruker for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den gir oss god data og belyser spørsmålene våre på en faglig interessant måte. Metoden kan ses på som et redskap i møte med noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2007 s. 81).

3.1.1 Kvalitative og kvantitative tilnærming

Alt forskningsarbeid tar utgangspunkt i ett eller flere spørsmål, problemer eller ideer forskeren griper fatt i. Avgjørende for metodevalg er hva man ønsker å vite. I *Kvalitativ forskning* er forskeren subjektiv og står «innenfor» og har ofte langvarig kontakt med forsøkspersonene. Forskingen er fleksibel og en går trinnvis mer og mer inn i problemstillingen. Resultatene bygger på et lite antall individer og har et stort antall variabler. I *kvantitativ forskning* er forskeren objektiv og står «utenfor», har distanse og ofte kortvarig eller ingen kontakt med forsøkspersonene. Forskingen er strukturert og problemstillingene er formulert på forhånd. Resultatene bygger på et stort antall individer og et begrenset antall variabler (Olsson & Sørensen, 2009 s. 16).

3.2 Litteraturstudie som metode

Det finnes ulike typer av litteraturstudier. Det er allmenn litteraturstudie, systematisk litteraturstudie og begrepsanalyse (Forsberg & Wengström, 2008). Det er på forhånd bestemt at vi skal bruke systematisk litteraturstudie som metode i bacheloroppgaven. Mulrow og Oxman (siteret i Forsberg & Wengström, 2008) definerer systematisk litteraturstudie, at den er basert på et klart formulert spørsmål som blir besvart gjennom å indentifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Systematisk litteraturstudien skal bestå av bakgrunn, formål, problemstilling og innsamlingsmetode. I en systematisk litteraturstudie er det litteraturen som er informasjonskilden, som respondentene er informasjonskilden ved intervjuer. Når en skal ha en litteraturstudie vil en hente litteraturdata fra litterære bøker og vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter (vanligvis 5-6). I drøftingsdelen setter man innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunns litteraturen og drøfter utfra formål og problemstillingen (Olsson & Sørensen, 2009 s. 91).

3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode

Det er både positive og negative sider ved å bruke litteraturstudie som metode. Positive sider ved litteraturstudie er at det allerede eksisterer mye litteratur på det aktuelle temaet som en velger. En får mye litteratur på kort tid og det er lett tilgjengelig, og man slipper å gjøre alt forarbeidet selv. Negative sider ved litteraturstudie er at litteratur og forskning kan bli feiltolket, primærkildens opprinnelige tolkning kan bli feiltolket (Forsberg & Wengström, 2008).

3.4 Litteratursøk

For å finne artikler som kunne passe inn i min oppgave brukte jeg SveMed+, der søkte jeg på «depresjon» og «fysisk aktivitet». Jeg gikk inn på flere artikler for å finne passende søkeord på engelsk til videre søking. Jeg har brukt søkemotorene Cinahl, SveMed+ og ProQuest og søke ordene jeg har brukt er «depression», «physical activity», «exercise» og «motivation». Se vedlegg 1 for søkeprosessen.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som blir benyttet. Dette gjelder også andre kilder som blir benyttet i oppgaven. Hensikten er at leseren skal få innblikk i refleksjoner som er gjort om litteraturen er relevant og gyldig i forhold til å belyse problemstillingen. Det er derfor nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på litteratur, slik at leser får informasjon om det har vært lett å finne litteratur eller vanskelig. Å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes er viktig slik at en skal kunne fastslå om kildene er sanne (Dalland, 2010 s. 70). Det var mye litteratur i pensum og selvvalgt litteratur om tema. I forhold til forskningsartikler, fikk jeg mange funn men mange var ikke relevante til min problemstilling.

3.6 Etiske aspekter

Når vi skal gjøre en systematisk litteraturstudie bør en på forhånd ha tenkt gjennom hvilke etiske aspekter en skal ta hensyn til. Det er retningslinjer på hvordan vi skriver en litteraturstudie på en etisk og korrekt måte, her vektlegges plagiat, juks og uærlighet (Forsberg & Wengström, 2008). For medisinsk og helsefaglig forskning er det særlig Helsinkideklarasjonen som er sentral. Deklarasjonene har noe grunnleggende prinsipper for forskning på mennesker. Det er autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade og rettferdighetsprinsippet (Olsson & Sørensen, 2009). I en litteraturstudie er det ofte funn fra fagbøker og forskningsartikler som er med på å strukturere oppgaven. Det er derfor

viktig å ha med rett kildehenvisning slik at en ikke driver plagiat (Forsberg & Wengström, 2008). I min litteraturstudie er det brukt bibliotekets retningslinjer for kildehenvisning. Da kan leseren finne tilbake til litteraturen som er brukt.

Froberg & Gulbransen (sitert i Olsson & Sørensen, 2009 s. 58) sier «*at etikk er hva en bør eller kan gjøre. Moral er om hvordan man gjør det. Jus er hva som er lov og ikke lov å gjøre*».

4.0 Funn

Artikkelen til Martinsen, E.W. (2008). Formålet med denne artikkelen er å presentere en oversikt over forskning som involverer effekten av trening i forebygging og behandling av depresjon og angst. Relaterte problemstillinger angående mengden og effekten av treningen blir diskutert og sammenlignet med effekten av kognitiv terapi. Martinsen konkluderer i sin artikkel at angst og depresjon er et stort folkehelseproblem og kostnadene individuelt og samfunnsmessig er enorme. Mange av dem får utilstrekkelig eller ingen behandling. Det er derfor av stor betydning at folk tar aktivt ansvar for sin egen helse. En stor helsegevinst kan oppnås ved å la det bli en vane og drive med fysisk aktivitet. Effekten av fysisk aktivitet økes når den brukes i kombinasjon med kognitiv terapi.

Artikkelen til Ströhle, A. (2009). Formålet med denne artikkelen var å vurdere den tilgjengelige litteraturen som finnes om fysisk aktivitet, depresjon og angst og se på hvilken effekt fysisk aktivitet har på depresjon og angst. Konklusjonen var at fysisk aktivitet og trening har positive effekter på humør og engstelse. Ströhle er i sin artikkel kritisk til studiene som er gjort og mener at flesteparten av studiene kommer til kort metodisk. De kliniske erfaringene med fysisk aktivitet som behandling er bare i startfasen sammenlignet med de mer etablerte behandlingene som psykoterapi og medikamentell behandling.

Artikkelen til Eriksson, S. & Gard, G. (2011). Hensikten med denne studien var å bruke fysisk aktivitet som en intervensjon for å behandle alvorlig depresjon, med fokus på metodikk, virkningsmekanismer, typer av fysisk trening og behandlingsresultatene. Konklusjonen er at fysisk trening kan være en effektiv behandling mot depresjon. De påpeker at det er behov for flere kliniske intervensjonsstudier som går ut på behandling av depresjon med fysisk aktivitet, med fokus på å øke kunnskapen om virkningsmekanismer, type trening, intensivitet og hyppighet av trening.

Artikkelen til Sujia, K., Pechter, Ü., Kalda, R., Tâhepõld, H., Maaroo, J., og Maaroo, H. (2009). Hensikten med denne studien var å finne ut hvor motiverte deprimerte pasienter er til å trene regelmessig og om Nordic Walking hadde noe innvirkning på humøret. Det var 106 pasienter som var med i undersøkelsen. 48 av dem var deprimerte og 58 var ikke deprimerte da undersøkelsen startet, men har tidligere vært deprimert. Nordic Walking, som går ut på at en går med staver, er billig, har lav risiko og kan utføres av alle som kan gå. Konklusjonen er at den fysiske aktiviteten og motivasjonen til de deprimerte personene var lav før studien begynte. Omtrent halvparten av pasientene var ikke deprimert etter 24 uker med trening. Av

de pasientene som hadde vedvarende depresjon hadde ingen blitt verre. Ingen hadde fått ny depresjon. Etter regelmessig trening med Nordic Walking bedret fysikken og humøret seg. Tilbakemeldingene var positive. Suija m.fl påpeker at det er gjort lite studier på bruken av fysisk aktivitet i rehabiliteringen av deprimerte pasienter. Noe av grunnen til dette er at det har vært problemer med å få deprimerte pasienter til å starte med fysisk aktivitet, spesielt de som har vært deprimerte over lengre tid. I Nordic Walking undersøkelsen var et positivt funn at mange av de deprimerte pasientene ønsket å starte med treningsprogrammet fordi de håpet at fysisk aktivitet kunne redusere depresjonen og forbedre deres helse.

5.0 Drøfting

5.1 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon

Depresjon er blitt et stort helseproblem i vårt samfunn. Det kan få store konsekvenser samfunnsmessig og økonomisk. Depresjon er en stor belastning for mennesket som blir rammet og kan føre til tap av livskvalitet og manglende evne til et yrkesaktivt liv (Helsedirektoratet, 2010). Noen av dem som får en depresjon er fortsatt yrkesaktive. Noen er sykemeldt i kortere perioder mens andre vil slite med det yrkesaktive liv og utdanning største delen av livet sitt. Erfaringsvis er det mange deprimerte ikke klarer å være i jobb eller i en utdannelsessituasjon. Som det blir nevnt nedenfor kan også depresjon gi en redusert kognitiv fungering. For dem dette gjelder kan det bli utfordrende å mestre oppgavene på samme måte som tidligere. Dette kan føre til frustrasjon, manglende glede og selvfølelse/selvtillit som igjen kan føre til depresjon og tilbaketrekning fra yrkesliv eller studenttilværelse. Informasjon om de fysiske skadevirkningene depresjon kan gi er viktig å formidle. Ikke for å skremme, men heller for at pasienten skal forstå seg selv bedre og sette realistiske forventninger til seg selv. Det er også viktig at arbeidsgivere legger til rette arbeidet slik at personen klarer å mestre oppgavene han/hun er satt til å gjøre. Her må arbeidstaker og arbeidsgiver samarbeide og være i tett dialog.

Symptomene på depresjon er tristhet, tap av interesser eller glede, skyldfølelse eller lav selvfølelse, forstyrret søvn eller appetitt, følelse av tretthet og dårlig konsentrasjon. Diagnose og behandling gis når symptomene er mange og intense og personen får uttalt funksjonssvikt (WHO, 2013). I tillegg er sinnet fylt av fortvilte tanker og kroppen oppleves langsomt – fungerende, matt og kraftløs (Hummelvold, 2010). Når symptomer på depresjon beskrives, kan det nesten virke umulig å tenke at personen med depresjon skal være i stand til å være fysisk aktiv. Det er forståelig hvis personen selv har slike tanker. Personene dette gjelder har ulike erfaringer og forutsetninger i forhold til fysisk aktivitet. For noen har det vært en naturlig del av livet, mens andre har negativt syn på fysisk aktivitet. Som sykepleier må man ha en forsiktig og ikke - dømmende tilnærming til tema. Sykepleier skal gi god og rett informasjon om betydningen av fysisk aktivitet. En felle kan være å bli for ivrig og dermed skremme av pasienten. Ikke gi for mye informasjonen på en gang og den må være tilpasset pasientens situasjon. Vi må formidle håp og forklare at all bevegelse er bra. Pasienten skal være trygg på at han/hun skal være med å bestemme om fysisk aktivitet skal være en del av

behandlingen og eventuelt hvordan dette skal foregå. Dette blir nærmere beskrevet i kapittelet om motivasjon.

Som nevnt er depresjon en lidelse som kan gi store belastninger på ulike områder og bør derfor behandles. Stress fører til utskillelse av kortisol i binyrene. Kortisol kan skade hjernen og føre til depresjon. Mange deprimerte mennesker har høye kortisolnivåer. Høye kortisolnivåer kan skade og føre til død av nevroner i hippokampus, som er viktig for regulering av humør og kognitive funksjoner (Aare, Bugge & Juklestad, 2009). Min vurdering er at dette er en alvorlig problemstilling i seg selv. Negativt stress er en risikofaktor for å få depresjon. (Kjellman m.fl. 2008). Samfunnet vårt er preget av mye stress. Mange kjenner på at det er store krav til å prestere godt på alle områder i livet. Det kan handle om at en føler en må ha en perfekt kropp, få seg en god utdanning og en god jobb. I tillegg til å ha tid til å realisere seg selv skal mange også ha tid til familieliv, oppfølging av barn og egne foreldre. Alt dette skal ha høy prioritet og mange har krav til seg selv om at dette skal mestres på en god måte. De fleste mennesker blir også utsatt for negativt stress i form av død og sykdom i nære relasjoner, skilsmisser med mer. Mange mennesker bruker mye energi på å ta seg sammen og stå på til tross for stresset og belastningene de blir utsatt for. For noen går dette bra. For andre kan de komme til et punkt der de ikke orker mer og står i fare for å utvikle en depresjon. Mennesker som er i god fysisk form tåler bedre fysisk stress og kommer raskere tilbake til normaltilstanden (Martinsen, 2011). Alt stress kan ikke tas vekk, så derfor er dette viktig, allmenn kunnskap for å forebygge skadevirkningene stress kan gi.

De fleste som har forsket på effekten av fysisk aktivitet er enige om at det gir helsegevinst. Sujia m.fl. (2009), Eriksson & Gard (2011) anbefaler fysisk aktivitet som et alternativ til behandling av depresjon. De er enige om at den eksakte virkningsmekanismen ikke er helt klar og at de derfor anbefaler flere kliniske studier. Ströhle (2009) har tro på at fysisk aktivitet og trening har positiv effekt, men han er kritisk til hvordan studiene er blitt gjennomført rent metodisk. Behandlingen vi gir pasientene skal være forskningsbaserte tiltak. Selv om virkningsmekanismene i forhold til fysisk aktivitet som behandling av depresjon ikke er forsket nok på, viser studiene at fysisk aktivitet har en positiv effekt på depresjon. Med dette som grunnlag, er det grunn til å tenke at fysisk aktivitet kan være et godt valg i behandling av depresjon. Det er stor enighet om at fysisk aktivitet gjør godt for alle mennesker og det vil stort sett være uten bivirkninger. Om det ikke behandler bort depresjonen vil det i alle fall ikke gjøre skade for pasienten. I all behandling skal effekten evalueres. Dersom fysisk aktivitet ikke har tilstrekkelig effekt, har vi en plikt som sykepleier å vurdere andre tiltak

sammen med fastlegen og pasienten. Det at behandlingen ikke alltid har effekt gjelder all type behandling. Folk er forskjellig og må behandles individuelt. Martinsen (2011) konkluderer med at fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt på linje med kognitiv terapi og medikamentell behandling. Det var færre tilbakefall hos de som drev med trening i forhold til de som brukte medikamenter. Dette støtter opp under at fysisk aktivitet trygt kan anbefales som depressiv behandling.

Mer enn 80 % har sitt behandlingsopplegg i kommunehelsetjenesten. Fastlegen har en viktig rolle i forbindelse med behandling, men andre yrkesgrupper blant annet sykepleiere er med i behandlingsopplegget. (Helsedirektoratet, 2009). Pasientens rett til behandling er nedskrevet i helse - og omsorgstjenesteloven (2012). Behandlingen skal fortrinnsvis gis i pasientens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå). (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Trolig er det mest gunstig for de fleste mennesker å få sin behandling i nærområdet. For mange vil det være stor geografisk avstand til spesialisthelsetjenesten. I forhold til dem som lider av mildere og moderate depresjoner vurderes det som gunstig at ressursene brukes i kommunehelsetjenesten, slik at behandlingen som gis der blir god og forsvarlig.

De fleste som går til legen presenterer de kroppslige symptomene som energimangel, uro og muskelsmerter i stedet for psykiske plager. Depresjonen kan lett overses fordi legen og annet helsepersonell ikke spør direkte (Helsedirektoratet, 2010). I en travel arbeidsdag kan det være lett å la være å gå i dybden på pasientens plager. Hvis pasienten ikke beretter om sine psykiske plager kan det være lett å overse behandlingsbehovet. Fysisk aktivitet som behandling av depresjon er trolig vanskelig for fastlegen å følge opp. De kan samtale med pasienten, sørge for medikamentell behandling samt gi råd og anbefalinger til pasienten. Det er viktig at fastlegen kan samarbeide med annet personell i kommunen. Som sykepleier ansatt i kommunehelsetjenesten kan det være aktuelt å bruke fysisk aktivitet som behandling alene eller sammen med andre behandlingstiltak.

All form for fysisk aktivitet gir psykologiske endringer. Det er viktig at det blir lagt vekt på pasientens interesse og hva som gir pasienten glede (Martinsen, 2011). Mange tror de må trene hardt og lenge for å ha effekt av fysisk aktivitet. Inaktive personer får helsegevinst selv ved moderat intensitet (Moe & Martinsen, 2011). Helsedirektoratets anbefaling er en halvtimes fysisk aktivitet daglig. Intensiteten må tilsvare en rask spasertur (Helsedirektoratet, 2010). Dette er viktig å informere pasientene om. Om de setter seg små mål er det godt nok.

Det viktigste er at det skjer en endring i livsstilen. Denne endringen kan med fordel skje gradvis. Når pasienten mestrer målene er det stor sannsynlighet for at de ønsker å fortsette med dette og muligens også øke treningsmengde og intensitet.

Flere kommuner har tilbud om fysisk aktivitet både individuelt og som gruppetilbud. I gruppene er det muligens vanskeligere å få til individtilpassede tilbud. Fordelen vil nok for mange være at de får sosial kontakt og at de kan møte andre mennesker som er i noenlunde lik situasjon som dem. Dersom pasienten får individuell oppfølging er det lettere å planlegge og legge til rette for et opplegg som er tilpasset personen selv. Som sykepleier kan man for eksempel gå tur og ha samtaleterapi samtidig. Fysisk aktivitet kan kombineres med kognitiv terapi (Moe & Martinsen, 2011). Når vi gjør en felles fysisk aktivitet med pasienten gir det en unik mulighet til å samtale om hvordan atferden vår påvirker hvordan vi har det. Det å dele erfaringer med pasienten og få pasienten til å fortelle hvordan den fysiske aktiviteten påvirker følelsene og tankene, er verdifull informasjon som kan brukes videre i behandlingen. Det er ikke sikkert man som sykepleier skal delta i alle fysiske aktiviteter som pasienten har i behandlingen, men prøve å legge til rette for at pasienten kan mestre dette selv. I alle fall etter hvert. En mulighet er å bruke frivillige organisasjoner i nærområdet. Flere av disse organiserer ulike typer aktiviteter som tur, klatring, aerobic med mer. En annen mulighet er å bruke tverrfaglige samarbeidspartnere som for eksempel fysioterapeuter. Dersom pasienten vegrer seg for slike ting, kan man tilstrebe å følge pasienten i starten slik at han/hun får mulighet til å komme i gang på en trygg måte.

5.2 Kontaktetablering

Som sykepleier bør vi ha kunnskap om behandling av depresjon. For å kunne hjelpe pasienten til endring er en god relasjon viktig. Travelbee definerer sykepleie som «*en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene*» (Travelbee, 1999, s. 29). Hun beskriver at forholdet mellom sykepleier og pasient utvikles gjennom fire faser. Disse fasene er det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Gjennom disse fasene utvikles det gjensidig forståelse og kontakt. De forholder seg til hverandre som mennesker, ikke «sykepleier» og «pasient». Menneske – til - menneskeforholdet gjør det lettere å hjelpe mennesket med å forebygge, mestre sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999). Mitt syn på sykepleie er i tråd med Travelbees syn. Min erfaring er at når pasienter ikke kjenner helsearbeideren eller blir møtt med manglende respekt

er det vanskeligere å bli kjent med pasientens utfordringer og hjelpe pasienten til endring. Det er viktig å bruke tid til å opparbeide en god relasjon. I mitt møte med et deprimert menneske vil den første fasen; det innledende møtet mye handle om at vi prøver å bli kjent med hverandre. Med det mener jeg å få klarhet i personens vansker og ressurser samtidig som jeg kan presentere hva jeg som sykepleier kan tilby av behandling. Jeg ville allerede i dette møtet sagt noe om fysisk aktivitet og betydningen av det i behandling av depresjon. Etter hvert som vi som sykepleier og pasient blir kjent med hverandre vil det gå over i neste fase som er fremvekst av identiteter. I denne fasen etableres tilknytning til hverandre og jeg som sykepleier begynner å verdsette den andre som et unikt individ. Jeg vil få et inntrykk av pasientens personlighet. Pasienten begynner også å se på meg som et menneske, ikke bare en sykepleier. I denne fasen er det lettere som sykepleier og fange opp hvordan pasienten føler, tenker og oppfatter situasjonen i forhold til sin helse og motivasjon til å starte opp med fysisk aktivitet. Dette gir grunnlag til empati som er i tredje fase. Det å kunne ha evne til å sette seg inn i den andres situasjon er en viktig forutsetning for å kunne gi rett hjelp. Den siste fasen er sympati og medfølelse. Også dette er viktig. En forutsetning for å ha empati, sympati og medfølelse er at forholdet til pasienten er nært, ikke distansert.

Travelbee`s syn på sykepleie/pasient - relasjonen representerer mye av det jeg som sykepleier ønsker å oppnå. Det kan virke litt kunstig når det blir beskrevet som ulike faser. I det virkelige liv er min erfaring at slike faser ikke er en statisk prosess, men at vi beveger oss inn og ut av de ulike fasene i relasjonen med pasienten. Travelbee benevner ikke pasienten som en «pasient» men som et individ. Jeg deler ikke helt hennes syn på at vi ikke kan bruke pasient – begrepet. Det er ikke så viktig hvilket ord vi bruker, men det er viktig det menneskesynet vi som sykepleier har og hvilke holdninger vi har til pasienten. Pasient er et gammelt begrep som det er naturlig å bruke. Pasienten er fullt og helt et unikt menneske som skal behandles individuelt.

5.3 Motivasjon til å drive fysisk aktivitet

Motivasjon er en prosess som driver oss til handlinger. Det å motivere pasienter er en stor del av helsearbeidernes hverdag. Utfordringen er å finne pasientens indre motivasjon (Renolen, 2008). For å komme i gang trengs det ofte hjelp og tett oppfølging (ytre motivasjon) (Moe & Martinsen, 2011). Mennesker med psykiske lidelser er ofte inaktive. For mange er det vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet. Små krav kan oppleves som store i forhold til hva de synes de orker (Moe, 2011). Vi bør legge vekt på hva brukerne har glede og interesse av (Martinsen, 2011). I mitt møte med pasienten er det viktig å kartlegge hva de vet om fysisk

aktivitet og gevinst av det, holdningen til fysisk aktivitet og hvordan motivasjonen er. Kartlegging av tidligere erfaringer med fysisk aktivitet og hva som gir glede er også en viktig informasjon for å motivere pasienten til fysisk aktivitet. Når pasienten får delta i planleggingen gir det pasienten mulighet til å ta kontroll og ansvar for eget liv (Moe, 2011). Det er stor grunn til å tro at når pasienten selv tar ansvar for å være med i planleggingen og behandlingen blir det pasientens eget prosjekt, ikke bare sykepleierens. Noe som sannsynligvis gir bedre motivasjon og sjanse for at endringen blir av langvarig karakter.

Et positivt funn var at mange deprimerte pasienter ønsket å starte med trening fordi de håpet at fysisk aktivitet kunne redusere depresjonen og forbedre helsen (Sujia m.fl. 2009). Dette viser at mange pasienter har god motivasjon selv om de er deprimerte. Er pasienten motivert kan man nokså raskt sette i gang ulike tilbud med fysisk aktivitet. For dem som ikke er klar og motivert må vi bruke tid på motivasjonsarbeidet. Som nevnt tidligere må man som sykepleier ha kunnskaper og engasjement om dette behandlingstilbudet. Kunnskapene må formidles til pasienten på deres premisser. Motivasjonsprosessen må foregå gradvis og pasienten må tillate det. Sykepleier må gi hjelp og støtte over tid og utnytte pasientens ressurser. I starten kan det tenkes at det i stor grad må brukes ytre motivasjon for å få pasienten i gang. En ytre motivasjon kan være at jeg som sykepleier er med på treningen og at det blir formidlet tro og håp på at dette vil hjelpe. For noen kan det å delta i et sosialt fellesskap i en gruppe være en ytre motivasjon og/eller at noen i nettverket tar ansvar for å følge pasienten på aktiviteter. På sikt kan man håpe at ytre motivasjon vil føre til indre motivasjon. Dersom pasienten opplever stor glede og effekt av tiltakene og kommer inn i gode vaner, kan dette bli en indre motivasjon som er med på å opprettholde den fysiske aktiviteten.

Motiverende intervju er en samtalemetode for å styrke egen motivasjon for å komme i gang med livsstilsendringer. Mange er ambivalente til å gjøre livsstilsendringer. Motiverende intervju hjelper personen gjennom ambivalensen og videre i retning av positive livsendringer. Formålet er å stimulere til endring på en respektfull måte. Det kreves god evne til å lytte. Helsearbeideren må forstå fremfor å komme med egne løsninger på pasientens problem. Man kan gi informasjon eller praktiske råd, men det er frivillig om pasienten tar det til seg eller ikke (Ivarsson, 2008). Det å være ambivalent til å gjøre endringer i livet er lett å kjenne igjen både i eget privatliv og i arbeidet med pasienter med psykiske vansker. Vi både vil og ikke vil gjøre endringer. Det er viktig å utforske ambivalensen og prøve å få tak i faktorene som fører til at pasienten ikke vil/orker å gjøre forandring samt faktorene som understøtter muligheten til endring. Når de ulike faktorene blir mer synlige vil det trolig gjøre det lettere å foreta et

valg. Dette valget kan for eksempel være at pasienten ønsker å prøve å bli mer fysisk aktiv og at dette blir en viktig del av behandlingen. Som sykepleier har vi som oftest en stor grad av vilje til å hjelpe pasienten. Denne viljen og behovet for å hjelpe pasienten kan bli en utfordring i forhold til å være tålmodige nok. Selv om det er vanskelig, er det viktig «å gå i takt» med pasienten. Hvis ikke kan man risikere at pasienten ikke finner motivasjonen og gir opp før han/hun i det hele tatt har begynt. Som sykepleier har vi mye kunnskap om behandling og vi kan ha klare meninger om hva vi tror er best for pasienten. Det er lett å gi informasjon og praktiske råd. Hvis vi ikke lytter til pasientens meninger og ønske om rådene som blir gitt, kan rådene være helt uten verdi for pasienten. For at pasienten skal bli stimulert til endring må dette skje med respekt for pasientens kontroll og ansvar for eget liv.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan motivere til fysisk aktivitet i behandlingen av depresjon. For å motivere pasienten ville jeg finne kunnskap om motivasjonsstrategier for å hjelpe pasienten til å bli mer fysisk aktiv. Det er blitt enda mer tydelig for meg at det å finne ut hva pasienten liker og hva som gir glede, er vesentlig hvis fysisk aktivitet skal brukes i behandlingen. Et annet viktig moment er at planlegging og gjennomføring må skje på pasientens premisser. Her støtter jeg meg til Empowerment - tenkningen som innebærer at pasienten tar kontroll og ansvar for eget liv. Jeg ønsket mer kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan brukes i behandlingen av depresjon og hvilken effekt det har. Litteraturen og forskningen jeg har lest, understøtter det jeg ville undersøke; at fysisk aktivitet kan brukes som behandling alene eller i kombinasjon med annen behandling. I tråd med Travelbees syn på pasienten må hvert enkelt menneske sees som et unikt individ. Behandlingen som blir tilbudt må tilrettelegges slik at den passer det enkelte individ.

Referanseliste

- Aarre, T.F., Bugge, P. & Juklestad, S.I. (2009) *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eriksson, S. & Gard, G. (2011). *Physical Therapy Reviews vol. 16 no 4*. Physical exercise and depression. DOI: 10.1179/1743288X11Y.0000000026
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokforlaget Natur och Kultur.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2010). *Veiviser i møte med helsepersonell. Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2012) *Alfabetisk oversikt over samordnede begreper*. Hentet 14. februar 2013 fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2084.aspx
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 01. januar 2012*. Hentet 7. februar 2013 fra <http://www.lovdato.no/all/nl-20110624-030.html>
- Hummelvold, J.K. (2010) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ivarsson, B.H. (2008) Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R, Bahr (Red.) *Aktivitetshåndboka. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kjellman, B., Martinsen, E.W., Taube, J. & Andersson, E. (2008). Depresjon. I R, Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboka. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Martinsen, E.W. (2008). *Nord J Psychiatry* 2008;62 Suppl 47:25-29. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. DOI: 10.1080/08039480802315640
- Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – Psykisk helse – Kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Moe, T. (2011) Motivasjon for fysisk aktivitet. I E.W, Martinsen. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – Psykisk helse – Kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Moe, T. & Martinsen, E.W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L, Borge., E.W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2009). *Forskningsprosessen. Kvalitative og Kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Renolen, Å. (2008) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Rognli, E.B. (2012) *Motiverende Intervju*. Hentet fra <http://motiverendesamtale.net/>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Ströhle, A (2009) Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2009 (116):777-784. DOI: 10.1007/s00702-008-0092-x
- Sujia, K., Pechter, Ū., Kalda, R., Tâhepõld, H., Maaros, J. & Maaros, HI. (2009). *International Journal of Rehabilitation Resarch*. 2009, volume 32, nr 2. Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Verdens Helseorganisasjon WHO. *Depression*. Hentet den 23.01.2013. fra
http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

Vedlegg 1

Søkeord	Søkemotor	Antall treff	Antall treff med begrensing	Artikkel
«physical activity», «exercise» og «depression»	SveMed+.	29	Årstall 2008-2012. 11 treff.	«Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression»
«depression» and «exercise» or «physical activity»	ProQuest.	32961	Årstall 2009-2012 + full text. 9209 treff.	«Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders»
«depression» and «exercise» or «physical activity»	Cinahl	3388	Årstall 2009-2012 + full text. 375 treff.	«Physical exercise and depression»
«physical activity» «depression» and «motivation»	Cinhl	62	Årstall 2008-2012. 39 treff.	«Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice »