



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 445

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9396

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 21

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for fysisk aktivitet som et ledd i behandling av mild/moderat depresjon for mennesker over 18 år?

How do nurses facilitate physical activity as a part of the treatment of mild/moderate depression for people over 18 years old?

Kandidatnummer: 445

Bachelor i sykepleie

FHS, Høgskolen på Vestlandet

Innleveringsdato: 22.05.2020

Antall ord: 9396

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.

Abstract**Background**

Depression is a global health problem, including over 300 million people worldwide. Symptoms of the disease can be described as sadness, fatigue, reduced interest and commitment. It exist several alternatives for treating depression, where as physical activity is one of them. The aim of this bachelor thesis is to get a better understanding of how nurses can facilitate physical activity as a part of the treatment of mild/moderate depression for people of 18 year and older.

Method

The bachelor thesis uses literature review as method, with ethical considerations and source criticism taken into account. Research is based on four research articles, textbooks regarding physical activity and health, nursing theory by Dorothea Orem, the ICN code of Ethics for Nurses as well as information provided by the national government. Furthermore, international search engines as PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Medline and ScienceDirect was used to get to the four articles.

Results

Physical activity can better be facilitated by creating an individual plan, which will build a general overview for the patient it self, but also regarding to the team involved in the treatment. Together with the patients, nurses should map low threshold activities in nearby communities, as walking groups, to establish relatedness to significant others. The preferences for physical activity seems to be an important part of the patient adherence and patients autonomy, as well as overcoming barriers as lack of motivation and symptoms of depression it self.

Conclusion

This bachelor thesis suggest that physical activity can be facilitated by the nurse using an individual plan, taking the preferences and barriers towards physical activity into account as well as presenting low threshold activities to create a confidence. These factors together can contribute to an intrinsic motivation regarding physical activity. It exist is a lack of literature concerning how nurses can facilitate physical activity for people with mild-moderate depression, and for that reason more research is needed to increase knowledge about this theme.

Keywords

Physical activity, depression, nurse, patient adherence, dose-response.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	1
2.0 Problemstilling	2
2.1 Avgrensning av problemstilling	2
2.2 Begrepsavklaring	2
3.0 Teori	2
3.1 Depresjon	3
3.1.2 Symptomer	3
3.1.3 Etiologi og epidemiologi	4
3.2 Rett til brukermedvirkning: Sykepleiere som en begrensning eller forutsetning?	4
3.3 Fysisk aktivitet som behandlingsmetode mot depresjon	5
3.4 Den transteoretiske modellen	6
3.5 Betydningen av mestringsforventning i endringsprosessen	8
3.6 Fallgruver i arbeidet mot å motivere for endring	9
3.7 Sykepleieteori: Dorothea Orems egenomsorgsteori	10
4.0 Metode	11
4.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier	12
4.2 PICO skjema	13
4.3 Ethiske overveielser	14
4.4. Søkehistorikk	14
4.5 Kvalitetsvurdering av artikler	15
4.6 Analyse	15
5.0 Resultat og syntese	15
5.1 Preferanser for fysisk aktivitet	15
5.2 Barrierer for å gjennomføre treningsprogram	16
5.3 Betydningen av motivasjon ved fysisk aktivitet som behandling	17
6.0 Diskusjon	18
6.1 Resultatdiskusjon	18
6.1.1 Preferanser for fysisk aktivitet	18
6.1.2 Barrierer for å gjennomføre treningsprogram	20
6.1.3 Betydningen av motivasjon ved fysisk aktivitet som behandling	22
6.2 Methodediskusjon	24
7.0 Konklusjon	26
8.0 Kilder	29
Vedlegg nr. 1: Søkehistorikk	1-7
Vedlegg nr. 2: Litteraturmatriser	1-6
Vedlegg nr. 3: Sjekkliste	1-16

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1.0: Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Tabell 2.0: PICO skjema

1.0 Innledning

Depresjon representerer et globalt helseproblem, hvor til enhver tid mer enn 300 millioner mennesker rammes av sykdommen (Verdens Helseorganisasjon 2018). Norsk statistikk viser til at en av fem nordmenn får depresjon i løpet av livet (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs, & Øverland, 2018, s. 24). Ut i fra antall symptomer og alvorlighetsgraden av symptomene, deles klinisk depresjon inn i mild-, moderat- og alvorlig depressive episoder. Symptomer kan forstås som konstant tristhet/nedstemthet, ensomhet, økt tretthet samt nedsatt interesse og engasjement. Det eksisterer flere behandlingsalternativer som kan framstå som relevant for pasienter med depresjon, hvor fysisk aktivitet kan fungere som et symptomdepende tiltak i ledd av behandlingen. Fysisk aktivitet er i hovedsak rettet mot pasienter som har mild/moderat depresjon, og bygger på at regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å dempe depressive symptomer hos pasienter i denne diagnosegruppen (Helsedirektoratet, 2009). I følge flere metaanalyser viser det seg at effekten av fysisk aktivitet er større enn tidligere rapportert (Ekkekakis, 2015; Cooney et al., 2013). Helsepersonell har i relativt liten grad benyttet seg av denne kunnskapen i behandling av psykiske lidelser, men det ser nå ut til at fysisk aktivitet er på vei til å bli en mer etablert form eller supplement til behandling i psykiatrien (Helsedirektoratet, 2010, s. 3). Som aktivitetsleder for en gruppe mennesker berørt av ulike psykiske lidelser har jeg også fått erfare hvor viktig fysisk aktivitet er, med tanke på at gruppen skaper kontinuitet og sosial tilhørighet; aspekter som trolig kan være fraværende hos mange med mild til moderat depresjon. Likevel, gjennom mitt eget arbeidsforhold på et distriktpsikiatrisk senter har det blitt erfart at det kan være vanskelig å oppmuntre mennesker med depresjon til fysisk aktivitet, til tross for at en av arbeidsoppgavene som sykepleier er å aktivisere pasientene for å forebygge tankekjør, bygge relasjon og se det friske i pasienten. Det er dermed viktig å se nærmere på hvilke faktorer som skal til for å lykkes med å integrere fysisk aktivitet som en del av behandlingen i primær- og spesialisthelsetjenesten. Av den grunn ønsker jeg som fremtidig sykepleier å undersøke hvordan en kan tilrettelegge for fysisk aktivitet, ”når et så enkelt, billig og lett tilgjengelig tiltak er effektiv i behandling og forebygging av psykiske lidelser” (Martinsen, 2000, s. 1).

Ut i fra dette, er følgende problemstilling utformet:

2.0 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for fysisk aktivitet som et ledd i behandling av mild/moderat depresjon for mennesker over 18 år?

2.1 Avgrensing av problemstilling

Bacheloroppgaven vil ta for seg mennesker over 18 år med diagnosen mild/moderat depressiv episode, da studier som viser sammenheng mellom dyp depresjon og fysisk aktivitet i mindre grad er forsket på. Opphavet til at alvorlig deprimerte pasienter ikke er forsket mer på, kan komme av at klinisk erfaring tilsier at fysisk trening i seg selv ikke er et reelt behandlingsalternativ (Martinsen, 2000, s. 3). Barn og unge er et eksklusjonskriterium grunnet mangel på eksperimentelle og prospektive studier. Det foreligger dermed ikke nok forskning om fysisk aktivitet og eventuell behandlingseffekt på depresjon (Ommundsen, 2000, s. 1). Bacheloroppgaven vil ta for seg tilrettelegging av fysisk aktivitet ved å se på studier av pasientgruppens preferanser, barrierer og motivasjon gjennom behandlingen.

2.2.1 Begrepsavklaring

Depresjon er en tilstand med symptomer som senket sinnstemning, redusert energi, nedsatt interesse eller gledefølelse (Aare, Bugge & Juklestad, 2009, s. 81).

Fysisk aktivitet er definert som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur, som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (Folkehelseinstituttet, 2017). Begrepet er overordnet ved at det inkluderer alle kroppsbevegelser uavhengig av formål eller sammenheng (Eckbo, 2012, s. 6). Termer knyttet til fysisk utfoldelse kan for eksempel være arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring (Anderssen & Strømme, 2001, s. 2038).

3.0 Teori

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (2018) er depresjon på fjerdeplass over de ti lidelsene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Det kan forklares ved at depresjon ikke bare rammer mennesket psykisk, men også sosialt, somatisk, økonomisk og eksistensielt (Snoek & Engedal, 2017, s. 96). Både unge, voksne og eldre kan få depresjon. Det eksisterer flere underkategorier av depresjon, men teoridelen vil ta for seg symptomer, årsaksforhold og forekomst av mild, moderat og alvorlig depressiv episode. Det kalles depressiv episode, fordi de fleste depresjoner varer i en tidsbegrenset periode (Norsk psykologforening, 2018).

Symptomene blir blant annet forklart etter kodeverket ICD-10, som er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer som brukes i Norge (Direktoratet for e-helse, 2019).

3.1 Depresjon

3.1.2 Symptomer

Depresjon er kategorisert under stemningslidelser, som tilsvarer de psykiske sykdommene som fører til endring i humør og stemningsleie (Norsk legemiddelhandbok, 2019). Innenfor ICD-10 kodeverket skiller en mellom grunnsymptomer og tilleggssymptomer.

Grunnsymptomer: Manglende interesse eller glede av lystbetonte aktiviteter, nedsatt energi eller nedsatt stemningsleie

Tilleggssymptomer: Svekket konsentrasjon, lav grad av selvtillit og selvfølelse samt forestillinger om skyld og verdiløshet. Det senkende stemningsleie er tilnærmet lineært fra dag til dag. Somatiske symptomer er uttalt tretthet, nedsatt/økt appetitt, søvnforstyrrelser, motorisk uro, angst og tap av seksualdrift (Verdens helseorganisasjon, 2019).

For å diagnostiseres med depressiv episode, må vedkommende ha minst to grunnsymptomer, i tillegg til at sykdommen ikke kommer som et resultat av somatisk sykdom eller rusmisbruk (Norsk helseinformatikk, 2019). Graden av depresjon avgjøres ut i fra hvor mange tilleggssymptomer som er til stede:

Mild depressiv episode: Minst 2 grunnsymptomer samt 2 – 3 tilleggssymptomer. Pasienten er vanligvis bekymret over disse, men vil sannsynligvis være i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter.

Moderat depressiv episode: Minst 2 grunnsymptomer samt 4 eller flere tilleggssymptomer.

Det er sannsynlig at pasienten har store problemer med å fortsette ordinære aktiviteter.

Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer: 3 grunnsymptomer og minst 6 tilleggssymptomer. Mange av symptomene nevnt ovenfor er markerte og plagsomme, vanligvis tap av selvaktelse og forestillinger om verdiløshet eller skyld. Framtredende selvmordstanker – og handlinger er utbredte, og somatiske symptomer er vanligvis til stede (Verdens helseorganisasjon, 2019).

Felles for de ulike typene depresjon er sosial tilbaketrekning. Den deprimerte kan trekke seg unna nære relasjoner samt avstå fra å delta på sosiale hendelser (Hummelvoll, 2012, s. 199). Likevel kan det bygges opp et sterkt avhengighetsbehov til nære relasjoner, også helsepersonell. Pasienten kan også være var for kritikk eller avvisninger fra andre, som

bygger på at pasienten innehar lav selvaktelse og et usikkert selvbilde. I møte med mennesker med depresjon kan en av den grunn møte både isolasjon og taushet, samt et sterkt avhengighetsbehov (Hummelvoll, 2012, s. 207).

3.1.3 Etiologi og epidemiologi

Epidemiologiske tall tilsier at 15-25 prosent av alle kvinner og 7-12 prosent av alle menn opplever en behandlingskrevende depressiv episode (Norsk helseinformatikk, 2019).

Sykdommen er i stor grad tilbakevendende, ved at de som rammes i gjennomsnitt kommer til å erfare fire gjentatte episoder med depresjon gjennom livet (Helsedirektoratet, 2009, s. 10).

Årsaken til at mennesker får lidelsen, er basert på flere teorier (Norsk helseinformatikk, 2019). En kan dele mellom forhold som gjør personer sårbare for å utvikle depresjon, forhold som utløser depresjon og forhold som bidrar til å opprettholde depresjonen (Norsk psykologforening, 2018). Depresjon kan være genetisk arvelig i følge blant annet norske tvillingstudier, hvilket kan gjøre enkelte mennesker mer disponibel for å utvikle sykdommen. Andre forhold som utløser sykdommen kan være belastende livshendelser som samlivsbrudd, dødsfall i nære relasjoner, påvisning av somatisk sykdom eller tap av sosial status (Norsk legemiddelhandbok, 2019). Det må og bemerkes at det ikke nødvendigvis foreligger en utenforliggende årsak for å få depresjon. Komponenter som bidrar til opprettholde depresjonen er å avstå fra behandling, lite sosial omgang og passivitet rundt hverdagslige gjøremål (Norsk psykologforening, 2018).

3.2 Rett til brukermedvirkning: Sykepleiere som en begrensning eller forutsetning?

En grunnstein i behandling av sykdom er pasientens rett til medvirkning ifølge pasient -, og brukerrettighetsloven. I samarbeid med helsepersonell, har pasienten krav til å påvirke og utforme sin egen behandlingsform ut i fra egen evne til å gi og motta informasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Av den grunn plikter helsepersonell til å opptre lyttende samt anerkjennende til hva pasienten og pårørende kan fortelle om sine opplevelser og ønsker i behandlingssammenheng (Aare, Bugge & Juklestad, 2009, s. 250). Hvis pasienten eller brukeren ønsker det, kan dermed fysisk aktivitet implementeres som et ledd i behandling av depresjon. På samme måte kan også pasienten gjennom sin brukermedvirkning avstå fra fysisk aktivitet. Slik brukermedvirkning kan anses som et kvalitetskjennetegn i utøvelse av sykepleie (Kristoffersen, 2017, s. 246). En måte sykepleier kan tilrettelegge og integrere fysisk aktivitet på er å nedfelle fysisk aktivitet på pasientens timeplan eller individuelle plan (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Alle pasienter med langvarige og koordinerte helse - og

omsorgstjenester har krav på en slik plan i følge pasient - og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5). Den skal blant annet sikre pasienten et helhetlig, tverrfaglig og individuelt tilpasset tjenestetilbud jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §1). Utforming av den individuelle planen avhenger av at pasienten samtykker, som er det rettslige grunnlaget til å påbegynne planen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §17). I den individuelle planen skal det nedfelles pasientens mål, ressurser, koordinator, hvilke profesjoner det tverrfaglige arbeidet består av samt beskrivelse og gjennomføring av tiltak (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §19). I følge pasient - og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har pasienten krav på å bidra i arbeidet med utformingen, hvilket det også skal legges til tilrettelegges for. For å kunne bidra til økt fysisk aktivitet, er det en forutsetning at helsepersonell har kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse. I følge Norsk Sykepleierforbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer skal blant annet ”sykepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap”. Sykepleiere må på den måten tilegne seg kompetanse rundt nytteverdien samt brukererfaring av denne behandlingsformen, som et krav for å veilede og motivere pasienter for en mer aktiv hverdag (Helsedirektoratet, 2014, s. 79).

3.3 Fysisk aktivitet som behandlingsmetode mot depresjon

Framfor å behandle pasienter ut i fra et dualistisk menneskesyn som skiller mellom kropp og sinn, er det blitt et større fokus rundt det helhetlige menneske innenfor helsevesenet (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998, s. 6). Sett i den sammenheng, kan det psykososiale spille en vesentlig rolle ved somatisk sykdom, på samme måte som det fysiske kan ha innvirkning på den psykiske helsen. Ved å ta i bruk pasientens fysiske ressurser kan en dermed styrke livskvalitet og helsetilstand i psykisk helsevern. Et eksempel på dette, er fra det forrige århundre hvor psykiatriske sykehus gjerne ble bygd i tilslutning til gårdsbruk hvor pasientene ble satt til ulike kroppslige arbeidsoppgaver (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998, s. 6). Dette samsvarer med den første artikkelen i et psykiatrisk tidsskrift skrevet for 100 år siden, som omtalte fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon. Den beskrev hvordan moderat fysisk aktivitet medførte betydelig bedring i tankemessige, kroppslige og følelsesmessige problemer for to alvorlig deprimerte pasienter (Martinsen, 2018, s. 63). Siden den tid, representerer nå depresjon den psykiske sykdommen som er forsket mest på med tanke på bruk av fysisk aktivitet som behandling og forebygging (Martinsen, 2018, s. 58). Slike studier viser at fysisk aktivitet er en nyttig behandling ved mild-moderat depresjon, som målt i effekt stiller på lik linje med etablerte metoder som antidepressive legemidler og strukturert

psykologisk behandling (Martinsen, 2018, s. 72). Ulike former for fysisk aktivitet ser ut til å ha likeverdig antidepressiv effekt (Martinsen, 2000, s. 2). Med tanke på hvor mye fysisk aktivitet som bør gjennomføres for pasientgruppen, viser de fleste studier at trening to til tre ganger i uken med moderat intensitetsnivå har en positiv effekt på pasienter med depresjoner (Martinsen, 2018). Dette samsvarer med Helsedirektoratets anbefalinger om minimum 150 minutter trening i uka for voksne og eldre (Helsenorge, 2019). Det er foreslått flere hypoteser som ser på hvordan fysisk aktivitet påvirker den mentale helsen, men det vitenskapelige kunnskapsnivået som underbygger dem er alle begrenset (Martinsen, 2000, s. 4). I følge psykologiske virkningsmekanismer kan trening bidra til bedring av fysisk selvfølelse, fysisk selvoppfatning og kroppsbilde som totalt sett virker inn på selvfølelsen. Faktorer som bidrar til dette under fysisk aktivitet er mestringsfølelse samt distraksjon fra tankekjør (Martinsen, 2018, s. 55). Grunnen til at en opplever distraksjon kan forklares med utgangspunkt i begrepet ”flyt”, som er en positiv tilstand hvor en er fullstendig tilstedeværende og oppslukt i den aktiviteten man utøver, som resulterer i en form for lykkefølelse. Ifølge skaperen av begrepet, psykologen Mihaly Csikszentmihalyi, kan en øke sin livskvalitet hvis flyttilstander opptrer jevnlig som en del av hverdagen (Buchanan & Csikszentmihalyi, 1991, s. 80). Det er flere måter oppnå flyt på, og fysisk aktivitet er en av dem (Bergland & Narum, 2009). Fysisk aktivitet kan også medføre reduksjon av innsovnings – oppvåkningsproblemer, som er et velkjent symptom på depresjon. I følge dagens kunnskapsnivå kan jevnlig kondisjonstrening med moderat intensitet anbefales i forebygging og behandling av søvnforstyrrelser. Videre opplever flere med depresjon muskelspenninger som følge av anspenthet og stressreaksjoner, hvilket kan forebygges og behandles ved ulike treningsformer som for eksempel yoga (Martinsen, 2018, s. 55). Fysisk aktivitet i grupper kan også hjelpe pasientene med å føle en tilhørighet, samt bygge opp sitt sosiale nettverk for å dempe følelsen av ensomhet (Wester, Walhgren, Wedman & Ommundsen, 2008, s. 93-94). Av den grunn burde sykepleier sammen med pasient kartlegge treningstilbud tilpasset målgruppen i nærområdet, som for eksempel trening knyttet til kommunale Frisklivssentraler og andre lavterskeltilbud som Psykiatricaliansen i Bergen (www.psykiatricaliansen.no) og Aktiv på Dagtid i Oslo (Helsedirektoratet, 2010, s. 5).

3.4 Den transteoretiske modellen

Helsevesenet har en stadig viktigere rolle i å veilede pasienter i endringsprosesser og styrke deres motivasjon for endring (Eide & Eide, 2017, s. 257). Det er pasienten selv som skal utarbeide mål for endringsarbeidet, ønsker for behandling og støtte samt verdier som skal

realiseres (Eide & Eide, 2017, s. 258). Uavhengig av hvor pasienten befinner seg i prosessen, er det sykepleier som skal motivere, medvirke, informere og oppfordre pasienten til refleksjon slik at pasienten utvikler seg i sin endringsprosess. Det eksisterer mange modeller innenfor endringsveiledning, hvor den mest anerkjente er den transteoretiske modellen av psykologen James O. Prochaska og medarbeidere (Prochaska, 2013). Pasienten beveger seg nødvendigvis ikke kronologisk eller lineært gjennom de ulike fasene. Med det sagt, er det rom for tilbakefall som ikke forutsetter at pasienten trenger å starte på nytt igjen i fase 1 avhengig av konteksten og individuelle faktorer (Eide & Eide, 2017, s. 263).

Den transteoretiske modellen er kategorisert i seks ulike faser:

1. Føroverveielse:

Ulempene ved pasientens nåværende tilstand, som for eksempel inaktivitet, veier opp for fordelene av fysisk aktivitet. Relevante sykepleieoppgaver er å finne en balanse gjennom å informere og motivere uten å virke moraliserende og bedrive positivitetstyranni. Motiverende strategier baserer seg på å bekrefte alle hint om bekymringer og endringslyst. I tillegg må sykepleier respektere at en endringsprosess tar tid, og av den grunn anerkjenne pasientens følelser rundt den planlagte endringen (Eide & Eide, 2017, s. 266).

2. Overveielse:

Pasienten er ambivalent rundt endringsprosessen, og veier derfor fram og tilbake rundt fordeler og ulemper ved å forandre atferd (Eide & Eide, 2017, s. 267). I følge Prochaska (2013) teller argumenter for endring dobbelt så mye som argumenter mot. Sykepleier bør i denne fasen utforske og speile de negative og positive følelsene ovenfor problemet. En løsning kan være å la pasienten besvare hvor motivert hun er for en endring ved hjelp av en skala fra 1-10. Når svaret er avgitt, kan en diskutere hva som skal til for å øke motivasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 267).

3. Forberedelsesfasen

Beslutningen om endring er vedtatt, og tanker skal gå til handling. Sykepleier må her forberede pasienten for endring gjennom en handlingsplan (Eide & Eide, 2017, s. 270). I handlingsplanen skal det også defineres delmål og hovedmål. Årsaken til delmål er at i samtale med pasienter som har depresjon kan det være viktig å jobbe langsomt og mot små mål, som kan gi økt mestring (Heyn, 2018, s. 100). Handlingsplanen bør være konkret og tidsbestemt, men også i stor grad oppnåelig. Sykepleier kan også her benytte seg av en skala

fra 1-10 for å kartlegge hvor trygg pasienten er på å klare målet. Slik får en et tall på om målet er for ambisiøst eller oppnåelig (Eide & Eide, 2017, s. 270).

4. Handlingsfasen

I handlingsfasen følger pasient handlingsplanen, hvilket kan innebære utfordringer som hindrer pasienten i å nå sitt definerte mål. Av den grunn kan et møte med sykepleier bidra til å eventuelt justere målet samt lufte tanker og refleksjoner rundt den nye livsstilen (Eide & Eide, 2017, s. 271).

5. Vedlikeholdsfasen

En viktig del av vedlikeholdsfasen er å forebygge tilbakefall og opprettholde motivasjonen. Pasienten kan revurdere endringen, på bakgrunn av at han ikke lenger ser verdien av endringen eller savner gamle vaner. I følge Prochaska (2013) vil pasienten stå ovenfor fristelser for å avslutte endringsprosessen i et halvt - fem år. Risikofaktorer for å gi etter er blant annet stress, nedstemthet, ensomhet samt andre individuelle faktorer. Sykepleier har en sentral oppgave i å formidle at tilbakefall er naturlig, og at pasienten tar av den grunn med seg en viktig erfaring for å forebygge eventuelle nye tilbakefall (Eide & Eide, 2017, s. 271).

6. Avslutningsfasen

I følge Prochaska (2013) og medarbeidere hadde 20 prosent av røykere og alkoholikere nådd avslutningsfasen etter fem år. I denne fasen er endringen blitt etablert som en vane, og det er ikke lenger fare for tilbakefall.

3.5 Betydningen av mestringsforventning i endringsprosessen

Begrepet mestringsforventning (self-efficacy) beskriver individets tro på egne evner eller ferdigheter som er knyttet til å endre atferd. Slik mestringsforventning kan variere ut i fra hvilke krav aktiviteten, situasjonen eller ferdighetene krever. Ved hjelp av å utvikle mestringsforventninger, kan pasienten bevege seg fra et endringsstadium til et annet i den transteoretiske modellen. Sykepleier kan legge til rette for at pasienten mestringsforventning utvikles i positiv retning på flere måter; Ved at pasienten opparbeider positive erfaringer, vil mestringsfølelsen øke. Dermed bør sykepleier i første omgang legge til rette for lavterskelaktiviteter som pasienten behersker, som for eksempel å gå tur eller sykle. I tillegg kan positive kommentarer og sosial støtte fra psykologisk betydningsfulle andre i miljøet bidra til økt fysisk aktivitet, hvilket gjør gruppebaserte treningsprogram, som for eksempel gå-grupper, virkningsfulle. Ved at sykepleier tilrettelegger for at pasienten kan trene med

likesinnede og mennesker som har klart å bli mer fysisk aktiv, kan disse fungere som forbilder. På den måten kan pasienten få større tro på egne evner, og dermed øke sitt fysiske aktivitetsnivå. I og med at trening i seg selv er en grobunn for negative følelser som tretthet, smerte og kjedsomhet, bør sykepleier forsøke å dreie fokuset over på pasientens positive følelsesmessige og kroppslige tilstander. Sykepleier bør også trygge pasienten på at det er normalt å kjenne på slike følelser under og etter trening. For å takle disse negative følelsene, forutsettes det en viss grad av positive mestringsforventninger hos pasienten, som har vist seg å være en viktig faktor for atferdsendring rundt fysisk aktivitet (Wester et al., 2008, s. 93-94).

3.6 Fallgruver i arbeidet mot å motivere for endring

For å forstå hvordan sykepleier kan motivere for endring er det sentralt å se på faktorer som *ikke* motiverer til endring. En alminnelig tilnærming som kan framstå som demotiverende er at sykepleier kommer med gode, velmente råd. Dette virker mot sin hensikt da man som helsepersonell overtar rollen og ansvaret for å løse problemet, fremfor å utfordre pasientens ressurser, kreativitet og vilje til endring. Vanlige kommunikative fallgruver i møte med pasienten er videre moralisering og en overdrevent positiv holdning. Med moralisering menes det at sykepleier formidler til pasienten hvordan han burde være eller opptre, framfor å vise forståelse for pasientens sårbarhet. En slik moralisering virker demotiverende av flere grunner. En kan blant annet komme i fare for å trække på pasientens selvfølelse. Når normen er å være mer i mer aktivitet, og dette oppleves som truende og vanskelig, skaper moralisering lett følelsen av å ikke være god nok. Moralisering, ved å presse pasienten til å være mer fysisk aktiv, kan for pasienten oppleves som truende hvis vedkommende sin strategi for å beskytte seg selv og bevare en viss grad av kontroll i situasjonen er å være passiv (Eide & Eide, 2017, s. 65). En siste tilnærming til endring som virker negativt er såkalt positivitettyranni. Her har sykepleier en overdrevent positiv holdning som man forventer at pasienten også skal inneha, uavhengig av hvordan pasienten har det eller opplever sin egen livssituasjon. Framfor å anerkjenne og opptre lyttende, overser en og unnlater personens negative følelser og bekymringer. På den måten misbruker sykepleier sin maktposisjon, siden hun unnlater pasientens rett til å uttale seg om sine reelle følelser og behov (Eide & Eide, 2017, s. 67). Slik blir ikke pasienten sett og hørt, men derimot fornektet og oversett. Dette strider i mot de yrkesetiske retningslinjene som tilsier at sykepleier skal respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (Norsk sykepleieforbund, 2011).

3.7 Sykepleieteori: Dorothea Orems egenomsorgsteori

Valgt sykepleieteori baserer seg på Dorothea Orems egenomsorgsteori. Orem er en amerikansk, anerkjent forfatter og sykepleier som har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land, blant annet Norge (Grimsbø, 2016, s. 1). Orem mener at sykepleierens overordnede mål er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Videre, som et delmål, skal sykepleierne kompensere for svikt i pasientens egenomsorg (Grimsbø, 2016, s. 3). Egenomsorg kan, i følge Orem, defineres som “de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære” (Orem, 2001, s. 43). Et viktig delmål for sykepleiere er derfor å erstatte, lindre og stabilisere egenomsorgskapasitet når det er nødvendig, og utvikle den der det er mulig. Handlinger som er rettet mot egenomsorgsbehovene, kan utføres av personen selv, av andre eller av sykepleieren (Grimsbø, 2016, s. 3). En viktig del av egenomsorgshandlinger er at de er basert på mål, som på forhånd er identifisert og bevisstgjort før de utføres (Grimsbø, 2016, s. 1).

I følge Orem (2001, s. 48) kan en dele egenomsorgsbehov inn i tre kategorier knyttet til det å opprettholde helse, normal funksjon, utvikling og velvære (2001, s. 48); *.De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene* tar for seg menneskets utvikling fra unnfangelse til død, hvor det er enkelte forhold som gir utvikling, skapes og vedlikeholdes gjennom livssyklusen. *De helsesviktsrelaterte egenomsorgsbehovene* ser på svikt i normalfunksjonen, som fører til økt behov for å forebygge slik at det ikke blir ytterligere svikt. *De universelle egenomsorgsbehovene* er knyttet til åtte tiltak, som er nødvendig for å ivareta og vedlikeholde livsprosesser, samt fysisk og psykisk funksjon. To av disse tiltakene kan være relevant for problemstillingen:

Å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile

- Å velge aktiviteter som stimulerer, engasjerer og opprettholder balanse mellom fysisk bevegelse, følelsesmessig respons, intellektuelle evner og sosial interaksjon.
- Å oppfatte og reagere på behovet for hvile og aktivitet
- Å utnytte personlige evner, interesser, verdier og kulturelle normer for å utvikle et personlig aktivitets- og hvilemønster (Grimsbø, 2016, s. 4).

Å opprettholde balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt

- å opprettholde kvaliteten og balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt for å fremme selvstendighet og sosial tilhørighet
- å skape følelsesmessige bånd, kjærlighet og vennskap uten å utnytte andres individualitet, integritet og rettigheter
- å fremme muligheten for sosial varme og nærhet, for kontinuerlig utvikling og tilpasning
- utvikle selvstendighet og sosial tilhørighet (Grimsbø, 2016, s. 4).

Videre beskriver Orem såkalte terapeutiske egenomsorgskrav, som kan beskrives som de egenomsorgsbehovene pasienten ikke klarer å dekke selv. Sykepleier bør kartlegge svikt i disse behovene, og videre utarbeide en plan for hvordan behovene skal ivaretas. Behovene kan dekkes gjennom pasienten selv, sykepleier eller en kombinasjon. Dekkes ikke disse kravene, øker risikoen for redusert funksjon, utvikling, helse og velvære. Etter en slik type kartlegging, bør sykepleier undersøke pasientens egenomsorgskapasitet. Det vil si å vurdere pasientens evne til å møte kravene til handling. I tillegg må sykepleier se om det er samsvar eller misforhold mellom pasientens egenomsorgskapasitet og de terapeutiske egenomsorgskravene. Er det samsvar, kan pasienten ivareta sin egenomsorg og behovet for sykepleie er ikke til stede. Er det derimot misforhold, er det behov for sykepleie. Under sykdom reduseres egenomsorgskapasiteten ved at krav til handling ofte øker, ofte ved at pasientens ressurser er redusert. Ressurssviktene kan beskrives som lite forståelse og kunnskap, nedsatt evne til å vurdere, bedømme og beslutte samt svikt i evnen til å iverksette og gjennomføre målrettede handlinger (Grimsbø, 2016, s. 7). Sykepleiers rolle kan beskrives som en "hjelpetjeneste". Til tross for at oppgavene som gjennomføres kan fremstå som enkle, er det alltid problematisk å utføre noe for et annet menneske som selv ikke kan, må eller muligens ikke ønsker å gjøre noe. En slik hjelp skal tilpasses ut i fra pasientens personlighet og livssituasjon (Grimsbø, 2016, s. 8).

4.0 Metode

Metode kan defineres som en systematisk framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander (Dalland, 2017, s. 53). Det er problemstillingen som bestemmer hvilken metode som er mest hensiktsmessig å benytte seg av (Thidemann, 2015, s. 77). Ved kvalitativ metode kan en undersøke menneskets opplevelser og erfaringer, hvilket trolig kan gi viktig innsikt til for eksempel hvordan fysisk aktivitet oppleves for den enkelte. Likevel er

en slik metode vanligvis basert på relativt lite utvalg, som ikke kan sies å være representativt for et større flertall (Helsebiblioteket, 2016c). Ved kvantitativ metode ser en på målbare data som videre kan brukes i statistiske beregninger og formidles i form av ulike tabeller. En slik metode er effektiv hvis en ønsker å se på objektive data i fremstillingen av for eksempel oversikter, hypoteser og sammenligninger (Thidemann, 2015, s. 78). Metoden som er valgt i bacheloroppgaven er litteraturstudie. Et slikt studie baserer seg på systematiske søk etter vitenskapelige originalartikler i relevante databaser, med mål om å sammenfatte det hele gjennom kritisk vurdering (Støren, 2013, s. 39). På den måten bunner oppgaven i forskning fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207), hvor det er litteraturen i seg selv en skal studere (Støren, 2013, s. 16-17). Det vil dermed settes krav til undertegnede informasjonskompetanse, i form av å avdekke relevante søkeord samt benytte seg av flere søketjenester for å finne de mest aktuelle artiklene (Støren, 2013, s. 37).

4.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Ved å ta i bruk inklusjons – og eksklusjonskriterier blir søkene pålitelig da en annen person kan få samme søkeresultat ved å bruke like nøkkelord (Støren, 2013, s. 38). Kriteriene er vurdert i lys av problemstillingen, som et bidrag til å optimalisere relevante søk i de resultatene en får gjennom databasene. Denne bacheloroppgaven tar for seg mennesker som kun har mild/moderat depresjon, dermed vil ulike undergrupper av depresjon, samt andre psykiske og somatiske lidelser ekskluderes. Artikler med IMRaD-modellen er valgt som et inklusjonskriterium, i og med at de fleste internasjonale tidsskrifter krever en slik oppbygning. Den inneholder en naturvitenskapelig struktur, med innledning, metode, resultater og diskusjon (Støren, 2013, s. 15). Grunnen til at forskning før år 2013 er ekskludert, er for å bygge oppgaven på de nyeste studiene. Fysisk aktivitet som implementert behandlingsmetode er relativt nytt og et fag i stadig utvikling, og på den måten kan eldre artikler basere seg på motstridende funn (Folkehelseinstituttet, 2019). På en annen side kan det tenkes at litteratur fra etter år 2013 kan ha blitt bygget på aktuell kunnskap fra før år 2013. Årsaken til at andre språk enn engelsk og skandinaviske språk er ekskludert, er at ved å inkludere andre språk måtte det tas i bruk oversettelsesprogram hvilket kan svekke undertegnede forståelse for teksten.

Tabell 1.0: *Inklusjons – og eksklusjonskriterier*

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter over 18 år	Pasienter under 18 år
Mild / moderat depresjon	Alvorlig depresjon
Artikler med fysisk aktivitet som behandlingsmetode	Artikler uten fysisk aktivitet som behandlingsmetode
Artikler som følger IMRaD - struktur	Artikler som ikke følger IMRaD - struktur
Artikler med autoriserte helsepersonell-perspektiv herunder psykolog, psykiater, sykepleie, fysioterapi, miljøterapeut og helsefagarbeider	Artikler med alternative terapeutiske perspektiv som for eksempel kiropraktikk, akupunktur, hypnose og tradisjonell kinesisk medisin
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk	Artikler som er skrevet på andre språk enn engelsk eller skandinavisk
Studier publisert etter 2013	Studier publisert før 2013
Studier som er publisert i tidsskrift hvor artiklene er fagfellovurderte	Studier som er publisert i tidsskrift hvor artiklene ikke er fagfellovurderte

4.2 PICO skjema

PICO skjema er anvendt som et strukturert hjelpemiddel som kan bidra til å klargjøre spørsmålet for videre litteratursøk. PICO elementene består av pasientgruppe (P), intervensjon (I), sammenligning av tiltak (C) og utfallet (O). Sammenligning av tiltak er ekskludert grunnet litteraturstudiet ikke tar sikte på å sammenligne intervensjonsgrupper mot en kontrollgruppe (Helsebiblioteket, 2016a).

Tabell 2.0: *PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2016a).*

Patient	Intervention:	Comparison:	Outcome:
Mennesker >18 år som har mild/moderat depressiv episode	Fysisk aktivitet som behandlingsmetode		Reduksjon i grunn- og tilleggsymptomer på mild/moderat depressiv episode ved hjelp av fysisk aktivitet.

4.3 Etiske overveielser

Et viktig punkt under etiske overveielser er at intervensjons – og kontrollgruppene i kliniske studier ikke skal bli utsatt for fysisk/psykisk smerte før, under og etter i etterkant av forsøkene. Deres integritet, anonymitet og frivillighet skal bevares og de involverte skal ha rett på vern mot innsyn av sitt privatliv (Olsson og Sørensen, 2003, s. 57-58). Sistnevnte punkter bør som følge av god forskningsetikk nedfelles i et fritt informert samtykkeskjema, som er et samtykke avgitt av deltakerne etter tilstrekkelig og grundig informasjon om studiet er overbrakt. De fleste helsemyndigheter og medisinske tidsskrift pålegger at informert samtykke skal foreligge for at studier skal godkjennes (Jusleksikon, 2011). I og med at bacheloroppgaven skrives som et litteraturstudium, kreves det at teksten baserer seg på faglitteratur og ikke egne meninger. Dermed vil god kildekritikk være sentral for å unngå plagiat og gi kreditering til forfattere av det gjeldende verket. Riktige kildehenvisninger, i dette tilfelle gjennom APA-6th referansestilen, er en forutsetning som kvalitetssikrer hvor informasjonen kommer fra (Thidemann, 2015, s.12).

4.4. Søkehistorikk

Søkene for å komme frem til relevante artikler baserer seg på fem databaser; PubMed, CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE og ScienceDirect. Bakgrunnen for valg av PubMed som fagressurs er at den er konsentrert rundt helsefaglige tidsskrifter, hvilket er relevant for å besvare problemstillingen i oppgaven. I likhet med sistnevnte database, inneholder også CINAHL tidsskrifter om sykepleie og tilgrensende fag. Cochrane Library ser på forskning om

effekten av ulike tiltak for forebygging og behandling, som er relevant grunnet problemstillingen retter seg mot fysisk aktivitet som behandlingsmetode (Høgskolen på Vestlandet, udatert). Medline er den mest brukte databasen for helsepersonell, og inkluderer forskningsartikler innen sykepleie (Thidemann, 2019, s. 85). ScienceDirect er tatt i bruk på grunnlag av deres store utvalg av vitenskapelige fulltekstartikler innen helsefag (Høgskolen på Vestlandet, udatert). Søkene er kombinert i form av de boolske operatorene OR og AND for å avgrense og besvare problemstillingen. Det er også valgt engelsk/skandinavisk språk under søk i alle søkemotorene, med unntak av ScienceDirect, da det ikke lykkes undertegnede å velge språk som filter. Søkehistorikk i sin helhet finnes som *vedlegg nummer 1 - søkehistorikk*.

4.5 Kvalitetsvurdering av artikler

For å kunne kvalitetsvurdere vitenskapelige artikler, er kunnskap om ulike forskningsmetoder nødvendig (Thidemann, 2019, s. 90). Kvalitetsvurdering har som hensikt å kritisk overveie studien bak forskningsartikkelen. En måte å kritisk vurdere artikler på er å benytte sjekklister fra Helsebiblioteket (2016b) hvilket har blitt benyttet i denne litteraturstudien. Sjekklister er valgt ut i fra hvilke type studiedesign artiklene representerer, som i dette tilfelle er kvalitativ metode, tverrsnittstudie og randomisert kontrollert studie. De fire valgte artiklene er også publisert i fagfellovderte tidsskrift, som er en kvalitetssikring av vitenskapelige artikler. Artikler som er fagfellovdert er vurdert og godkjent av eksperter innenfor de gitte områdene før de blir publisert (Forsberg & Wengstrøm, 2013).

4.6 Analyse

Fullstendig presentasjon av valgte artikler finnes i sin helhet som *vedlegg 2 - litteraturmatriser*.

5.0 Resultat og syntese

Resultat og syntese baserer seg på tre gjennomgående hovedfunn fra artiklene; Preferanser for fysisk aktivitet, barrierer for å gjennomføre treningsprogram samt betydningen av motivasjon ved fysisk aktivitet som behandling.

5.1 Preferanser for fysisk aktivitet

I følge Busch, Ciccolo, Puspitasari, Nosrat, Whitworth & Stults-Kolehmainen (2016, s. 71) foretrakk deltakerne med mild-moderat depresjon hovedsakelig et individuelt tilpasset

treningsprogram, hvilket er trukket frem som et hovedfunn. Et annet hovedfunn fra artikkelen av Searle, Haase, Chalder, Fox, Taylor, Lewis & Turner (2014, s. 1438) var å få utøve brukermedvirkning over hvilken aktivitet de selv skulle gjennomføre, samt sette egne mål i samarbeid med veileder, som videre hadde stor betydning for deres autonomi. Flere preferanser for et treningsopplegg var i følge Busch et al. (2016, s. 70), en varighet mellom 30-60 minutter, deltagelse 3-4 ganger i uken samt trening utført på et moderat intensitetsnivå. De fleste foretrakk å trene hjemme (64.2%) fremfor å trene ved treningssenter (17.5%) /medisinsk senter (3.2%) eller ingen preferanser (15.2%). Videre ønsket 67.4% å trene alene fremfor i grupper (12.2%) / ingen preferanse (20.5%). Gåing var den mest foretrukne formen for fysisk aktivitet (30%), etterfulgt av vektløfting (16.3%), yoga (9.2%) og dans (9.2%). Menn foretrakk vektløfting mer enn kvinner, mens kvinner foretrakk yoga signifikant mer enn menn. 50% av deltakerne foretrakk å trene med en veileder, hvor det var forskjell i hvordan menn og kvinner foretrakk å møte sin veileder. De fleste menn foretrakk å treffes personlig eller gjennom en videolink, mens kvinner ønsket å holde kontakten gjennom e-posttjenester (Busch et al., 2016, s. 70). Mange deltakere beskrev det å møte veilederen personlig, var like viktig som å holde kontakten gjennom telefonsamtaler. Deltakerne foretrakk også at det første møtet med veilederen deres skulle være et fysisk møte, for å “å sette et navn på ansiktet”, etablere tillit samt reduserte den opplevde barrieren noen av deltakerne hadde for å prate i telefonen. Forutsetninger for en god veileder var egenskaper som å opptre støttende, ikke-dømmende og interessert i deres forsøk på å være mer fysisk aktiv. Det å stifte et godt forhold til veilederen, var for mange avgjørende for å føle at de var i stand til å gjennomføre treningsprogrammene (Searle et al., 2014, s. 1435).

5.2 Barrierer for å gjennomføre treningsprogram

Resultat fra Helgadóttira, Hallgren, Kullberg & Forsell (2018, s. 106-107) viste at i løpet av 12 uker deltok 32.3% av alle pasientene i minst én økt per uke, mens 40.7% deltok i null økter. Tre faktorer var assosiert med lavere deltakelse og et gjennomgående hovedfunn i artikkelen; bruk av tobakk, alkohol og mindre fleksible arbeidstider. Deltakerne som røykte tobakk daglig hadde 52% mindre deltakelse enn de som ikke røykte. De som hadde et stort inntak av alkohol trente 42% mindre enn de som hadde et normalt inntak av alkohol. Med tanke på faktoren fleksible arbeidstider, deltok de som måtte på arbeid til fastsatte tider 39% færre ganger i gjennomsnitt enn de som hadde fleksitid. Busch et al. (2016, s. 70) fant på en annen side at barrierer for å trene var mangel på motivasjon (73.6%) , dårlig humør (64.8%) samt tretthet (64.7%). Høyere grad av depressive symptomer målt i baseline var ikke

ensbetydende med lavere deltakelse (Helgadóttira et al., 2018, s. 106). I følge Pickett, Kendrick & Yardley (2017, s. 105) var miljøet hvor den fysiske aktiviteten ble gjennomført avgjørende for opplevelsen. Flere av deltakerne nevnte at de følte seg ukomfortabel da de trente steder de ikke var kjent med, som for eksempel et nytt treningssenter eller en treningsklasse. Dette gjaldt hovedsakelig for de deltakerne som ikke identifiserte seg som ”sporty” eller ikke var vant med å være i fysisk aktivitet. En deltaker beskriver det slik ”Just going to the gym made me even more depressed, because I didn’t like the gym, I didn’t like the people there, I was the only woman there and they were all, all male body builders” (Pickett et al., 2017, s. 105). Hvis den fysiske aktiviteten oppleves som kjedelig ble den også karakterisert som en barriere i følge Pickett et al. (2017, s. 105) og Busch et al. (2016, s. 71).

5.3 Betydningen av motivasjon ved fysisk aktivitet som behandling

I følge Pickett et al. (2017, s. 104) var de individene som ble drevet av indre motivasjon mer fysisk aktive enn de som ble drevet av ytre motivasjon. Dette kan henge sammen med funn fra Busch et al. (2016, s. 71), som indikerer at de som er mer fysisk aktiv fra før av, har en høyere interesse for å delta i et treningsprogram utarbeidet for deprimerte, framfor de som har et nåværende mindre aktivitetsnivå. Et motstridende funn var at høyt nivå av fysisk aktivitet ved baseline ikke fungerte som en indikasjon for om deltakerne fulgte treningsprogrammet (Helgadóttira et al., 2018, s. 108). Ytre motivasjon for å bedrive fysisk aktivitet kunne være eksterne faktorer, som å måtte gå på tur med hunden, vektnedgang eller at venner oppmuntret til å bli med på treningssenteret. Deltakerne som ble drevet av indre motivasjon beskrev at de ville være fysisk aktiv, fremfor å føle at de måtte være fysisk aktiv grunnet ytre motivasjoner. En slik indre motivasjon inkluderte også viljen til å ville forbedre seg i tillegg til å oppleve øktene som givende. Selv om de fleste individene startet med fysisk aktivitet av ytre motiverte grunner, begynte de fleste gradvis å bli motivert av indre faktorer. En deltaker beskrev at fysisk aktivitet ikke oppleves som en effektiv behandling, siden hun ikke fant øktene hun deltok i som givende eller spennende (Pickett et al., 2017, s. 105).

Nøkkelelementer og et hovedfunn for at pasienten skulle bli indre motivert for å fullføre øktene kunne beskrives som: Å oppnå en god følelse ved å glede seg over de fysiske sensasjonene og hvordan kroppen følte; ha et formål og mål; finne øktene givende eller få en følelse av mestring; fokusere på øyeblikket; oppdage personlige evner samt delta i et inkluderende og behagelig miljø (Pickett et al., 2017, s. 105). Grad av depresjon så ikke ut til å påvirke om pasienten var indre eller ytre motivert for fysisk aktivitet (Pickett et al., 2017, s. 106). En annen motivasjonsfaktor for å bedrive fysisk aktivitet blant noen av deltakerne var å

trene med en partner eller en fast treningsgruppe. På den måten ble terskelen for å avstå fra en økt høyere, i tillegg til at de følte tilhørighet (Searle et al., 2014, s. 1437). Det å bli fulgt opp av en profesjonell veileder kunne virke motiverende, da det skapte følelser av kompetanse, samhörighet, autonomi og selvtillit. Veilederen benyttet seg av metoden motiverende intervju, som ble individuelt tilpasset for hver enkelt deltaker. Veileders rolle bestod av å støtte og engasjere deltakerens situasjon, som var av stor betydning for at deltakeren skulle øke sitt engasjement og motivasjon. Flere av deltakerne mente at veilederen deres lyttet til de uten å dømme, og interesserte seg i deres forsøk på å bli mer aktiv. Majoriteten av deltakerne uttalte også at de hadde følt seg komfortable med veilederen sin og måten han arbeidet på (Searle et al., 2014, s. 1435). Ved å etablere jevnlig kontakt med veilederen, økte også motivasjonen til å engasjere seg i livet både innenfor og utenfor arbeidsplassen, hvilket økte følelsen av å være inkludert i et fellesskap (Searle et al., 2014, s. 1436). Sistnevnte funn kan samsvare med Pickett et al. (2017, s. 106), hvor fysisk aktivitet i seg selv ga motivasjon til å være mer delaktig på andre arenaer i livet.

6.0 Diskusjon

6.1 Resultatdiskusjon

6.1.1 Preferanser for fysisk aktivitet

Sykepleiers oppgave er å kartlegge og tilrettelegge for hvilken type aktivitet pasienten ønsker, slik at pasientene får benyttet sitt krav om brukermedvirkning (Pasient og brukerrettighetsloven, 1998, § 3-1). De fleste deltakerne ønsket et individuelt tilpasset treningsprogram (Busch et al. 2016, s. 71), og det er derfor sannsynlig å tenke at en individuell plan kan brukes som et hjelpemiddel for å kartlegge og tilrettelegge aktiviteten etter den enkeltes preferanser. På den måten kan en trolig systematisere den fysiske aktiviteten, ved å sette konkrete planer på når og hvordan tiltakene skal utføres. En individuell plan gir også rom for tverrfaglige samarbeid, hvilket kan bidra til en større forståelse og kunnskap for de helhetlige behovene pasienten kan ha. Sykepleiere burde også tilrettelegge med de yrkesetiske retningslinjene i bakhånd, hvor profesjonen skal utøves på bakgrunn av *“forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap”* (Norsk sykepleieforbund, 2011). Slik brukerkunnskap finner en igjen i de ulike artiklene, hvor én av temaene er hvorvidt deltakerne ønsket å trene alene eller i grupper. Flertallet av deltakerne i følge Busch et al. (2016, s. 70) foretrakk treningsprogram som kunne utføres alene i eget hjem fremfor i grupper på treningssenter. Årsaken til dette kan være flere; Mange som lider av mild-moderat depresjon opplever sosial tilbaketrekning eller isolasjon som følge av

sykdommen (Hummelvoll, 2012, s. 199), hvilket kan tenkes å gjøre oppmøte i grupper problematisk. Det å føle på at en ikke passet inn i treningsgruppene som ble foreskrevet og ikke finne en sosial tilhørighet, kan sannsynligvis forårsake at en heller velger å trene alene for å skåne seg selv. På den måten kan det tenkes at et inkluderende treningsmiljø er viktig, om ikke avgjørende, for at deltakere skal møte opp på trening. Gruppetrening kan ha flere fordeler som å skape tilhørighet og dempe følelsen av ensomhet (Wester et al., 2008, s. 93-94.), med den forutsetning at pasienten klarer å identifisere seg med de andre som trener i miljøet. Dette kan ses ved funn fra Searle et al. (2014, s. 1437), hvor det å trene med en partner ble en pådriver for å møte opp til de avtalte øktene. Ved at sykepleier legger til rette for at pasienten kan alliere seg med slike likesinnede som har klart å bli mer fysisk aktiv, kan pasienten oppleve mestring og dermed øke sitt fysiske aktivitetsnivå (Wester et al., 2008, s. 93). Sykepleier og pasient kan derfor sammen forsøke å kartlegge hvilke treningstilbud som finnes i nærmiljøet, for å stimulere til slik gruppetrening. På den måten kan en forebygge sosial isolasjon og forhåpentligvis skape en tilhørighet mellom pasienten og gruppen. Det eksisterer likevel fordeler ved både å trene alene og i grupper, og i følge sykepleierteoretikeren Orem, bør en forsøke å finne en balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt (Grimsbø, 2016, s. 4). Ved å trene alene, kan pasienten øve på å dempe sitt avhengighetsbehov til andre, som kan fremtre under depresjon (Hummelvoll, 2012, s. 207), og dermed øke grad av selvstendighet og egenomsorg (Grimsbø, 2016, s. 4). Ved gruppetrening kan pasienten ta del i et sosialt fellesskap, som kan dempe følelsen av ensomhet og isolasjon og styrke mestring (Wester et al., 2008, s. 93-94). I samvær med andre kan en også ifølge Orem skape en følelse av sosial tilhørighet bygget på varme og nærhet (Grimsbø, 2016, s. 4). Det kan derfor være en fordel at sykepleiere tilrettelegger for fleksible treningsprogrammer som kombinerer det å trene alene og i grupper. Det er på bakgrunn av at begge former har klare fordeler, samt det eksisterer et bredt spekter på hvilken type fysisk aktivitet pasienten foretrekker.

I følge Busch et al. (2016, s. 70) foretrakk 50% av deltakerne å trene sammen med en veileder, som bar preg av en ikke-dømmende holdning samt viste støtte og interesse for deres forsøk på å være mer fysisk aktiv (Searle et al., 2014, s. 1435). Det å opptre med en slik holdning, er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene som tilsier at sykepleier skal respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (Norsk sykepleieforbund, 2011). Likevel, kan det trolig by på utfordringer å inneha denne typen holdning i møte med den deprimerte pasienten. Pasienter med mild-moderat depresjon kan i flere sammenhenger være

taus og vise nedsatt interesse for lystbetonte aktiviteter (Verdens helseorganisasjon, 2019). I møte med stillhet og redusert interesse, kan dermed sykepleier bedrive positivitetstyranni, som et forsøk på at en overdrevent positiv holdning skal smitte over på pasienten. I tillegg kan sykepleier i sin veilederrolle framstå som moraliserende (Eide & Eide, 2017, s. 65), fremfor å lytte til hvordan pasienten ønsker at behandlingen skal ta form (Pasient og brukerrettighetsloven, 1998, § 3-1). Det er derfor viktig at veileder i fysisk aktivitet legger til rette for at brukererfaring skal være en viktig del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2014, s. 79). På den måten viser sykepleier en ikke-dømmende holdning som veileder. I tillegg, ved å lytte til pasientens preferanser, kan pasienten oppnå en høyere grad av autonomi og dermed ta eierskap over aktiviteten (Searle et al., 2014, s. 1438). Dette er eksemplifisert i sitatet under fra en 44 år gammel mann som lider av mild depresjon:

Just the general friendly attitude, and when you actually talked to the PAF they was actually listening and – taking it in, and not just like there thinking, ‘Oh alright, if I let him talk for a little while then, you know, I’ve done my job’, sort of thing. You felt like the person was interested in what you had to say and in your problem, and not just there for the sake of it (Searle et al., 2014, s. 1435).

Sykepleiere burde derfor tilegne seg kompetanse rundt nytteverdien samt brukererfaring hvis fysisk aktivitet skal benyttes som et ledd i behandlingen, som et krav for å veilede og motivere pasienter for en mer aktiv hverdag (Helsedirektoratet, 2014, s. 79).

6.1.2 Barrierer for å gjennomføre treningsprogram

Årsaken til den relative lave deltakelsen i treningsprogrammet av Helgadóttira et al. (2018, s. 106-107), kan ha bakgrunn i at symptomer på depresjon i seg selv er en barriere for å møte opp på trening. Eksempler på dette gjenspeiles i barrierene til Busch et al. (2016, s. 70), hvor barrierene beskrives som redusert motivasjon, tretthet og dårlig humør. Følelsen av å være trett kan også oppstå som en konsekvens av den fysiske belastningen kroppen utsettes for etter trening (Wester et al., 2008, s. 93). Videre vil egenomsorgskapasiteten svekkes ved sykdom, hvilket får følger for å møte opp på aktiviteter. Årsaken er ressursvikt hos personen, som kan lede til redusert evne til å iverksette og gjennomføre målrettede handlinger (Grimsbø, 2016, s. 7), som for eksempel planlagt fysisk aktivitet. Det kan dermed tenkes å være utfordrende for sykepleier å tilrettelegge for aktivitet, når en blir møtt med slike symptomer, i tillegg til at pasientene ikke alltid ønsker å gjennomføre aktiviteten. Pasienten kan også føle at han ikke behøver å utføre den gitte treningsøkten, selv om det kan styrke hans egenomsorgskapasitet og står nedfelt i den individuelle planen. I møte med slike forestillinger, bør sykepleie baseres på pasientens personlighet og livssituasjon (Grimsbø,

2016, s. 8). Det kan tenkes at sykepleier burde forsikre seg om at pasienten er klar over at han kommer til å bli sliten av fysisk aktivitet, og videre trygge vedkommende på at dette er helt normalt. Videre burde pasienten gjennom sine mestringsforventninger og ved hjelp av sykepleier øve på å rette fokus mot de positive effektene av fysisk aktivitet, fremfor de negative følelsene. Dette viser seg å være en avgjørende faktor for å gjennomføre trening over tid (Wester et al., 2008, s. 93-94). En kan i den sammenheng si at det er nødvendig at sykepleieren kartlegger barrierene til den enkelte pasienten før en starter med fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Til tross for at symptomer på depresjon kan være en barriere for fysisk aktivitet (Busch et al., 2016, s. 70), er det ikke bevist en korrelasjon mellom høy grad av symptomer og lavere treningsdeltakelse (Helgadóttira, 2018, s. 108). På den måten er trolig symptomer på depresjon ikke nødvendigvis en barriere, og en kan med fordel anbefale fysisk aktivitet til tross for at pasienten lider av flere symptomer. Det må likevel bemerkes at studiene som er inkludert i bacheloroppgaven baserer seg hovedsakelig på mennesker med mild-moderat depresjon, og resultatet kunne vært annerledes hvis en også inkluderte de med alvorlig depresjon.

En annen barriere for fysisk aktivitet er beskrevet som å ikke ha tid til å trene (Busch et al., 2016, s. 71), som kan ha sammenheng med at de som måtte på arbeid til fastsatte tider trente 39% færre ganger i gjennomsnitt enn de som hadde fleksitid (Helgadóttira, 2018, s. 106). Det at pasienten føler han ikke har tid til å trene, kan samsvare med at preferansene til lengde på treningsøkter var en sammenhengende bolk på 30-60 minutter som kunne gjennomføres tre til fire ganger i uken over minimum 12 uker (Busch et al., 2016, s. 70). En slik lengde på treningsøktene er mer enn hva norske helsemyndigheter setter som sin minimumsanbefaling per uke (Helsenorge, 2019), og i følge Martinsen (2018) er det tilstrekkelig med trening to til tre ganger i uken for å redusere symptomer på depresjon. På den måten kan det tenkes at hvis sykepleier legger til rette for en slik treningsmengde, og det ikke er oppnåelig, vil det å trene i seg selv være en barriere. I og med at 40.7% av deltakerne deltok på null økter i løpet av tolv uker, kan det dermed være mer overkommelig for deltakerne å tilrettelegge for trening som nevnt to-tre ganger i uken i en startfase (Martinsen, 2018), fremfor tre-fire ganger i uken som Busch et al. (2016, s. 70) nevner som en preferanse. Sykepleier bør av den grunn tilpasse øktene etter hvor mye tid en kan sette av til trening, som med fordel kan nedfelles i den individuelle planen for å systematisere treningen.

Det at øktene oppleves som kjedelig var nevnt som en barriere for fysisk aktivitet av Pickett

et al. (2017, s. 105) og Busch et al. (2016, s. 71). Dette viser trolig viktigheten av å treffe på hvilke type aktivitet en introduserer til pasientene, særlig i en startfase hvor fysisk aktivitet enda ikke er etablert i hverdagen. Som følge av depresjon har også pasienten nedsatt interesse for lystbetonte aktiviteter (Verdens helseorganisasjon, 2019), hvilket kan ha blitt overført til den fysiske aktiviteten som pasienten har forsøkt. Sykepleier bør i den sammenheng forsøke å kartlegge hvilke forventninger pasienten har til fysisk aktivitet, slik at forventningene svarer til den faktiske opplevelsen av fysisk aktivitet. På den måten kan en diskutere hvilken aktiviteter pasienten ikke kunne tenke seg og årsaken bak begrunnelsen, slik at en kan forebygge slike "kjedelige" aktiviteter. Sykepleier kan forsøke å se på tidligere brukererfaring hvor øktene ble beskrevet som givende, slik at en ikke ender opp med å tilrettelegge for økter som oppleves kjedelige. Elementer i en slik givende og hyggelig økt var blant annet en opplevelse av å være i nuet samt oppdage nye personlige evner som førte til mestring (Pickett et al., 2017, s. 105). Likevel er det ikke nødvendigvis slik at deltakerne som betegnet dette som en givende økt, ville beskrevet det samme etter deres første møte med fysisk aktivitet. Det er fordi opplevelsen og forventningene til fysisk aktivitet kan endres over tid (Pickett et al., 2017, s. 105) Selv om pasienten så på seg selv som mindre sporty og dermed ikke fant seg til rette i treningsgruppen, kan denne opplevelsen trolig endres etterhvert som pasienten opplever positive mestringsforventninger til fysisk aktivitet. En bør av den grunn muligens være forsiktig med å støtte oppunder pasientens påstand om at den fysiske aktiviteten var kjedelig, før pasienten gjentatte ganger har forsøkt den. På en annen side igjen, har pasienten krav på å benytte sin brukermedvirkning (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1), og sykepleier må dermed tilrettelegge den fysiske aktiviteten etter pasientens ønsker til tross for få forsøk på å like økten.

6.1.3 Betydningen av motivasjon ved fysisk aktivitet som behandling

De deltakerne som var drevet av indre motivasjon hadde et høyere nivå av fysisk aktivitet enn de som var drevet av ytre motivasjon (Pickett et al., 2017, s. 104). En kan på den måten tenke at hvis sykepleier klarer å tilrettelegge for at pasienten går fra ytre til indre motivasjon, som i studiet av Pickett et al. (2017, s. 105), er det større sannsynlighet for at pasientene gjennomfører gitt treningsprogram samt fortsetter med fysisk aktivitet etter endt behandling. I og med at en barriere for å trene var mangel på motivasjon (Busch et al., 2016, s. 70), styrkes også årsaken til at sykepleier burde undersøke måter å oppnå indre motivasjon på. Det kan være grunn til å tro at det er urealistisk å oppnå indre motivasjon i en startfase. Likevel bør en viktig del av tilretteleggingen være å spørre etter pasientens motivasjonsfaktorer, hvor en

videre ut i fra svaret kan kartlegge om pasientens fysiske aktivitet er motivert av indre eller ytre faktorer. En slik kartlegging bør trolig gjennomføres med jevnlig mellomrom, for å undersøke om motivasjonen endres etter hvert som pasienten bedriver fysisk aktivitet. I følge den transteoretiske modellen vil pasienter som har mindre treningsbakgrunn befinne seg i fase en eller to, hvor det å begynne med fysisk aktivitet fortsatt har flere ulemper enn fordeler (Eide & Eide, 2017, s. 266-267). I den sammenheng vil likevel ikke høyt nivå av fysisk aktivitet ved baseline være en indikasjon for om deltakerne klarte å følge det gitte treningsprogrammet (Helgadóttira et al., 2018, s. 108). En kan dermed tenke at et slikt funn antyder at de som er i mindre aktivitet eller inaktive, også har gode forutsetninger til å følge et treningsprogram. Dette argument kan brukes til å motivere pasienter som tviler på egne evner til å sette i gang og opprettholde et treningsregime. Videre viste Pickett et al. (2017, s. 105) at de fleste individene startet med fysisk aktivitet av ytre motiverte grunner, som gradvis gikk over i indre motivasjon. På den måten kan en også trygge pasient på at en muligens må gjennom noen økter før aktiviteten i seg selv føles givende. Det kan dermed stilles spørsmål til hvilken aktivitet sykepleier burde legge til rette for øke deres motivasjon i en startfase. I første omgang burde en fokusere på de positive opplevelsene av fysisk aktivitet, som kan gi en følelse av mestring. Når pasienten lykkes, vil troen på egne evner styrkes. Ved å tilrettelegge for lavterskelaktiviteter som for eksempel gåing, er det grunn til å tro at pasienten mestrer uavhengig av sine mestringsforventninger til fysisk aktivitet (Wester et al., 2008, s. 93). Gåing ble også nevnt som den mest ønskelige formen for fysisk aktivitet av mennesker med mild til moderat depresjon (Busch et al., 2016, s. 70), hvilket har blitt bekreftet fra eget arbeidsforhold hvor pasienter med sistnevnte diagnose ofte foretrekker å gå på tur med de ansatte som valgt aktivitet. Ved å bedrive aktivitet med pasienten trekker en samtidig inn det sosiale aspektet, som antakeligvis styrker relasjonen mellom sykepleier og pasient. En kan dermed tenke at sykepleieren i seg selv blir en motivasjonsfaktor for å trene, med den forutsetning at sykepleieren legger til rette for aktiviteter hvor pasienten opplever mestring og trygghet. Når pasienten nærmer seg fase tre og fire i den transteoretiske modell, er det sannsynlig å tenke at sykepleier sammen med pasient bør utarbeide delmål og hovedmål for treningsintervensjonen (Eide & Eide, 2017, s. 270). Det å skrive ned disse målene i pasientens individuelle plan kan trolig har flere fordeler; det vil blant annet skape en tidsbestemt oversikt for både pasienten og det tverrfaglige teamet som er involvert. På den måten får en også kartlagt hvem som er ansvarlig, i tillegg til pasienten, for tiltakene som skal til for å nå de spesifikke målene. For at målene skal virke motiverende, kan en tenke seg at ved å utarbeide realistiske delmål økes mestringsfølelsen og muligens en indre motivasjon

som driver pasientene til å trene videre for å nå hovedmålene. Dette bekreftes av Pickett et al. (2017, s. 105), hvor deltakerne fant fysisk aktivitet givende ved at den fysiske aktiviteten i seg selv bygget på mål som i stor grad var oppnåelige. Mange av deltakerne beskrev indre motivasjon som en iboende vilje til å forbedre seg i den fysiske aktiviteten, hvilket er sannsynlig å øke gjennom målsetting (Pickett et al., 2017, s. 104). Den individuelle planen legger også til rette for justeringer og revisjoner, hvilket følgelig kan inkludere endring av målsettinger underveis (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §19). På den måten er det rom for at pasient og sykepleier sammen velger nye mål for neste periode, som trolig kan virke motiverende for pasienten. Sykepleier bør derfor undersøke pasientens indre/ytre motivasjonsfaktorer, og eventuelt trykke pasienten på at øktene muligens vil føle mer givende etter hvert som tiden går og motivasjonen for å trene endres. Den indre motivasjonen kan økes på flere måter; blant annet ved at sykepleier tilrettelegger for lavterskelaktiviteter som styrker mestringsforventningene til fysisk aktivitet, fellestreninger med sykepleier for å styrke relasjonen samt et samarbeid mellom sykepleier og pasient for å utarbeide realistiske og oppnåelige mål.

6.2 Metodediskusjon

Det eksisterer omfattende og forskningsbasert dokumentasjon om at fysisk aktivitet er en nyttig behandling ved mild-moderat depresjon (Martinsen, 2018, s. 58), hvilket bekreftes gjennom de fire inkluderte studiene. Til tross for dette er en svakhet i bacheloroppgaven artikler som beskriver konkret hvordan sykepleie som profesjon kan tilrettelegge for fysisk aktivitet. Hadde det lyktes å finne artikler som besvarte problemstillingen med sykepleier i fokus, kunne en fått et annet svar på problemstillingen. Årsaken til at det ikke er funnet artikler rettet konkret mot problemstillingen, kan ha bakgrunn i undertegnede manglende erfaring med litteratursøk og søkestrategier. Likevel er søkene basert på fem ulike søkemotorer rettet mot medisinske fag samt 12 søkeord per database, hvilket gir grunn til å tro at søket er gjennomført på en tilstrekkelig måte. Hadde søkeordene blitt kombinert på en ny måte, kunne en på annen side muligens fått opp artikler som var av mer relevans. Til gjengjeld har bibliotekar på høgskolen blitt benyttet i én time for å hjelpe med søkestrategier samt bidra til et smalere utvalg av artikler. Det er også tatt i bruk høgskolen sine egne ressurser som omhandler søketeknikker og hvordan man kombinerer søkeord. Søkene er i tillegg kombinert i form av de boolske operatorene OR og AND for å avgrense og besvare problemstillingen. En annen mulig forklaring på manglende konkrete funn er at fysisk aktivitet er på vei til å bli en mer etablert form eller supplement til behandling i psykiatrien,

og derfor vil det sannsynligvis ikke foreligge mye forskning rundt hvordan sykepleier kan benytte denne kunnskapen. En siste grunn som kan bekrefte at det er lite relevant forskning for valgt problemstilling, er at en av inklusjonskriteriene baserte seg på forskning kun fra de syv siste årene. Det kan dermed tenkes at litteratur som kunne ha vært mer relevant gikk tapt. Likevel kan en ikke utelukke at de valgte artiklene baserer seg på forskning før år 2013.

Til tross for manglende konkrete funn rettet mot profesjonen, er det likevel forsøkt å rette drøftingen opp i mot et sykepleieperspektiv, ved å blant annet inkludere de yrkesetiske retningslinjene og Orems egenomsorgsteori. I og med at andre yrkesgrupper er inkludert, kan det tenkes at informasjonen som er avdekket er mindre overførbart til sykepleie. På en annen side kan det være fordeler ved å trekke inn andre yrkesgrupper, som vist i Searle et al. (2014, s. 1432), hvor veilederne bestod av mennesker med høyere utdanning innen psykologi eller idrettsvitenskap. På en slik måte kan sykepleiere få et nytt blikk på hvordan andre profesjoner velger å se på tilrettelegging av fysisk aktivitet. Det er mulig at det er mye ny kunnskap som igjen kan ha en overførbart verdi til sykepleie som profesjon. Dette kan igjen legge til rette for et tverrfaglig samarbeid, med den helhetlige pasient i fokus. Slik kan en også øke fokuset på hvilke yrkesgrupper som burde være involvert i et tverrfaglig samarbeid, hvis pasienten ønsker å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for eksempel ved en psykiatrisk avdeling.

Inklusjonskriteriet for publisering av inkluderte artikler er satt til 2013, da kunnskapsgrunnlaget om ulike effekter av fysisk aktivitet som behandling stadig vokser (Folkehelseinstituttet, 2019). Den eldste inkluderte artikkelen i bacheloroppgaven er fra 2014, hvor en kan argumentere for at en slik artikkel muligens kunne ha funnet nye resultater per dags dato. På samme måte strekker sykepleierteorien fra Dorothea Orem seg tilbake til 1971, og det er dermed usikkert om teorien er overførbart til utøvelse av norsk sykepleie i 2020. Det skal riktignok nevnes at Orem har publisert sin siste reviderte utgave av *Nursing: Concepts of Practise* senest i 2001, hvor hun har klargjort og utdypet begrepene sine. En ser også at teorien hun beskriver er bekreftet i noen av funnene som er gjort. En kan likevel ikke se vekk i fra at de inkluderte artiklene kan ha basert seg på eldre kunnskap fra før år 2013, hvilket kan gjøre kunnskapsgrunnlaget mindre overførbart til nåværende dato.

I og med at artiklene er fra England, Sverige og USA kan en diskutere om disse er gode nok i

forhold til å være kulturspesifikke og gjeldende for norsk helsevesen. Likevel, brukes ICD-10 kodeverket av alle WHO's medlemsland, slik at kriteriene for mild-moderat depresjon er like for alle land (Direktoratet for e-helse, 2019). Artikkelen av Helgadóttira et al. (2018) benytter seg også av MADRS skala for å måle grad av depresjon, som også er oversatt til norsk for bruk i norsk helsevesen (Norsk helseinformatikk, 2020). En videre svakhet ved bacheloroppgaven er at det i artiklene av Kendrick et al. (2017) og Searle et al. (2014) inkluderes mennesker utenom den kliniske diagnosen mild-moderat depresjon. Årsaken til at de likevel er inkludert, er at utvalget deres hovedsakelig består av mennesker som har mild-moderat depresjon, og kan dermed sies å være representativt for pasientgruppen. De fire inkluderte artiklene er også skrevet på engelsk, som kan medføre feilaktige oversettelser og nedsatt forståelse av helheten til studiene. På en annen side, har undertegnede benyttet seg av elektroniske ordbøker for best mulig gjengivelse av de ulike artiklene.

Det er valgt å trekke inn fire artikler hvor av to har kvalitativ metode og to har kvantitativ metode, på grunnlag av metodene sine fordeler og ulemper. Hadde en kun inkludert kvalitativ metode, kunne trolig bacheloroppgaven bidratt til mer kunnskap rundt hvorfor og hvordan opplevelsen av fysisk aktivitet var, hvilket kan sies å være relevant for problemstillingen. Likevel er det et relativt smalt utvalg i kvalitative studier i forhold til kvantitative studier, og det ble av den grunn valgt å trekke inn RCT og tverrsnittstudier da de representerte et større utvalg. Disse artiklene kunne også si mer om prevalens i form av objektive data, som ga et godt sammenligningsgrunnlag ved å undersøke blant annet ulike preferanser og barrierer for fysisk aktivitet.

7.0 Konklusjon

Hensikten med bacheloroppgaven var å besvare hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for fysisk aktivitet som et ledd i behandling av mild/moderat depresjon for mennesker over 18 år. For å finne ut hvordan fysisk aktivitet kunne tilrettelegges, var det sentralt å kartlegge hvilke aktiviteter pasienten foretrakk for å styrke pasientens autonomi og brukermedvirkning. I tillegg måtte aktiviteten være givende nok til at den ikke fremsto som en barriere, men snarere en motivasjon. Hvis sykepleier la til rette for aktiviteter som pasienten kunne mestre, var det trolig mer sannsynlig at pasienten erfarte indre motivasjon. Sykepleiere i seg selv kunne være en motivasjon for fysisk aktivitet, så fremt det ble arbeidet etter en ikke-dømmende og støttende holdning. Da det ikke lyktes undertegnede å finne artikler hvor

sykepleie som profesjon ble representert, ble det forsøkt kompensert med å drøfte problemstillingen i lys av et sykepleieperspektiv. Det er av den grunn mer behov for å øke kunnskapsgrunnlaget til hvordan sykepleie kan tilrettelegge for fysisk aktivitet gjennom videre studier. I tillegg hadde det i framtidige studier vært interessant å undersøke hvordan fysisk aktivitet oppleves for pasienter med mild-moderat depresjon fra et kvalitativt perspektiv. På den måten kan en trolig optimalisere en slik type form for behandling, ved å se på den enkeltes erfaringer, barrierer og motivasjonsfaktorer.

8.0 Kilder

- Anderssen, S.A. & Strømme S.B. (2001). Fysisk aktivitet og helse anbefalinger: Tidsskriftet den norske legeförening, 17, 2037-2041.
- Aare, T.F., Bugge P., & Juklestad S.I. (2009). Psykiatri for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergland, A. & Narum, I. (2009). Livskvalitet og salutogenese: Flyt og eldre damer. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 6(02), 100-109.
- Buchanan, R., & Csikszentmihalyi, M. (1991). Flow: The Psychology of Optimal Experience. Design Issues, 8(1), 80.
- Busch, A., Ciccolo, J., Puspitasari, A., Nosrat, S., Whitworth, J., & Stults-Kolehmainen, M. (2016). Preferences for exercise as a treatment for depression. Mental Health and Physical Activity, 10, 68-72.
- Cooney, G.M, Dwan, K., Creig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh F.R., McMurdo, M., & Mead, G.E. (2013). Exercise for Depression. JAMA, 311(23), 2432.
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (6. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Direktoratet for E-helse (2019). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Hentet fra: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Eckbo, B. (2012). *Har fysisk aktivitet effekt på depresjon?* (Prosjektoppgave). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29645/Depresjonxogxfysiskxaktivitet-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekkekakis, P. (2015). Honey, I shrunk the pooled SMD! Guide to critical appraisal of systematic reviews and meta-analyses using the Cochrane review on exercise for depression as example. Mental Health and Physical Activity, 8, 21-36.
- Folkehelseinstituttet (2017, 30. Juni). *Fysisk aktivitet i Noreg*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Folkehelseinstituttet (2019, 12. November). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_5

- Grimsbø, G.H. (2016). Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Hentet fra:
<http://grunnleggende-sykepleie.com/novus/upload/file/Grunnleggende%20sykepleie%202016/Sykepleieteoretikere/Orem.pdf>
- Hallgren, M., Helgadóttir, B., Herring, M. P., Zeebari, Z., Lindefors, N., Kaldo, V. Lindefors, N., Ojehagen, A. & Forsell, Y. (2016). Exercise and internet-based cognitive–behavioural therapy for depression: multicentre randomised controlled trial with 12-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 209(5), 414-420.
- Helsebiblioteket (2016a, 03. Juni). *PICO*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket (2016b, 03. Juni). *Sjekklistor*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket (2016c, 07. Juni). *Kvalitativ metode*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær-og spesialisthelsetjenesten.
- Helsedirektoratet (2010, April). *Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Hentet fra:
<http://www.fritidforalle.no/getfile.php/3710422.2331.tauxdfbsqw/fysisk+aktivitet+og+psykisk+helse.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helgadóttir, B., Hallgren, M., Kullberg, C. L., & Forsell, Y. (2018). Sticking with it? Factors associated with exercise adherence in people with mild to moderate depression. *Psychology of Sport and Exercise*, 35, 104-110.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.11.011>
- Helsenorge (2019, 02. Januar). *Så aktiv må du være*. Hentet fra:
<https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/rad-om-fysisk-aktivitet>
- Heyn, L. G. (2018) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Høgskolen på Vestlandet (udatert). *Søk etter fagressursar*. Hentet fra:
<https://hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Jusleksikon (2011, 11. Desember). *Informert samtykke*. Hentet fra:

https://jusleksikon.no/wiki/Informert_samtykke

Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Ommundsen, Y. (2008). Å bli fysisk aktiv. I Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 84-102). Oslo: Fagbokforlaget

Kristoffersen N.J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I Grimsbø, G. H. (Red), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (s. 193-253). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Norsk Helseinformatikk (2019, 22. Februar). *Diagnostikk av depresjon*. Hentet fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-diagnostikk/>

Norsk Helseinformatikk (2020, 02. Januar). *MADRS (Montgomery And Åsberg Depression Rating Scale)*. Hentet fra:

<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/psykiatri/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madrs/>

Norsk legemiddelhåndbok (2019, 03. Juni). *T5.5 Depresjoner*. Hentet fra:

<https://www.legemiddelhandboka.no/T5.5/Depresjoner>

Norsk psykologforening (2018, 16. April). *Hva er depresjon?* Hentet fra:

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-depresjon>

Martinsen, E.W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 25, – 1 – 7.

Martinsen, E.W. (2018). Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi. Bergen: Fagbokforlaget.

Moe, T., Retterstøl N. & Sørensen, M. (1998). Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Olsson, H og Sørensen, S (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ommundsen, Y. (2000). Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskriftet den norske legeforening*, 29, – 1 – 11.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice*. 6. utg. St. Louis: Mosby Year Book.

Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63.

Hentet fra:https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-5

- Pickett, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2017). "A forward movement into life": a qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 100-109.
- Prochaska, J.O. (2013). The transtheoretical model of behaviour change. I M.D. Gellman & J.R. Turner (red.), *Encyclopaedia of behavior medicine* (s. 1997-2000). New York: Springer.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport 2018:1).
- Searle, A., Haase, A. M., Chalder, M., Fox, K. R., Taylor, A. H., Lewis, G., & Turner, K. M. (2014). Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care. *Journal of health psychology*, 19(11), 1430-1442.
- Støren, I. (2013). Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thideman, I.J (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget.
- Verdens Helseorganisasjon (2018, 22. Mars). *Depression*. Hentet fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Verdens Helseorganisasjon (2019, 01. Januar) ICD:10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkehistorikk er utformet med utgangspunkt i eksempel fra Thidemann (2015, s. 89).

Tabell 1.0: *Søkehistorikk fra databasen PubMed*

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
21.02.20	1	Depression OR mild depression OR moderate depression OR sadness	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	166425			
21.02.20	2	Exercise OR training OR physical activity	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	902900			
21.02.20	3	Intervention studies	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	300203			
21.02.20	4	Dose-response	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	132674			
21.02.20	5	Preferences	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	139594			
21.02.20	6	Treatment	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	3171785			
21.02.20	7	Patient adherence	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	54549			
21.02.20	8	Randomized controlled trials	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	224670			
21.02.20	9	S1 AND S2	Publisert fra år 2013-2020,	51417	4	2	1

			Norsk/engelsk språk.				
21.02.20	10	S9 AND S3 AND S4	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	1185	8	4	1
21.02.20	11	S9 AND S5 AND S6	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	11471	4	4	
22.02.20	12	S9 AND S7 AND S8	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	2984	1		

Tabell 2.0 Søkehistorikk fra databasen CINAHL

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
21.02.20	1	Mild depression OR moderate depression OR sadness	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	2910			
21.02.20	2	Exercise OR training OR physical activity	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	176393			
22.02.20	3	Intervention studies	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	2363			
22.02.20	4	Dose-response	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	16630			
22.02.20	5	Preferences	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	14277			

22.02.20	6	Treatment	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	488137			
22.02.20	7	Patient adherence	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	5586			
22.02.20	8	Randomized controlled trials	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	76875			
22.02.20	9	S1 AND S2	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	153743			
22.02.20	10	S9 AND S3 AND S4	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	975	2		
22.02.20	11	S9 AND S5 AND S6	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	975	1		
22.02.20	12	S9 AND S7 AND S8	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	12	1	1	1

Tabell 3.0: Søkehistorikk fra Cochrane Library

Søkedato	Søknr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
22.02.20	1	Mild depression OR moderate depression OR sadness	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	275			
22.02.20	2	Exercise OR training OR physical activity	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	831			
22.02.20	3	Intervention studies	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	2911			
22.02.20	4	Dose-response	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	48			
22.02.20	5	Preferences	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	356			
22.02.20	6	Treatment	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	3951			
22.02.20	7	Patient adherence	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	15	1		
22.02.20	8	Randomized controlled trials	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	4732			
22.02.20	9	S1 AND S2	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	817	3	2	
22.02.20	10	S9 AND S3	Publisert fra år	627	2		

		AND S4	2013-2020, Norsk/engelsk språk.				
22.02.20	11	S9 AND S5 AND S6	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	636	1		
22.02.20	12	S9 AND S7 AND S8	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	636	4	2	

Tabell 4.0: Søkehistorikk fra MEDLINE gjennom OVID tilgang

Søkedato	Søk nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
26.02.20	1	Mild depression OR moderate depression OR sadness	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	3583			
26.02.20	2	Exercise OR training OR physical activity	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	295494			
26.02.20	3	Intervention studies	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	223649			
26.02.20	4	Dose-response	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	93552			
26.02.20	5	Preferences	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	34612			
26.02.20	6	Treatment	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	1695462			

26.02.20	7	Patient adherence	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	14395			
26.02.20	8	Randomized controlled trials	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	225621			
26.02.20	9	S1 AND S2	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	234534			
26.02.20	10	S9 AND S3 AND S4	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	8	2	2	
26.02.20	11	S9 AND S5 AND S6	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	455	3	3	
26.02.20	12	S9 AND S7 AND S8	Publisert fra år 2013-2020, Norsk/engelsk språk.	9	1	1	

Tabell 4.0: Søkehistorikk fra ScienceDirect

Søkedato	Søk nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
27.02.20	1	Mild depression OR moderate depression OR sadness	Publisert fra år 2013-2020	8058			
27.02.20	2	Exercise OR training OR physical activity	Publisert fra år 2013-2020	122883			
27.02.20	3	Intervention studies	Publisert fra år 2013-2020	91062			
27.02.20	4	Dose-response	Publisert fra år 2013-2020	29118			
27.02.20	5	Preferences	Publisert fra år 2013-2020	38905			
27.02.20	6	Treatment	Publisert fra år 2013-2020	597116			
27.02.20	7	Patient adherence	Publisert fra år 2013-2020	8987			
27.02.20	8	Randomized controlled trials	Publisert fra år 2013-2020	39228			
27.02.20	9	S1 AND S2	Publisert fra år 2013-2020	105101	5	1	1
27.02.20	10	S9 AND S3 AND S4	Publisert fra år 2013-2020	75109	2	1	
27.02.20	11	S9 AND S5 AND S6	Publisert fra år 2013-2020	75124	1	1	
27.02.20	12	S9 AND S7 AND S8	Publisert fra år 2013-2020	75124	2	2	

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

Litteraturmatriser er utformet med utgangspunkt i eksempel fra Thidemann (2015, s. 90).

Tabell 1.0: *Litteraturmatrise for artikkel 1*

	Artikkel 1, funnet i søk nr. 10 i databasen Pubmed
Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Busch, A.M., Ciccolo J.T., Puspitasari, Norsat, S., Withworth, J.W. & Stults-Kolehmainen, M.A. 2016 Mental Health and Physical Activity 10 (2016) 68-72 USA
Tittel på artikkel	Preferences for exercise as a treatment for depression.
Type studie	Tverrsnittstudie.
Hensikten med studien	1) Undersøke grad av interesse for å delta i et treningsprogram utformet for mennesker med depresjon 2) Preferanser for et slikt treningsprogram 3) Barrierer for å øke fysisk aktivitet 4) Eventuelle kjønnsforskjeller i de overnevnte målene.
Metode	Online spørreundersøkelse hvor man spurte om følgende: Individets demografi, nåværende treningsnivå målt i METS/uke, ønske om å delta i et treningsprogram rettet mot deprimerte, preferanser og struktur for et treningsprogram for deprimerte samt barrierer for å trene. Deltagerne fikk mellom tre og fire svaralternativer på hvert spørsmål, med unntak av demografi-kategorien hvor spørsmål som rase, alder, inntekt og seksuell legning ble svart fritt uten valgalternativer.
Utvalg/populasjon	N= 102 deltagere fra 18-62 år, med en gjennomsnittsalder på 39.4 år hvor 47 menn og 51 kvinner deltok. Utvalget måtte minimum score ≥ 10 på selvrapporteringsskjemaet Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8). Gjennomsnittlig score for PHQ-8 var 16.8. Alle deltagerne måtte også ha godkjent minst én av de to kardinalsymptomene på depresjon etter gjennomført PHQ-8 undersøkelse, lese engelsk flytende og bo i USA.
Hovedfunn/resultater	Resultatene ble analysert i SPSS V18 og presentert etter kjønn (mann/kvinne) på grunn av veletablerte kjønnsforskjeller ut i fra treningspreferanser. Begge kjønn mente de største barrierene for å delta i fysisk aktivitet var fatigue, mangel på motivasjon og manglende støtte fra familie og venner. Preferanser for fysisk aktivitet var et individuelt tilpasset og veiledet treningsprogram som kunne utføres i eget hjem. Videre foretrakk de fleste gåing som aktivitet. Likevel var det store forskjeller i hva kjønnene

	svarte på de ulike spørsmålene.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er kvalitetsvurdert som god gjennom Helsebiblioteket sin sjekkliste for vurdering av tverrsnittstudier (Helsebiblioteket, 2016b).
Redegjort for etiske overveielser	Studiet ble godkjent av Miriam Hospital Institutional Review Board.

Tabell 2.0: Litteraturmatrise for artikkel 2

	Artikkel 2, funnet i søk nr. 9 i databasen ScienceDirect
Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Kendrick, T., Pickett K. & Yardley 2017 Mental Health and Physical Activity (2017) 100-109 England
Tittel på artikkel	“A forward movement into life”: A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression
Type studie	Kvalitativt
Hensikten med studien	1) Å undersøke menneskers erfaringer og endringsprosesser i bruk av fysisk aktivitet for å håndtere depresjon og nedsatt stemningsleie 2) Å belyse endringsprosessen ved å fokusere på individer som har og ikke har funnet fysisk aktivitet gunstig for depresjon eller nedsatt stemningsleie.
Metode	Deltakere ble rekruttert gjennom det engelske helsesystemet, annonser ved et universitet og en lokale treningsgruppe. Depresjon eller nedsatt stemningsleie ble ikke definert i forskningsbeskrivelsen, slik at deltakere utenfor det engelske helsesystemet kunne delta på bakgrunn av deres vurdering om de hadde eller ikke hadde hatt negative/positive opplevelser med fysisk aktivitet som behandling. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført i private rom eller på et universitet med lydopptaker og deretter transkribert ordrett. Deltakere ble spurt om deres nåværende og tidligere erfaring med fysisk aktivitet, hvorfor de brukte fysisk aktivitet til å håndtere depresjon/nedsatt stemningsleie, deres erfaring da de begynte å bedrive fysisk aktivitet og deres fysiske, følelsesmessige og psykiske reaksjon av fysisk aktivitet. I tillegg ble de spurt om deres erfaring med å bedrive fysisk aktivitet over tid og fysisk aktivitets rolle i å håndtere deres

	<p>depresjon/nedsatte stemningsleie. På slutten av intervjuet ble informasjon om demografi, fysisk aktivitets status, depresjon/nedsatt stemningsleie status, og om de mottok behandling samlet.</p>
Utvalg/populasjon	<p>N = 26 fra 21-65 år med en gjennomsnittsalder på 40 år, hvor 6 menn og 20 kvinner deltok.</p> <p>Deltakerne hadde følgende lidelser: Depresjon (n=16), bipolar lidelse (n=2), selvrapportert depresjon uten klinisk vurdering (n=2), selvrapportert nedsatt stemningsleie (n=4) og usikker på de hadde blitt diagnostert eller ikke med depresjon (n=2).</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Deltakerne følte at fysisk aktivitet hjalp på deres depresjon ved å gi en følelse av engasjement i livet. De deltakerne som hadde negative eller blandede opplevelser med fysisk aktivitet, vektla at aktiviteten måtte være hyggelig for at den skulle oppleves nyttig og givende. For enkelte førte de positive opplevelsene av fysisk aktivitet til en visshet om at gjennom aktiviteten oppnådde de en god følelsene, som ledet til gjentakelse. Dette førte dem fra en ytre motivasjon til en indre motivasjon som bidro til å overkomme barrierer for å være aktive.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Artikkelen er kvalitetsvurdert som god gjennom Helsebiblioteket sin sjekkliste for vurdering av kvalitativ metode (Helsebiblioteket, 2016b).</p>
Redegjort for etiske overveielser	<p>Godkjennelse fra University of Southampton etiske komité, etisk godkjenning fra forskningsstyret fra Isle of Wight, Portsmouth – og South East Hampshire Lokale forskning – og etiske komite samt Southampton City Primary Care NHS Trust til å rekruttere pasienter fra generellpraksis. Det ble i tillegg delt ut et skriftlig samtykkeskjema før hvert intervju startet.</p>

Tabell 3.0: Litteraturmatrise for artikkel 3 :

	Artikkel 3, funnet i søk nr. 12 i databasen CINAHL
Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Helgadóttira, B., Hallgren, M., Kullberg, C.L.E. & Forsell, Y. 2018 Psychology of Sport & Exercise 35 (2018) 104-110 Sverige
Tittel på artikkel	Sticking with it? Factors associated with exercise adherence in people with mild to moderate depression
Type studie	Randomisert kontrollert studie
Hensikten med studien	Trening er en effektiv behandling for depresjon, men lite etterlevelse/overholdelse (adherence) er vanlig. Hensikten med studiet var å avdekke i hvilken grad treningsintervensjoner følges, med fokus på faktorer som kan avgjøre hvorvidt mennesker med depresjon gjennomfører et gitt treningsprogram.
Metode	<p>Studiet rapporterer sekundære analyser fra et parallelt enkelt-blind randomisert kontrollerte studie blant seks fylker/regioner i Sverige: Exercise and internet-based cognitive behavioural therapy for depression (Regassa): a multicenter randomised controlled trial with 12-month follow-up (Hallgren et al., 2016). Hensikten med Regessa studiet var å sammenligne ulike behandlingsmetoder for depresjon; Behandling som vanlig, fysisk aktivitet eller internettbasert kognitiv atferdsterapi.</p> <p>I dette studiet er det kun tatt utgangspunkt i deltagerne som ble randomisert til fysisk aktivitet som behandlingsmetode (n=310).</p> <p>Treningsprogrammet ble utformet ut i fra tre ulike intensitetsnivåer; lett (n=106), moderat (n=105) eller høy-intensitet (n=99).</p> <p>Programmene skulle bli utført i 55 min, tre ganger i uken i 12 uker. Resultatene ble målt gjennom pulsklokke eller selvrapporing (78.4% vs. 21.6%).</p>
Utvalg/populasjon	N = 310 deltakere fra 18-67 år med en gjennomsnittsalder på 41.1 år . 219 kvinner og 91 menn deltok. Et kriterium for å delta i intervensjonen var score ≥ 10 på selvrapporingsskjemaet Patient Health Questionnaire-9. Den gjennomsnittlige MADRS scoren for utvalget ved baseline var 22.1 (SD=7.0), hvilket er kategorisert som

	moderat depresjon.
Hovedfunn/resultater	Deltagerne ble delt inn i 3 kategorier ut i fra antall økter gjennomført: <i>Adherers</i> (12 eller flere økter), <i>Sub-adherers</i> (1-11 økter) og <i>Non-adherers</i> (0 økter). Deltagerne i gruppen <i>Adherers</i> (32.7%) trente gjennomsnittlig 22.9 (STD=7.4) ganger, <i>sub-adherers</i> (26.9%) deltok gjennomsnittlig på 4.7 (STD=3.1) økter. 40.7% av deltagerne ble kategorisert i gruppen <i>non-adherers</i> . Følgende forskjeller var statistisk signifikante ($p < 0,05$): <i>Non-adherers</i> var mer sannsynlig å ha et stort alkoholinntak ($p = 0.026$), røyke sigaretter daglig ($p = 0.007$) og ikke jobbe fleksitid ($p = 0.003$).
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er kvalitetsvurdert som god gjennom Helsebiblioteket sin sjekklister for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT) (Helsebiblioteket, 2016b).
Redegjort for etiske overveielser	Studiet ble godkjent av Stockholms regionale forskningsetiske komité. Fritt informert samtykkeskjema ble delt ut før randomisering av deltakerne.

Tabell 4.0: Litteraturmatrise for artikkel 4 :

	Artikkel 4, funnet i søk nr. 9 i databasen Pubmed
Forfatter(e)	Searle, A., Haase, A. M., Chalder, M., Fox, K. R., Taylor, A. H., Lewis, G., & Turner, K. M.
Publiseringsår	2014
Tidsskrift	Journal of Health Psychology 19 (2014) 1430-1442
Land	England
Tittel på artikkel	Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care
Type studie	Kvalitativt
Hensikten med studien	Utforske mennesker med depresjons aksept, engasjement, synspunkter og opplevelser ved tilrettelagt, veiledet fysisk aktivitet.
Metode	Fordypende intervjuer og telefonkontakt med deltakerne over en periode fra 6-12 måneder. Intervjuene fokuserte på deltakernes respons på tilrettelagt fysisk aktivitet, deres

	relasjon til veilederen, motivasjon til å bedrive fysisk aktivitet samt opprettholde den fysiske aktiviteten jevnlig over tid. Den fysiske aktiviteten ble veiledet av mennesker med psykologi – eller idrettsvitenskap utdannelse.
Utvalg/populasjon	N = 19 deltakere fra 19-69 år hvor 8 menn og 11 kvinner deltok. Deltakerne hadde følgende lidelser: Mild depresjon (n=5), moderat depresjon (n=12) samt alvorlig depresjon (n=2).
Hovedfunn/resultater	Deltakerne opplevde økt grad av motivasjon, kompetanse og autonomi innenfor fysisk aktivitet hvis de hadde kontinuerlig kontakt med sin tildelte veileder. Hvis veilederne benyttet seg av motiverende samtaler, kjente pasientene på en større grad av autonomi i sin egen livssituasjon.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er kvalitetsvurdert som god gjennom Helsebiblioteket sin sjekklister for vurdering kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016b).
Redegjort for etiske overveielser	Etisk godkjenning for å gjennomføre, rekruttere og intervju deltakere fra West Midlands Multi-Centre Research Ethics Committee. Fritt informert samtykkeskjema ble delt ut ved intervjuene.

Vedlegg 3: Sjekklistor**Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie (Helsebiblioteket, 2016b).**

Artikkel: Preferences for exercise as a treatment for depression (Busch, Ciccolo, Puspitasari, Norsat, Withworth, & Stults-Kolehmainen, 2016).

Tabell 1.0: *Innledende spørsmål*

Spørsmål	Ja	Uklart	Nei
Er problemstillingen i studien klart formulert?	x		
Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet?	x		

Tabell 2.0: *Kan du stole på resultatene?*

Spørsmål	Ja	Uklart	Nei
Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	x		
Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredstillende måte?	x		
Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg ut fra dem som ikke har respondert?	x		
Er svarprosenten høy nok?	x		
Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	x		
Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?	x		
Er <u>dataanalysen</u> standardisert?	x		

Tabell 3.0: *Hva forteller resultatene?*

Hva er resultatene i denne studien?	Preferanser for fysisk aktivitet var et individuelt tilpasset og veiledet treningsprogram som kunne utføres i eget hjem, hvor den mest foretrukke aktiviteten for begge kjønn var gåing.
Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	Det er oppgitt p-verdier for de ulike preferansene og barrierene for fysisk aktivitet. Resultatene viser en statistisk signifikans forskjell mellom kjønnene for hvilken type veiledning som var foretrukket,

	hvor kvinner foretrakk veiledning gjennom sms/e-mail og menn via fysisk oppmøte eller video.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------

Tabell 4.0: *Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Spørsmål	Ja	Uklart	Nei
Kan resultatene overføres til min praksis?	x		
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	x		

Sjekkliste for vurdering av kvalitativt studie (Helsebiblioteket, 2016b).

Artikkel: “*A forward movement into life*”: *A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression* (Kendrick, Pickett & Yardley, 2017)

(A) Innledende vurdering**1. Er formålet med studien klart formulert?** **JA** **UKLART** **NEI****Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

- Problemstilling:

1) Å undersøke menneskers erfaringer og endringsprosesser i bruk av fysisk aktivitet for å håndtere depresjon og nedsatt stemningsleie
2) Å belyse endringsprosessen ved å fokusere på individer som har og ikke har funnet fysisk aktivitet gunstig for depresjon eller nedsatt stemningsleie.

- Hvorfor de ville finne svar på det:

Få studier har brukt kvalitativ metode til å belyse endringsprosesser, hvilket kan belyse nye hypoteser til virkningen av fysisk aktivitet.

- Er problemstillingen relevant:

Ja, kvalitative studier kan gi kunnskap til hvordan pasientgruppen ønsker å få tilrettelagt sin fysiske aktivitet gjennom erfaringer og opplevelser.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? **JA** **UKLART** **NEI**

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som formål å beskrive deltakere sine erfaringer og opplevelser av fysisk aktivitet.

Skal du fortsette vurderingen?**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? **JA** **UKLART** **NEI****Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Godkjenning fra University of Southampton etiske komité, etisk godkjenning fra forskningsstyret fra Isle of Wight, Portsmouth – og South East Hampshire Lokale forskning – og etiske komite samt Southampton City Primary Care NHS Trust til å rekruttere pasienter fra generellpraksis. Det ble i tillegg delt ut et skriftlig samtykkeskjema før hvert intervju startet.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? **JA** **UKLART** **NEI**

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Studiet benytter seg av grounded theory for å belyse endringsprosessen.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? **JA** **UKLART** **NEI**

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Forskere nevner i konklusjonsdelen hvordan deres funn kan bidra til ny kunnskap innenfor temaet, sammen med hvordan denne informasjonen kan tilpasses pasientgruppen.

I tillegg blir det beskrevet forslag til videre studier.

Sjekkliste for vurdering av kvalitativt studie (Helsebiblioteket, 2016b).

Artikkel: *Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care* (Searle, Haase, Chalder, Fox, Taylor, Lewis & Turner, 2014).

(A) Innledende vurdering**1. Er formålet med studien klart formulert?** **JA** **UKLART** **NEI****Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

- Problemstilling:

Utforske mennesker med depresjons aksept, engasjement, synspunkter og opplevelser ved tilrettelagt, veiledet fysisk aktivitet.

- Hvorfor ville de finne svar på det:

Undersøke deltakernes syn og erfaring ved å bruke fysisk aktivitet som et supplement i behandling av depresjon.

- Er problemstillingen relevant:

Ja, den gir innblikk i hvordan det føltes å bedrive fysisk aktivitet når en lider av depresjon.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? **JA** **UKLART** **NEI**

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som hensikt å beskrive erfaringer og opplevelser av tilrettelagt fysisk aktivitet.

Skal du fortsette vurderingen?**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Etisk godkjenning for å gjennomføre, rekruttere og intervjuere deltakere fra West Midlands Multi-Centre Research Ethics Committee. Fritt informert samtykkeskjema ble delt ut ved intervjuene.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Studiet baserer seg på selvbestemmelse-teori og motiverende intervju.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Studien sammenligner sine funn med andre lignende og motstridende funn. Det blir også lagt frem forslag til videre studier.

Forskere diskuterer i hvilken grad funnene kan overføres til andre populasjoner, i tillegg målgruppen som studien var tilegnet til.

Sjekkliste for vurdering av RCT (Helsebiblioteket, 2016b).

Artikkel: *Sticking with it? Factors associated with exercise adherence in people with mild to moderate depression* (Helgadóttira, Hallgren, Kullberg & Forsell, 2018).

(A) Kan du stole på resultatene?**1. Er formålet med studien klart formulert?** **JA** **UKLART** **NEI**

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene) som studeres (f.eks. røykere)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen (f.eks. røykesluttkurs)
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen (f.eks. nikotinplaster)
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes (f.eks. røykeslutt)

Studiet rapporterer sekundære analyser fra et parallelt enkelt-blind randomisert kontrollerte studie blant seks fylker/regioner i Sverige. Denne studien tar kun for seg utvalget som ble randomisert til fysisk aktivitet som behandling, med den hensikt i å undersøke i hvilken grad treningsintervensjoner følges.

Populasjon:

310 deltakere fra 18-67 år med mild-moderat depresjon, som fikk score ≥ 10 på selvrapporteringskjemaet Patient Health Questionnaire-9.

Tiltak:

Fysisk aktivitet som behandling mot depresjon.

Sammenligningstiltaket:

Behandling som vanlig eller internetbasert kognitiv atferdsterapi.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte? **JA** **UKLART** **NEI**

Tips:

- Eksempler på gode fordelingsmåter er lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller, myntkast m.fl.
- Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag, fødselsdato m.fl.
- Den som fordeler deltagerne til de ulike gruppene må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Deltakerne ble randomisert elektronisk til en av de tre gruppene av den eksterne organisasjonen Karolinska Trial Alliance.

Videre ble utvalget som ble randomisert til fysisk aktivitet, videre randomisert til lett/moderat eller høy-intensitetstrening.

Skjult allokering ble gjennomført ved hjelp av en dataprogram, slik at de som fordelte deltagerne ikke visste hvilke grupper deltagerne havnet i.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Ble deltagere, helsepersonell og utfallsmål blindet? JA UKLART NEI**Tips:**

- Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål som f.eks. smerte eller tilfredshet
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

4. Var gruppene like ved starten av studien? JA UKLART NEI

Tips: Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks. alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.

En likhet ved alle deltagerne var score ≥ 10 på selvrapporteringsskjemaet Patient Health Questionnaire-9. En ulikhet var den høye representasjonen av kvinner (70.7%).

5. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert? JA UKLART NEI**Tips:**

- Var oppfølgingen lik i begge gruppene?
- Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i begge (alle) gruppene

6. Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien, og ble eventuelt frafall tatt hensyn til i analysen? JA UKLART NEI

Alle deltagerne ble kontaktet 3 måneder etter intervensjonen for et post-behandling intervju. 68 av 317 deltagere møtte ikke opp.

Tips:

- Var det stort frafall – og var frafallet likt fordelt i gruppene?
- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?

Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI**(B) Hva forteller resultatene?****7. Hva er resultatene?****Tips:**

- Hvilke utfall ble målt? Er dette de viktige utfallene, og ble deltagerne fulgt opp lenge nok?
- Hva er effektestimatet for de ulike utfallsmålene? Dette kan oppgis som forskjell i gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosentandel, relativ risiko (RR), number needed to treat (NNT) etc.
- Er det en viktig forskjell mellom gruppene?
- Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallsmålene i én setning?

Utfallene som ble målt var antall økter deltakerne var med på, samt deres alkohol - og røykevaner. I tillegg ble de spurt om de jobbet til fastsatte tider eller fleksitid.

Deltagerne ble delt inn i 3 kategorier ut i fra antall økter gjennomført: Adherers (12 eller flere økter), Sub-adherers (1-11 økter) og Non-adherers (0 økter).

Deltagerne i gruppen Adherers (32.7%) trente gjennomsnittlig 22.9 (STD=7.4) ganger, sub- adherers (26.9%) deltok gjennomsnittlig på 4.7 (STD=3.1) økter og non-adherers (40.7%) deltok på null økter.

Bruk av tobakk eller alkohol ble assosiert med en lavere overholdelse mens fleksible arbeidstider ble assosiert med en høyere overholdelse av treningsprogrammet.

8. Hvor presise er resultatene?**Tips:**

- Hva er konfidensintervallene?
- Er hele bredden av konfidensintervallet innenfor det som regnes som minimal viktig effekt?
- Er eventuelle forskjeller statistisk signifikante ($p < 0,05$)?

- Konfidensintervallene er 1.61–4.37.

- Følgende forskjeller er statistisk signifikante ($p < 0,05$): Non-adherers var mer sannsynlig å ha et stort alkoholinntak ($p = 0.026$), røyke sigaretter daglig ($p = 0.007$) og ikke jobbe fleksitid ($p = 0.003$)

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

9. Kan resultatene overføres til praksis?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er deltagerne i studien representative for personene du møter i praksis?
- Er tiltaket godt nok beskrevet og gjennomførbart?
- Er sammenligningen i studien representativ for dagens praksis (kan du forvente like stor effekt)?
- Er tiltaket akseptabelt for pasientene/brukerne?

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Vurder om utfallsmålene er relevante for pasientene/brukere, pårørende, politikere, eksperter og klinikere

11. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er nytten av tiltaket verd kostnader og eventuelle bivirkninger?
- Støttes resultatene i en systematisk oversikt?