



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	30-03-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	08-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 301

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8242 **Egenerklæring *:** Ja **Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og uet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet og psykisk helse -

Hvordan kan sykepleiere fremme fysisk aktivitet for mennesker med depresjon?

Physical activity and mental health

How can nurses promote physical activity for people with depression?

Kandidatnummer: 301

Bachelor i sykepleie, GRSD15

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Veileder: Irene Aasmul

Innleveringsdato: 08.04.2020

Antall Ord: 8243

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

Sammendrag

Tittel: Fysisk aktivitet og psykisk helse

Bakgrunn for valg av tema: gjennom denne oppgaven ønsker jeg å finne ut i hvilken grad fysisk aktivitet kan være med på å forebygge depresjon og om fysisk aktivitet kan brukes som et behandlingsalternativ. Jeg ønsker også å finne ut hvilke effekter fysisk aktivitet har på den psykiske helsen og depresjon. Hvordan kan vi sykepleiere motivere brukere til en mer aktiv hverdag?

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere fremme fysisk aktivitet for mennesker med depresjon?

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å tilegne meg ny kunnskap som jeg kan bygge videre på i møte med brukere og kollegaer i helsesektoren. Jeg ønsker å kunne dra nytte av både mine erfaringer fra praksis i psykiatritjenesten / fordypningspraksis, samt forskning og faglitteratur i mitt framtidige arbeid.

Metode: Dette er en litteraturstudie. I oppgaven har jeg valgt å bruke faglitteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis for å tilnærme meg problemstillingen.

Avslutning: Oppgaven har belyst de positive effektene fysisk aktivitet har for den psykiske og fysiske helsen. De utvalgte artiklene i oppgaven støttet de positive effektene fysisk aktivitet har i forebygging, og som behandlingsalternativ hos mennesker med depresjon. Sykepleiernes rolle er viktig i brukerens motivasjonsarbeid og endringsprosess.

English abstract:

Title: Physical activity and mental health

Research question: How can nurses promote physical activity for people with depression?

Background: I would like to study the role of physical activity in the prevention, treatment and follow-up of depression. I would also like to uncover the effect of physical activity on mental health / depression and how we can motivate patients to lead a more active lifestyle.

Purpose: The purpose of this bachelor thesis is to acquire new knowledge so that I may continue to build a solid foundation for my work with both patients and colleagues. I would like to combine my practical experience with theoretical knowledge in my future career.

Method: This is a literature study. In this thesis, I have chosen to use research, professional literature, and my own experience from my residency to approach the issue.

Conclusion: The thesis has highlighted the positive effects of physical activity on both physical and mental health. The selected articles supported the positive effects physical activity has in the prevention and treatment of depression. The role of nurses is important in the motivation and change of habits in patients with depression.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Hensikt	2
1.3	Problemstilling	3
1.4	Oppgavens avgrensninger	3
2.0	Teori	3
2.1	Joyce Travelbee sin teori om sykepleie	3
2.2	Depresjon	4
2.2.1	Årsaker og sammenhenger til depresjon	4
2.2.2	Karakteristiske kroppslige kjennetegn på depresjon	5
2.2.3	Karakteristiske kognitive kjennetegn på depresjon	6
2.2.4	Grader av depresjon	6
2.3	Fysisk aktivitet	8
2.4	Hva gjør fysisk aktivitet for den fysiske og psykiske helsen?	8
2.5	Motivasjon	11
3.0	Metode	12
3.1	Metodisk fremgangsmåte og søkestrategi	13
3.2	Kildekritikk og kvalitetsvurdering	14
4.0	Presentasjon av Funn	14
5.0	Drøfting	17
5.1	Definisjon av fysisk aktivitet og refleksjon	17
5.2	Hvor mye fysisk aktivitet bør en bruker med depresjon ha?	18
5.3	Kontaktetablering og kommunikasjon	19
5.4	Sykepleiernes rolle i motivasjonsarbeidet	20
5.5	Hvorfor benytter vi oss ikke mer av fysisk aktivitet i behandling av depresjon?	21
6.0	Avslutning	23
7.0	Litteraturliste	24

8.0	Vedlegg	27
8.1	Vedlegg 1 PICO skjema	27
8.2	Vedlegg 2 – 6 søkeprosessen	28
8.3	Litteratormatrise	31

1.0 INNLEDNING

Depresjon er blitt en vanlig sykdom og forekomsten er økende. Verdens Helseorganisasjon (WHO) rangerte i 2000 depresjon som det fjerde største helseproblemet i verden (Bahr, R. Karlsson, S. Tranquist, J. Aadland, A, 2008, s. 175)

Psykiske lidelser er i dag betegnet som folkesykdommer. Omtrent halvparten av alle mennesker vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, og en av tre vil kunne trenge behandling for psykiske plager. Det vil si at de aller fleste mennesker vil komme i kontakt med psykiske lidelser i en eller annen form. Enten blir de selv syke, eller så opplever de at venner eller familiemedlemmer blir rammet. Vi alle har en kropp og topp som må tas vare på!

Regelmessig fysisk aktivitet har potensiale til å forebygge en rekke sykdommer, og det er derfor viktig å ha fokus på dette i helsesektoren (Bahr et al., 2015, s. 3). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet er effektivt i behandlingen av en rekke sykdommer og tilstander, og i noen tilfeller kan fysisk aktivitet erstatte eller redusere bruken av legemidler (Bahr et al., 2015, s. 3)

Jeg brenner veldig for dette temaet fordi jeg erfarte fra praksisperiodene mine i psykiatritjenesten og fra fordypningspraksisen min i forbindelse med denne bacheloroppgaven at fysisk aktivitet virker forebyggende mot tilbakefall av depresjon. Noen av brukere benyttet fysisk aktivitet i kombinasjon med kognitiv terapi i sin behandling for depresjon. At fysisk aktivitet er bra vet mange, men hvorfor er det så vanskelig å sette i gang? Hvordan kan vi sykepleiere integrere dette i hverdagen til brukerne? Mennesker som har psykiske lidelser står ofte på psykofarmaka, noe som kan innebære en rekke negative bivirkninger og fysiske plager. Noen eksempler på dette er: overvekt, tap av energi og tiltaksløshet. Hvordan kan vi sykepleiere motivere brukeren til å benytte seg av fysisk aktivitet for å dempe eventuelle symptomer på depresjon, redusere bivirkninger og forbygge tilbakefall på depresjon? Det er også slik at noen brukere med depresjonsdiagnose ofte isolerer seg som følge av reduksjon av interesser og sosial kontakt, noe som igjen kan føre til tap av sosialt nettverk.

Jeg er svært interessert i dette teamet fordi vi som sykepleiere må spre kunnskap og integrere mer fysisk aktivitet som forebyggende tiltak, bruke det i behandling, og hjelpe brukeren til å opprettholde fysisk aktivitet i sin hverdag. Jeg vil i denne oppgaven reflektere rundt forståelsen av definisjonen av fysisk aktivitet.

Jeg er opptatt av at brukeren skal:

- Få tilbake kontroll på kropp og følelser
- Gjenoppleve mestring, selvtillit og motivasjon
- Dempe symptomer
- Opprettholde sosial kontakt

Dette er sentrale begreper som brukes i oppgaven. I denne oppgaven har jeg valgt å benytte ordet «brukere» fordi jeg har fokus på mennesker som bor hjemme, og som benytter seg av helse- og omsorgstjenester i, og utenfor hjemmet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Begrunnelse for valg av tema er at det vekket interesse for meg som hjelpepleier når jeg tok videreutdanning i psykisk helsearbeid i 2012. Da var jeg i praksis på et aktivitetssenter for mennesker med forskjellige psykiske diagnoser og utfordringer. Som sykepleierstudent ble jeg ekstra interessert når jeg var i praksis i psykiatritjenesten i kommunen. Jeg fikk erfare i begge praksiser at hos veldig mange brukere var fysisk aktivitet ikke en del av deres hverdag. Blant brukerne som var fysisk aktive, kunne flere fortelle at de hadde sluttet eller trappet ned på medisiner. Mange som benyttet seg av tjenestene hadde depressiv lidelse, og ønsket selv å være mer i fysisk aktivitet, uten å komme i gang. Det er nok flere grunner til at mennesker med depresjon ikke er fysisk aktive. Noen eksempler på dette kan være dårlig økonomi, mangelfull kunnskap hos brukerne, mangelfull kunnskap hos helsepersonell, symptomene på depresjon i seg selv og / eller negative bivirkninger av medisiner. Mange som sliter psykisk møter ikke samfunnets forventninger og krav. Mange mister sitt sosiale nettverk og er mye alene. Det kan derfor være vanskelig å komme seg ut i fysisk aktivitet.

1.2 Hensikt

Hensikten er å finne litteratur og forskning som undersøker hvorvidt fysisk aktivitet kan være forebyggende og behandlende for mennesker med depresjon. I tillegg ønsker jeg å avdekke hvilke erfaringer og utfordringer som møter brukerne med depresjon. Videre ønsker jeg som sykepleier å utforske motivasjonsarbeid.

1.3 Problemstilling

Problemstilling som skal belyses i oppgaven er:

Hvordan kan sykepleiere fremme fysisk aktivitet for mennesker med depresjon?

1.4 Oppgavens avgrensinger

Oppgaven er avgrenset til å ha fokus på mennesker fra 18 år og oppgaver som har depresjonsdiagnose. Det vil ikke utdypes noe om antidepressive legemidler i oppgaven, og heller ikke ulike aktivitetsformer. Oppgaven er om brukere som er hjemmeboende, som har kontakt med sykepleiere i psykiatritjenesten, og er aktive brukere av aktivitetssentre.

Depresjon rammer både kvinner og menn, og jeg har i denne oppgaven valgt å ikke se på aktuelle kjønnsforskjeller.

2.0 Teori

Her presenteres teori som anses relevant for å belyse problemstillingen.

2.1 Joyce Travelbees teori om sykepleie

Joyce Travelbee er født i New Orleans, USA i 1926 og døde 1973. Hun jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleieutdanningen. Hun rettet sin oppmerksomhet spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Travelbee, 1999, s. 5). I Travelbees teori er det fokus på hvert menneske som unik person. Som person tar mennesket del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer. Sentralt for sykepleie er opplevelsen av tap og lidelse, og disse er fellesmenneskelige erfaringer som uunngåelig følger av den menneskelige eksistens. Lidelse er en del av livet. Selv om dette er en fellesmenneskelig erfaring, så vil den enkeltes opplevelse av lidelsen være individuell. Lidelse og sykdom kan være en anledning til personlig vekst og utvikling. Travelbee mente også at i sykepleie er den subjektive opplevelsen av helse sentral. En subjektiv forståelse av lidelse og sykdom medfører at en person bare er så syk eller frisk som den føler seg. For mange vil opplevelsen av god helse være forbundet med muligheten til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter, mens andre ser på god helse som ensbetydende med det å være i stand til å gå i arbeid (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 28-29)

Travelbee sier at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etablering av en ekte mellommenneskelig relasjon. Travelbee mener at «sykepleier» og «pasient» først kan etablere en ekte mellommenneskelig relasjon når de opplever hverandre først og fremst som mennesker. Den mellommenneskelige relasjonen er verktøyet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Dette kan være å hjelpe et individ eller en familie å forbygge og mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171)

For at vi skal klare å hjelpe brukere med depresjon er det viktig at vi klarer å etablere en god relasjon til brukeren. Travelbee mener at mellommenneskelig relasjon etableres gjennom en interaksjonsprosess som har fem faser. Fase 1: Det innledende møtet. Fase 2: Synliggjøring av identiteter. Fase 3: Empati. Fase 4: Sympati. Fase 5: Etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Disse fasene kan bygges opp i ulikt tempo og prosessen kan gå over flere faser, for å så gå tilbake til en tidligere fase. Prosessen kan stoppe eller flate ut i hvilken som helst av fasene, noe som kan føre til at forholdet ikke bygges opp. Opphøret kan være permanent eller midlertidig. Det er da sykepleierens ansvar å finne ut av årsakene til at utviklingen av forholdet har stoppet opp. På denne måten kan en gjøre det som er nødvendig for å få prosessen i gang igjen (Travelbee, 1999, s. 172)

2.2 Depresjon

Hva er depresjon? Selve ordet depresjon kommer fra latinsk og betyr «nedtrykking». Begrepet kan stå for et syndrom, en sinnsstemning eller en egen gruppe sykdommer (Hummelvoll, 2014, s. 193). Det er normalt å være trist fra tid til annen, men ved depresjondiagnose varer det nedstemte stemningsleiet over lengre tid.

2.2.1 Årsaker og sammenhenger til depresjon:

Man vet ikke med sikkerhet hvorfor noen får depresjon og andre ikke, men depresjon er knyttet til endringer i hvordan hjernen fungerer. Hjernen sender signaler mellom nervecellene ved hjelp av signalstoffer som kalles neurotransmittere. Hvis man har depresjon kan noen av disse signalstoffene være ute av balanse og ikke fungere som de skal (Helsebiblioteket, 2018). Depresjon kan gi mye lidelse for den som rammes og for de nærmeste rundt. Det kan også føre til nedsatt funksjonsnivå både sosialt og i arbeidslivet. Depresjonsdiagnose er en dominerende årsak til sykemeldinger og utbetaling av sykepenger for psykisk sykdom (Bahr et al., 2015, s. 277)

Depresjon kan bryte ut i forbindelse med vanskelige livshendelser. Dette kan for eksempel være å miste jobben, skilsmisse, dødsfall i nære relasjoner, alvorlig sykdom, alvorlige økonomiske problemer, overgrep, skam, skyld, vanskelige relasjoner og tapt barndom. Etter førstegangs depresjon kan det oppstå en psykologisk og nevrologisk sårbarhet som bidrar til at depresjonen kan komme tilbake senere (Eknes, 2006, s. 52- 53)

2.2.2 Karakteristiske kroppslige kjennetegn på depresjon:

En som har depresjon kan få nedsatt appetitt. Enkelte ønsker ikke å spise eller får dempet sultfølelse, noe som kan resultere i en kraftig vektnedgang. Andre kan få økt appetitt og dermed oppleve vektoppgang. Forstoppelse er vanlig, og brukere kan oppleve det som at systemet har stoppet opp og at de føler at de råtner innvendig. Det kan gå en uke uten at brukeren har avføring. Man kan også se urinretensjon hos mennesker med depresjon. Smerter og ubehag i form av kroppslige plager som svimmelhet, hodepine, brystmerter, ryggbesvær, magesmerter og vedvarende tretthet er vanlige plager ved depresjon (Hummelvoll, 2014, s. 198). Svelgebesvær og munntørrhet er vanlige plager, og når slike plager blir uttalt oppsøker brukeren ofte legen. Når disse presenteres legen som hovedproblem kan det være lett å overse den underliggende depresjonen. Søvnforstyrrelser rammer mange som har depresjon, og kan gi vansker med innsøvning på grunn av uro eller rastløshet. Noen sier de sover urolig og våkner ofte. Mareritt er ikke uvanlig. Mange sier de ikke har «den gode søvnen», dvs. at de har sovet men ikke føler seg uthvilt (Hummelvoll, 2014, s. 198). Nedsatt seksuell lyst og potens oppleves av mange som har depresjon, og de kan miste både evne og lyst til seksuell aktivitet. Dette kan variere veldig fra person til person. For kvinner kan menstruasjonsforstyrrelser oppstå. Menstruasjonen kan opphøre over lengre tid om gangen, og en forlengelse av den normale syklusen forekommer hyppig (Hummelvoll, 2014, s. 199). Det er ikke slik at alle som har depresjon får alle disse symptomene, de kan opptre både sammen og hver for seg.

2.2.3 Karakteristiske kognitive kjennetegn på depresjon

Depresjonens mest fremtredende symptomer er tristhet, lav selvtillit og pessimisme. Mange føler seg kraftløse med nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre dagligdagse gjøremål. Mennesker med depresjon føler seg utslått, og overveldes av en følelse av håpløshet. Det er dermed vanskelig å bekjempe depresjonen. Å konsentrere seg om arbeidsoppgaver er ofte vanskelig. Det er ikke bare de psykiske funksjonene som svekkes når man rammes av depresjon, men også de kroppslige funksjonene (Hummelvoll, 2014, s. 198)

Noen eksempler på kognitive symptomer på depresjon kan være tap av interesse og evne til å føle glede, lavt selvbilde, mørke fremtidsplaner, økt irritabilitet, konsentrasjonsvansker, nedsatt hukommelse, beslutningsvansker, motivasjonsvansker, negativ fortolkning, selvmordstanker, sårbarhet og negative følelser (Eknes, 2006, s. 36- 38)

2.2.4 Grader av depresjon

Depresjon kan deles opp i tre grader: mild, moderat og alvorlig. Som sykepleier er det viktig å vite alvorlighetsgraden av brukerens depresjon. Ved å kartlegge årsakssammenhenger og hvilke symptomer som er mest framtrædende kan man avdekke hvor mottakelig brukeren er for fysisk aktivitet.

Mild depresjon:

Å ha en mild, forbigående depresjon vil si at orienteringsevnen er intakt. Personen vil oppleve tristhet, men ikke i den grad at dømmekraften er påvirket. Selvfølelsen er stabil, men selvtilliten kan være noe redusert og personen kan ha økt behov for bekreftelse fra andre. Tankeprosessene kan bli påvirket slik at konsentrasjonen og oppmerksomheten blir forstyrret. Fysiske ubehag er ikke uvanlig ettersom depresjon kan gjøre en mer mottakelig for sensoriske stimuli. En som har mild depresjon kan trekke seg tilbake fra andre mennesker og sosiale aktiviteter, men også bli følsom for reelle eller antatte avvisinger fra andre (Hummelvoll, 2014, s. 199)

Moderat depresjon:

Ved moderat depresjon har man større tendens til fordreid virkelighetsoppfatning. Det kan medføre at egen følelse av utilstrekkelighet overføres på andre, slik at brukeren tror andre misliker vedkommende, eller at andre har en negativ oppfatning av brukeren. Dømmekraften er ofte dårlig slik at andres intensjoner mistolkes, og egne evner undervurderes.

Depresjonsfølelsen er fremtredende, og evne til å føle glede er svært redusert. Mennesker med moderat depresjon kan føle tomhet eller at noe er galt med eliminasjonen, fordøyelsen, pusten eller hjerterytmen (Hummelvoll, 2014, s. 199). Ved moderat depresjon kan en ha overdreven eller mangelfull impuls kontroll med aggressive gjennombrudd, og eventuelt perioder med høyt alkoholforbruk eller overspising. Tilbaketreking fra sosial deltagelse er ikke uvanlig. Ved moderat depresjon blir tankeprosessen langsom, og man bli lett distraheret når man skal konsentrere seg om noe. Ofte er det vanskelig å fokusere tanker og oppmerksomhet på hverdagslivets gjøremål. Man blir ofte grublende, og tanker om livets mening dukker opp. Kommunikasjonsmåten er ofte tvil og blokkering. Talen kan være ordknapp og langsom, og innholdet i talen er ofte selv- nedvurderende eller preget av gjentatte ytringer av anger (Hummelvoll, 2014, s. 200)

Alvorlig depresjon:

Ved alvorlig depresjon er virkelighetsoppfatningen så svekket at vrangforestillinger kan oppstå. Vurderingsevnen kan være svært nedsatt fordi personen ikke bryr seg om konsekvensene av atferden sin. Realitetsoppfatningen er så endret at ekstrem depersonalisasjon og derealisasjon kan forekomme. Dette kan igjen føre til kroppslige feiltolkninger og følelse av fremmedgjøring. Alvorlig depresjon kan skape stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være (det moralske selv), og hvordan personen faktisk opplever seg selv (selvaktelse), slik at man overveldes av følelser av skyld og verdiløshet. Følelsen av å være ulykkelig, ubrukkelig, fortvilet, hjelpeløs og håpløs vil også forekomme. Kommunikasjonsevnen er svekket, og stumhet kan inntre. På grunn av den alvorlige depresjonen vil personen interagere med andre ut i fra en egosentrisk referanseramme i form av avhengighet eller med tydelig desengasjement. Evnen til å registrere sensoriske stimuli synes å være ikke-eksisterende og en kan føle på bunnløs tomhet. Tankeprosessene vil være ulogiske, og konsentrasjonsevne, hukommelse og oppmerksomhet er markant svekket. Impulser og drifter kan være så undertrykkede at den motoriske

aktiviteten nesten har nådd stillstand. I noen tilfeller vil den motoriske aktiviteten arte seg motsatt, med ukontrollerte, raske, agiterte og hensiktsløse bevegelser (Hummelvoll, 2014, s. 200)

2.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep og definisjonen er: enhver kroppslig bevegelse av skjelettmuskulaturen som resulterer i økning av energiforbruket. Det inkluderer alle former for fysisk utfoldelse, som for eksempel arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring (Lohne- Seiler & Langhammer, 2018, s. 62). Fysisk trening defineres som en aktivitet som gjentas regelmessig over tid med målsetting om å forbedre form, prestasjon eller helse (Lohne- Seiler & Langhammer, 2018, s. 62)

Depresjon påvirker hele menneskets følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og handlinger / atferd. Vi mennesker er ikke i stand til å påvirke følelser direkte, så inngangsporten til følelsene går igjennom tanker og atferd (Martinsen, 2018, s. 76). Den kognitive teorien sier at depresjon vedlikeholdes av negative, automatiske tanker og passiv, tilbaketrukket inaktiv atferd. Med kognitiv terapi kan vi bli bevisstgjorte på automatiske tanker, og stille spørsmål ved om tankene er hensiktsmessige eller gyldige. Atferd kan endres, og her kan fysisk aktivitet være en måte å endre ens atferd på (Martinsen, 2018, s. 76). Mange som har mild eller moderat depresjon bruker lite tid på aktive handlinger, men når de først er aktive opplever de ofte litt mer glede og mestring. Et mål kan være å redusere den tiden man er passiv og øke tiden man er i aktivitet. Dette bidrar til mer glede og mestring. På denne måten lærer man at det man gjør påvirker ens følelser og tanker, og at man ved egen innsats kan påvirke det man tenker og føler (Martinsen, 2018, s. 78). Man får en erfaring av kontroll i eget liv. Dette er av stor betydning for mennesker med depresjon.

2.4 Hva gjør fysisk aktivitet for den fysiske og psykiske helsen?

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvilke positive effekter fysisk aktivitet har for den psykiske og fysiske helsen slik at man kan fremme fysisk aktivitet for brukerne.

Fysisk aktivitet betyr endring av atferd. Ved depresjon er ofte atferden preget av tilbaketrukkethet, isolasjon og passivitet. Med en atferdsendring kan tanker og følelser bidra til å redusere depresjon. Fysisk aktivitet har vist seg å fremme positive følelser og tanker, søke

troen på å takle egne problemer, bedre evne til selvkontroll, bedre selvtillit og bedre stressmestring (Bahr et al., 2015, s. 280)

Ved fysisk aktivitet øker pulsen og hjertets minuttvolum, pustefrekvensen øker, blodtrykket øker, kroppstemperaturen stiger, hjertets og musklernes gjennomblødning øker, det dannes mer melkesyre, og utskillelsen av hormoner som adrenalin, veksthormon og kortisol øker (Bahr et al., 2015, s. 8)

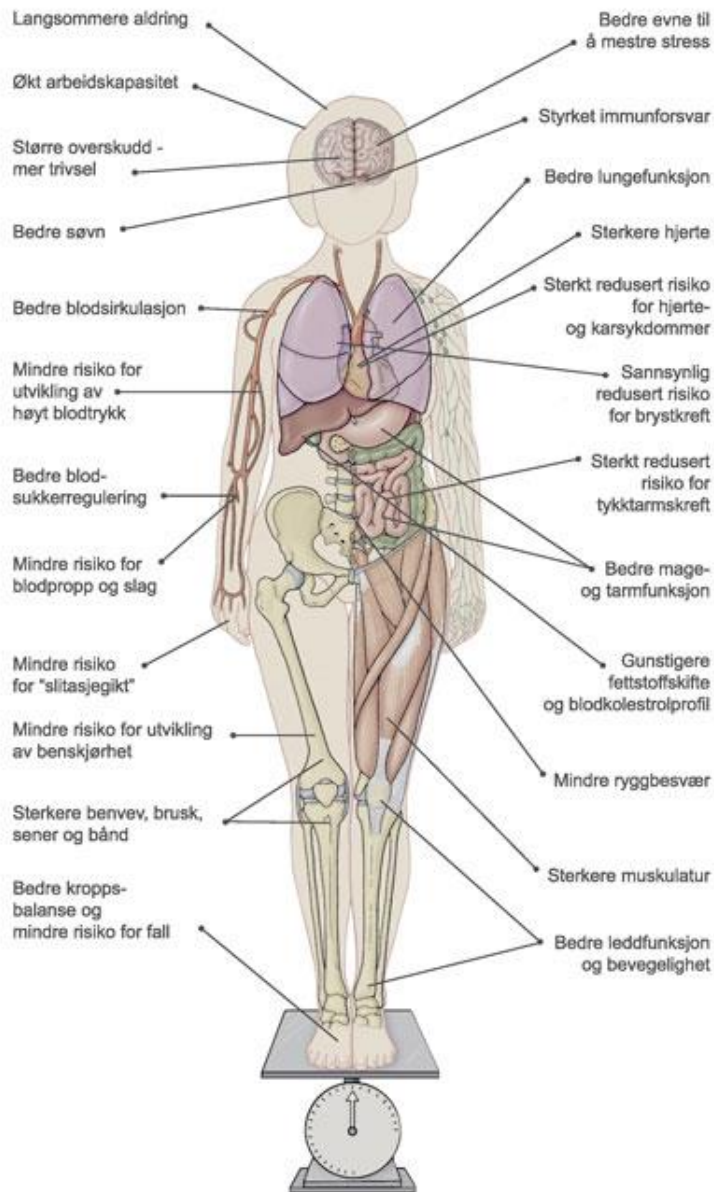
Regelmessig trening og fysisk aktivitet kan forebygge sykdom, og til og med kurere en rekke sykdommer. Et stillesittende liv fører til økt sykdomsrisiko. Før i tiden fikk man fysisk aktivitet «gratis» gjennom hverdagens krav, ofte mer enn nødvendig. Det er først i senere år at fysisk aktivitet er blitt mangelvare, med livsstilssykdommer som for eksempel overvekt og diabetes som resultat (Bahr et al., 2015, s. 5). Gjennom de siste ti årene har det vært en eksplosiv vekst i forskning på feltet. Denne forskningen har vist at regelmessig fysisk aktivitet ikke bare legger «liv i årene, men også år til livet» (Bahr et al., 2015, s. 5).

For å lykkes med å fremme fysisk aktivitet for mennesker med depresjon, må ledelse og personal ha positive holdninger til fysisk aktivitet som ledd i forebygging, behandling eller vedlikehold. I et aktivt miljø, som er opptatt av hele mennesket, vil tilrettelagte aktivitetsopplegg oppleves som viktige for brukere og personalet. Et variert, spennende og forutsigbart aktivitetstilbud, basert på sosialt felleskap og trivsel, vil opprettholde motivasjonen til brukerne og personalet. Dette kan igjen være avgjørende for om fysisk aktivitet blir regelmessig og varig (Borge, Martinsen & Moe, 2011, s. 87). Som sykepleiere har vi en profesjonsetikk som tilsier at vi har et ansvar for at vår sykepleiepraksis fremmer helse og forebygger sykdom, og at vi som sykepleiere støtter opp om mestring, håp og livsmot hos pasientene (Norsk sykepleieforbund, 2019)

God fysisk helse er bra for den psykiske helsen, og regelmessig fysisk aktivitet medfører økt velvære og bedret selvfølelse, mer energi og mindre tretthet, men også bedre forhold til egen kropp. Det er aldri for sent å begynne med fysisk aktivitet. Vi er trenbare så lenge vi lever. For mennesker med psykiske diagnoser kan fysisk aktivitet være en virkningsfull behandlingsmetode (Borge, Martinsen & Moe, 2011, s. 77)

Her er et bilde hentet fra HelseNorge som illustrerer de positive effektene av å være i regelmessig fysisk aktivitet, og hva dette gjør med menneskets psykiske og fysiske helse:

Regelmessig fysisk aktivitet gir:



Bedre grunnlag for opprettholdelse av riktig kroppsvekt

Utarbeidet av Sigmund B. Strømme. Illustrasjon: Karl C. Toverud

(Sigmund, 2019).

2.5 Motivasjon

Relasjoner kan sees på som grunnmur for å samarbeide mot et mål. En mellommenneskelig relasjon, som mellom en sykepleier og en bruker, er et jevnt forhold. Det som er viktig er å møtes som likeverdige, og å etablere et samspill. Dette gjøres ved å vise gjensidig respekt og interesse (Brataas, 2014, s. 34). Selve ordet motivasjon stammer fra latinsk «movere», og betyr å bevege. I Renolen (2015, s. 65) beskrives Kaufmanns definisjon at motivasjon er en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd. Det kan være en tilstand i kroppen, i vår ubevissthet/bevissthet og/eller i vårt sosiale miljø. Med andre ord, er motivasjon indre og/eller ytre tilstander som driver oss til handling.

Det kan være utfordrende å komme i gang med fysisk aktivitet for mennesker med depresjon. Mange vil synes det er vanskelig å motivere seg. Motivasjon kan utvikles med sykepleiers og andre menneskers påvirkning av brukeren. Å utnytte ens sterke sider, ta fatt på håpet, skape utfordringer, og opprettholde troen på livet, er avgjørende for resultatet (Borge, Martinsen & Moe, 2011, s. 81). Det kan være flere årsaker til at personer med depresjon ikke er motiverte for fysisk aktivitet. Depressive symptomer som tretthet og lite energi kan være til hindring for å komme seg i bevegelse.

Vi kan skille mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon kontrolleres av forhold utenfor personen, i form av ulike belønninger. Kilden til den ytre motivasjonen ligger ikke i selve aktiviteten som utføres, men i konsekvensen av aktiviteten. Ved indre motivasjon er det indre belønning som interesse, glede, eller tilfredshet knyttet til aktiviteten som utføres. Brukerens egne positive erfaringer, forventninger, opplevelser og kunnskaper blir styrende. Den indre motivasjonen øker sannsynligheten for at personen forsetter med fysisk aktivitet på egenhånd fordi den er mer varig og stabil. Motivasjonen påvirkes også av individets oppfatning av vanskelighetsgrad, interesser, egne ferdigheter og behovet for å lykkes. Mange personer responderer på gode relasjoner, og det sosiale elementet har stor betydning. Deltagelse i aktivitetsgrupper kan for noen personer bidra til psykisk og fysisk oppladning, fellesskapsfølelse og dannelse av varige sosiale nettverk. God gjennomføring, planlegging og oppfølging øker forutsigbarheten og motivasjonen for fysisk aktivitet. Deltakelse bør fremheves framfor prestasjon, og følelse av medbestemmelse og medansvar må stå sentralt. Det er viktig at aktivitetene oppleves som meningsfulle. Fremgang og utbytte bør synliggjøres og markeres i riktige omstendigheter og i passe doser (Borge, Martinsen & Moe, 2011, s. 81).

Hvilken fremgangsmåte kan man benytte for å få en bruker med depresjon motivert for fysisk aktivitet? Motiverende intervju (MI) er en samarbeidsorientert samtalemetode som har sin hensikt i å styrke personens egen motivasjon og forpliktelse til endring. MI har sine røtter i humanistisk psykologi, motivasjonspsykologi og læringspsykologi. Metoden er personsentrert, det vil si at det er ikke hjelperen, men brukers syn på egen situasjon og livsførsel som er i fokus. MI er en målrettet samtale. Dette vil si at hjelperen har et mål for rådgivningen. Hjelperen må ha full respekt for at endring må skje på brukers egne vilkår, og i brukers tempo. Som hjelper er det viktig å styre samtalen med spørsmål som har fokus på endring, og rette oppmerksomheten mot og forsterke det brukeren mener fører til positiv utvikling for seg selv (Holm Ivarsson, 2017, s. 13-16)

Det krever tålmodighet fra sykepleieren når brukeren søker seg fram til tidspunkt og metode som passer akkurat denne brukeren for å gjennomføre en atferdsendring. I MI ønsker hjelperen å hente fram brukers egne grunner for endring. Sykepleieren vil hjelpe brukeren til å bli bevisst på, og utforske ambivalensen som ofte oppleves ved atferdsendring. Med ambivalens mener vi brukers motstridende følelser og tanker knyttet til det aktuelle problemet. Tankene kan være krefter som drar i hver sin retning, og kan være til hindring for endring. Målet er å hjelpe brukeren til å ta et velbegrunnet valg i positiv retning. Når beslutningen om endring er tatt, hjelper sykepleieren brukeren med å sette seg mål og utvikle en handlingsplan. MI innebærer å bruke motiverende strategier for å starte eller påskynde en endringsprosess hos brukeren. Metoden bygger på viktige kommunikasjonsferdigheter som holdningssett og refleksiv lytting hos sykepleieren (Holm Ivarsson, 2017, s. 14)

3.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for fremgangsmåten for søk av artikler og litteratur. For å få fram kunnskap og etterprøve i hvilken grad påstandene er sanne, gyldige og holdbare trenger man ulike metoder. Hva er metode? Dalland (2017, s. 51-52) beskriver metode som redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Han trekker også frem at metoden hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår, altså å samle inn data. Vi velger den metoden vi mener besvarer spørsmålet eller problemstillingen på best mulig måte. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å se på og sammenligne statistikk, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Bacheloroppgaven min er en

litteraturstudie, der jeg henter data fra eksisterende fagkunnskap, forskning (kvalitativ og kvantitativ) og teori. Jeg benyttet meg av pensumlister, Helsebiblioteket og søkte i Oria fra Høgskulen på Vestlandet sin internettside for å finne forslag til litteratur som jeg kunne bruke.

3.1 Metodisk fremgangsmåte og søkestrategi

Jeg satt først opp et PICO-skjema for å sikre at problemstillingen min var godt nok formulert for videre litteratursøk. Bokstavene i PICO står for følgende: P - pasient/problem, I - Intervention, C - Comparison, og O - Outcome (Nortvedt et al., 2012, s. 33). PICO-skjemaet er lagt ved som vedlegg 1.

Min søkestrategi har vært å søke i hovedsakelig fire ulike databaser. Jeg har valgt å søke i databasene Pubmed, Cochrane, PsycInfo og Svemed+. Jeg valgte disse ut ifra Høgskulen på Vestlandet sin beskrivelse av søkebasene. PubMed beskrives som en internasjonal database med referanser til tidsskriftartikler innen medisin, sykepleie m.m. Cochrane er en søkebase for oppsummert forskning som lager og formidler systematiske oversikter av helsetiltak. PsycInfo er en internasjonal referansedatabase med mer enn 3 millioner referanser til fagfelleverdert litteratur innen atferdsforskning og psykisk helse. Svemed+ er en nordisk database innenfor medisin og helse. Den inneholder referanser til artikler fra ca. 170 nordiske tidsskrifter fra 1977 og fremover, hvorav 27 er norske. Denne oppdateres jevnlig.

Jeg brukte ulike søkeord og sammensetninger, men har i alle databaser brukt ordene «depression», og deretter brukt kombinasjoner av søkeord som «exercise», «physical activity» og «nurse». Emneordene koblet jeg sammen med "OR" eller "AND". Artikler med tittel som inneholdt andre psykiske lidelser enn 'depresjon', eller 'depresjon og angst', ble utelukket. Artikler om post-partum depresjon ble ekskludert. Artikler som ikke inneholdt ordene «depression» og «physical activity» og/eller «exercise» i titlene ble ekskludert. Selv om angst ligger utenfor oppgavens problemstilling, ble artikler som omhandlet angst i tillegg til depresjon ikke automatisk ekskludert, fordi både angst og depresjon er utbredte lidelser, og sannsynligheten for å få den ene lidelsen når du har den andre er betydelig økt. Med andre ord er lidelsene komorbide (Tracy, 2019). Det er relevant å undersøke effekten av fysisk aktivitet også hos mennesker med depresjon som har angst som tilleggdiagnose. Artikler fra januar 2005 til januar 2020 ble inkludert i søkene.

Jeg brukte innhentet kunnskap om IMRaD-strukturen fra Høgskulen på Vestlandet sin internettside, på «Søk & skriv». Dette gjorde meg i stand til å lese artiklene mer effektivt og

ga meg en bedre forståelse av innholdet i artiklene. Det kom opp mange artikler i søkeprosessen, og jeg leste til sammen 25 sammendrag og 16 artikler i sin helhet.

Resultatet av søkeprosessen er fire artikler som tilnærmer seg min problemstilling best.

Søkeprosessen har vært svært krevende ettersom nesten alle artiklene er på engelsk, som ikke er mitt morsmål. Dette kan øke risikoen for feiltolkning.

3.2 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Det er viktig å vurdere og karakterisere kildene som benyttes, slik at man kan fastslå om kildene holder god kvalitet (Dalland, 2012 s. 72). Det var mye relevant litteratur i pensum, og selvvalgt litteratur om tema. Når det gjelder forskningsartikler fikk jeg mange treff, men det var ingen relevante treff på studier som undersøker hvordan sykepleiere kan motivere til fysisk aktivitet. Samtidig er de utvalgte artiklene jeg fant relevante for tematikken til fysisk aktivitet og depresjon. Jeg har kvalitetsvurdert artiklene i henhold til sjekklister utarbeidet av Helsebiblioteket (2016), og vurdert at artiklenes resultater er pålitelige i henhold til disse sjekklistene. Det er lagt til en Litteraturmatrise i oppgaven (vedlegg 2), som utdyper funnene.

Artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter. To av artiklene er metaanalyser, mens de to andre er mindre systematiske. Jeg har derfor lagt mest vekt på funnene i metaanalysene. Manglende metodebeskrivelse for litteraturgjennomgangen i de to andre artiklene gir fare for partiskhet (bias) hos forfatterne. Dette betyr at de kan ha valgt litteratur som støttet deres eget syn fremfor å være nøytrale. Dette bryter med den vitenskapelige metode, og svekker påliteligheten til kilden. Likevel er artiklene høyst relevante for problemstillingen, konklusjonene er ikke kontroversielle, og forskerne er anerkjente innen sine felt.

4.0 Presentasjon av funn

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere fire ulike artikler jeg har valgt som jeg synes tilnærmer seg nærmest min problemstilling. Artikkel 1 og 4 er metaanalyser. En metaanalyse er en metode som slår sammen resultatene fra mange studier slik at det er mulig å konkludere med høyere grad av sikkerhet. En metaanalyse er en komplisert prosess som krever spesialkunnskap om statistiske beregninger og metode (Thidemann, 2019, s. 100). Artikkel 2 og 3 er litteraturstudier.

Artikkel 1:

Den første artikkelen er en Cochrane review, en metaanalyse fra 2013 skrevet av Cooney et al. Den har tittel «Exercise for depression». I denne artikkelen ble det brukt mange ulike søkebasert for å finne randomiserte, kvalitative og kontrollerte studier av hvor effektiv trening er for behandling av depresjon hos voksne. Studier frem til og med publikasjon mars 2013 ble inkludert. I alle studiene måtte kandidatene være over 18 år, ha diagnose depresjon, og den fysiske aktiviteten de utførte måtte passe til kriteriene for å sikre at den møtte en definisjon av «mosjon». De inkluderte totalt 2326 deltakere fra totalt 39 studier i metaanalysen. Analysens formål var å bestemme effektiviteten av trening for depresjon. De inkluderte studier som sammenlignet mosjon med «ingen behandling», og forsøk som sammenlignet mosjon med andre behandlinger for depresjon. Artikkelforfatterne konkluderer med at fysisk aktivitet har moderat effekt på depressive symptomer, og at de mer metodologisk robuste studiene kun demonstrerte litt effekt i favør av trening. Deltakernes oppmøte på treningsaktivitetene varierte fra 50 % til 100 %. Forfatterne etterlyser flere studier som ser nærmere på hvilke treningsformer og hvilken hyppighet som er mest fordelaktig ved depresjon. I tillegg etterlyser de større studier som kan konkludere om hvorvidt trening er like effektivt som farmakologisk eller psykologisk behandling.

Artikkel 2:

Den andre artikkelen er en litteraturgjennomgang skrevet av Martinsen (2008) med overskriften «Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression». Formålet med denne artikkelen er å presentere en oversikt over forskning som omhandler effekten av trening i forebygging og behandling av depresjon og angst. Relaterte problemstillinger rundt effekt, mengde og etterlevelse (compliance) av treningen blir diskutert og sammenlignet med effekten av kognitiv terapi. Konklusjonen i Martinsen sin artikkel er at mange med angst og depresjon får utilstrekkelig eller ingen behandling. Dette på tross av at disse diagnosene et stort folkehelseproblem, og kostnadene samfunnsmessig og individuelt er enorme. Det er derfor svært viktig og av stor betydning at folk tar aktivt ansvar for egen helse. Martinsen skriver at man oppnår betydelige helsegevinster ved å tilegne seg en vane for regelmessig fysisk aktivitet, og at potensialet i fysisk aktivitet økes når den integreres med kognitiv terapi.

Artikkel 3:

I denne litteraturgjennomgangen skrevet av Carek PJ, Laibstain SE og Carek SM (2011), var formålet å komme med forskningsbaserte forslag til retningslinjer for fysisk aktivitet som ledd i behandling av depresjon og angst. Depresjon og angst er blant de vanligste psykiatriske diagnosene man møter i helsevesenet. Det finnes flere ulike behandlingsmetoder med ulik grad av effektivitet. Fysisk aktivitet har vist seg å være assosiert med reduserte symptomer på depresjon og angst, forbedret fysisk helse, tilfredshet med livet, kognitiv funksjon og psykologisk velvære. Motsatt ser fysisk inaktivitet ut til å være assosiert med utviklingen av psykiatriske lidelser. Flere studier støtter bruken av trening som en behandling mot depresjon. Trening har vist seg å være like effektiv som antidepressive medisiner som førstelinjebehandling ved mild til moderat depresjon. I tillegg har trening vist seg å forbedre depressive symptomer når de brukes som et supplement til medikamenter. Fysisk aktivitet er sjelden forskrevet som behandling for depresjon. Forfatterne konkluderer at fysisk aktivitet reduserer symptomene på depresjon og angst, og at det potensielt kan redusere avhengighet av psykofarmaka. Helsepersonell burde anbefale at voksne deltar i minimum 30 minutter daglig fysisk aktivitet av moderat intensitet de fleste dager i uken. Til slutt presenterer de noen nøkkelprinsipper fra Merywater et al., og en modell for å gi pasientspesifikke råd.

Artikkel 4:

Den siste artikkelen jeg har valgt å inkludere i oppgaven er skrevet av Schich et al., i 2016. Den tar sikte på å vurdere de randomisert-kontrollerte studiene (RCT) i artikkel 1, samt andre RCTer for publikasjonsbias, nærmere bestemt partiskhet i rapporterte effektmål av fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Denne metaanalysen inkluderer 25 studier, og kjører spesifikke statistiske analyser for å besvare problemstillingen. Konklusjonen til forfatterne er at fysisk aktivitet og trening har en betydelig, og statistisk signifikant effekt på depresjonssymptomer, inkludert hos de med alvorlig depresjon (Major depressive disorder, MDD). Alle former for fysisk aktivitet, både veiledet og ikke-veiledet, hadde statistisk signifikant effekt på depresjon. I tillegg fant forfatterne at andre metaanalyser hadde en tendens til å underrapportere effekten av trening på depresjon. Forfatterne konkluderer med at det er sterke beviser for at fysisk aktivitet og trening som behandling av depresjon er evidensbasert.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte min problemstilling: *hvordan kan sykepleiere fremme fysisk aktivitet for mennesker med depresjon*. Jeg vil først presentere en kasuistikk basert på en bruker jeg møtte i forbindelse med en av praksisperiodene mine. Jeg vil så i lys av presentert teori, mine funn av artikler, og på grunnlag av erfaringsbasert kunnskap med tanker og refleksjoner, finne svar på problemstillingen min.

Brukeren er en middeladrende mann som har en depresjonsdiagnose. Han benytter seg flittig av et aktivitetssenter for mennesker med ulike psykiske diagnoser og utfordringer. Brukeren er preget av sin depresjonsdiagnose i form av depressive perioder. Han har flere års opphold mellom de depressive periodene og har hatt det slik i mange år. Når brukeren er i en depresjonsperiode viser han tydelig preg på nedstemthet i form av bl.a. tiltaksløshet, inaktivitet, vektøkning, økt alkoholinntak og søvnvansker. Tilbudet ved aktivitetssenteret er den eneste fysiske aktiviteten brukeren har benyttet seg av etter at han ble ufør for 15 år siden. Brukeren beskriver seg selv som litt motivert for fysisk aktivitet, men har problemer med å komme i gang.

5.1 Definisjon av fysisk aktivitet og refleksjon

Som tidligere nevnt i teoridelen er fysisk aktivitet et overordnet begrep og definisjonen er: enhver kroppslig bevegelse av skjelettmuskulaturen som resulterer i økning av energiforbruket. Dette inkluderer alle former for fysisk utfoldelse, som for eksempel arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring. Men hvilken betydning har dette for brukeren? Min erfaring fra praksis er at ordlegging og måten fysisk aktivitet presenteres på har stor betydning for når brukeren skal motiveres og introduseres for fysisk aktivitet. Alle har et forhold til det å være i fysisk aktivitet og dette starter fra barndommen og oppover i voksen alder. På denne tiden har de fleste opparbeidet seg erfaringer, interesser, ferdigheter og holdninger til fysisk aktivitet. Det er derfor viktig som sykepleier å kjenne til dette hos brukeren.

En erfaring fra praksis: min veileder hadde som mål å introdusere trening for en bruker. Veileder gikk rett på sak, og spurte brukeren om hva han tenkte om å begynne å trene. Brukeren gikk i forsvarsposisjon med én gang og sa bestemt, «jeg skal ikke begynne på noe treningsstudio». Det var tydelig at brukeren ikke hadde interesse av eller et godt forhold til

trening og treningsstudio. Jeg lærte mye av denne samtalen, og tenker utfallet kunne vært annerledes om hjelper var mer bevisst på hvilke ord som blir brukt og måten det ble lagt frem på.

Mange har ulike synspunkt på hva fysisk aktivitet innebærer. Noen kan se på fysisk aktivitet som å gå til butikken (hverdagsaktivitet), mens andre kan se på fysisk aktivitet som å gå fjellturer eller treningsstudio. Det er store individuelle forskjeller og dermed ekstra viktig at hjelper setter seg inn i brukerens erfaringer og synspunkter på fysisk aktivitet. Ved å hjelpe brukeren til å sette seg realistiske og langsiktige mål, og tilpasse aktivitetene etter brukerens interesser med hensyn til brukerens symptomer på depresjon, kan man lykkes. Dette avhenger også av at brukeren har fått veiledning fra sykepleier i å finne sin motivasjonsstrategi i form av ytre og/eller indre motivasjon. I litteraturgjennomgangen til Carek et al., (2011) kommer det fram at fysisk aktivitet forbedrer fysisk helse, tilfredshet med livet, kognitiv funksjon, og psykologisk velvære. Dette er gode effekter av fysisk aktivitet, og god grunn til at mennesker med symptomer på depresjon bør få informasjon, opplysning eller undervisning om fysisk aktivitet.

5.2 Hvor mye fysisk aktivitet bør mennesker med depresjon ha?

I de nasjonale rådene for fysisk aktivitet for voksne blir det anbefalt minimum 150 minutter fysisk aktivitet med moderat intensitet per uke, det vil si i snitt 30 minutter per hverdag. Dette kan eksempelvis gjennomføres ved å dele aktiviteten opp i bolker på minst 10 minutters varighet (Nhi, 2019). Dette er i tråd med litteraturgjennomgangen skrevet av Carek et al., (2011) der det også trekkes frem at helsepersonell burde anbefale 30 minutter med fysisk aktivitet hver dag. For å kunne gi denne anbefalingen til mennesker med depresjon, må sykepleiere ha en hensikt og et mål. Det er viktig å ha en god relasjon til brukeren, samt vite hvilken grad av depresjon brukeren har, ellers kan rådene bli uhensiktsmessige. Et eksempel på dette er at en bruker med alvorlig depresjon ikke vil være i stand til å ta til seg dette rådet grunnet av sine symptomer - det kan tvert imot bli en tilleggsbelastning for brukere å oppleve nok et område hvor en ikke strekker til. En bruker med mild/ moderat depresjon kan derimot være mottakelig for de samme rådene. Selv om rådet om 30 minutters daglig aktivitet er bra, kan det for enkelte mennesker med depresjon virke uoverkommelig i starten. I metaanalysen til Cooney et al., (2013) var formålet å bestemme effektiviteten av trening for depresjon, hvor de inkluderte studier som sammenlignet mosjon med «ingen behandling» og forsøk som

sammenlignet med andre behandlinger for depresjon. Deres konklusjon er at fysisk aktivitet har en moderat effekt på symptomer på depresjon. Dette støtter konklusjonen i artikkelen til Schich et al., (2013). Her kommer det fram at fysisk aktivitet og trening har en betydning og en statistisk signifikant effekt på depresjonssymptomer, inkludert hos dem med alvorlig depresjon. Dette gir en styrket grunn til at fysisk aktivitet burde få mer oppmerksomhet som forebyggende og som et behandlingsalternativ for mennesker med depresjon i helsetjenestene. Det er også viktig at sykepleiere har kunnskap om de positive effektene av fysisk aktivitet når man jobber med mennesker med depresjon. Brukeren i kasuistikken som ble presentert i dette kapittelet er litt motivert for fysisk aktivitet, som er bra når sykepleier skal fremme fysisk aktivitet. Da har brukeren en indre og/eller en ytre motivasjon å bygge videre på. Det er viktig at sykepleier har fokus på at litt fysisk aktivitet er bedre enn ingen. Motivasjonsarbeidet og endringsprosessen er tidkrevende, og dette er det viktig å ta hensyn til.

5.3 Kontaktetablering og kommunikasjon:

Som sykepleiere bør vi ha kunnskap om andre alternativer enn bare medikamentell behandling for depresjon. Fysisk aktivitet er et godt alternativ. For å kunne hjelpe brukerne til endring er en god relasjon viktig. Ifølge Travelbee er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et ekte mellommenneskelig forhold til brukeren. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren godt kjent med brukeren som person. Det kan av og til være utfordrende å finne det unike og særegne som skiller brukeren fra andre brukere. Sykepleieren må være i stand til å skille mellom brukerens behov og sine egne, og ikke overføre sine egne behov på brukeren. Det å bli kjent med brukeren som person, og å kunne identifisere dennes særegne behov, er meget viktig for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med brukerens behov. Det kan tenkes at brukeren i kasuistikken har kjent på lidelse i de årene han har hatt symptomer på depresjon. Som tidligere nevnt i teoridelen beskriver Travelbee lidelse som en livserfaring som alle mennesker vil kjenne på fordi lidelse er uløselig knyttet til det å være menneske. For å kunne erfare lidelse, må mennesket bevisst oppleve en situasjon som smertefull. Hun trekker også fram at det er mange måter å reagere på ved lidelse. Som sykepleier kan vi oppdage brukerens erfaring med lidelse ved å ta oss god tid til å bli kjent. Travelbee (1999, s. 106) hevder at mennesker med sykdom har samme behov for å bli verdsatt og elsket og føle tilhørighet som friske. Når man er syk vil selv små uttrykk for vennlighet og omtanke blir verdsatt. Personalet på aktivitetssenteret for mennesker med

psykiske lidelser er opptatt av akkurat dette. Brukerne skal føle tilhørighet, vennlighet og omtanke.

I møte med brukeren som er beskrevet i kasuistikken kan sykepleieren være bevisst på den nonverbale kommunikasjonen - vi viser med kroppsspråket vårt at vi ser og forstår. Den nonverbale kommunikasjon er viktig fordi det signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, som er avgjørende for om brukeren føler seg ivaretatt. Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som sykepleieren anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Den viktigste funksjonen er å møte brukeren på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom dette skape tillit og trygghet. Dette er noe brukeren trenger for å kunne åpne seg og dele tanker og følelser. Nonverbal kommunikasjon er en ferdighet som man må trene på (Eide og Eide, 2016 s. 198-199). Det er ikke alltid slik at kommunikasjonen mellom to mennesker går knirkefritt. Alle er forskjellige, og noen trenger mer tid enn andre for å få til en god relasjon. Det kan fort oppstå misforståelser, og da er det viktig som sykepleier å være bevisst på egen kommunikasjonsferdighet, samt reflektere over hvorfor det ikke gikk slik man hadde tenkt, og på den måten komme fram til hva man må jobbe med i kommunikasjonen for å lykkes.

5.4 Sykepleierens rolle i motivasjonsarbeidet:

Det å velge en fornuftig motivasjonsstrategi er viktig. Dette kan innebære å tenke kreativt og nytt, og bryte fordommer. Når man har etablert en god relasjon til brukeren, kan man som tidligere nevnt i oppgaven benytte seg av MI - motiverende samtaler. Grunnsteinen for MI er holdningssettet og refleksiv lytting. Holdningssettet innebærer at sykepleieren er fordomsfri og viser respekt for brukerens autonomi, eller rett til selvbestemmelse, og går inn for å finne den beste løsningen sammen med brukeren. Som sykepleiere kan vi i den aktuelle kasuistikken tilby å samarbeide med brukeren mens han vurderer sine alternativer. Vår oppgave er da å tilby brukeren en samtale som har som hensikt å utforske hans måte å tenke om egen atferd på, og etter hvert fremkalle endringssnakk. Endringssnakk vil være utgangspunktet for å legge en individuell og brukertilpasset strategi, som tar utgangspunkt i brukerens ønsker og behov. Sammen med brukeren finner man ut hva som skal til for at brukeren skal få en mer aktiv og helsefremmende hverdag. Som hjelper må vi lytte med empati, respekt og interesse. I tillegg er det viktig å akseptere brukeren, prøve å forstå brukerens syn på saken, og hjelpe han å skape bevissthet rundt utfordringene han står i med

sin depresjon og sine symptomer. Det er også viktig at sykepleieren viser tiltro og optimisme til brukerens evne til å finne riktig vei til sin løsning på å bli mer fysisk aktiv (Holm Ivarsson, 2017, s. 15-16). Min erfaring med å bruke MI er at det kan være utfordrende, og at man som hjelper trenger trening for å bli god på metoden. Utfordringene jeg har møtt ved bruk av metoden er bl.a. «korrigeringsrefleksen», det vil si at man som helsepersonell med faglig kunnskap risikerer å overkjøre brukeren med egne meninger dersom man oppdager at brukeren gjør ting som ikke er bra, eller unnlater å gjøre ting han burde gjøre. Andre vanlige fallgruver er at hjelper presser brukeren til å ta beslutninger uten at brukeren er moden for det. Det er vanskelig for helsepersonell å se at brukeren tar valg som kan virke ødeleggende, men mange ganger må det til for at brukeren selv skal erfare at det ikke var så lurt likevel. Refleksiv lytting består av åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelse. Refleksiv lytting er viktig for å framkalle endringsnakk, samtidig som en henter frem, og styrker brukerens mestringstillit (Holm Iversson, 2017, s. 15)

I motivasjonsprosessen er det viktig å avdekke om brukeren har ytre eller indre motivasjon for å komme i gang med fysisk aktivitet. Deretter kan man bygge videre på dette. Brukeren i kasuistikken besøker allerede et aktivitetssenter fast, og det er da interessant å avdekke hans motivasjon for besøkene. Det er i tillegg viktig å sikre at de fysiske aktivitetene som tilbys passer brukerens interesser. Dersom tilbudet er for lite variert og ikke godt nok tilrettelagt er det fare for at brukeren slutter å se hensikten med å komme. I helsefremmende og forbyggende arbeid skal omsorgstjenestene forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, men også fremme helse. Dette kan oppnås ved å gi råd, opplysning og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2020, §3-3). Dette er noe aktivitetssenteret for mennesker med psykiske lidelser prøver å strekke seg mot. Engasjement, interesse og en positiv holdning til fysisk aktivitet hos personer i brukerens støtteapparat vil kunne påvirke brukeren i positiv retning. Dette kan i seg selv gi motivasjon for brukerne, fordi støtteapparatet går fram som et godt eksempel.

5.5 Hvorfor benytter vi oss ikke mer av fysisk aktivitet i behandling av depresjon?

Samtlige inkluderte artikler i denne oppgaven konkluderer med at fysisk aktivitet har god behandlingseffekt hos mennesker med depresjon. Denne konsensusen blant forskerne harmonerer imidlertid ikke helt med det jeg har observert i praksis: nemlig stort fokus på medikamentell behandling, og lite fokus på fysisk aktivitet som aktiv behandling. I

litteraturgjennomgangen til Carek et al., (2011) trekker de frem at trening har vist seg å være like effektiv som antidepressive legemidler som førstelinjebehandling ved mild/ moderat depresjon. Og at fysisk aktivitet sjeldent er forskrevet som behandling for depresjon. Men hvorfor er ofte slik at antidepressive legemidler kommer i førstelinjebehandling og ikke fysisk aktivitet?

I litteraturgjennomgangen til Martinsen (2008) er konklusjonen at mange med angst og depresjon får utilstrekkelig eller ingen behandling, men han sier ikke noe om årsaken til dette. Jeg skulle ønske Martinsen gikk nærmere inn og drøftet mulige årsaker til at det er slik. Det hadde styrket verdien av litteraturgjennomgangen hans. Han skriver at dette er på tross av at depresjon er stort folkehelseproblem, og kostnadene individuelt og samfunnsmessig er store. Vi vet mye om hva depresjon gjør på individ og samfunnsnivå, men det er likevel vanskelig å finne konkrete årsaker til at så mange får inadekvat behandling. Noe av årsaken kan være at det er forventninger hos brukeren om medikamentell behandling når de først oppsøker lege. I følge Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten er det anslått av tre firedeler av mennesker med depresjon ikke får behandling. Av dem som får behandling består denne hovedsakelig av medikamenter foreskrevet av allmennlege og i en undersøkelse i Oslo dreide dette seg om 31 prosent, mens bare noen få fikk psykoterapi (Helsedirektoratet, 2009). Det er på kort sikt mindre ressurskrevende å gi pasienten medikamentell behandling enn psykoterapi og langsiktig livsstilsendring. Mange allmennleger er presset på tid, og sammen med pasientens forventninger om medikamentell behandling blir gjerne dette litt for ofte «løsningen» uten at symptomene settes i en større sammenheng. Medikamentell behandling kan gi bivirkninger, og det er flere grunnet til at man bør gjøre nøye vurderinger før man igangsetter slik behandling uten at jeg skal gå nærmere inn på dette i denne oppgaven.

I tillegg er det slik at mange pasienter med depressive symptomer ikke oppsøker hjelp. Dette kan være en del av selve symptomkomplekset, men det kan også skyldes skam og stigmatisering av psykisk sykdom. Brukeren kan være i bevisst eller ubevisst fornektelse over sin egen situasjon. Dette kan gjøre at det tar lengre tid før brukeren søker hjelp, noe som igjen kan føre til en forverring av symptomer.

6.0 Avslutning

For å fremme fysisk aktivitet for mennesker med depresjon, må sykepleiere ha nok kunnskap om effektene av å være i fysisk aktivitet, og hvordan dette påvirker mennesker med symptomer på depresjon. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig med kunnskap alene, sykepleiere må også oppnå tillit og få en god relasjon med brukeren. Det kan være utfordrende få dette til, men om sykepleieren møter brukeren med respekt, likeverd, åpenhet og ærlighet øker sannsynligheten for å lykkes. Jeg er tilhenger av Travelbees tenkning om at sykepleier og bruker først fremst skal møte hverandre som mennesker. Når vi ser på hverandre som likeverdige får det oss trygge på å dele tanker og følelser. Som sykepleier er det viktig å se hele mennesket, ikke bare diagnosen. Sykepleieren har en unik posisjon og rolle for brukerne. Jeg har tilegnet meg mer kunnskap om motivasjonsarbeid - det å motivere brukere er en stor del av sykepleiernes hverdag. Som sykepleier kan man hjelpe brukere med å finne egen motivasjon for å integrere mer fysisk aktivitet i hverdagen. Dette er en prosess som krever tett oppfølging, veiledning og tålmodighet. Jeg har stor tro på at resultatene blir best når brukeren får ta mest mulig del i planlegging og gjennomføring. Dersom brukeren tar ansvar og opplever kontroll over egen situasjon når det gjelder fysisk aktivitet vil dette også kunne gi positive effekter på andre områder i livet. Målet er langvarig endring av livsstil til en mer fysisk aktiv hverdag. Dersom sykepleier lykkes i å støtte brukeren i denne endringen vil også flere brukere få tilstrekkelig behandling, og kanskje til og med redusere behovet for psykofarmaka. I litteraturen og forskningen jeg har lest konkluderes det med at fysisk aktivitet kan forebygge depresjon, samt redusere symptomer på depresjon. Fysisk aktivitet kan brukes som et behandlingsalternativ alene, eller kombinert med annen behandling. Denne dokumentasjonen gjør meg tryggere på at det er viktig at jeg som sykepleier fremmer fysisk aktivitet, og deler denne kunnskapen videre med både brukere og kollegaer. Jeg kommer til å ta med meg den nye kunnskapen jeg har fått av å jobbe men denne oppgaven videre i mitt arbeid i helsesektoren.

7.0 Litteraturliste

Borge, L. Martinsen, E. W & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi*. (1.utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Bahr, R. Karlsson, S. Tranquist, J. Aadland, A (2015). *Aktivitetshåndboken -Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Cooney, G. M. Dwan, K. Carolyn, G. Lawlor, D. Rimer, J. Waugh, F & Mead, G. (2013, September 12). *Exercise for depression*. Cochrane library. Doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6

Carek, J. P. Laibstain, S & Carek, S. (2011, januar 31). *Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety*. Pubmed. Doi: 10.2190/PM.41.1.c

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget

Eide, H og Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsebiblioteket. (2016, 03.06). *Sjekklistor*. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsebiblioteket. (2018, 13.04). *Depresjon hos voksne*. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne>

Høgskolen på Vestlandet. (u.d.). hvl.no. Hentet fra søk etter fagressurser:

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressurser/>

Holm, Ivarsson, B. (2017). *MI motiverende samtaler – en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, juni 24). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-1991-12-13-8). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet (2009). *Depresjon - Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Kristoffersen, N, J. Nortvedt, F. Skaug, E, A. & Grimsbø, G, H. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener, samfunn og mestrings*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk AS

Lohne- Seiler, H & Langhammer, B. (2018). *Fysisk aktivitet og trening for eldre*. (2.utg). Oslo: Cappelen Damm AS

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn*. (3.utg). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Martinsen, E.W. (2009, Juli 12) *Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression*. Pubmed. Doi: 10.1080/08039480802315640

Norsk sykepleieforbund. (2019, våren). Nsf.no. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, M. W. Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., Reinart, & M, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe AS.

Norsk helseinformatikk AS. (05.08.2019). Nasjonale råd for fysisk aktivitet. Hentet fra: <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/nasjonale-rad-om-fysisk-aktivitet/>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Strømme, B. S. (2019). Illustrasjonstegning. Hentet fra <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen>

Schuch F.B, Vancampfort D. Richards J. Rosenbaum S. Ward P.B & Stubbs B. (2016, mars 4). *Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias*. Pubmed. Doi: 10.1007/s11845-010-0633-9

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Tracy, N. (2019, 17. mai). *Forholdet mellom depresjon og angst*. Hentet fra: <https://www.healthyplace.com/depression/anxiety-and-depression/relationship-between-depression-and-anxiety>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: PICO skjema

Engelsk	P Patients/ population/ problem	I Intervention/initi ativ/ action	C Comparison	O Outcome	
Norsk	HVEM? Beskriv typen pasienter	HVA? Hvilke tiltak vurderes?	SAMMENLIKN ING / ALTERNATIVE R? Alternativer til tiltakene?	RESULTAT/EFFE KT? Utfall	O R ↓
Norsk	Voksne: 18 år og oppover Hjemmeboende Depresjon	Fysisk aktivitet Trening Mosjon	Ingen behandling / intervensjon Medikamentell behandling	Depresjon	
Engelsk	Adults: 18 years and older Living at home Depression	Exercise Physical Activity Activity	No treatment / intervention Pharmacological treatment	Depression	
← AND →					

Hvilke databaser jeg søker i, rangert i prioritert rekkefølge

1. Cocharane Library
2. Svemed+
3. Pubmed
4. PsycInfo

Vedlegg 2: Søkematrise Cochrane Library

Dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Relevante	Inkluderte Artikler
17.02-20	Depression AND exercise In title 01/01/2005 to 01/01/2020	10	5	2	1	«Exercise for depression»
17.03-20	Depression AND physical activity In title 01/01/2005 to 01/01/2020	7	1	1	1	Samme artikkel som over.

Vedlegg 3 søkematrise: Svemed+

Dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Relevante	Inkluderte Artikler
19.02-20	Depresjon og fysisk aktivitet	12	1	0	0	0
19.02-20	Depression AND physical activity 2005 - 2019	39	4	2	1	«Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression»

Vedlegg 4 søkematrise: Pubmed

Dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Relevante	Inkluderte Artikler
17.02-20	Depression AND physical activity In title From 2005/01/01 to 2020/01/01 Species: Human	236	4	2	0	0
17.03-20	Depression AND exercise In title From 2005/01/01 to 2020/01/01 Species: Human	385	3	2	1	«Exercise for the treatment of depression and anxiety»

Vedlegg 5 søkematrise: PsycInfo

Dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Relevante	Inkluderte Artikler
10.03-20	Depression AND physical activity In title From 2005 to 2020 Species: Human Adulthood (> 18 years) Peer reviewed journal	218	2	0	0	0
10.03-20	Depression AND exercise In title From 2005 to 2020 Species: Human Adulthood (> 18 years) Peer reviewed journal	10	5	3	1	«Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias»

Vedlegg 6: Litteraturmartrise

Forfattere Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultate
Cooney G.M, Dwan. K, Greig C.A, Lawlor D.A., Rimer J., Waugh F.R., McMurdo M ;ead G.E. National Institute for Health Research 2013 UK	Exercise for depression	Formålet med studien var å bestemme effekten av trening for depresjon.	Meta analyse, de inkluderte totalt 39 studier med totalt 2326 deltakere	Det ble søkt i høyt kvalifiserte Databaser der kriteriene var voksne over 18 år, alle i studien måtte ha en depresjons diagnose, både kvinner og menn var med	Det anbefales trening til personer med symptomer på depresjon
Martinsen E.W. 2008 Nordic Journal of Psychiatry Norway	Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression	Effekten av trening i forebygging og behandling av depresjon og angst.	Litteraturgjennomgang	Martinsen beskriver ikke metode.	Effekten av fysisk aktivitet økes når den brukes i kombinasjon med kognitiv terapi.

Carek, J.P, Laibstain, S og Carek, S The International Journal of Psychiatry in Medicine 2011 USA	Exercise for the treatment of depression and anxiety	Fysisk aktivitet i behandling for depresjon	Litteraturgjennomgang	Charek beskriver ikke søkemetode.	Studer viser at fysisk aktivitet demper symptomer på depresjon. Leger bør anbefale 30 min moderat aktivitet hver dag. Dette i form av hverdags aktiviteter som gå istedenfor å ta buss, da dette kan bli mer vedvarende enn å gå på treningsstudio.
Schuch F.B, Vancampfort D., Richards J., Rosenbaum S., Ward P.B., Stubbs B. 2016 Journal of Psychiatric Research Belgium	Exercise as a treatment for depression: A meta- analysis adjusting for publication bias	Å avdekke graden av partiskhet i studier på effekten av trening på depresjon.	Metaanalyse av randomisert- kontrollerte studier. 25 inkluderte studier.	Databasesøk i tillegg til gjennomgang av studiene som er inkludert i Cooney et al. Cochrane Review fra 2013, som også er inkludert i denne oppgaven.	Trening har stor effekt på kliniske symptomer på depresjon, og forskningsrapportene har en tendens til å underestimere effekten av trening.