



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Motivasjonsarbeid mot fysisk aktivitet
blant pasienter med depresjon.

Motivational work towards physical
activity among patients with depression.

Litteraturstudie

Kandidatnummer: 342

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 12.12.22

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel

Motivasjonsarbeid mot fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon.

Bakgrunn for valg av tema

Depresjon er en av de vanligste lidelsene på landsbasis. Det er svært aktuelt i dagens samfunn, og er et omdiskutert tema. Statistikk viser at en av ti mennesker vil utvikle en depressiv lidelse i løpet av et år, og omtrent 20% av alle mennesker vil rammes i løpet av livet.

Depresjon og inaktivitet henger ofte sammen. På bakgrunn av dette og egen interesse, ønsket jeg å finne ut mer innenfor temaet.

Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere motivere til fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon?»

Metode

Det ble gjennomført en litteraturstudie, basert på forskning, litteratur og egne erfaringer.

Oppsummering

Bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling av mild- til moderat depresjon godt dokumentert som en gunstig behandlingsmetode. Om sykepleieren skal kunne motivere til fysisk aktivitet, er det først og fremst vesentlig å bygge en god pasientrelasjon. Sykepleieren kan da samarbeide med pasienten for å tilpasse aktivitetstilbudene etter pasientens behov, ønsker og funksjonsnivå. På bakgrunn av dette kan pasientens indre motivasjon aktiveres som drivkraft, som dermed øker sjansen for kontinuitet og behandlingspotensialet. På den andre siden kan motivasjonsarbeidet være krevende for sykepleieren. Manglende motivasjon og kunnskap hos sykepleieren kan begrense arbeidet ved å svekke pasientrelasjonen, og dermed minske behandlingseffekten hos pasienten. Sykepleieren bør derfor reflektere over egen motivasjon og kunnskap, og holde seg oppdatert på teori, forskning og utvikling innenfor fagfeltet.

Nøkkelord

Motivasjon, fysisk aktivitet, depresjon.

Abstract

Title

Motivational work towards physical activity among patients with depression.

Background for choice of theme

Depression is one of the most common disorders nationwide. It is a relevant topic and is highly debated. Statistics have shown that one in ten people will develop a depressive disorder within a year, and approximately 20% of all people will be affected during their lifetime. Depression and inactivity are often related. Based on this and my own interest, I wanted to investigate more about this topic.

Issue

«How can nurses motivate patients with depression toward physical activity?»

Method

A literature-study was carried out, based on research, literature, and own experiences.

Summary

Physical activity as prevention and treatment against mild- to moderate depression is well documented as a beneficial treatment-method. When the nurse is to motivate towards physical activity, it is important to build a good relationship with the patient. Nurses can then work with the patient to adapt the activity offerings to the patient's needs, wishes and functional level. Therefore, the patient's inner motivation can be activated, which increases- the chance of continuity and the treatments potential. On the other hand, motivational work can be demanding for the nurse. A lack of motivation and knowledge at the nurse's part can limit the work by weakening the patient relationship and reducing the treatments effect. The nurses should therefore reflect on their own motivation and knowledge, and keep up to date on theory, research, and development within their professions field.

Keyword

Motivation, physical activity, depression.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1. Introduksjon.....	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema	6
1.3. Problemstilling.....	7
1.4. Avgrensing av problemstilling	7
2. Teoretisk referanseramme.....	8
2.1. Sykepleieteoretiske perspektiv	8
2.1.1. De mellommenneskelige elementene.....	8
2.1.2. Salutogenese.....	9
2.2. Depresjon.....	10
2.3. Fysisk aktivitet.....	11
2.4. Motivasjon	13
2.5. Motivasjon til fysisk aktivitet	14
3. Metode	15
3.1. Valg av metode.....	15
3.2. Gjennomføring og forberedelse av søkeprosessen/litteraturstudie.....	15
3.2.1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier	16
3.3. Søk etter annen litteratur.....	16
3.4. Kildekritikk.....	17
4. Resultater/funn.....	18
4.1. Artikkel 1	18
4.2. Artikkel 2.....	18
4.3. Artikkel 3.....	19
4.4. Artikkel 4.....	20
5. Drøfting.....	21
5.1. Fysisk aktivitet som behandling og forebygging av depresjon	21

5.2. Relasjonsbygging.....	22
5.3. Motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet.....	24
6. Konklusjon.....	27
Referanseliste	28
Vedlegg	31

1. Innledning

1.1. Introduksjon

Begrepet helse defineres som en fullstendig tilstand av psykisk, fysisk og sosial helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand av psykisk velvære som gjør mennesker i stand til å realisere sine evner, håndtere livets påkjenninger, bidra til fellesskapet, og jobbe og lære godt. Depresjon er en av de vanligste lidelsene på landsbasis. Statistikk viser at en av ti mennesker vil utvikle en depressiv lidelse i løpet av et år (FHI, 2021), og omtrent 20% av alle mennesker vil rammes i løpet av livet (Martinsen, 2018, s. 59). Mennesker som er rammet av psykiske lidelser over lengre tid er forbundet med en betydelig dårligere fysisk helse, og lavere gjennomsnittsalder enn resten av befolkningen (Martinsen, 2021, s. 253). Ifølge Helsenorge (2021) har fysisk aktivitet en antidepressiv effekt. Dette er en kjent behandlingsform innenfor psykiatrien (Martinsen, 2018, s. 42), og blir brukt som en metode for at pasienter skal kunne oppleve mentalt velvære, mindre stress, muskelavslapning, bedre selvfølelse, bedre kroppsbygge, bedre søvn, økt kreativitet og mer (Martinsen, 2018, s. 54-56).

Gjennom fysisk aktivitet har man en lavere risiko for å utvikle psykiske lidelser (Kjellmann et al., 2015, s. 275). Inaktivitet og psykisk lidelse henger ofte sammen. Mennesker som er rammet av en psykisk lidelse er ofte fullt klar over de fordelene fysisk aktivitet har for den fysiske- og psykiske helsen, men kan ha vanskeligheter med å sette i gang. Livsstil og vaner kan være vanskelige å endre (Martinsen, 2021, s. 255). En depresjon kan i seg selv bidra til at små krav kan virke uoverkommelige (Moe, 2018, s. 155). Motivasjonstiltak er derfor nødvendige i alle intervensjoner hvor målet er å øke fysisk aktivitet blant mennesker med en depressiv lidelse (Machaczek et al., 2018).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Selv har jeg drevet med fysisk aktivitet i mange år, og opplever både fysiske og psykiske goder med dette. Jeg har truffet pasienter med depresjon på flere ulike arenaer, enten det gjelder hjemmesykepleien, sykehjem, på medisinsk-, kirurgisk- og psykiatrisk sengepost. Samtidig jobber jeg på døgnpsykiatrisk sengepost, og opplever at majoriteten av de innlagte pasientene har en depresjon i bunn, eller som primærdiagnose. Noen har blitt friske, men andre fortsatt har uttalte symptomer den dag i dag. Det kan være vanskelig å vite hvordan en kan være til hjelp i slike situasjoner, da fåtallet kan kjenne seg igjen i deres situasjon. Jeg

ønsker derfor å bidra til å god praksis, samt å øke kunnskap som kan svare på følgende problemstillingen.

1.3. Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere motivere til fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon?»

1.4. Avgrensing av problemstilling

Jeg avgrenser oppgaven til å hovedsakelig behandle og lindre depresjon, men også å forebygge mot depresjon. Videre avgrenses problemstillingen til pasienter som er innlagt på døgnspsykiatrisk sengepost med en mild til moderat depresjon. Aldersgruppen er menn og kvinner, i en alder av 18 til 65 år. Tiltakene skal ikke erstatte førstelinje tiltak som kognitiv terapi og medikamentell behandling, men hovedsakelig fungere som et supplerende tiltak. Oppgava legger vekt på hvordan sykepleiere kan motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet.

2. Teoretisk referanseramme

2.1. Sykepleieteoretiske perspektiv

2.1.1. De mellommenneskelige elementene

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

Joyce Travelbee rettet sykepleietenkning mot de mellommenneskelige elementene i sykepleien (Kristoffersen, 2021, s. 250). Hennes sykepleiefilosofi ble basert på at alle mennesker er unike, uerstattelig, og annerledes fra alle som har levd, og kommer til å leve (Travelbee, 1999, s. 54). Som menneske har alle mange forskjellige fellesmenneskelige erfaringer (Kristoffersen, 2021, s. 151-152).

I sykepleiesammenheng står opplevelsen av tap og lidelse sentralt, da tap og lidelse er uunngåelig, og er derfor en del av livet (Kristoffersen, 2021, s. 251-252). Begrepet lidelse kan omtales som individets reaksjon på tap, plage, nød og sykdom (Travelbee, 1999, s. 98).

Travelbee omtaler begrepet som en erfaring, hvor varighet, dybde og intensitet varierer (Kristoffersen, 2021, s. 253). Håp er også et sentralt begrep i Travelbees teori, som knyttes til mestring og det å finne mening (Kristoffersen, 2021, s. 252). Travelbee beskriver at håp er relatert til følgende karakteristika: Å være fremtidsorientert, å være avhengig av andre, å ønske, å ta valg, og å ha tillit, -utholdenhet og -mot (Kristoffersen, 2021, s. 252). Mennesker er også i stor grad avhengig av hverandre. Håp er derfor relatert til å motta hjelp fra andre. (Travelbee, 1999, s. 118-119).

En sykepleiers oppgave, hensikt og mål kan nås gjennom et menneske til menneske forhold (Travelbee, 1999, s. 171). «Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom to mennesker, og er betydningsfull for begge parter» (Travelbee, 1999, s. 177). Travelbee tar avstand fra pasientbegrepet, og presiserer at det er enkeltindividet som mottar sykepleie. Derfor er det viktig for en sykepleier å forholde seg til pasientens opplevelser og meninger knyttet til sin situasjon og diagnose (Kristoffersen, 2021, s. 252). Helsepersonellovens formål beskrives som følgende: «Å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Det vil da være vesentlig at begge parter skal kunne se hverandre, og at begge forholder seg til to unike personer (Travelbee, 1999, s. 171).

Kommunikasjon blir beskrevet som et av de viktigste redskapene sykepleieren bruker i menneske-til-menneske-forholdet med pasienten (Travelbee, 1999, s. 136). Gjennom kommunikasjon kan en bli kjent med pasienten som person, for å kunne planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov (Kristoffersen, 2021, s. 256). I psykisk helsevernloven står det at: «Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov, selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet» (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1).

2.1.2. Salutogenese

Begrepet salutogenese brukes for å beskrive kunnskap om diverse forhold som påvirker, svekker og styrker menneskets helse. Begrepet innebærer også kunnskap om opplevelsen av helse (Mjøsund, 2021, s. 29), samt hva som beskytter og fremmer god helse (Tellnes, 2014, s. 36). En styrkebasert og ressursorientert forståelse av helse kalles en salutogen orientering. Dette innebærer at den salutogene tilnærming retter blikket mot å styrke menneskets kapasitet, potensial og ressurser (Mjøsund, 2021, s. 29). Spesialisthelsetjenestelovens formål innebærer blant annet å fremme folkehelse, motvirke sykdom, lidelse og funksjonshemming. Samt bidra til at ressursene utnyttes best mulig og tjenestetilbudene tilpasses pasientens behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-1). Aaron Antonovsky er grunnleggeren av begrepet; salutogenese (1979). Han reagerte på datidens synspunkt på begrepet helse, som ble oppfattet som det motsatte av sykdom. Dette vil si at man hadde helse, eller så hadde man sykdom (Mjøsund, 2021, s. 29-30). Antonovsky hadde en tosidig oppfatning hvor helse og sykdom burde komme sammen som et fellesbegrep (Renolen, 2015, s. 172).

Når mennesker erfarer livet som begripelig og mestrer utfordringer, styrkes og utvikles opplevelsen av sammenheng. For å håndtere, forstå, og finne motivasjon til å mestre utfordringer, benyttes menneskets indre og ytre helseressurser (Mjøsund, 2021, s. 30). Opplevelse av sammenheng er et sentralt begrep i Antonovskys teori. Ifølge Antonovsky bygger opplevelsen av sammenheng på tre grunnleggende elementer: Håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Håndterbarhet handler om å kunne håndtere situasjoner. Begripelighet innebærer å forstå hva som skjer (Renolen, 2015, s. 173). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). I helsepersonelloven § 10 står det: «Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi

informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Meningsfullhet blir sett på som den viktigste komponenten, og omhandler det å søke dypere mening innenfor liv, død, lidelse, og forståelsen av verden. Disse elementene avhenger av hverandre, og bidrar til motivasjon for å søke mestringsressurser. Eksempler på mestringsressurser er verdier, identitet, kontroll, sosial støtte og mer (Renolen, 2015, s. 173).

I helsefaglige perspektiv kan en benytte kunnskap fra patogenese og salutogenese i møte med pasienten for å bidra til en mer helhetlig tjeneste (Mjøsund, 2021, s. 32). I psykisk helsevernloven § 4-1 står følgende: «Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene» (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-1). En salutogen tilnærming kan også bidra til en dypere forståelse for hvordan en kan mestre helseproblemer (Renolen, 2015, s. 173). Det kan med andre ord bidra til økt inspirasjon, livsgnist, lyst til rehabilitering, økt styrke og pågangsmot (Tellnes, 2014, s. 37). Ved å ta utgangspunkt i salutogenese kan en bruke og utvikle kunnskap for å oppnå god helse (Mjøsund, 2021, s. 32).

2.2. Depresjon

Depresjon er en av de vanligste lidelsene på landsbasis (FHI, 2021). Symptomer som kjennetegner en depressiv lidelse er nedstemthet, svekket konsentrasjon, redusert interesse for omgivelsene og mindre energi enn vanlig. Appetitt, søvn, og selvtillit er ofte svekket, samt en kan oppleve sensasjoner av verdiløshet og skyld (FHI, 2021). Depresjon kan føre til stor grad av lidelse, og at den berørte fungerer dårlig på skole, jobb eller i familien (WHO, 2021). Mennesker som er rammet av psykiske lidelser over lengre tid er forbundet med en betydelig dårligere fysisk helse, samt lavere gjennomsnittsalder (Martinsen, 2021, s. 253). Livsstilsfaktorer som dårlig kosthold, alkoholoverforbruk og røyking er også mer vanlig blant pasienter med psykiske lidelser (Bonsaksen, 2014, s. 118). De har en høyere forekomst av somatiske sykdommer som overvekt, hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2 (Bonsaksen, 2014, s. 123). De har også økt forekomst av selvmord, selv om denne faktoren ikke inkluderes som en årsak til lavere gjennomsnittsalder (Martinsen, 2021, s. 254). Årsaker til depresjon kan være tapsopplevelser, psykiske traumer, separasjoner i barndommen, krenkelser og somatiske faktorer (Kjellmann et al., 2015, s. 277).

Det finnes en rekke behandlingsmetoder som har vist seg å være virksomme i behandlingen av depresjon. Interpersonlig- og kognitiv terapi er den behandlingsmetoden som er best dokumentert. I tillegg til de vanligste og spesifikke behandlingsmetodene, blir også mer uspesifikke faktorer aktuelle for de fleste med en depressiv lidelse. Mange av de rammede er ensomme og isolerer seg. Viktige tiltak kan da være kontakt med mennesker og dyr, sosial støtte og noen å snakke med. Noen kan oppleve det som meningsfullt å være i arbeid eller i fysisk aktivitet. Et variert og sunt kosthold kan også ha betydning, samt å opprettholde en god rutine rundt måltider og søvn (Martinsen, 2018, s. 60-61).

Blant pasienter med en depressiv lidelse, er det flere som ikke ønsker medikamentell behandling. Andre slutter grunnet bivirkninger (Martinsen, 2018, s. 61). Omtrent halvparten av de som slutter på antidepressiv legemiddelbehandling, vil oppleve å få tilbakefall. Psykologiske behandlingsmetoder kan ha samme effekt som medikamentell behandling, men har mindre tilbakefallseffekt. Det er derimot ikke alltid behandlingen virker, selv om behandlingen gjennomføres etter retningslinjene. En tredel rapporterer at de ikke oppnår den ønskede effekten av behandlingen. Psykologisk behandling av depresjon påvirker også i liten grad de somatiske problemene som er knyttet til den psykiske lidelsen. Derfor er det et stort behov for enklere-, og lettere tilgjengelig behandlingsmetoder, som pasienten selv kan iverksette og opprettholde for å bedre sin mentale- og fysiske helse, som fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 61).

2.3. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er alle kroppslige bevegelser iverksatt av skjelettmuskulatur, som vil medføre en betydningsfull økning av energiforbruket over hvilenivået (Martinsen, s. 2018, s. 34). Fysisk aktivitet kan brukes som for å fremme god fysisk helse. De fysiske helsefordelene innebærer å øke lungenes respirasjonsvolum, øke hjertets slagvolum, redusere fettsyrer i blodet, gi et større blodvolum, senke blodtrykket, samt stimulere til høyere forbrenning (Bonsaksen, 2014, s. 118). Fysisk aktivitet brukes også til å fremme psykisk helse ved å bedre søvn, humør, livskvalitet, overskudd, redusere stress, bedre selvtillit og selvbilde. Som behandlingsform kan fysisk aktivitet brukes mot flere psykiske lidelser, som i behandling og forebygging av depresjon (Helsenorge, 2021). Styrketrening, samt utholdenhet- og kondisjonstrening er de vanligste formene for trening, hvorav begge har en gunstig effekt i behandling av psykiske lidelser (Martinsen, 2021, s. 255). Fysisk aktivitet kan imidlertid også være husarbeid, spaserturer eller å gå i trapper (Jansson & Andersson, 2015, s. 38).

Mennesker som er fysisk aktive, har en lavere risiko for å utvikle psykiske lidelser (Kjellmann et al., 2015, s. 275). Fysisk aktivitet har nemlig en antidepressiv effekt, hvor virkningen kan være like effektiv som medikamentell- og samtalebehandling (Martinsen, 2021, s. 254). Det er dermed anbefalt at medikamentell- og samtalebehandling foregår parallelt ved bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode (Kjellmann et al., s. 275).

Tabell 1 (Sammenligning mellom negative symptomer på depresjon og positive fordeler med fysisk aktivitet)

Negative symptomer på depresjon	Positive fordeler med fysisk aktivitet
Nedstemthet	Bedre humør
Redusert interesse for omgivelsene	Bedre livskvalitet
Mindre energi	Mer overskudd
Dårlig selvtillit	Bedre selvtillit
Følelse av verdiløshet og skyld	Bedre selvbilde
Dårligere søvn	Bedre søvn

Den fysiske aktiviteten bør opprettholdes regelmessig, men bør ikke nødvendigvis være av høy intensitet. Intensitetsnivå sammenlignet med en rask spasertur i 30 minutter daglig, er anbefalt terapeutisk aktivitetsnivå. En kan oppnå ytterligere helseeffekt ved å øke intensitetsnivå og mengde (Jansson & Andersson, 2015, s. 37). Enkelte kan ha glede av friluft aktiviteter, og andre foretrekker treningsstudio. Derfor er det viktig å velge et alternativ som enkeltpersonen trives med, da sannsynligheten for kontinuitet er større (Martinsen, 2021, s. 254-255).

Å innføre fysisk aktivitet som en daglig rutine betyr en endring i atferd (Kjellmann et al., 2015, s. 280). Pasienter med en depressiv lidelse vil ofte være preget av isolasjon, passivitet, lite sosial støtte og mangel på motivasjon og interesse (Bonsaksen, 2014, s. 122).

Atferdsendringer kan dermed bidra til å påvirke tanker og følelser, som igjen kan bidra til å redusere depressive symptomer. Fysisk aktivitet kan fremme positive følelser, tanker, selvtillit, selvkontroll, og øke troen til å håndtere problemer. Derfor kan fysisk aktivitet sees på som en behandlingsmetode innenfor kognitiv atferdsterapi (Kjellmann et al., 2015, s. 280).

2.4. Motivasjon

Begrepet motivasjon kommer fra latinske ordet «movere», som betyr å bevege. Motivasjon kan defineres som å sette i gang en prosess som bestemmer, gir retning til eller opprettholder intensitet i atferd. Motivasjon sier derfor noe om menneskets bakgrunn til handling (Renolen, 2015, s. 65-66). Motivasjon kan skilles mellom drifter og behov, også kalt indre og ytre motivasjon (Kristoffersen, 2021, s. 275).

En drift, eller en indre motivasjon, er når en utfører aktiviteter med en indre drivkraft (Kristoffersen, 2021, s. 275). Personer med en indre motivasjon, opplever et naturlig engasjement for ens egen del (Renolen, 2015, s. 66), samt en tilfredsstillelse under aktiviteten. Aktiviteten blir ikke utført for å oppnå noe, men på grunn av interesse for aktiviteten (Renolen, 2015, s. 74). Et behov, eller en ytre motivasjon stammer fra en ytre kilde (Kristoffersen, 2021, s. 275), og vektlegger belønning som motivasjon. Ytre motivasjon deles inn i fire typer: Ytre regulering, introjeksjon, identifisering og integrering. Ytre regulering bygger på å sette i gang handlinger som styres av ytre krefter. Dette kan for eksempel innebære at en må trene fordi andre gjør det. Denne form for belønning kan sees på som en trussel eller straff. Introjeksjon oppleves som ytre krav eller et indre press til handling, som å få dårlig samvittighet om en ikke trener. Identifisering er mer selvbestemt, hvor normer og regler står sentralt. Eksempelvis trener en for det er viktig for fysisk og psykisk helse. Integrering styres av selvbestemte verdier og behov, som å trene for å yte bedre på jobb (Renolen, 2015, s. 66-67).

Det finnes flere motivasjonsteorier om hvordan en systematisk kan arbeide med motivasjonen. Den mulig mest brukte er selvbestemmelsesteorien. Teorien graderer motivasjon fra indre motivert til helt umotivert, og bygger på tre behov: autonomi, kompetanse og tilhørighet (Moe, 2018, s. 157-158). Når disse behovene er oppfylt, vil et selvbestemmende menneske utvikles, og en vil i større grad oppleve en indre motivasjon som drivkraft (Renolen, 2015, s. 74). Sykepleiere i motivasjonsarbeid bør vektlegge å endre pasientens eventuelle ytre motivasjon til en indre motivasjon. Motivasjonen vil da være i samsvar med pasientens prioriteringer og verdier (Kristoffersen, 2021, s. 275). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det: «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Hver enkeltes

motivasjon avhenger av individets tanker om seg selv og egne ferdigheter, samt hva en oppnår for å utføre handlingen (Kristoffersen, 2021, s. 275).

2.5. Motivasjon til fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan for mange være knyttet til glede, sosial kontakt og underholdning (Moe, 2018, s. 153). På den andre siden henger ofte inaktivitet og psykisk lidelse sammen.

Mennesker rammet av en psykisk lidelse er ofte fullt klar over fysisk aktivitets positive fordeler innenfor fysisk- og psykisk helse, men kan ha vanskeligheter med å sette i verk.

Andre kan ha liten tro på at fysisk aktivitets positive fordeler kan bidra til behandling i deres lidelse. Livsstil og vaner kan være vanskelige å endre, som aktivitetsmønster, eventuell røyking og dårlig kosthold (Martinsen, 2021, s. 255). En depresjon kan også bidra til at selv små krav kan virke uoverkommelige (Moe, 2018, s. 155).

Gode treningstilbud er viktig for å tilpasse pasientenes funksjonsnivå, ønsker og behov. Noen kan være interesserte i individuelle treningsøkter med høy intensitet, mens andre kan være interesserte i gruppetimer med lavere intensitet. Om første økt oppleves som bra, er sannsynligheten for å fortsette større. Aktiviteter som å gå tur, ballspill, vannaktiviteter, lek, og trim kan stimulere til gode samtaler, samarbeid, struktur, konsentrasjon, koordinasjon, og tilstedeværelse (Moe, 2018, s. 166-167). Andre motivasjonsalternativer kan være forpliktende aktiviteter. Som å ha en hund som må ut på daglige turer. Det kan være avtaler med behandler, venner, familie eller andre. Belønningssystemer kan brukes for å oppnå noe i slutten av økten. Å trene med mening, som å rydde landskap, hagearbeid og fiske kan være motiverende for noen (Moe, 2018, s. 167-168).

3. Metode

Metode veileder om hvordan en skal etterprøve eller skaffe ny kunnskap. Det kan sees på som redskapet en bruker i møte med det en undersøker, og er et hjelpemiddel som brukes til å samle inn relevant data til undersøkelsen. Valg av metode baserer seg på hvilken spesifikk metode som kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2019, s. 51-52). Ifølge Norges Sykepleieforbunds retningslinjer skal sykepleie bygge på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse. Sykepleieren skal være oppdatert på ny forskning og utvikling innenfor eget fagområde. (NSF, 2019).

3.1. Valg av metode

Det ble gjennomført en litteraturstudie. Dette innebærer å systematisere kunnskap ved å samle litteratur, gå kritisk gjennom det, og deretter sammenfatte stoffet. Hensikten er å gi leser en forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør, samt forklare hvordan en har kommet frem til resultatet (Thidemann, 2019, s. 77-78). Når en litteraturstudie gjennomføres formuleres en presis og avgrenset problemstilling. Deretter gjennomføres og forberedes litteratursøket. Artiklenes kvalitet vurderes, analyseres, tolkes og sammenfatter resultatene fra de forskjellige artiklene (Thidemann, 2019, s. 80). Det er blitt brukt forskning, pensum, annen litteratur og egne erfaringer i utøvingen av oppgaven.

3.2. Gjennomføring og forberedelse av søkeprosessen/litteraturstudie

Databasene til biblioteket på Høgskolen på Vestlandets nettside ble benyttet for å finne relevant forskning i søkeprosessen. Databaser som Academic Search Elite, Medline, Cinahl og PubMed ble brukt i søkeprosessen, da disse er anbefalte databaser for søk etter en kunnskapsbasert praksis i sykepleiefaget. Rammeverket PICO ble brukt for å operasjonalisere problemstillingen (Thidemann, 2020, s. 82) og for å strukturere søket (Thidemann, 2020, s. 87). PICO står for Patient/problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2020, s. 82-83). I denne oppgaven skulle jeg ikke sammenligne tiltak, så «comparison» ble utelatt fra PICO-skjemaet. Ferdig utfylt PICO skjema vises i vedlegg 2.

Det ble benyttet engelske søkeord for å utvide utvalget av artikler. Søkeordene som ble brukt samsvarer med PICO skjemaet i vedlegg 2, og innebar hovedsakelig følgende; *Depression, depressive disorder, motivation, physical activity og exercise*. De boolske operatørene AND og OR er brukt i søkeprosessen. AND ble brukt mellom to eller flere søkeord om jeg ønsket

treff på begge eller alle søkeordene. OR ble brukt mellom flere søkeord om jeg ønsket treff på en eller flere av søkeordene (Thidemann, 2020, s. 87). Da søkene ble utført ble søkeresultatenes titler lest gjennom. Abstraktene til titlene som samsvarte med aktuelt tema og problemstilling ble lest for en videre vurdering av artikkelens relevans. Om abstraktet var relevant, ble hele artikkelen lest, vurdert, og eventuelt inkludert i oppgaven. Full oversikt over de inkluderte artiklenes søkeord og avgrensinger vises i vedlegg 1.

3.2.1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Deltakerne i studien ble avgrenset til å være mennesker i en alder mellom 18 og 65 år, som lider av en generalisert depresjon. Artiklene ble avgrenset til en publiseringsdato innenfor 10 år fra innleveringsdato. Dette var for å innhente nyere og oppdatert kunnskap og forskning. Artiklene ble avgrenset til å være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk, og skal være hentet for europeiske land for å tilsvare det norske helsevesen mest mulig. Artiklene ble videre avgrenset til å være fagfellevurdert (peer reviewed), og hele teksten skulle være tilgjengelig (Linked full text).

3.3. Søk etter annen litteratur

Annen litteratur som er brukt i oppgaven innebærer pensum, selvvalgt litteratur, lovverk, retningslinjer, og rapporter fra FHI, Helsenorge, og WHO. Deler av litteraturen ble funnet ved å søke på nettsiden til biblioteket på Høgskulen på Vestlandet, for å så finne det i fysisk form på biblioteket. Pensumbøkene som har blitt brukt mest i gjennomføringen av oppgaven er «*Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*» (Gonzalez, 2021), og «*Forståelsen av mennesker – innføring av psykologi for helsefag*» (Renolen, 2015). Fra et sykepleieperspektiv gir disse bøkene god og nyttig informasjon om psykiske lidelser og behandlingsmetoder, samt psykologien som ligger til grunne for atferd, tanker og følelser hos mennesker.

Den mest brukte boksa i oppgaven er «*Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*» (Martinsen, 2018). Egil W. Martinsen har spesialisert seg innenfor fysisk aktivitet innenfor psykiske lidelser. Boken inneholder relevant litteratur om hvordan fysisk aktivitet kan behandle depresjon, samt hvordan en kan motivere til fysisk aktivitet.

Litteraturen tar utgangspunkt i forskning og erfaringer. «*Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*» (Bach, 2015) er også benyttet i utøvingen av oppgaven. Denne

boka inneholder nyttig informasjon som omhandler fysisk aktivitet i forebygging og behandling av ulike lidelser, samt hvordan en kan fremme atferdsendringer.

3.4. Kildekritikk

Jeg endte opp med fire forskningsartikler for å belyse problemstillingen. Teori og forskning er tydelig på fysisk aktivitets positive fordeler innenfor behandling og forebygging av depresjon. Det var derimot utfordrende å finne forskning om hvordan sykepleiere kan motivere til fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon. Søket etter artikler ble hovedsakelig avgrenset til å være hentet fra europeiske land for å tilsvare det norske helsevesenet mest mulig. Det ble søkt etter norske artikler som kunne være relevante for problemstillingen, uten funn. Det ble derimot funnet en svensk artikkel som er inkludert i oppgaven. I hovedsak er problemstillingen avgrenset til pasienter som er innlagt på psykiatrisk avdeling. Det ble funnet studier med pasientgrupper utenfor psykiatrisk avdeling, som fortsatt var relevante for oppgaven. Disse er dermed blitt inkludert i oppgaven.

Studien til Firth et al., (2016) er en systematisk oversikt. Den har tatt utgangspunkt i tolv studier hvor kun tre av dem er publisert i europeiske land. Det kan derfor være mindre aktuelt å sammenligne disse studiene med det norske helsevesenet. Studien tar også utgangspunkt i alvorlige psykiske lidelser som en fellesbetegnelse. Antall pasienter registrert med en depressiv lidelse var på kun 2,3%. Studien gir derimot god informasjon om motivasjonsgrunnlag, anbefalinger til motivasjonsstrategier, samt en oversikt over symptomer på depresjon, barrierer til fysisk aktivitet og de positive fordelene ved fysisk aktivitet. Den er da blitt inkludert i oppgaven.

Teori og forskning som er brukt er avgrenset til en publiseringsdato innen 10 år fra innleveringsdato. Travelbees bok «*mellommenneskelige forhold i sykepleie*» er fra 1999. Travelbees sykepleieperspektiv blir også referert til i Kristoffersens kapittel i «*Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*», som er av nyere dato (2021). Dette kan forklare Travelbees relevans i dagens sykepleiepraksis og er derfor inkludert i oppgaven.

4. Resultater/funn

4.1. Artikkel 1

«**A scoping study of interventions to increase the uptake of physical activity (PA) amongst individuals with mild-to-moderate depression (MMD)**» (Machaczek et al., 2018).

Hensikt: Studiens formål var å kartlegge bevis på intervensjoner for å øke mengden fysisk aktivitet hos personer med en mild til moderat depresjon. Samtidig var det ønsket å utvikle en modell over mekanismene som antas å ha gunstig effekt.

Metode: Det ble designet en scoping-/omfangsstudie som gjennomgikk primærstudier, grå litteratur og konsultasjonsøvelser. Disse øvelsene innebar å motta menneskers synspunkt og meninger rundt relevante temaer. To av konsultasjonene inkluderte pasienter med depresjonserfaring. To med eksperter rundt psykisk helse, fysisk aktivitet og litteraturgjennomgang. En folkehelseekspert, og en ekspert på samfunnsengasjement

Funn: Konsultasjonsøvelsene ga en innsikt i virkningsfulle mekanismer for å øke den fysiske aktiviteten blant mennesker med en tilstand av mild til moderat depresjon. En forklaringstabell ble utviklet. Den representerte at mild til moderat depresjon kan forstyrre motivasjonen til å delta i fysisk aktivitet, samt viljestyrken som kreves til å delta i fysisk aktivitet. Det konkluderes med at motivasjonselementer og tiltak er vesentlige i alle intervensjoner hvor hensikten er å øke fysisk aktivitet blant mennesker med en mild til moderat depresjon. Depresjonsspesifikke faktorer som håndteres med fysiske aktivitetstiltak må oppfølges av psykoterapi som kognitiv atferdsterapi.

4.2. Artikkel 2

«**Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis**» (Firth et al., 2016).

Formål: Å øke forståelse rundt gunstige resultater av trening hos mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. Dermed å oppnå en mulighet for å bedre helsefremmende tiltak, samt å kunne informere om utviklingen av relevante intervensjoner som er givende og motiverende for pasienten. De ønsket også få et overblikk over de vanligste barrierene for å presentere best mulig ressurstildeling av treningstjenester i praksis.

Metode: Det ble gjennomført en systematisk gjennomgang av kvantitative studier som omhandlet barrierer mot fysisk aktivitet og motiverende faktorer blant personer med alvorlig

psykisk lidelse. Pasientenes svar i disse studiene ble kvantifisert ved hjelp av meta-analytiske teknikker, for å avdekke hvilke som var relevante for pasientgruppen.

Funn: De vanligste motivasjonsgrunnlaget for fysisk aktivitet var ønsket- vektreduksjon (83% av pasientene), -bedre humør (81%), og å redusere stress (78%). Redusert stemningsleie (61%) og mangel på støtte (50%) ble identifisert som de vanligste barrierene mot trening. De understreker at mange av de positive fordelene med fysisk aktivitet er omvendt relatert til barrierene til fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon, angst og tretthet. Det blir derfor anbefalt å gi profesjonell støtte til rammede pasienter for å identifisere og nå deres treningsmål. Dette kan gjøre dem i stand til å opprettholde motivasjon, samt å overvinne de psykiske barrierene mot regelmessig fysisk aktivitet.

4.3. [Artikkel 3](#)

“Motivation Does not Come with an Ending—It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity”
(Lassenius et al., 2014).

Formål: Å belyse viktigheten av-, og å kartlegge helsepersonells erfaringer med å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet.

Metode: En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming som baserer seg på Ricoeurs filosofi. Tolkningstilnærmingen slår sammen den hermeneutiske tradisjonen for teksttolkning og fenomenologisk livsferdsfilosofi. Det ble hentet fortellinger fra 14 helsepersonell gjennom intervjuer.

Funn: Meningen med å motivere personer med psykiske hemninger til fysisk aktivitet ble tolket som en dynamisk måte å relatere på, være på og forstå på. Helsepersonell motiverte pasienter til fysisk aktivitet med en tilnærming hvor muligheter sto sentralt. Dette inkluderer å få pasienten til å bruke kreativitet, nysgjerrighet og egne muligheter til å kartlegge treningsalternativer. For å motivere pasienter til fysisk aktivitet var tillitsfulle relasjoner vesentlig. Dette er en tidkrevende prosess hvor det krever innsats fra begge parter. Når forventningene ikke samsvarte opplevde helsepersonell motivasjonsprosessen som utfordrende. Å motivere er ikke en enveisprosess da det forutsetter gjensidig skapt partnerskap. Motivasjonsproblemer er derfor sannsynligvis ikke kun tilfellet hos pasientene, men også hos helsepersonell. Helsepersonellet må kunne reflekter over egen motivasjon til å

motivere andre. Begrenset kunnskap blant helsepersonell kan være en hindring i motivasjonsarbeidet. Kunnskap i form av informasjon, dypere forståelse av personen og ulike faktorer til dårlig psykisk helse kan begrense en følelse av mening i arbeidet. Å ha en genuin tro til personens evne til utvikling, samt en tro som bygger på nysgjerrighet, håp og kreativitet kan fremme denne dype forståelsen.

4.4. [Artikkel 4](#)

“Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits” (Krämer et al., 2014).

Formål: Å avdekke faktorer knyttet til reduserte mengde trening hos pasienter med depresjon.

Metode: 56 polikliniske pasienter med depresjon ble sammenlignet med 56 mennesker uten depresjon ved hjelp av selvrappporterende spørreskjemaer med en fire ukers oppfølging. Spørreskjemaene innebar faktorer angående trening, motivasjon og intensjoner.

Resultat: Pasienter med en depresjon viste et motivasjonsunderskudd som innebar en signifikant reduksjon i intensjoner om å trene, sammenlignet med mennesker uten depresjon. Samt hadde de høyere forventninger til negative resultater, og lavere selveffektivitet. Pasientene med depresjon viste også et frivillig underskudd, som innebærer at de hadde en redusert intensjon til handling, samt hadde færre handlingsplaner, dårligere vedlikeholds effekt og ble lettere distraheret. Det konkluderes med at det lave treningsnivået skyldes delvis motiverende og frivillig underskudd. Intervensjoner bør derfor tilpasses faser, og fokusere på pessimistiske overbevisninger. Med dette, sette søkelys på deres negative resultatforventning, og planleggingsmangel.

5. Drøfting

5.1. Fysisk aktivitet som behandling og forebygging av depresjon

Nevnt forskning og teori er tydelige når det kommer til fysisk aktivitets terapeutiske virkeområder på psykisk helse. Ifølge Helsenorge (2021) kan fysisk aktivitet brukes i behandling og forebygging av depresjon. Med andre ord kan fysisk aktivitet brukes til å fremme psykisk helse, som bedre -søvn, -humør, -livskvalitet, selvtillit, selvbilde, mer overskudd og redusere stress. Som demonstrert i tabell 1, ser en at flere av symptomene på depresjon og de medfølgende barrierene til fysisk aktivitet er omvendt relatert til de positive fordelene til fysisk aktivitet (Firth et al., 2016). Av den grunn er symptomer på depresjon eksempelvis nedstemthet, redusert interesse for omgivelsene, mindre energi, dårligere søvn, dårlig selvtillit, følelse av verdiløshet og skyld (FHI, 2021). Når en først og fremst innfører fysisk aktivitet som en daglig rutine betyr det en endring i atferd. Atferdsendringer i seg selv kan bidra til å påvirke tanker og følelser, og dermed bidra til å redusere symptomer på depresjon. Dette kan innebære å fremme positive følelser, tanker, selvtillit, selvkontroll, og å øke troen til en egen evne til å håndtere problemer (Kjellmann et al., 2015, s. 280).

I likhet med Helsenorges (2021) informasjon om fysisk aktivitets positive virkningsmekanismer på psykisk helse, har jeg sett flere av disse fordelene hos mine pasienter gjennom egen praksis. Først og fremst har pasienter gitt uttrykk for bedre humør og mer overskudd etter en eller flere treningsøkter. Enkelte har gitt uttrykk for bedre livskvalitet, med fysisk aktivitet som primær behandlingsmetode. På den andre siden har andre gitt uttrykk for bedring med et kombinert behandlingsprogram med kognitiv- og medikamentell behandling, noe som samsvarer med Firth et al., (2016); Machaczek et al., (2018); Kjellmann et al., (2015, s. 275). Gjennom mitt arbeid på døgnpsykiatrisk sengepost opplevde jeg at pasienter med en alvorlig depresjon hadde dårligere effekt av fysisk aktivitet som primærbehandling, i motsetning til pasienter med en mild- til moderat depresjon, noe som Machaczek et al., (2018) underbygger. Blant de alvorlige depresjonene ble det ofte nyttet andre behandlingsalternativer i en tidlig fase. Videre som depresjonen bedret seg, kunne pasientene ta i bruk fysisk aktivitet, noe som samsvarer med Firth et al., (2016) studie.

Mennesker som er rammet av psykiske lidelser er også forbundet med inaktivitet og dårlig fysisk helse (Martinsen, 2021, s. 253). Som nevnt i studien til Firth et al., (2016) er vektreduksjon det vanligste motivasjonsgrunnlaget til fysisk aktivitet blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Somatiske tilstander kan da som nevnt også være en årsak til depresjon (Kjellmann, 2015, s. 277). Kjellmann et al., (2015, s. 277) hevder derfor at fysisk

aktivitet kan bidra til å behandle depresjon knyttet til somatiske lidelser grunnet fysisk aktivitets positive fordeler på fysisk helse (Bonsaksen, 2014, s. 188). Med andre ord bidrar fysisk aktivitet til økt- respirasjonsvolum, -slagvolum, -blodvolum og -forbrenning, senket blodtrykk og en redusert mengde fettsyrer i blodet. Sykdommer som hjerte- og karsykdommer, overvekt, lungesykdommer og diabetes type 2 vil da naturligvis kunne forebygges og behandles ved fysisk aktivitet som behandlingsmetode (Bonsaksen, 2014, s. 118).

Ifølge Kjellmann et al., (2015, s.180) kan fysisk aktivitet sees på som en behandlingsmetode innenfor kognitiv atferdsterapi. På den andre siden hevder Martinsen (2018, s. 61) at psykologiske behandlingsmetoder kan ha samme effekt som behandling med medikamenter grunnet en redusert risiko for tilbakefall. En av tre vil også oppleve at den psykologiske behandlingen ikke har ønsket effekt, eller at behandlingsmetoden ikke påvirker deres eventuelle somatiske lidelser. Martinsen (2018, s. 61) påstår derfor at det kan være et større behov for enklere og lettere tilgjengelige behandlingsmetoder, som fysisk aktivitet. Kjellmann et al., (2015, s. 275) anbefaler derimot at medikamentell- og psykologisk behandling foregår samtidig med fysisk aktivitet.

5.2. Relasjonsbygging

Travelbee påpeker viktigheten av de mellommenneskelige elementene i sykepleien (Kristoffersen, 2021, s. 250). Hun understreker at sykepleieren kan oppnå sine mål, oppgaver og hensikter gjennom et menneske-til-menneske-forhold med pasienten (Travelbee, 1999, s. 54). Det kan sees likheter i helsepersonelloven (1999, § 1), da helsepersonell skal bidra til sikkerhet og kvalitet i tjenesten, samt til tillitt mot helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Som nevnt er håp relatert til tillit og å kunne motta hjelp av andre (Kristoffersen, 2021, s. 252). Gjennom mitt arbeid på psykiatrisk sengepost erfarte jeg gjensidig tillitt når jeg hadde brukt tid på å skape en relasjon med pasienten, noe støtter til Lassenius` et al., (2014) studie. I Kristoffersen (2021, s. 256) sin tolkning av Travelbees sykepleietenkning kommer det frem at sykepleieren kan gjennom kommunikasjon bli kjent med pasienten som person, for å videre kunne planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov. Med dette kan det sees likheter, hvor det ble erfart gjennom egen praksis at gode relasjoner reduserte pasientens terskel for å kunne uttrykke sine tanker, ønsker, behov, synspunkter, meninger, og opplevelser. De gode pasientrelasjonene medførte

dermed en lavere terskel for forespørsler, noe som samsvarer med Travelbees sykepleieteoretiske perspektiv (1999, s. 171).

Lassenius et al., (2014) påpeker viktigheten av å være kjent med pasientens forutsetninger og erfaringer til fysisk aktivitet. Det å kjenne pasientens grenser, evner og ønsker er vesentlig for å ikke overvelde pasienten. I følge Krämer et al., (2014) er det viktig å ha en genuin tro på pasienten evne til utvikling, samt en tro som bygger på nysgjerrighet og håp, da dette kan gi en dypere forståelse av pasienten. I Lassenius et al., (2014) studie kommer det også frem at sykepleieren og pasienten bør ha samsvarende forventninger til fysisk aktivitet. Dette samsvarer med Kristoffersen (2021, s. 252) sin tolkning av Travelbees sykepleieteoretiske perspektiv, hvor det står at sykepleieren skal forholde seg til pasientens opplevelser og meninger knyttet til sin situasjon og diagnose. Dette blir igjen støttet opp av psykisk helsevernloven (1999, § 1-1), hvor det står skrevet at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, samt være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett.

Eksempelvis dannet jeg en god relasjon til en pasient, som etter en stund kom med hyppigere forespørsler om gåturer. Moe (2018, s. 167) hevder at aktiviteter som turgåing kan stimulere til blant annet gode samtaler, struktur og tilstedeværelse, noe som samsvarer med egne erfaringer. Pasienten fortalte at han foretrakk å prate mens en gikk ute. Han begrunnet det med at han følte det var en mindre «presset» stemning i åpne omgivelser i motsetning til innenfor fire vegger. I tillegg ble det sagt at å være ute ga han friheten til å ikke si noe som helst, i motsetning til om det hadde vært over et bord. På denne måten ble jeg enda bedre kjent med pasienten, og lærte hvordan han ønsket å kommunisere. Dette samsvarer med Travelbees (1999, s. 136) forklaring på viktigheten av kommunikasjon, hvor helsepersonell gjennom kommunikasjon kan tilpasse sykepleien til hver enkelt pasient (Kristoffersen, 2021, s. 256).

Et sosialt miljø, samt sosial støtte er en viktig mestringsressurs til motivasjon (Renolen, 2015, s. 174), og et viktig tiltak i behandlingen av depresjon (Martinsen, 2018, s. 61). Det ble erfart gjennom jobb at et fellesareal fungerte som et godt hjelpemiddel i relasjonsbyggingen, samt til et styrket sosialt miljø på avdelingen. Både mellom sykepleier og pasient, men også mellom pasientene. Terskelen var lav for å sette i gang samtaler eller diskusjoner, eksempelvis angående det pågående fjernsynsprogrammet eller brettspillet. Ved å ha samtaler om hverdagslige temaer, samt å vitse og spøke i uskyldige kontekster, hadde en positiv innvirkning på relasjonene. Med dette kan en se likheter mellom opplevd praksis og i Kristoffersens (2021, s. 252) forklaring av Travelbees sykepleieperspektiv, hvor en tar

avstand fra pasient- og sykepleierrollene, og derfor ser på hverandre som enkeltindivider.

5.3. Motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet

Flere av studiene og litteraturen som er inkludert er enige om at mennesker som lider av depresjon er forbundet med inaktivitet og mangel på motivasjon (Lassenius et al., 2014; Krämer et al., 2014; Machaczek et al., 2018; Martinsen 2021, s. 255). De kan være fullt klar over fysisk aktivitets positive helsefordeler, men kan ha vanskeligheter med å sette i verk (Martinsen, 2021, s. 255). Motivasjonselementer og tiltak er derfor nødvendige i alle intervensjoner hvor målet er å øke fysisk aktivitet blant mennesker med en depressiv lidelse (Machaczek et al., 2018). Som nevnt i Kristoffersens (2021, s. 256) tolkning av Travelbees sykepleietenkning, kan helsepersonell planlegge og utføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov om en har etablert et godt forhold til pasienten gjennom kommunikasjon. Moe (2018, s. 166) understreker viktigheten av å tilpasse aktivitetstilbudet til pasientens funksjonsnivå, ønsker og behov. Ifølge psykisk helsevernloven (1999, § 4-1) skal; «Institusjonen utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud». Dette samsvarer også med spesialisthelsetjenestelovens (1999, § 1-1) formål, som innebærer å benytte ressursene best mulig for å tilby pasienten et tjenestetilbud som står i tråd med pasientens behov. Det er dessuten pasientens rett å medvirke i gjennomføringen av tjenesteformer og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Med dette tilegner helsepersonell pasienten autonomi, som er en av tre behovene et selvbestemmende menneske bygger på (Renolen, 2015, s. 74).

Definisjonen på fysisk aktivitet innebærer som nevnt enhver kroppslig bevegelse iverksatt av skjelettmuskulatur som medfører en betydningsfull økning i energinivået (Martinsen, 2018, s. 34). Dette vil si at fysisk aktivitet kan derfor innebære alt i fra kondisjonstrening og vektløfting (Martinsen, 2021, s. 254-255), til spaserturer og husarbeid (Jansson & Andersson, 2015, s. 38). Litteraturen presiserer viktigheten av å velge et alternativ som enkeltpersonen trives med, da sjansen for kontinuitet er større. Enkeltindividets preferanser kan variere, der noen kan ha glede av friluftaktiviteter, mens andre kan oppleve å trene på et treningsstudio som meningsfullt (Martinsen, 2021, s. 254-255; Moe, 2018, s. 166). Funnene i studien til Lassenius et al., (2014) vektlegger at helsepersonell bør motivere pasienter til fysisk aktivitet med en tilnærming hvor muligheter sto sentralt. Som følge av dette kan pasientene bruke kreativitet, nysgjerrighet og egne muligheter til å kartlegge treningsalternativer. Dermed kan individuelle- eller sosiale treningsøker, med høy- eller lav intensitet og vanskelighetsgrad,

tilpasses av pasienten selv etter eget funksjonsnivå, ønske og behov (Moe, 2018, s. 266). Andre alternativer kan være sosiale treningstilbud som lek, ballspill, gåturer, samt arrangert gruppetrening. Slike aktivitetene kan nemlig stimulere til gode samtaler, samarbeid, struktur, konsentrasjon, koordinasjon, og tilstedeværelse (Moe, 2018, s. 166-167). Sosiale alternativer kan sees på som meningsfulle for noen da de stimulerer til mestrings- og motivasjonsressurser. Videre kan pasienten oppnå en indre motivasjon, samt en opplevelse av sammenheng (Renolen, 2015, s. 173; Renolen, 2015, s. 74) om pasienten opplever et engasjement eller en interesse ovenfor aktiviteten selv (Renolen, 2015, s. 66). På bakgrunn av dette bør sykepleieren vektlegge å endre pasientens ytre motivasjon til en indre motivasjon, da pasientens prioriteringer og verdier vil da være i samsvar med pasientens motivasjon (Kristoffersen, 2021, s. 275).

I studien til Krämer (2014) kommer det frem at intervensjoner burde sette søkelys mot planleggingsmangel grunnet pasientenes reduserte handlingsplaner og dårlige vedlikeholds-effekt. Om helsepersonell skal sette søkelys mot en ytre motivasjonsstrategi kan dette blant annet innebære forpliktende aktiviteter (Moe, 2018, s. 167). Fra eget arbeid på døgnspsykiatrisk sengepost, hadde dette en effekt som stimulerte til et godt oppmøte. Det ble satt faste tidspunkter til aktivitet som ga deltakerne en tid å forholde seg til. På den andre siden kan denne form for motivasjon oppleves som en trussel eller straff. For eksempel motiveres pasienten til fysisk aktivitet fordi andre driver med fysisk aktivitet. Andre kan oppleve det som et ytre press eller et indre krav til handling. Eksempelvis kan en slik drivkraft bygge på kroppspress, som gjennom erfaring fremstår som et høyaktuelt problem i dagens samfunn. Et mindre kartlagt motivasjonsalternativ kan være et belønningssystem (Moe, 2018, s. 168). Av egen erfaring brukes det poengsystemer på flere treningssentre. En samler da poeng for hver gang en trener, som etter et visst antall poeng belønner deltakeren med en premie. Belønningene som blir brukt på treningssentrene er materielle goder, positive tilbakemeldinger og anerkjennelse. «Å trene med mening» kan for noen være et aktuelt tilbud da en gir tilbake til samfunnet (Moe, 2018, s. 167). Dette samsvarer med Martinsen (2018, s. 60-61) litteratur, der det nevnes at det å være i arbeid kan være meningsfullt for noen. WHO (2021) definerer helse som en tilstand av psykisk velvære som blant annet gjør mennesker i stand til å bidra til fellesskapet. Det kan innebære å rydde landskap, hagearbeid, fiske eller å sykle istedenfor å kjøre bil (Moe, 2018, s. 167-168).

Hvert enkeltmenneskes motivasjon avhenger av individets ferdigheter, egne tanker om seg selv, samt hva en oppnår ved å utføre en handling (Kristoffersen, 2021, s. 275). Ifølge Krämer

(2014) bør intervensjoner rettes mot pessimistiske overbevisninger, og dermed sette søkelys på deres negative resultatforventning. I likhet med Mjøsund (2021, s. 29) ble det i egen praksis brukt en salutogen tilnærming hvor blikket ble rettet mot å styrke menneskets kapasitet, potensial og ressurser. Helsepersonellet la vekt på forsøk og innsats, i motsetning til resultat og sosial sammenligning. Trolig grunnet dette, uttalte pasientene seg om økt trivsel, trygghet og en følelse av tilhørighet i gruppen. Ifølge selvbestemmelsesteorien er tilhørighet en av de tre behovene mennesket har for å kunne utvikles til et selvbestemmende menneske (Renolen, 2015, s. 74). Ifølge Moe (2018, s. 166-167) øker kontinuiteten om første økt oppleves som bra, noe som samsvarer med opplevd praksis.

I studien til Firth et al., (2016) kommer det frem at mangel på støtte er en vanlig barriere for fysisk aktivitet blant pasienter med en alvorlig mental lidelse. Pasienter med depresjon er ofte preget av isolasjon, passivitet og mangel på sosial støtte (Bonsaksen, 2014, s. 122). Martinsen (2018, s. 61) beskriver kontakt med mennesker og dyr, samt sosial støtte og å ha noen å snakke med som viktige tiltak ved disse konsekvensene av depresjon. Mennesker er i stor grad avhengig av hverandre (Travelbee, 1999, s. 118), som bekreftes av helse- og omsorgsdepartementets (2022) som definerer helse som en sammensatt tilstand av psykisk-, fysisk- og sosial helse. Av egen erfaring fra mitt arbeid på døgnpsykiatrisk sengepost, fant pasientene ofte hverandre. De trente gjerne sammen og hjalp hverandre i arbeidet. Renolen (2015, s. 173) beskriver sosial støtte som en mestringsressurs, som oppsøkes av mennesket når en opplever sammenheng.

Til slutt, kan helsepersonell også ha mangel på motivasjon i arbeidet. Dette oppstår når forventningene i pasientrelasjonen ikke samsvarer (Lassenius, 2014). I den sammenheng presiserer Lassenius et al., (2014) at å motivere ikke er en enveisprosess, og at helsepersonell må kunne reflektere over sin egen motivasjon. I Lassenius et al., (2014) sin studie kommer det også frem at manglende kunnskap blant helsepersonell kan hindre motivasjonsarbeidet. Kunnskap i form av motivasjon, dypere forståelse av personen, ulike faktorer til dårlig psykisk helse og behandlingsmetoder kan begrense en følelse av mening i arbeidet. Ifølge retningslinjene til NSF (2019) er sykepleieren pliktig til å holde seg oppdatert til forskning og utvikling innenfor eget fagområde. I helsepersonelloven står: «Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Med dette innebærer pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) at pasienten har rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen. Derfor er det et krav til

helsepersonell å informere, samt pasientens rett å få informasjon. Begripelighet, eller å forstå hva som skjer er også en av tre punkter i teorien om hvordan en kan oppnå en opplevelse av sammenheng (Renolen, 2015, s. 173). Ifølge selvbestemmelsesteorien er kompetanse også en av tre av menneskets behov for å bli et selvbestemmende menneske, og dermed i større grad oppnå en indre motivasjon som drivkraft (Renolen, 2015, s. 74).

6. Konklusjon

Målet med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere kan motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av mild- til moderat depresjon er godt dokumentert gjennom forskning og litteratur. Det viser seg at alvorlige depresjoner er mindre kartlagt, og mulig har et dårligere behandlingspotensial. Som behandlingsmetode kan fysisk aktivitet brukes til å fremme psykisk helse ved å bedre humør, -livskvalitet, -selvtillit, -selvbilde, mer overskudd og redusere stress. Det kommer også frem at fysisk aktivitet kan bidra til behandling av depresjon knytt til somatiske lidelser, grunnet behandlingsmetodens positive effekter på fysisk helse. Utfordringen er derimot å kunne motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet, som gjenspeiler seg i en redusert mengde forskning og teori.

Den inkluderte forskningen viser at depresjon er forbundet med inaktivitet, dårlig fysisk helse, og motivasjonsvansker. Først og fremst vises det at et menneske-til-menneske-forhold ligger til grunne for å kunne utføre motiverende tiltak. Å ta avstand fra sykepleie- og pasientrollene fremstår som et sentralt hjelpemiddel i relasjonsdanningen. Gjennom relasjoner kan en nemlig innhente relevant informasjon fra pasienten selv, for å videre kunne planlegge og gjennomføre sykepleie som samsvarer med pasientens behov. Dette bidrar til et tilpasset aktivitetstilbud som tar utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå, ønsker og behov for å opprettholde en indre motivasjon og dermed øke sjansen for kontinuitet. Aktivitetstilbudene bør legge vekt på mestring- og motivasjonsstrategier som håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Dette bidrar til at pasienten kan nå en opplevelse av sammenheng, og videre blir motivert til å søke ressurser som identitet, kontroll, sosial støtte og mer. Andre viktige motivasjon- og mestringsstrategier bør legge vekt på autonomi, tilhørighet og kompetanse. Dette kan føre til en selvbestemmende pasient som bruker en indre motivasjon som drivkraft.

Referanseliste

- Bahr, R. (Red.). (2015). Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling (3. utg). Fagbokforlaget.
- Bonsaksen, T. (2014). Fysisk aktivitet. I U. S. Goth (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (utg. 1., s. 118-135). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M. & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>
- Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving (7. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869–2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Helsenorge. (2021, 29. januar). *Psysisk helse og fysisk aktivitet*. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 27. april). *Verdens helseorganisasjon*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Holsten, F. (2021). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (utg. 1., s. 101-120). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jansson, E., & Andersson, S. A. (2015). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s. 37–44). Fagbokforlaget.
- Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, T., & Andersson, E. (2015). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., 275–298). Fagbokforlaget.

- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., s. 225–288). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2021). Å styrke pasientens ressurser: Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 257–314). Gyldendal Akademisk.
- Krämer, L., V. Helmes, A. W., Seelig, H., Fuchs, R. & Bengel, J. (2014). Correlates of reduced exercise behaviour in depression: The role of motivational and volitional deficits. *Psychology & Health*, 29(10), 1206–1225.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2014.918978>
- Lassenius, O., Arman, M., Söderlund, A. & Wiklund-Gustin, L. (2014). Motivation Does not Come with an Ending—It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 713–720. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.901448>
- Machaczek, K. K., Allmark, P., Goyder, E., Grant, G., Ricketts, T., Pollard, N., Booth, A., Harrop, D., de-la Haye, S., Collins, K. & Green, G. (2018). A scoping study of interventions to increase the uptake of physical activity (PA) amongst individuals with mild-to-moderate depression (MMD). *BMC Public Health*, 18(1), 392.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5270-7>
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2021). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 253-257). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mjøsund, N. H. (2021). Psykisk helse: Et salutogent perspektiv. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 29–41). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg., s. 155–169). Vigmostad og Bjørke AS.
- Norges Sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Tellnes, G. (2014). Forebygging og samhandling. I U. S. Goth (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (1. utg., s. 34-45). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tesli, M. S. (2021, 3. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. & Thorbjørnsen, K. M. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2022, 17. juni). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2021, 13. september). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Vedlegg

Vedlegg 1 (Oversikt over søkeord, artikler og avgrensinger)

Database	Søkeord	Avgrensning på søk	Antall Treff	Valgte artikler
Academic Search Elite	Physical activity AND depression AND motivation	+ Publ.år: 2012-2022 + Linked full text + Peer Reviewed	36	Treff nr 3: “A scoping study of interventions to increase the uptake of physical activity (PA) amongst individuals with mild-to-moderate depression (MMD)”.
PubMed	Exercise AND motivation AND Depression	+ Publ.år: Innen 10 år (2012-2022) + Free full text	389	Treff nr 2: “Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis”.
PubMed	Physical activity AND Motivation AND psychiatric disabilities	+ Publ.år: Innen 10 år (2012-2022) + Free full text	23	1 article found by citation matching: “Motivation does not come with an ending--it's the beginning of something new: experiences of motivating persons with psychiatric disabilities to physical activity”.
MEDLINE	Motivation AND physical activity AND depressive disorder	+ Publ.år: 2012-2022 + Peer reviewed + Linked full text	40	Treff nr 4: “Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits”.

Vedlegg 2

P (Patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Adults Depression Depressive disorder Mental illness	Motivation	<i>Ingen</i>	Physical activity Exercise



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	12-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	342
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7740
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	42
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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