



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	250
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7961
----------------------	------

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:	117
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



BACHELOROPPGAVE

Hvordan motivere personer med depresjon til fysisk aktivitet

How to motivate people with depression to do physical activity

Kandidatnummer: 250

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap/Institutt for helse og omsorgsvitenskap/Bachelor i sykepleie

Innleveringsdato: 12. Mai 2023

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

Title: How to motivate people with depression to do physical activity.

Background: Depression is a leading cause for disability and ill health worldwide. More than 300 million people suffer with depression and the numbers are rising. Depression has huge effects both on the individual who suffers from depression and the society. Therefore it is necessary to explore the different accessible treatment options for depression. Physical activity has shown to have a positive effect on depression and could be considered an independent treatment or a possible addition to the traditional treatment for depression.

Thesis statement: How can nurses help promote motivation for physical activity for people with depression.

Method: I have used literature study as a method in this thesis. This thesis is based on research articles, syllabus literature and subject material.

Summary: Physical activity is shown to have a positive effect for people with depression. For mild to moderate depression, physical activity is shown to reduce clinical symptoms of depression and prevent relapse of depression. For more severe forms of depression physical activity is shown to be a good addition in combination with psychotherapy and medication. To promote motivation for physical activity for people with depression some measures need to be taken. It is essential to establish a strong relationship with the depressed, convey hope, explore their sense of barriers, and create a detailed action plan with them so that physical activity becomes more manageable.

Keywords: Depression, physical activity, motivation.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	2
2.0 Teori.....	2
2.1 Sykepleie teori.....	2
2.2 Depresjon	4
2.3 Fysisk aktivitet	5
2.4 Motivasjon.....	5
3.0 Metode	7
3.1 Design	7
3.2 Søkeprosessen.....	7
3.2.1 PICO	7
Tabell 1: PICO-skjema	8
3.2.2 Litteratursøket.....	9
3.2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	9
Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier	10
3.3 Kritisk vurdering av artikler	11
3.4 Analyse og syntese	11
3.5 Etske vurderinger	12
4.0 Resultat.....	12
4.1 Fysisk aktivitet som behandling for depresjon.....	13
4.2 Barrierer for fysisk aktivitet.....	13
4.3 Motivasjon for fysisk aktivitet	14
4.4 Individuell plan	16
5.0 Diskusjon	16
5.1 Diskusjon av resultater	16
5.1.1 Fysisk aktivitets forebyggende og behandlende effekt på depresjon.....	17
5.1.2 Barrierer for fysisk aktivitet blant deprimerte	18
5.1.3 Hvordan kan sykepleier hjelpe med å motivere deprimerte til fysisk aktivitet?	19
5.1.4 Viktigheten av å utforme en individuell plan for fysisk aktivitet.....	21

5.2 Diskusjon metode.....	23
5.2.1 Diskusjon av metode	23
5.2.1 Diskusjon av resultater	24
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	25
Referanseliste.....	26
Vedlegg.....	29
Vedlegg 1: Søkehistorikk	29
Vedlegg 2: Flow diagram	31
Vedlegg 3: Litteratormatrise	32

Oversikt over tabeller

<u>Tabell 1: PICO-skjema</u>	8
<u>Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier</u>	10

1.0 Innledning

Depresjon er en ledende årsak til dårlig helse og uføre på verdensbasis. Ifølge World Health Organization lever mer enn 300 millioner mennesker med depresjon og tallene er stigende. Fra 2005 til 2015 har det vært en økning på 18% i antall deprimerte (WHO, 2017). Bare i Norge rapporterte 7% av nordmenn at de det siste året hadde opplevd depresjon (Aarre, 2018, s. 140). Depresjon går ofte ut over den kroppslige helsen, og mennesker med langvarige psykiske helseproblemer har betydelig dårligere helse enn gjennomsnittsbefolkningen (Aarre, 2018, s. 141). De har flere kroppslige sykdommer og kortere forventet levetid (Martinsen, 2021, s. 254).

Depresjon påvirker stemningsleie, interesser, energinivået, konsentrasjon, selvtilliten og motivasjonen. Vanlig behandling ved depresjon er psykoterapi og antidepressiva (Aarre, 2018, s. 142). I 2020 fikk 5,9% av kvinner og 3,4% av menn behandling med antidepressiva for depresjon (Tesli et al., 2023). Fysisk aktivitet har vist seg å være en effektiv behandling for depresjon fra mild til moderat grad, og har ingen negative bivirkninger. Det har også vist seg å være like effektivt som samtalerapi og antidepressiva for denne depresjonsgraden. Fysisk aktivitet kan også verne mot depresjon og redusere antall tilbakefall (Aarre, 2018, s. 147). De fleste vet at fysisk aktivitet er nyttig, men sliter med å komme i gang, og de som trenger det mest har ofte størst problem med endring (Martinsen, 2021, s. 255).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har stor interesse for hvordan den psykiske helsen påvirkes av fysisk aktivitet, noe som er grunnen for at jeg valgte å skrive om dette temaet. Jeg har også selv personer i nær relasjon som har opplevd depresjon, og som har brukt fysisk aktivitet som et ledd i deres behandling. Jeg har da sett hvordan manglende motivasjon er en barriere som forhindrer deprimerte i å komme seg i fysisk aktivitet. Dermed ønsket jeg å utforske hvordan jeg som kommende sykepleier kan bidra til å øke motivasjonen for fysisk aktivitet blant deprimerte.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere fremme motivasjon til fysisk aktivitet for personer med depresjon?

1.3 Avgrensing av oppgaven

Oppgaven vil være avgrenset til mennesker over 18 år som har en depresjonsdiagnose. Det stilles ikke krav til depresjonsgrad, og oppgaven vil fokusere på generell depresjon. Dette vil si at jeg vil inkludere studier som tar for seg ulike former for depresjon, bortsett fra sesongrelatert depresjon. Jeg inkluderer ikke sesongrelatert depresjon da denne type depresjon oppfattes å være av en annen karakter. Videre har jeg avgrenset at artiklene jeg velger må være fagfelle vurdert og skrevet på engelsk eller norsk.

2.0 Teori

2.1 Sykepleie teori

Joyce Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess der en sykepleier hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mestring i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29). Travelbee sin definisjon på sykepleie legger stor vekt på at samhandling med pasientene er selve grunnlaget for at en sykepleier skal kunne ivareta pasientenes behov (Kristoffersen, 2016, s. 22). Som sykepleier har en mange ulike funksjoner. En sykepleier har blant annet helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende, veiledende og undervisende funksjoner (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Den helsefremmende undervisningen har som hensikt å hjelpe mennesker til å finne mening i sin sykdom og i de tiltakene som iverksettes for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Helsefremmende undervisning skal hjelpe den syke til å finne mening i fornektelse og tap hen kan oppleve gjennom tiltakene som

iverksettes for å bevare helsen (Travelbee, 2001, s. 34-35). Sykepleier skal hjelpe den enkelte til å kunne mestre og holde ut sykdom og lidelse når en slik situasjon oppstår (Travelbee, 2001, s. 33). En måte sykepleier kan gjøre dette er ved å etablere en god relasjon til den syke, og gjennom denne relasjonen formidle forståelse og støtte (Travelbee, 2001, s. 35). En relasjon eller som Travelbee betegner det, et menneske-til-menneske-forhold er erfaringer som deles mellom sykepleier og dem hun har omsorg for (Travelbee, 2001, s. 177). Denne relasjonen har grunnlag i felles opplevelser og erfaringer som deles av sykepleier og den som har behov for sykepleie (Travelbee, 2001, s. 41). For å oppnå dette menneske-til-menneske-forholdet er det viktig at både sykepleier og den som er syk forholder seg til hverandre som unike individer, og ikke som merkelappene «pasient» og «sykepleier» (Travelbee, 2001, s. 171–172). Å bygge en relasjon går over flere faser (Gonzalez, 2020, s. 59). Disse fasene kan ha ulike navn, men betegnes ofte som forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. Forberedelsesfasen er det arbeidet og de forberedelsene som gjøres før møte med pasienten. Orienteringsfasen innleder relasjonen og går ut på at en prøver å utforske hva den andre søker eller trenger hjelp med samtidig som en bygger tillit. I arbeidsfasen jobber pasient og sykepleier sammen på områdene som pasienten ønsker støtte og hjelp til. I den avsluttende fasen avsluttes relasjonen, ofte fordi målene er nådd eller behovet for hjelp opphører (Gonzalez, 2020, s. 58-59).

Kommunikasjon er det som legger grunnlaget for en relasjonen (Travelbee, 2001, s. 135). Kommunikasjon er en prosess der en meddeler eller overfører tanker og følelser. Den meningsfulle kommunikasjonen oppstår når en er sikker på at det som deles vil bli mottatt, og ikke avist eller latterliggjort. Sykepleier kommuniserer for å motivere og påvirke den syke, og sykepleierens intensjoner og oppfatninger blir alltid kommunisert i sykepleiesituasjoner. Om hun ikke interesserer seg for den syke vil dette kommuniseres, uansett hva som blir sagt med ord (Travelbee, 2001, s. 137). Det sykepleieren kommuniserer vil enten kunne hjelpe den syke til å mestre ensomhet, sykdom og lidelse, eller forsterke og øke opplevelsen av isolasjon og ensomhet (Travelbee, 2001, s. 147). Hvert enkelt menneske er forskjellig og reagerer ulikt på påkjenninger. Om sykepleier ikke har innsikt i hvordan den enkelte takler påkjenning og hvordan hen oppfører seg under vanskeligheter vil hun ikke kunne gi meningsfull hjelp. Syke mennesker vil lettere kunne be om hjelp om de føler sykepleieren

kjenner dem og har tillit til dem (Travelbee, 2001, s. 141). Tillit oppstår når en fremstår pålitelig, sannferdig, til stede og med et ønske om å hjelpe. For den som trenger hjelp handler tillit om å våge å stole på den som skal hjelpe (Gonzalez, 2020, s. 59).

2.2 Depresjon

Depresjon er et av Norges største folkehelseproblem (Aarre, 2018, s. 140). Ifølge Folkehelseinstituttet vil én av ti få en depressiv lidelse i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2018). Depresjon er svært utbredt, en vil kunne komme i kontakt med depresjon enten i form av egne opplevelser, eller møte på depresjon i nær relasjon. Diagnostisert depresjon er vanligere blant kvinner enn menn. Tross statistikken mener mange at depresjon er likt fordelt mellom kjønnene, men at menn oftere unngår å søke hjelp (Aarre, 2018, s. 140). Tall fra 2020 viser at rundt 15% av menn og 22% av kvinner har oppsøkt primærhelsetjenesten for psykiske plager. Rundt 5% av menn og 7% av kvinner har også kontaktet spesialisthelsetjenesten grunnet psykiske lidelser (Tesli et al., 2023).

Depresjon kjennetegnes av senket sinnstemning, redusert energi, nedsatt interesse og gledeløshet. I tillegg følger symptomer som manglende tiltakslust, søvnevansker, endret matlyst, rastløshet og angst (Holsten, 2020, s. 102). Depresjon er en sykdom med et episodisk forløp, noe som vil si at den kan gå over med behandling, men også preges av gjentatte tilbakefall (Aarre, 2018, s. 136). Diagnosen depresjon oppfylles når symptomene blir langvarige og går ut over den hverdagslige funksjonen. Symptomene har da vedvart hver dag i rundt to uker og har forårsaket et betydelig funksjonsfall, sammenlignet med personens vanlige funksjonsnivå (Holsten, 2020, s. 102). Personer som opplever depresjon, kan føle seg verdiløse og mangle selvtillit. For dem kan selv dagligdagse hendelser bli en bekreftelse for egne mangler. De kan ha vanskeligheter med å bestemme seg og ofte ende opp med å ikke ta beslutninger (Aarre, 2018, s. 137–138).

Depresjon kan graderes etter skalaen Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. Denne skalaen lar pasienten sammen med behandler rangere ti ulike depressive symptom fra null til seks. Null vil si at symptomene ikke er til stede, seks vil si at de er konstant er til stede. Symptomene som rangeres er synlig tristhet, objektiv tristhet, indre spenning, redusert søvn, svekket appetitt, konsentrasjonsvansker, initiativløshet, svekket følelsesmessig reaksjon, depressivt tankeinnhold og suicidale tanker (Holsten, 2020, s. 102). De fleste med depresjon kan behandles i kommunehelsetjenesten, men ved alvorligere depresjoner bør spesialisthelsetjenesten involveres. Behandlingen for depresjon kan ofte være effektivt, men behandlingsformene kan være ulike. For noen er det nok med støtte og trygghet i en avgrenset periode, for å komme tilbake til normal funksjon (Holsten, 2020, s. 104). Likevel er de mest vanlige behandlingsformene ulike typer psykoterapi og psykofarmaka (Aarre, 2018, s. 142). Fysisk aktivitet har også vist seg å kunne være en effektiv behandling, spesielt for depresjon av mild til moderat grad (Aarre, 2018, s. 147).

2.3 Fysisk aktivitet

En definisjon på fysisk aktivitet er kroppsarbeid som følge av muskelarbeid, som fører til økt energiforbruk. Menneskekroppen er skapt for bevegelse, og det er et velkjent faktum at fysisk aktivitet gjør godt for kroppen og helsen (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 8). Fysisk aktivitet har også vist å kunne fremme positive tanker, påvirke selvtillit og selvkontroll og gi en økt tro på å kunne mestre egne problemer (Kjellman et al., 2015, s. 280). De som er fysisk aktive er i mindre grad deprimerte og får færre tilbakefall av depresjon (Aarre, 2018, s. 147). På grunn av manglende motivasjon og initiativ bør aktiviteter som rettes mot deprimerte verken være for krevende eller langvarige. Dette fordi det å gjennomføre aktiviteten kan styrke selvfølelsen og motvirke negative følelser som oppgitthet (Hummelvoll, 2012, s. 210).

2.4 Motivasjon

Et motiv er det som driver et menneske til å handle, eller som vekker, opprettholder og gir retning til denne handlingen (Hummelvoll, 2012, s. 347). Det finnes ulike former for

motivasjon. En person kan motiveres av eksterne belønninger som ligger utenfor selve aktiviteten, dette kalles ytre motivasjon. Ved indre motivasjon vil personen motiveres av selve aktiviteten. Grunnen for dette kan ligge i at aktiviteten appellerer til nysgjerrighet, skaper utfordringer og glede, noe som gjør at aktiviteten i seg selv blir belønning (Manger & Wormnes, 2015, s. 28–29). Blant helsearbeidere har håp lenge vært sett på som en motiverende faktor bak menneskelig adferd. Håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, nederlag, ensomhet og lidelse. Trolig er det den motiverende impulsen som håp representerer som gir energi og gjør en i stand til å overvinne hindringer og barrierer (Travelbee, 2001, s. 117). Om en mangler håp ser en ingen utsikt til forandring eller forbedring i livet, og ingen løsninger på problemene eller en vei ut av vanskelighetene (Travelbee, 2001, s. 118). Sykepleiers rolle er å hjelpe den syke å fastholde håp, gjenvinne håp og unngå håpløshet. Sykepleier kan forebygge håpløsheten ved å gjøre seg tilgjengelig og villig til å lytte, når den syke snakker om sine frykter og bekymringer (Travelbee, 2001, s. 123).

Opplevd kontroll over adferd kalles mestringstro (Manger & Wormnes, 2015, s. 144). Ved lav mestringstro kan forsvarsmekanismer som ignorering og bagatellisering oppstå. Dette for å beskytte egne følelser. Som sykepleier blir det viktig at en utforsker pasientens tillit til egen mestring. For å utforske pasientens mestringstro kan sykepleier ha en samtale med pasienten om tidligere erfaringer og hvordan pasienten da håndterte dem. Dette undersøker hvilke ressurser pasienten har som gjorde de tidligere utfordringene overkommelige. Underveis i samtalen kan pasientens tro på seg selv øke etter som hen får bekreftelse på tidligere mestring (Hestvold, 2018, s. 139-140). Sykepleier kan på den måten bruke kommunikasjon til å motivere og påvirke den syke (Travelbee, 2001, s. 137). En kommunikasjonsteknikk som kan brukes for å øke motivasjon er motiverende intervju. Motiverende intervju er en samtale om endring. Gjennom denne samtalen kan det oppstå endringssnakk. Endringssnakk er personens egne utsagn om endring (Manger & Wormnes, 2015, s. 33). Endringssnakk kan anses som et signal om en påfølgende adferdsendring (Miller & Rollnick, 2016, s. 202–203).

3.0 Metode

3.1 Design

Jeg har brukt litteraturstudie som metode for min bacheloroppgave. Metode er et redskap i møte med noe en vil undersøke. Metode hjelper med å samle inn informasjonen som trengs for å belyse det aktuelle temaet som skal undersøkes (Dalland, 2020, s. 54). Et litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med et litteraturstudie er å gi en oppdatert og god forståelse rundt litteraturen som problemstillingen skal belyse (Thidemann, 2019 s. 78).

3.2 Søkeprosessen

Jeg startet søkeprosessen ved å gjøre overordnede prøvesøk. Dette gjorde jeg ved å skrive inn problemstillingen min i Oria inne på Høgskulen på Vestlandets sider, og som «basic search» i søkedatabasene CINAHL, MEDLINE EBSCO, MEDLINE Ovid og Academic Search Elite. Dette gjorde jeg for å få et innblikk i litteraturen rundt min problemstilling. Samtidig ønsket jeg å få et overblikk over ulike ord som ble brukt i overskrifter, abstrakter og hva MeSH termer som ofte gikk igjen. Dette ga meg inspirasjon til hvilke søkeord som ville være relevant til mitt PICO-skjema.

3.2.1 PICO

Etter at jeg hadde gjennomført innledende søk, lagde jeg et PICO-skjema. PICO er et rammeverk som hjelper med å gi en søkbar problemstilling. P står for Population/Patient/Problem altså hvem det omhandler. I står for Intervention, på norsk tiltak. C står for Comparison, som brukes om en ønsker å sammenligne to ulike tiltak. O står for Outcome som vil si hva endepunkt en er interessert i å komme frem til (Thidemann,

2019, s. 82–83). Jeg brukte ikke O i mitt skjema da jeg ikke hadde flere tiltak jeg ønsket å sammenligne. Jeg fant ordene brukt i PICO skjema ved å prøve meg frem med ulike synonymer og endinger i ulike prøvesøk.

I mitt PICO-skjema under intervensjon står det ikke noe om sykepleier eller sykepleie, selv om det etter min problemstilling er sykepleier som skal gjennomføre intervensjonene. Grunnen for at sykepleier ikke er med under intervensjon er at det ga for få, og ikke relevante artikler når jeg brukte det som søkeord. Dermed valgte jeg å ekskludere sykepleie og sykepleier som søkeord. Jeg fokuserte isteden på artikler som ville ha tiltak som kunne iverksettes av sykepleiere.

Tabell 1: PICO-skjema

P Populasjon, Pasient, Problem	I Intervensjon	O Utfall
Depresjon Klinisk depresjon Psykisk lidelse	Motivasjon Motiverende intervju	Fysisk aktivitet Trening
P Population, Patient, Problem	I Intervention	O Outcome
Depression Clinical depression Mental illness	Motivation Motivational Interviewing Motivational interview	Physical activity Exercise

3.2.2 Litteratursøket

Jeg har valgt å bruke søkedatabasene CINAHL, MEDLINE Ovid, MEDLINE EBSCO og Academic Search Elite. Jeg valgte disse søkedatabasene basert på deres beskrivelse inne på Høgskulen på Vestlandets sider om fagressurser under filteret for sykepleie. Jeg brukte ulike kombinasjoner av søkeordene med boolske operatører som AND og OR. Jeg brukte OR mellom ordene i samme kolonne og AND for å kombinere flere kolonner sammen. Dette gjorde jeg for å få flest mulig treff rettet mot min problemstilling. Ord kombinert med OR vil hjelpe med å utvide søket. Ord kombinert med AND gjør at en vil få et resultat som omhandler alle ord som kombineres med AND (Thidemann, 2019, s. 87).

I et PICO-skjema skal normalt alle ordene i hver kolonne kombineres med OR, for deretter å sette hver kolonne sammen med bruk av AND (Søk & Skriv, 2022). Jeg har ikke kombinert alle ordene i hver kolonne med OR i hvert eneste søk. Jeg startet prøvesøkene mine med å gjøre dette, men fikk da opp få artikler. Når jeg deretter avgrenset søkene etter mine kriterier, mistet jeg da også de relevante artiklene når jeg brukte alle søkeordene i hvert søk. Dermed valgte jeg å prøve meg frem med ulike kombinasjoner av søkeordene og kombinere dem med OR, for deretter å sette sammen kolonnene med AND. Selv om ikke alle ordene som er nevnt i PICO-skjemaet er brukt i hvert søk, gjorde denne strategien at jeg fikk opp relevante artikler og et håndterbart treff resultat. Alle ordene i PICO-skjema er brukt, men ikke i hvert eneste søk.

3.2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

For å gjøre litratursøket mer relevant for min problemstilling og avgrense mengden litteratur, satt jeg meg noen felles inklusjons og eksklusjonskriterier. Alderen på de deprimerede er satt til over 18 år. Dette er fordi depresjon ofte debuterer i midten av tyveårene, men de siste årene har debutalderen sunket (Aarre, 2018, s. 141). Dermed antok jeg at det ville være mest forskning på depresjon relatert til voksne. Jeg valgte også forskning utgitt mellom 2013 og 2023, for å få ny og oppdatert forskning rundt tema. Jeg valgte å ikke

spesifisere graden av depresjon for å få en mer generell forståelse av tema. Jeg valgte at alle artiklene skulle være fagfellevurdert etter som jeg da vurderer dem som mer pålitelige.

Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Over 18 år	Under 18 år
Litteratur publisert fra 2013-2023	Litteratur publisert før 2013
Må ha deprimerte som hovedgruppe	Studier med som fokuserer på andre mentale lidelser
Fagfellevurdert	Ikke fagfelle vurdert
Skrevet norsk eller engelsk	Skrevet på andre språk

Selv om eksklusjonskriteriene avgrenset søket, kom det fremdeles opp for mange treff i noen av søkene. Dette gjorde at jeg inkluderte flere avgrensninger inne på de individuelle søkedatabasene. Dette er ikke ført opp i de generelle inklusjonskriteriene etter som disse avgrensningene varierte. For det ene søket gjort i CINAHL, har jeg brukt avgrensningene «geografic subset: Europe» og «full text». I søket gjort i Academic search elite har jeg også inkludert avgrensningen «full text». Videre i det ene søket på MEDLINE EBSCO, avgrenset jeg søket med Narrow by Subject Major: exercise, fordi de generelle eksklusjonskriteriene fremdeles ga et søketreff på over hundre. Grunnen for at jeg inkluderte flere individuelle avgrensninger for disse søkene, var for å korte ned treff resultatet så det skulle bli enklere å finne relevant litteratur. Etter at jeg hadde fått opp et overkommelig antall artikler, leste jeg overskrifter og abstrakter på artiklene som virket relevant. Om abstrakte ikke var relevant ble artikkelen ekskludert. I tilfeller der litteraturen virket relevant, leste jeg hele artikkelen. Jeg valgte til slutt ut fem artikler som innfridde mine inklusjonskriterier og var relevant for problemstillingen.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Ettersom dette er et litteraturstudie, er det viktig kritisk å vurdere kildene som skal brukes. For kritisk å vurdere litteraturen brukte jeg Helsebibliotekets sjekklister. Sjekklisene inne på helsebiblioteket er utarbeidet for kritisk å vurdere forskningslitteratur, og skal fungerer som et hjelpemiddel i denne vurderingen (Helsebiblioteket, 2016). Jeg valgte ut passende sjekklister etter hva metode som var brukt i artiklene. For eksempel brukte jeg sjekklisen for tverrsnittstudie til å vurdere artikkelen til Fraser et al. (2015), etter som denne studien er en tverrsnittstudie. Når jeg vurderte artiklene, var jeg spesielt kritisk i forhold til eventuelle begrensinger og hvordan dette kunne påvirke resultatet. Etter som jeg har depresjon i problemstillingen, valgte jeg å ekskludere artikler som også tok for seg generelle mentale lidelser. På tross av dette har jeg en studie som i tillegg til depresjon inkluderer angst og PTSD (Bichler et al., 2021). Grunnen for at jeg inkluderte denne artikkelen er fordi angst og depresjon ofte opptrer samtidig. I allmennpraksis er kombinasjonen av angst og depresjon mer vanlig enn lidelsene hver for seg (Martinsen, 2020, s. 117).

3.4 Analyse og syntese

Artiklene brukt i denne litteraturstudien er framstilt systematisk i en litteraturmatrise, se vedlegg 3. Hensikten med en litteraturmatrise er å vise hovedelementene i hver artikkel på en systematisk og oversiktlig måte (Thidemann, 2019, s. 95). I litteraturmatrisen sammenlignes hovedfunnene og resultatene fra artiklene. Det er også inkludert eventuelle begrensinger og hvilke metode som ble brukt i studiene. For å komme frem til de temaene som var mest relevant for min problemstilling gikk jeg nøye og systematisk igjennom artiklene. Jeg noterte meg de fremtredende temaene, og systematisk krysset ut hvilke artikler som inneholdt samme tema. Temaene som går igjen i artiklene er hvordan fysisk aktivitet kan virke behandlende for deprimerte, barrierer som forhindrer fysisk aktivitet, hva som kan motivere til fysisk aktivitet og viktigheten av å lage en individuell tilpasset handlingsplan.

3.5 Etiske vurderinger

For å sikre at artiklene som ble valgt holdt etisk standard, prøvde jeg å finne artikler som var godkjent av en etisk komite. Tre av fem artikler møtte dette kravet (Bichler et al., 2021; Fraser et al., 2015; Machaczek et al., 2018). For de artiklene som ikke hadde blitt etisk godkjent var det viktig at deltagerne var anonymisert for å opprettholde personvern og at samtykke var blitt gitt. Dette kravet ble innfridd av alle artiklene. I studien som involverte innlagte pasienter ble det også presisert at pasientene var innlagt frivillig (Fraser et al., 2015). Jeg vil også referere fortløpende til kilder som jeg bruker for å respektere forfatternes opphavsrett til sine verk.

4.0 Resultat

Litteratursøket ga 199 treff, etter å ha fjernet duplikater ga søket 164 treff. Etter å ha lest igjennom overskrifter, abstrakter og fulltekst på relevant litteratur, valgte jeg ut fem artikler. Disse artiklene innfridde inklusjonskriteriene mine og var relevant for min problemstilling. Artiklene pekte mot at deprimerte hadde et lavere nivå av fysisk aktivitet, sammenlignet med den generelle befolkningen. Deprimerte har også vanskeligheter med å følge anbefalinger om regelmessig fysisk aktivitet. Dette gjør dem spesielt utsatt for somatiske lidelser og redusert mental helse (Krämer et al., 2014). På tross av et redusert fysisk aktivitetsnivå blant deprimerte, var det interesse for fysisk aktivitet. Likevel var manglende motivasjon, konkrete handlingsplaner og barrierer, det som forhindret selve gjennomføringen av aktiviteten (Fraser et al., 2015). Etter å ha sammenlignet innholdet i de ulike artiklene, var det fire temaer som var gjennomgående. Dette var fysisk aktivitet som behandling, barrierer for fysisk aktivitet, hva som kunne motivere til fysisk aktivitet og viktigheten av en individuell handlingsplan.

4.1 Fysisk aktivitet som behandling for depresjon

Alle artiklene pekte i retning om at fysisk aktivitet hadde en behandlende effekt for personer med depresjon. Fysisk aktivitet som behandling viste å kunne bedre depresjon på lik linje som psykoterapi og psykofarmaka. Denne positive effekten oppsto likevel bare hvis fysisk aktivitet gjennomførtes regelmessig og over en lengre periode (Krämer et al., 2014). Fysisk aktivitet som behandling viste å ha best effekt på depresjon av mild til moderat grad. Forskningen viste også at fysisk aktivitet bidrog til bedring i både den fysiske og psykiske helsen og reduserte kliniske symptomer på depresjon (Bichler et al., 2021).

Ifølge Fraser et al. (2015) sin studie var pasientene enig om at fysisk aktivitet hadde en effekt på å håndtere psykologisk velvære, stress og forbedre livskvaliteten. Pasientene mente også at fysisk aktivitet hadde en positiv innvirkning på somatiske sykdommer. Likevel var over halvparten av deltagerne uenig i at fysisk aktivitet kunne hjelpe med å håndtere fatigue og alvorlig mentale lidelser. Fysisk aktivitet kunne anses som en selvstendig behandling ved mild til moderat depresjon, men forskningen viste likevel at alvorligere former for depresjon trengte tilleggsbehandling. I behandling av alvorlig depressiv lidelse er antidepressiva og evidensbasert psykoterapi den primære behandlingen. Ved alvorlig depressiv lidelse vil imidlertid fysisk aktivitet være et potensielt positivt tillegg (Keeley et al., 2014).

4.2 Barrierer for fysisk aktivitet

Ved depresjon var det ofte svikt i både motivasjon og vilje, noe som økte vanskeligheten med å overkomme barrierer (Krämer et al., 2014). I følge Machaczek et al. (2018) hadde personer med mild til moderat grad av depresjon ofte redusert vilje. Det var sannsynlig at de utviklet intensjoner om å delta i ulike aktiviteter, men møtte på vanskeligheter i planlegging og utførelse. Selv om de var overbevist om at fysisk aktivitet var verdt det, kunne deprimerte føle at det var umulig å gjennomføre. Machaczek et al. (2018) knyttet dette opp mot at

deprimerte hadde en økt følelse av barrierer. Ved dypere depresjon var det ofte svikt i motivasjonen på grunn av en økt følelse av håpløshet. Dermed utviklet de ikke nye intensjoner, hadde svekket mestringstro og forventet et negativt utfall. Manglende motivasjon og vilje viste dermed å kunne fungere som barrierer som forhindret fysisk aktivitet. Deprimerte hadde dermed lavere tro på egen mestringsevne. Manglende tro på egen mestring påvirket forventningene de hadde til utfallet (Krämer et al., 2014). I studiene som sammenlignet deprimerte personer med kontroll grupper (Bichler et al., 2021; Krämer et al., 2014) viste resultatene at deprimerte opplevde og rapporterte flere barrierer for å gjennomføre fysisk aktivitet. Selv deprimerte personer med høy intensjon om å trene hadde lavere forventning til egen mestring. De ble lettere distraheret av situasjonelle barrierer og hadde mindre konkrete planer for å overkomme disse barrierene. Uten spesifikke handlingsplaner for aktiviteten og en plan for hvordan overkomme barrierene ble det lettere å la seg distrahere av fristelser (Krämer et al., 2014).

Artiklene pekte på at både situasjonelle barrierer, og indre barrierer forhindret fysisk aktivitet. Indre barriere som stadig ble rapportert blant deprimerte var manglende motivasjon, trøtthet, manglende energi, fatigue og redusert fysisk kapasitet og utholdenhet (Bichler et al., 2021; Fraser et al., 2015). Relatert til de situasjonelle barrierene ble det nevnt vanskeligheter med å finne tilgjengelige tjenester, økonomiske begrensinger, manglende tid og dårlig vær (Machaczek et al., 2018).

4.3 Motivasjon for fysisk aktivitet

Pasientene i studien til Fraser et al. (2015) mente at fysisk aktivitet hadde en positiv innvirkning på den fysiske og emosjonelle velvære. I denne studien rapporterte opp mot nitti prosent av pasientene at motiv for fysisk aktivitet var å kontrollere vekten, vedlikeholde god helse, håndtere stress, forbedre emosjonell velvære og energi nivået. Opp mot en tredjedel av pasientene foretrakk også å få veiledning og anbefalinger relatert til fysisk aktivitet fra personlige trenere og treningsterapeuter. Dette motsier tidligere forskning som viste til at

pasienter foretrakk å få anbefalinger fra helsepersonell. Fraser et al. (2015) mente dette kunne være på grunn av at pasientene ikke ønsket at fysisk aktivitet bare skulle ha et medisinsk fokus. Pasientene rangerte likevel motivasjon for fysisk aktivitet betydelig lavere enn kontroll gruppen (Machaczek et al., 2018).

Den sosiale konteksten viste å kunne fremme motivasjon for fysisk aktivitet blant deprimerte, og den sosiale relasjonen kunne ha en betydelig effekt på motivasjonen. Tilstedeværelsen av en instruktør viste å kunne hjelpe med å motvirke redusert vilje for fysisk aktivitet. Det samme kunne det å trene i grupper, da en følte en forpliktelse overfor de andre deltagerne til å møte opp. Det å kunne følge fremgangen ved fysisk aktivitet kunne også motivere. Til forskjell fra annen behandling for depresjon, kunne fysisk aktivitet bygge på både indre og ytre motivasjon og treningen kunne i seg selv da virke motiverende (Machaczek et al., 2018).

For deprimerte med spesielt lav motivasjon for fysisk aktivitet, kunne en rådgivende tilnærming som motiverende intervju hjelpe med å øke oppstarten av fysisk aktivitet (Bichler et al., 2021). I studien til Keeley et al. (2014) undersøktes virkningen motiverende intervju kunne ha i forhold til å øke fysisk aktivitet blant deprimerte. Helsepersonell som deltok i studien, ble fordelt i to grupper. En gruppe som fikk opplæring i motiverende intervju og en kontroll gruppe. Studien viste at de deprimerte som mottok samtale fra helsepersonell som hadde fått opplæring i motiverende intervju, hadde økt fysisk aktivitet i dagene etter samtale. De hadde også økt endringsnakk relatert til både depresjon og fysisk aktivitet sammenlignet med kontrollgruppen (Keeley et al., 2014).

4.4 Individuell plan

Ifølge studiene hadde deprimerte en redusert evne til å selvstendig utforme handlingsplaner og konkrete planer for å overkomme barrierene som forhindret fysisk aktivitet. Det å utforme en handlingsplan korrelerte positivt med deres gjennomføringsevne. Forskningen illustrerte at deprimerte pasienter hadde utbytte av handlingsplaner på lik linje med de som ikke hadde depresjon (Krämer et al., 2014). I forhold til utformingen av en handlingsplan foretrakk de fleste av pasientene aktiviteter som kunne gjennomføres alene, til en spesifikk tid, med en satt rutine og format. Pasientene foretrakk at disse programmene var utformet av treningsterapeuter eller personlige trenere (Fraser et al., 2015). Deprimerte foretrakk aktiviteter av lavere intensitet, sammenlignet med kontrollgruppene, som foretrakk mer anstrengende aktiviteter (Fraser et al., 2015). Deprimerte foretrakk gåturer, mens personer uten depresjon foretrakk aktiviteter som jogging og fjellturer (Bichler et al., 2021).

Det ble anbefalt å begynne med mindre anstrengende former for fysisk aktivitet for ikke å overvelde pasientene. Når det utarbeides en individuell plan for fysisk aktivitet, bør det bli tatt hensyn til personlige preferanser for fysisk aktivitet (Bichler et al., 2021). Artikkelen til Fraser et al. (2015) viste til viktigheten av å forstå hva barrierer som forhindret fysisk aktivitet for deprimerte, noe som kunne hjelpe helsepersonell å utvikle strategier for å overkomme barrierene. Anbefalingene pekte på at treningsprogrammer av kort varighet og et lavt fysisk anstrengelsesnivå reduserte barrierene som fatigue og manglende energi (Fraser et al., 2015).

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Fysisk aktivitets forebyggende og behandlende effekt på depresjon

For personer som opplever depresjon av mild til moderat grad vil fysisk aktivitet kunne virke behandlende for depresjonen. Fysisk aktivitet har for denne graden av depresjon vist å kunne ha en antidepressiv effekt (Aarre, 2018, s.147). Forskningen viste også at fysisk aktivitet kan hjelpe med å redusere kliniske symptomer på depresjon (Bichler et al., 2021). Depresjon har et episodisk forløp noe som vil si at personer periodevis kan være frisk, for deretter å oppleve tilbakefall av depresjonen (Aarre, 2018 s. 136). Fysisk aktivitet har vist å kunne forebygge slike tilbakefall (Aarre, 2018, s. 147). For noen deprimerte kan støtte og trygghet for en periode hjelpe dem med å komme tilbake til deres normale funksjon (Holsten, 2021, s. 104). Sykepleier kan dermed vise omsorg og interesse overfor den deprimerte, noe som potensielt kan virke støttende, og dermed hjelpe den deprimerte tilbake til normal funksjon. For alvorligere former for depresjon vil ikke fysisk aktivitet alene kunne virke behandlende. For denne typen depresjon kreves antidepressiva og psykoterapi, mens fysisk aktivitet kan være et positivt tillegg i behandlingen (Keeley et al., 2014). Ved behandling av alvorlig depresjon er det ikke sikkert sykepleier vil ha en primær rolle. Dette fordi denne type behandling krever spesialisert kompetanse som innebærer psykoterapi og psykofarmaka. Som sykepleier kan en ved alvorligere former for depresjon prøve å hjelpe den deprimerte til å meste erfaringene som kommer med depresjon. Det å hjelpe den syke å mestere sine erfaringer med sykdom er noe Travelbee vektlegger som en av sykepleiers viktigste roller (Travelbee, 2001, s. 29).

Forskningen tyder på at personer med depresjon sier seg enig til at fysisk aktivitet kan ha en positiv innvirkning på den fysiske helsen. Likevel er de uenig i effekten fysisk aktivitet kan ha på alvorligere mentale lidelser (Fraser et al., 2015). Dette tyder på at deprimerte har ufullstendig informasjon i forhold til hvilken effekt fysisk aktivitet faktisk kan ha på depresjon. Som sykepleier er noen av hovedoppgavene at en skal undervise og veilede. Sykepleier skal også virke forebyggende, behandlende og lindrende i sin rolle ovenfor pasientene (Kristoffersen et al., 2017, s. 17). Etter som fysisk aktivitet kan ha en forebyggende og behandlende effekt, kan sykepleier indirekte innfri disse kravene ved å undervise pasienter om denne effekten. Deprimerte ønsker oftest ikke råd om fysisk

aktivitet fra helsepersonell. Dette forklares med at rådene da kan bli for medisinske (Fraser et al., (2015). Sykepleier kan da bruke denne informasjonen til å tilpasse undervisningen og heller fokusere på andre aspekter av fysisk aktivitet enn det rent medisinske. Likevel er det viktig at sykepleier informerer pasienten om at de positive virkningene ved fysisk aktivitet bare oppnås gjennom regelmessig og langvarig trening (Krämer et al., 2014). Dette vil være viktig at sykepleier informerer om, slik at den deprimerte får realistiske forventninger til effekten fysisk aktivitet faktisk har på depresjon. Realistiske forventninger kan da redusere sannsynligheten for at den deprimerte møter på uventet motstand og barrierer. Uventet motstand kunne da bidratt til å redusere motivasjonen, dermed ved å sette realistiske forventninger kan en forhåpentligvis forhindre at dette skjer.

5.1.2 Barrierer for fysisk aktivitet blant deprimerte

Motiv er det som driver oss mennesker til å handle og som opprettholder og gir retning for denne handlingen (Hummelvoll, 2012, s. 347). En barriere kan beskrives som det som motvirker og forhindrer denne handlingen. Symptomer som følger ved en depresjon er blant annet manglende tiltaksløshet, gledeløshet og et depressivt tankeinnhold (Holsten, 2020, s. 102). I tillegg til disse symptomene er det vanskelig for deprimerte å gjøre dagligdagse aktiviteter og de kan ha vanskeligheter med å ta beslutninger (Aarre, 2018, s. 137–138). Deprimerte har også vist å ha svikt i både motivasjon og vilje, noe som gjør det vanskeligere for dem å overkomme barrierer (Krämer et al., 2014). En kan dermed anta at den manglende motivasjonen og viljen henger sammen med symptombelastningen av depresjonen, og vil dermed variere ut ifra depresjonsgraden. Depresjon er en stor påkjenning for hver enkelt som opplever det. Dermed må en som sykepleier få innsikt i hvordan hver enkelt takler disse påkjenningene for å kunne gi best mulig hjelp (Travelbee, 2001, s. 141). Som sykepleier vil det også være viktig at en har kjennskap til de ulike depresjonsgradene. Dette fordi påkjenninger, barrierer og symptomer på depresjon vil variere ut ifra depresjonsgrad. Uansett grad vil depresjon oppleves ulikt for alle. Som sykepleier er det dermed viktig at en ikke generaliserer ut ifra diagnosen, men lærer å kjenne hvert enkelt individ. Det vil være viktig at sykepleier kartlegger hva symptomer som har størst innvirkning på motivasjonen for

hver person. Dette for å få et klarere bilde på hva symptomer og eventuelle andre faktorer som skaper barrierer og forhindrer gjennomføring av fysisk aktivitet.

På tross av varierende individuelle barrierene for fysisk aktivitet, er det noen barrierer som er felles for deprimerte. I forhold til indre barrierer nevnes manglende motivasjon, trøtthet, manglende energi og redusert fysisk kapasitet (Bichler et al., 2021; Fraser et al., 2015). Disse barrierene kan anses som indre barrierer etter som det ikke er noe fysisk som forhindrer muligheten til å gjennomføre aktiviteten. I forhold til de situasjonelle barrierene nevnes vanskeligheter med å finne tilgjengelige tjenester, økonomiske begrensinger, dårlig tid og vær (Machaczek et al., 2018). Ved at sykepleier kartlegger barrierene kan en da sammen med den deprimerte utarbeide en konkret plan for å overkomme barrierene. Om den største barrieren for eksempel er dårlig vær, kan en legge til rette for aktiviteter som kan gjennomføres innendørs. Om barrieren eksempelvis er manglende energi, kan sykepleier legge til rette for at aktiviteten gjennomføres når personen normalt har mest energi i løpet av dagen. Alt etter hva barrierene er, må sykepleier tilpasse intervensjonene slik at den deprimerte har mulighet til å overkomme dem. For at denne planen skal fungere er det viktig at den deprimerte har tro på egen mestring. For å øke den deprimertes mestringstro, kan sykepleier prøve å kartlegge hvordan den deprimerte tidligere har overkommet motstand, og hva egenskaper som bidrog til den tidligere mestringen (Hestvold, 2018, s. 139-140). Dette kan hjelpe med å øke mestringstroen etter som en fokuserer på tidligere mestring og ikke nederlag. Gjennom at sykepleier hjelper med å øke mestringstroen og utformer en konkret plan for å overkomme barrierene, kan dette hjelpe med å bevare motivasjonen for fysisk aktivitet, etter som aktiviteten da virker mer overkommelig.

5.1.3 Hvordan kan sykepleier hjelpe med å motivere deprimerte til fysisk aktivitet?

Forskningen viste at deprimerte hadde interesse for fysisk aktivitet, men manglende motivasjon forhindrer selve gjennomføringen av aktiviteten. Deprimerte rapporterte også at de var enige med at fysisk aktivitet kunne ha en positiv innvirkning på fysisk og emosjonell

velvære Fraser et al., (2015). Selv om deprimerte var overbevist om at fysisk aktivitet var verdt det, hadde de en økt følelse av barrierer (Machaczek et al., 2018). Etter som interessen for fysisk aktivitet er til stede, må en arbeide for å øke motivasjonen blant deprimerte, slik at selve gjennomførelsen av aktiviteten blir mulig.

Blant helsearbeidere har håp lenge blitt betraktet som en faktor bak menneskelig adferd. I følge Travelbee virker håp motiverende og gir energi som gjør en i stand til å overvinne barrierer (Travelbee, 2001, s. 117). Som sykepleier er det dermed viktig at en hjelper den deprimerte å bevare håpet. En måte sykepleier kan gjøre dette er ved å gjøre seg tilgjengelig og villig til å lytte til den deprimertes frykter og bekymringer (Travelbee, 2001, s. 123). For at den deprimerte skal tørre å dele disse følelsene er det viktig at sykepleier aktivt lytter, og viser at den deprimerte ikke blir avvist. Det er viktig at sykepleier virker til stede og er interessert i å lytte. Om hun ikke er interessert vil dette kommuniseres på tross av hva hun sier med ord (Travelbee, 2001, s. 137). Dermed vil det være viktig at sykepleier er bevisst på ordvalg og egent kroppsspråk, etter som det ofte kommuniserer mer enn ord. For å kunne ha en slik ærlig samtale er tillit grunnleggende. Tillit vil oppstå når sykepleier fremstår pålitelig, sannferdig og til stede (Gonzalez, 2020, s. 59).

Videre har den sosiale konteksten og relasjonen vist å kunne fremme motivasjonen for fysisk aktivitet (Machaczek et al., 2018). Dermed er det viktig at sykepleier jobber med å bygge en god relasjon til den deprimerte. Travelbee mente at for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold også kalt en relasjon må en forholde seg til hverandre som unike individer. Det er altså viktig at en ikke legger stor vekt på merkelappene «sykepleier» og «pasient» når en prøver å bygge relasjonen (Travelbee, 2001, s. 171–172). En må møtes som likeverdige individer og prøve å motvirke den skjeve maktbalansen som kan oppstå mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonen er det som legger grunnlaget for relasjonen (Travelbee, 2001, s. 135). For at en skal kunne kommunisere ærlig med hverandre er det nødvendig med tillit. Grunnlaget for tillit er at en fremstår pålitelig. Dermed er det viktig at sykepleier kommuniserer på en bevisst måte, og at kroppsspråket og ordene samsvarer. Om det ikke er samsvar mellom ord og kroppsspråk vil en ikke fremstå tillitsfull. Om dette blir tilfelle vil

tilliten og relasjonen kunne svekkes, noe som da kan redusere motivasjonen som den sosiale relasjonen bygger. Uten en god relasjon vil det være vanskelig for sykepleier å komme i en posisjon der hun har mulighet til å hjelpe den deprimerte. Å bygge en god relasjon vil gå over flere faser. Fasene som legger grunnlaget for relasjonen er blant annet forberedelsesfasen, orienteringsfasen og arbeidsfasen. I forberedelsesfasen vil det være viktig at sykepleier forbereder seg til å møte pasienten. I orienteringsfasen vil sykepleier kunne utforske hva som er viktig for den deprimerte, hva som motiverer og hva som er deres mål. I arbeidsfasen vil en sammen med den deprimerte jobbe for å nå målene som ble satt (Gonzalez, 2021, s 58-59). For deprimerte med spesielt lav motivasjon for fysisk aktivitet, kan sykepleier bruke motiverende intervju. Motiverende intervju kan styrke personens indre motivasjon og forpliktelse overfor endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 38–39). I studien til Keeley et al. (2014) hadde deprimerte økt aktivitet og endringssnakk etter å ha gjennomgått motiverende intervju sammen med helsepersonell. Mye av sykepleiers potensial til å motivere den deprimerte til fysisk aktivitet ligger dermed i relasjonen. Denne relasjonen vil kunne øke motivasjonen ved å gi sosial støtte og formidle håp. Dette kan åpne opp for muligheten for at sykepleier sammen med den deprimerte kan utforme en konkret plan for å komme seg i aktivitet, dette diskuteres videre i neste avsnitt.

5.1.4 Viktigheten av å utforme en individuell plan for fysisk aktivitet

Selv deprimerte som hadde intensjoner om å trene, møtte på flere barrierer og hadde mindre konkrete planer for å overkomme disse barrierene sammenlignet med friske personer. Uten noen spesifikk handlingsplan for selve aktiviteten ble også deprimerte lettere distraheret av andre fristelser (Krämer et al., 2014). Dette viser at deprimerte har behov for assistanse i utformingen av en konkret plan for å komme i gang med fysisk aktivitet, noe en som sykepleiere kan hjelpe med. Som sykepleier er det viktig at en ser personen fremfor diagnosen og tilrettelegger motivasjonstiltakene deretter. Etersom depresjon arter seg forskjellig, finnes det ingen universell fasit på hvordan en kan øke motivasjonen for denne gruppen mennesker. Dermed må intervensjonene som er rettet mot å øke motivasjonen for fysisk aktivitet utarbeides sammen med den deprimerte. Grunnen for at den deprimerte må inkluderes i utarbeidelsen av planen er fordi det de som er ekspert på egen sykdom.

Sykepleier kan ikke vite hva som skal til for å spesifikt få dem i aktivitet, og er avhengig av at den deprimerte kommer med innspill slik at planen faktisk passer for dem. Om de er med å lager planen kan dette også gi en følelse av eierskap, noe som forhåpentligvis gjøre det mer sannsynlig at den deprimerte ønsker å følge den.

Forskningen viser at det å ha utformet en handlingsplan gjør det lettere for personer med depresjon å gjennomføre handlinger (Krämer et al., 2014). En handlingsplan rettet mot å øke fysisk aktivitet for deprimerte bør tilpasses hver enkelt. På tross av dette er det noen fellestrekk i hvordan en bør tilrettelegge fysisk aktivitet for deprimerte. Deprimerte foretrakk at aktivitetene kunne gjennomføres alene, til en spesifikk tid, med en satt rutine og format (Fraser et al., 2015). Det at deprimerte foretrakk en konkrete handlingsplan og rutine, kan henge sammen med vanskelighetene de har med å ta beslutninger (Aarre, 2018, s. 137–138). Om de ikke trenger å ta mange avgjørelser i forkant av aktiviteten, kan dette hjelpe med å redusere barrierene. Det ble også anbefalt å begynne med mindre anstrengende aktiviteter for ikke å overvelde pasientene (Bichler et al., 2021). Ved å begynne med mindre anstrengende aktiviteter kan dette hjelpe med å opprettholde mestringstro. Ved at sykepleier legger til rette for personlige preferanser og lager handlingsplanen sammen med den deprimerte, kan dette hjelpe dem med å bevare motivasjonen. Dette fordi aktiviteten da kan virke mer overkommelig, noe som dermed kan hjelpe med bevare deres mestringstro. Det vil være viktig at sykepleier jobber med å fremme deres mestringstro, ettersom mestringstro gir en følelse av å ha kontroll over det en skal til å gjøre (Manger & Wormnes, 2015, s. 144). Det å gi deprimerte en følelse av kontroll vil være viktig ettersom depresjon ofte kan virke uforutsigbart, dette fordi depresjon periodevis vil svinge, grunnet depresjons periodiske forløp (Aarre, 2018, s. 136). Ved å gi dem en følelse av kontroll kan dette forhåpentligvis hjelpe dem med å bevare motivasjonen, ettersom følelsen av kontroll igjen kan hjelpe med å bevare mestringstroen.

Videre er det viktig å legge en plan for hvordan en skal overkomme barrierene som kan oppstå i forkant av aktiviteten. Det vil være viktig at sykepleier grundig kartlegger hva barrierer som forhindrer gjennomførelsen for hver enkelt. Dette fordi sykepleier da kan

hjelp den deprimerte å utforme strategier for å overkomme barrierene. Anbefalingene peker på at fysisk aktivitet av kortere varighet, med et lavt fysisk anstrengelses nivå kan redusere barrierene (Fraser et al., 2015). I utforming av en individuell plan rettet mot å øke motivasjonen for fysisk aktivitet, må den deprimerte inkluderes. Handlingsplanen for fysisk aktivitet må tilpasses personlige preferanser. Dermed er det viktig at sykepleier blir kjent med den deprimerte og at det lages en relasjon mellom dem. Handlingsplanen bør være så konkret som mulig, slik at den deprimerte ikke trenger å ta for mange beslutninger. Hvor aktiviteten skal foregå, når og hvordan bør være planlagt slik at en følger rådene om deprimertes preferanse for en satt rutine og format (Fraser et al., 2015). En bør også planlegge for hvilke barrierer som kan oppstå i forkant av aktiviteten, slik at en har mestringsstrategier for å overkomme dem. Ved at en har mestringsstrategier planlagt vil dette kunne underbygge deprimertes mestringsstro, noe som dermed kan føre til økt motivasjon. Dette fordi det kan gi den deprimerte en begynnende følelse på at hen kan klare oppgaven som er satt, og forhåpentligvis redusere negative forventninger til utfallet. Depresjon er uforutsigbar og svinger mellom gode og dårlige dager. Motivasjonen kan dermed svinge i disse periodene, og fysisk aktivitet kan dermed bli nedprioritert. Dermed kan det bli nødvendig å revidere handlingsplanen underveis for å tilpasse seg disse variasjonene i motivasjon.

5.2 Diskusjon metode

5.2.1 Diskusjon av metode

Jeg har valgt artikler fra 2013-2023, dette for å få ny og oppdatert forskning rundt min problemstilling. Jeg har også benyttet meg av nyere faglitteratur for å kunne følge med i utviklingen av sykepleie faget etter som det stadig i utvikling. Jeg har fulgt standard retningslinjer for innhold og struktur. Jeg har også fulgt anbefalt fremgangsmåte for systematisk litteratursøk, likevel er det noen begrensinger i min fremgangsmåte.

Begrensinger ved litteratursøket er at jeg ikke inkluderte ordene sykepleier eller sykepleie i litteratursøket. Dette ble utelukket etter som jeg gjorde flere prøvesøk der sykepleier ble inkludert, men fikk da opp et fåtall av artikler og som heller ikke var relevant for min

problemstilling. Denne avgjørelsen kan ha påvirket resultatet mitt ettersom artiklene jeg valgte ikke spesifikt er rettet mot sykepleiere. Likevel er artiklene relevante ettersom de tar for seg informasjon som er relevant for sykepleier og har tiltak som kan iverksettes av sykepleiere. Alle artiklene er også skrevet på engelsk, noe som gir en språklig barriere. Dette kan ha ført til noen feiltolkninger, siden alle engelske ord ikke har en direkte oversettes til norsk. Jeg har likevel prøvde å overkomme denne barrieren ved å bruke ordbøker og oversettelsesprogram, på tross av dette kan noe feiltolkning ha oppstått.

5.2.1 Diskusjon av resultater

I artiklene som ble valgt var over halvparten av deltagerne av den deprimerte gruppen kvinner (Krämer et al., 2014; Bichler et al., 2021; Fraser et al., 2015). Dette fører til en skjevfordeling i utvalgt populasjon og påvirker resultatet, ettersom menn da blir underrepresentert. På tross av dette vil det fremdeles være relevante resultater. Dette er fordi kvinner oftere blir diagnostisert med depresjon sammenlignet med menn (Tesli et al., 2023), ettersom menn oftere unngår å søke hjelp (Aarre, 2018, s. 140).

En annen begrensing med artiklene var at alle brukte selvrapporing som metode. Dette betyr at de deprimerte selv svarte på spørreundersøkelser og rapporterte gjennomført fysisk aktivitet. Ved selvrapporing blir det vanskelig å utelukke om personer har svart uærlig på spørreundersøkelsene, og vanskelig å bekrefte om de faktisk har gjennomført fysisk aktivitet. På tross av dette er det få andre metoder enn selvrapporing som vil kunne kartlegge deprimerte sine personlige preferanser, opplevde barrierer og motivasjon for fysisk aktivitet. Jeg har også inkludert studier som fokuserer på ulike grader av depresjon. Dette gjør det vanskelig å kunne generalisere funnene, etter som depresjonsgraden vil ha innvirkning på motivasjonen. Selv om en klinisk kan gradere depresjon, vil jeg si at det er ofte en flytende overgang mellom gradene. Dette er fordi diagnostisering av depresjon som oftest skjer gjennom en samtale mellom behandler og pasient. En måte å gjennomføre slike samtaler på er ved å rangere ulike symptomer på depresjon sammen med behandler (Holsten, 2020, s. 102). Ved en slik tilnærming vil en møte på lignende problemer som ved selvrapporing, ettersom det ikke er noen konkret måte å fastslå at pasienten svarer ærlig. Dermed valgte

jeg å inkludere studier som fokuserte på depresjon av ulik grad siden jeg anser depresjonsgradene som relativt flytende.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Målet med oppgaven var å utforske hvordan en sykepleier kan bidra til å øke motivasjonen for fysisk aktivitet blant deprimerte. Oppgaven viser til at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på depresjon og kan hjelpe med å redusere kliniske symptomer på depresjon samt forhindre tilbakefall. Likevel finnes det ingen fasit på hvordan en kan motivere deprimerte til fysisk aktivitet. Dette fordi depresjon alltid vil oppleves forskjellig. Som sykepleier vil det dermed være viktig at en fokuserer på å bygge en god relasjon og faktisk blir kjent med den deprimerte. Gjennom relasjonen kan sykepleier formidle håp og hjelpe den deprimerte å bygge opp egen mestringstro, noe som er vist å kunne øke motivasjon. Relasjonen vil også legge grunnlaget for at sykepleier sammen med den deprimerte kan utarbeide en konkret, individuell handlingsplan for fysisk aktivitet. Handlingsplanen må tilpasses den deprimertes preferanser for aktivitet, opplevde barrierer og hva som motiverer dem til fysisk aktivitet. Denne handlingsplanen kan være et hjelpemiddel som bidrar til å redusere antall avgjørelser den deprimerte må ta i forkant av aktiviteten. Det vil også være viktig at sykepleier underviser i effekten av fysisk aktivitet slik at den deprimerte kan se hensikten bak å gjennomføre fysisk aktivitet. Om en forstår gevinsten fysisk aktivitet kan ha, kan dette bidra til å øke motivasjonen for å gjennomføre fysisk aktivitet.

Oppgaven viser til at sykepleier kan ha en sentral rolle i motivasjonsarbeidet som kreves for å få deprimerte i fysisk aktivitet. I praksis betyr dette at sykepleiere kan være en ressurs med flere ulike funksjoner. Rollen sykepleier har i forhold til deprimerte vil kunne variere ut ifra depresjonsgrad ettersom ulike depresjonsgrader krever ulik kompetanse. Uansett er sykepleiere allsidige og kan bruke sin helsefremmende, forebyggende, behandlende, og undervisende funksjon for å motivere deprimerte til å komme i fysisk aktivitet.

Referanseliste

- Bichler, C. S., Niedermeier, M., Gufler, A., Gálffy, M., Sperner-Unterweger, B., & Kopp, M. (2021). A case-control study on physical activity preferences, motives, and barriers in patients with psychiatric conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 111(152276) 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152276>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 17. januar). *Psykisk helse i Norge*.
<https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A. & Burton, N. W. (2015). Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 413–420. <https://doi.org/10.1111/inm.12158>
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid-sykepleieprosessen mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 58-59). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *4.1 Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>
- Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2015). Generell effekt av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3 utg., s. 8-36). Fagbokforlaget.
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-160). Gyldendal.
- Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 102-114). Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7 utg.). Gyldendal akademisk.

- Keeley, R. D., Burke, B. L., Brody, D., Dimidjian, S., Engel, M., Emsermann, C., deGruy, F., Thomas, M., Moralez, E., Koester, S. & Kaplan, J. (2014). Training to use motivational interviewing techniques for Depression: A cluster randomized trial. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 27(5), 621-636. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.130324>
- Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J. & Andersson Eva. (2015). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Depresjon*. (3 utg., s. 275-284). Fagbokforlaget.
- Kristoffersen N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling-en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bd. 3, s. 15-80). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie-Sykepleie fag og funksjon. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bd. 1, s. 15-27). Gyldendal Norsk Forlag.
- 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>
- 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), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5270-7>
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: utvikling av egne og andres ressurser*. (2utg.). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2021). Angstlidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelse-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 115-131). Gyldendal.
- Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 254-257). Gyldendal.
- Miller, R. W. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring*. Fagbokforlaget.

Søk & skriv. (2022, 23. september). *Hvordan søke systematisk*.

<https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#problemstilling>

Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøyen, B., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2023, 17. april). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Gyldendal akademisk.

World Health Organization. (2017, 30. Mars). *Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health*. <https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser. I Aarre T.F. (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 136–162). Fagbokforlaget.

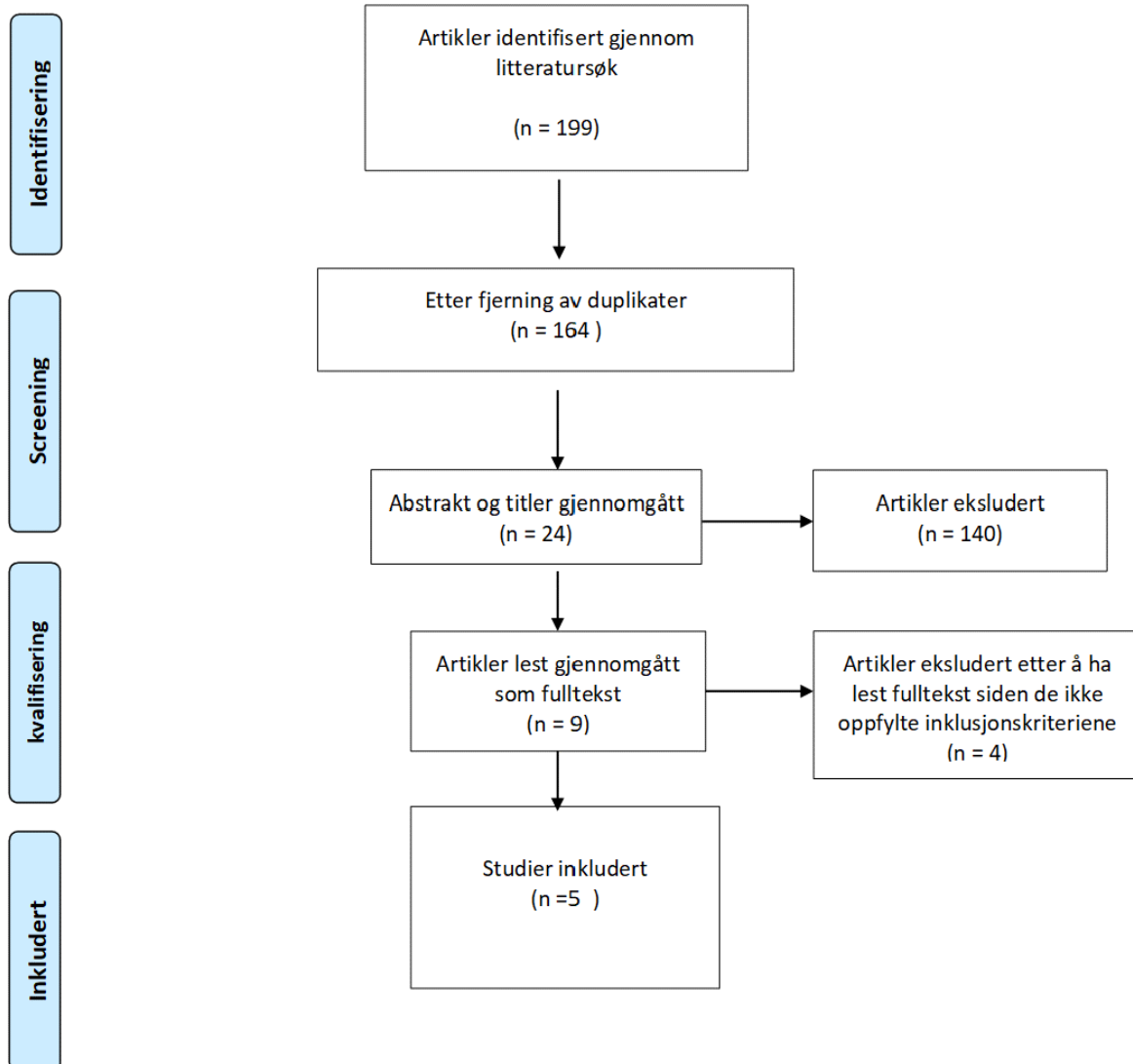
Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Avgrensing	Database	Treff	Artikler valgt
24.04.23	("MH Depression" OR "depression" OR "clinical depression" AND ("MH motivation") "motivation" OR AND "Physical activity" OR (MH "Physical Activity") OR ("MH exercise") OR "exercise"	2013- 2023 English Language Peer Reviewed Geographic Subset: Europe Full Text	CHINAHL	27	1 Correlates of reduced exercise behaviour in depression: The role of motivational and volitional deficits.
04.05.23	("MH Depression") OR "depression" AND ("MH Physical activity") OR "physical activity" OR ("MH exercise") OR "exercise" OR MH "exercise" AND ("MH Motivation") OR "motivation"	Peer reviewed. 2013-2023 All adults 19+ English language Narrow by Subject Major: - exercise	MEDLINE EBSCO	59 1	1 A case-control study om physical activity preferences, motives, and barriers in patients with psychiatric conditions
24.04.23	physical activity.mp. OR Exercise/ OR exercise.mp. AND motivation.mp. OR Motivation/ AND Mental illness	2013-2023 All adults English language	MEDLINE Ovid	27	1 Physical activity attitudes and preferences among inpatient adult with mental illness

04.05.23	MH Depression") OR "depression" OR "Clinical depression" OR AND ("MH Physical activity") OR "physical activity" OR ("MH exercise") OR "exercise" AND "Motivational interview" OR (MH "Motivational Interviewing") OR "motivational interviewing"	2013-2023 English language Peer reviewed. Age: All adults	CINAHL	24	1 Training to use motivational interviewing techniques for depression: a cluster randomized trial.
04.05.23	Physical activity OR exercise AND Depression AND Motivation	Peer reviewed. Language: English 2013-2023 Full text	Academic Search Elite	62	1 A scoping study of interventions to increase the uptake of physical activity (PA) amongst individuals with mild-to-moderate depression (MDD)

Vedlegg 2: Flow diagram



Vedlegg 3: Litteratormatrise

Tittel	Forfattere	Hensikt	Metode og utvalg	Resultater	Kommentar
Correlates of reduced exercise behaviour in depression: The role of motivational and volitional deficits	Krämer et al. 2014.	Hensikt var å forklare forholdet mellom diagnostisert depressiv lidelse og treningsrelatert motivasjon og vilje.	Longitudinell studie. Metoden brukt var selvrapporing 112 personer deltok. 56 personer med depresjon, 56 uten depresjon.	Resultatet viste at deprimerte hadde redusert motivasjon og intensjoner for fysisk aktivitet. De hadde redusert mestringsstro, negative forventninger, flere barrierer og mindre konkrete handlingsplaner sammenlignet med kontroll gruppen.	Styrker: Artikkelen er fagfelle vurdert. Deltagerens fylte ut samtykke skjema. Godt dokumentert metode og fremgangsmåte. Svakheter: Studiene inkluderte personer som brukte psykofarmaka. Metoden brukt var selvrapporing som kan påvirke resultatet. Det var flest kvinner som deltok noe som dermed underreporterer fra menn.

<p>A case-control study on physical activity preferences, motives, and barriers in patients with psychiatric conditions</p>	<p>Bichler et al. 2021.</p>	<p>Hensikt var å identifisere fysiske aktivitetspreferanser, motiver og barrierer hos pasienter med psykiske lidelser.</p>	<p>Kasus kontroll studie med selvrappoterin g som metode 460 deltagere. 230 med psykiske lidelser ble rekruttert og 230 som kontroll gruppe.</p>	<p>Pasienter rapporterte at de gjennomførte mindre fysisk aktivitet, foretrakk mindre anstrengende aktiviteter, hadde færre motiver og flere barrierer sammenlignet med kontroll gruppen.</p>	<p>Styrker: Artikkelen er fagfelle vurdert, etisk godkjent, og er av nyere dato. Svakheter: Det var flest kvinner som deltok i studien noe som fører til skjevfordeling. Studien brukte selvrappoterin g som metode, som åpner opp for feilrapportering. Av de 230 deltagerne av de med psykiatrisk diagnose, var det 130 som hadde selvrappotert diagnose og ikke fått dette bekreftet av fagpersonell. Dette kan ha ført til feilrapporter diagnose.</p>
<p>Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness</p>	<p>Fraser et al. 2015.</p>	<p>Studien hadde som hensikt å vurdere holdninger og preferanser for fysisk aktivitet blant inneliggende pasienter med psykiske lidelser.</p>	<p>Tverrsnitt studie med selvrappoterin g som metode 101 innlagte pasienter ble rekruttert. Av disse hadde 61% depressiv lidelse.</p>	<p>Motiver for fysisk aktivitet var å vedlikeholde fysisk helse og forbedre følelsesmessig velvære. De foretrakk aktiviteter som kunne gjøres alene til fast tid, med fast rutine og format. Studien viser at deprimerte hadde interesse for fysisk aktivitet, men også en økt følelse av barrierer.</p>	<p>Styrker: Artikkelen er fagfelle vurdert og etisk godkjent. Svakheter: 72% av deltagerne var kvinner som fører til skjevfordeling i utvalget. Inkluderte personer med andre mentale lidelser.</p>

<p>Training to Use Motivational Interviewing Techniques for Depression: A Cluster Randomized Trial</p>	<p>Keeley et al. 2014.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske effekten motiverende Intervju (MI) for se effekten det hadde på fysisk aktivitet for deprimerte</p>	<p>Randomisert klynge studie, metoden brukt var intervju og kode program for å analysere intervjuene og gi kvantitativ data. 171 deprimerte og 21 helsepersonell deltok i studien.</p>	<p>Pasienter som fikk samtale med MI hadde mer endringsnakk relatert til depresjon og fysisk aktivitet sammenlignet med kontrollgruppen. De rapporterte også mer fysisk aktivitet etter møtene.</p>	<p>Stryker: Fagfelle vurdert, alle deltagerne ble med frivillig og ga sitt samtykke. Pasientene ble randomisert.</p> <p>Svakheter: Både pasienter og helsepersonell ble kompensert for deltagelse i studien økonomisk og med gavekort.</p>
<p>A scoping study of interventions to increase the uptake of physical activity (PA) amongst individuals with mild-to-moderate depression (MMD)</p>	<p>Machaczek et al. 2018.</p>	<p>Hensikten var å kartlegge intervensjoner som kunne øke opptak av fysisk aktivitet blant individer med mild til moderat depresjon, og utvikle en modell som kan beskrive disse intervensjonene</p>	<p>Design på studien var scoping studie. Metoden var intervju og litteraturgjennomgang 10 artikler ble inkludert. 20 deltagere deltok i intervjuene, der 6 av deltagerne hadde opplevd depresjon.</p>	<p>Konsultasjonene viste at fysisk aktivitet av kort varighet var best for deprimerte. Litteraturgjennomgangen viste at motivasjon og vilje er grunnleggende for å øke fysisk aktivitet. Rapportert barrierer var utilgjengelige tjenester, dårlig tid og dårlig vær. Motivasjon for aktivitet var muligheten til å følge fremgang og tilstedeværelse av instruktør.</p>	<p>Styrker: Studien er blitt fagfelle og etisk vurdert og godkjent.</p> <p>Svakheter: Søket ble bare gjort i tre databaser, som kan ha utelukket relevante artikler. Modellen som skulle beskrive hva intervensjoner som øker fysisk aktivitet ble ikke heller formelt vurdert.</p>

