



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Sara Terese Osland		

Deltakar

Namn:	Marte Eline Loe Reed
Kandidatnr.:	8
HVL-id:	140616@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 7066 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja

BACHELOROPPGÅVE

Motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar med depresjon

Av Marte Eline Loe Reed

Bachelor i sjukepleie SK152

Avdeling for helsefag

Rettleiar: Sara Terese Osland

Tal/ord: 7066

Innleveringsfrist: 01.12.17

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Samandrag

Tittel

Motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar med depresjon.

Bakgrunn for val av tema

Ifølge World Health Organization (2017) er depresjon ein utbreidd psykisk lidning, med over 300 millionar menneske som er ramma. Grunna den aukande førekomsten av depresjon, egne interesser og erfaringar frå praksis og som ferievikar i psykisk helsevern syns eg dette er eit viktig tema å gå innpå. Eg såg blant anna korleis fysisk aktivitet kan vere med å påverke pasientane på ein positiv måte.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar motivere pasient med depresjon på ei psykiatrisk avdeling til fysisk aktivitet?

Metode

I denne oppgåva er det nytta litteraturstudie som metode. Oppgåva er basert på sju forskingsartiklar, pensumlitteratur og anna faglitteratur. Det er også trekt inn egne erfaringar frå praksis (og som ferievikar) i psykisk helsevern.

Oppsummering

Denne oppgåva tar fram ei rekke positive verknadar av fysisk aktivitet i behandling mot depresjon. Det kjem fram i oppgåva korleis sjukepleiar kan bidra med å motivere til fysisk aktivitet for pasientar med depresjon. Blant anna ved å danne ein god relasjon, gode haldningar blant sjukepleiarar og ei positiv leiing, tileigne seg kunnskap om fysisk aktivitet, bruk av motiverande intervju, individuell tilpassing, støtte og oppfølging, kan ein lykkast med motivasjon for fysisk aktivitet.

Nøkkelord

Depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon.

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2. Problemstilling	1
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
2 Metode	3
2.1 Kva er ein metode?.....	3
2.2 Litteraturstudie	3
2.3 Søke- utvalsprosess	3
2.4 Kjeldekritikk	4
3 Teori	5
3.1 Depresjon.....	5
3.1.1 Vanlege behandlingsmetodar for depresjon	6
3.2 Fysisk aktivitet og verknader	6
3.4 Motivasjon	7
3.4.1 Sjølvbestemmelsesteorien	8
3.4.2 Motiverande intervju.....	8
3.5 Sjukepleieteoretiske perspektiv.....	9
4 Resultat/Funn	10
5 Drøfting	13
5.1 Føresetnadar for fysisk aktivitet i psykiatrisk avdeling.....	13
5.2. Relasjonsbygging	14
5.3 Motivasjon og gjennomføring.....	15
5.4 Frå institusjon til heimen	18
6 Konklusjon	20
Litteraturliste.....	21
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	

1 Innleiing

Depresjon er ein utbreidd psykisk sjukdom. Meir enn 300 millionar menneske i verda lid av depresjon (World Health Organization, 2017). Det er anslått at kvar femte person kjem til å oppleve depresjon i løpet av livet. World Health Organization har rangert depresjon på fjerdeplass over lidingar i verda som fører til størst tap av livskvalitet og leveår (Hummelvoll, 2014, s. 193). I følgje World Health Organization blir det forventa at depresjon kjem til å vere den største årsaka til sjukdomsbelastning i den vestlege verda innan 2020 (Helsedirektoratet, 2004). Depresjon kan bli ein alvorleg helsetilstand dersom det er langvarig med moderat eller alvorleg intensitet. Det kan blant anna føre til at ein fungerer dårleg på jobb, på skule og i familie. Depresjon er den lidinga som medfører størst reduksjon av produktiv arbeidstid enn noko anna liding (Martinsen, 2004, s. 67). På sitt verste kan depresjon føre til sjølv mord (World Health Organization, 2017). Det er difor eit stort fokus på depresjon og kva behandlingsmetodar som kan vere til nytte. Dei mest vanlege formene for behandlingsmåtar for depresjon er samtaleterapi og medikament. Dei siste åra har det komen fleire viktige studiar som bekreftar positiv effekt av fysisk aktivitet i tillegg til tradisjonell behandling (Martinsen, Kjellman, Taube, & Andersson, 2015, ss. 275-282).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt "fysisk aktivitet og depresjon" som tema i min avsluttande eksamen på sjukepleie ved Høgskulen på Vestlandet. Mi interesse for temaet, observasjonar og erfaringar frå praksis, og eit auka fokus i media på fysisk aktivitet gjorde at eg syns dette var eit interessant tema. Det er også eit svært omdiskutert tema i dagens samfunn. Gjennom observasjonar frå praksis innan psykisk helsevern og som ferievikar på ein psykiatrisk klinikk såg eg at fysisk aktivitet påverka pasientane på ein positiv måte. Forhold ved depresjon og psykiske lidingar kan gjere det vanskeleg å byrje med fysisk aktivitet, og mange menneske med psykiske lidingar er fysisk inaktive. Mange føler seg resignert og har lita tru på at dei kan klare å komme i gang (Martinsen, 2004, s. 197). Fleire barrierar som mangel på motivasjon og energi som eit resultat av den psykiske lidinga, biverknadar av medikament, mangel på tid i helsevesenet er faktorar som kan gjere det utfordrande for pasient å fokusere på å vere fysisk aktiv (Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen, & Annemans, 2013). Derfor vil eg gå meir inn på kva ein som sjukepleiar kan bidra med for å fremme motivasjon hos pasientar med depresjon.

1.2. Problemstilling

"Korleis kan sjukepleiar motivere pasient med depresjon på ei psykiatrisk avdeling til fysisk aktivitet?"

1.3 Avgrensing av problemstilling

I og med at det er eit breitt spekter av psykiske lidingar, og at dette blir for omfattande for mi oppgåve, valte eg å avgrense oppgåva til pasientar med depresjon. Oppgåva vil omfatte pasientar over 18 år med mild/moderat depresjon som er innlagd på døgn-psykiatrisk avdeling. Eg vil trekke fram korleis ein sjukepleiar kan motivere pasient til fysisk aktivitet.

2 Metode

2.1 Kva er ein metode?

Ifølge sosiologen Vilhelm Aubert er metode ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og komme fram til ny kunnskap. Tranøy seier at “Å vere vitenskapleg er å vere metodisk”. Metoden skal belyse spørsmålet eller problemstillinga på best mogleg måte. Metoden skal vere til hjelp for å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til undersøkinga (Dalland, 2017, s. 51).

Det finnst ulike metodar. Kvantitativ metode gir data i form av målbare einingar. Kvantitativ metode går i breidda og hentar inn eit lite antal opplysningar om mange undersøkelseteiningar. Det får fram det som er felles, det som er representativ. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meningar og opplevingar som ikkje lar seg talfeste eller måle. Denne metoden går i djupna og hentar inn mange opplysningar om få undersøkelseteiningar. Det er ein særeigen metode som får fram det som er spesielt, eventuelt avvikande (Dalland, 2017, s. 53).

2.2 Litteraturstudie

Metoden som er brukt for denne oppgåva er litteraturstudie. Ein litteraturstudie systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere inneberer å samle inn litteratur, gå igjennom den og til slutt samanfatte (Thidemann, 2017, s. 79). På den måten vil eg få ei oversikt over forskning og faglitteratur som er relevant i høve til mi problemstilling.

For å finne svar på problemstillinga er det viktig å nytte seg av relevant forskning. Eg har funne forskning om fysisk trening som behandling ved depresjon og verknadane av det. Vidare korleis sjukepleiar kan motivere for dette, og til slutt om pasient og sjukepleiar sitt syn på å bruke fysisk aktivitet som ein del av behandlinga. Ved å nytte meg av forskingsartiklar vil eg finne ut om fysisk aktivitet har positiv verknad på depresjon og korleis sjukepleiar kan bidra med å motivere pasient med depresjon til fysisk aktivitet. Eg vil også finne anna faglitteratur som støtter seg opp mot mi drøfting.

2.3 Søke- utvalsprosess

For å svare best mogleg på problemstillinga i oppgåva har eg prøvd å gå strukturert gjennom forskning og litteratur som eg meiner er relevant. Ved å nytte meg av søk i databasar på Høgskulen på Vestlandet sine sider, vart det gjort funn av ny og aktuell forskning. Databasar som vart nytta var Academic Search Elite, Medline, Chinal, Svemed + og The Cochrane Library. Søkord som er relevant i forhold til mi oppgåve har eg nytta, som *depression, major depression, exercise, physical activity,*

exercise training, mental illness, mental health, motivation, inpatient, effects, nursing. Det står nedst på sida på vedlegg 1 korleis eg har nytta desse.

For å finne god, relevant litteratur til denne oppgåva brukte eg biblioteket på Høgskulen som hjelp. Der søkte eg i databasar og brukte søkeord som "fysisk aktivitet" og "psykisk helse". Eg nytta meg også av tidlegare pensumbøker og anna faglitteratur som er relevant i forhold til denne oppgåva.

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som ein har funnet (Dalland, 2017, s. 158). I denne oppgåva har eg brukt IMRAD-prinsippet og sjekklister for å vere sikker på at forskingsartiklane eg har brukt er truverdig og påliteleg (Thidemann, 2017, ss. 69-71). Dei fleste forskingsartiklane eg har brukt er frå 2010 og oppover, medan det er ein forskingsartikkel som eg har brukt som går heilt tilbake til 1999. Sjølv om det er ein eldre artikkel er den brukt, grunna den støtter opp mot mykje av den litteraturen eg har nytta. Eg ser artikkelen som relevant for oppgåva mi, då den gir nyttig informasjon. Eg nytta meg også av boka "*Kropp og sinn*" av Egil W. Martinsen som er frå 2004. Eg meiner at boka er relevant sjølv om det er over 10 år sidan den blei publisert. Boka "*mellommenneskelige forhold i sykepleie*" av Travelbee er frå 2003, men eg ser på boka som fortsatt relevant. Eg supplerte med boka "sykepleieteorier" av Marit Kirkevold (1998), grunna eg synast ho hadde ei god oppsummering av Travelbee sin teori. Sjølv om eg har brukt nokre faglitteratur og forskning som er over 10 år gamle, meiner eg dei er viktige i høve mi oppgåve. Mykje av det eg har brukt er primærkjelder som er aktuelt å nytte seg av.

Det tok lang tid å finne god relevant forskning, eg måtte nytte sju forskingsartiklar for å finne svar på problemstillinga. Det var enklare å finne forskning om verknadane av fysisk aktivitet mot depresjon, medan det tok lengre tid å finne god relevant forskning som fokuserte på korleis ein som sjukepleiar kunne motivere til dette. Eg har nytta meg av engelsk språklege forskingsartiklar og nokre av dei er i eit "tungt" språk, enkelte er for store til å ta med all informasjon, blant anna "Exercise for depression". Difor streka eg ut det eg meiner er hovudpoenga i artiklane. På grunn av språket er det mogleg enkelte nyansar kan ha blitt oversett, men eg har gjort mitt beste med å sette meg inn i forskingsartiklane og få med hovudpoenga.

3 Teori

3.1 Depresjon

Alle menneske kan oppleve å vere lei seg grunna livet har gått oss imot. Det er normalt, men når desse kjenslene blir svært intense og ein ikkje kjem seg ut av det, snakkar vi om depresjon. Ordet depresjon kjem frå latin og betyr nedtrykking (Hummelvoll, 2014, s. 193). Depresjonssjukdom er vanleg, og førekomsten aukar (World Health Organization, 2017).

Det fremste kjenneteiknet på depresjon er ein utrøsteleg tristheit, ingen håp for framtida og ein følelse av å vere verdilaus (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 338). Vanlege symptom på depresjon er at ein føler seg nedstemt, mangel på interesse, skyldfølelse, mangel på energi og glede, ein overvelda kjensle av håpløyse, nedsett sjølvkjensle og konsentrasjonsevne. Depresjon påverkar heile mennesket, ikkje berre humøret. Psykomotorisk hemming inneberer at ein blir tafatt, initiativlaus, mimikklaus, beveger seg sakte og føler seg kraftlaus. Vegetative symptom inneberer at ein får nedsett appetitt, auka appetitt, søvnforstyrrelsar og problem med mage-tarm som for eksempel obstipasjon (Martinsen, 2004, s. 65).

Depresjon kan føre til nedsett funksjonsnivå både i arbeidsliv, skule og sosialt. Depresjon er ein dominerande sjukdom når det gjelder sjukefråvær og uførheit, og medfører ein større reduksjon av produktiv arbeidstid enn noko anna lidning. (Martinsen, Kjellman, Taube, & Andersson, 2015, s. 277). WHO har konkludert med at depresjon er den enkeltdiagnosen som forårsakar flest tapte friske leveår hos befolkninga i den vestlege verda (Martinsen, 2004, s. 67).

Skuffelsar, motgang og tap kan utløyse depresjon. Årsaker til depresjon kan vere store omstillingar eller utfordringar, alvorlege livshendingar, psykiske traumer, dødsfall, samlivskonflikter, skilsmisse, tap av nærme, kjenslemessige påkjenningar i barndommen eller ugunstige samfunnsforhold. Det er også nokon som blir deprimerte utan at dei sjølv eller omgivnadane kan sjå nokon grunn til å bli det (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, ss. 335-338).

Vi skil mellom mild, moderat og djup depresjon. Irritabilitet kan vere eit teikn på mild eller moderat depresjon, noko som omgivnadane lett kan misforstå. Djupe depressive episodar og tilbakevendande depressiv lidning vert omtala som "alvorleg depresjon", på engelsk "major depression" (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 338).

3.1.1 Vanlege behandlingsmetodar for depresjon

Ved ein alvorleg depresjon er det nødvendig med både biologisk og psykologisk behandling. Det kan også vere hensiktsmessig med innlegging for å forhindre sjølv-mord. Menneske som vert råka av depresjon må ha hjelp av profesjonelle for å klare seg vidare. Den medikamentelle behandlinga i denne fasen er antidepressiva. Ved tilbakevendande depressiv lidning er det anbefalt å bruke stemningsstabiliserande middel, som litium og lamotrigin (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 350).

Psykologiske behandlingsformer ved depresjon kan delast i fire hovudtyper; psykoedukasjon, kognitiv terapi, forebyggande støtteterapi og psykodynamisk langtidsterapi. Psykoedukasjon er informasjon til pasienten og dei pårørande om lidinga si tilbakevendande karakter, prinsipp for behandlinga, gjenkjenning av faresignal og korleis ein unngår stressfaktorar. Kognitiv terapi er symptom- og meistringsorientert. Forebyggande støtteterapi har som hensikt å hjelpe pasienten til å handtere dei påkjenningane livet byr på og for å unngå at stress utløyser nye episodar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 351). For dei aller dårlegaste pasientane kan elektrokonvulsiv behandling (ECT) vere eit behandlingialternativ.

Kombinert med desse behandlingsmetodane, vil også uspesifikke faktorar vere viktig for dei fleste som slit med depresjon. Mange som er deprimerte isolerer seg og er einsame. Sosial kontakt med menneske og dyr, dagslys, nokon å snakke med kan vere viktige faktorar for å komme seg ut av depresjonen. Å gjere noko meiningsfullt som å være i arbeid eller ein anna meiningsfull aktivitet er bra for mental helse. Eit sunt kosthald har også ein stor betydning. Det er også viktig å oppretthalde ein normal døgnrytme med struktur på søvn og måltid (Martinsen, 2004, s. 68). I tillegg til dette har ein rekke studiar påvist positiv effekt av fysisk aktivitet som ein del av behandlinga (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2015, s. 275).

3.2 Fysisk aktivitet og verknader

Å være i aktivitet er å foreta seg noko, i tanke og handling. Fysisk aktivitet er all kroppsleg bevegelse produsert av skjellettmuskulatur som resulterer i ein vesentleg auking av energiforbruket utover kvilenivå (Skaug, 2014, s. 270). Martinsen definerer fysisk trening som ein form for fysisk aktivitet som består av planlagde, strukturerte, stadig gjentatte kroppslege bevegelsar, som blir utført for å forbetre eller vedlikehalde ein eller fleire komponentar av fysisk form eller helse (Martinsen, 2004, s. 35).

Ifølge Helsedirektoratet fremmer fysisk aktivitet helse (Helsedirektoratet, 2016). Det er ein rekke psykologiske verknader av fysisk aktivitet. Martinsen nemner blant anna at fysisk trening kan bidra til

betring av fysisk sjølvfølelse og andre viktige sjølvoppfatningar, som f.eks. kroppsbilete, auka tru på seg sjølv, betre søvnkvalitet, betre evne til å takle stress, beskyttelse mot belastande livserfaringar, auka sjølvkontroll, reduksjon i muskulære spenningar og mindre oppleving av å vere konstant trøyt (Martinsen, 2004, ss. 59-63).

I Aktivitetshandboka til helsedirektoratet er det nemnt nokre hypotesar om korleis fysisk aktivitet verker psykologisk, fysiologisk og nevrobiologisk (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2015, s. 280).

- Fysisk aktivitet reduserer aktivitet i hypotalamus-hypofyse-binyre-aksen – som gjer større motstandskraft mot stress.
- Fysisk aktivitet forbetrar syntesen og metabolismen av signalstoffa noradrenalin, serotonin og dopamin.
- Fysisk aktivitet aukar frigjering av endorfinar, det vil seie kroppen sitt eigenproduserte morfinstoff.
- Fysisk aktivitet bidrar til danning av nye celler i nokre delar av hjernen, blant anna hippocampus, som er viktig for læring og hukommelse.

Ifølge Martinsen er det ikkje så mykje aktivitet som skal til for å ta ut helsegevinsten. Eit energiforbruk på om lag 150 kilokaloriar dagleg for inaktive vaksne vil gi ein betydeleg helsegevinst. Dette kan vere ein halv time rask gåtur. Er ein meir fysisk aktivitet enn dette, vil det berre gi ein større gevinst (Martinsen, 2004, s. 41). Helsedirektoratet anbefaler 30 minuttar dagleg med fysisk aktivitet av moderat til høg intensitet til vaksne, og nemner at all bevegelse er positiv (Helsedirektoratet, 2016).

3.4 Motivasjon

Ordet motivasjon stammer frå latin *“movere”*, og betyr *“å bevege”*. Kaufmann definerer motivasjon som ein *“prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd.”* Motivasjon er noko som driv menneske til handling. Det kan komme av ein tilstand i kroppen, i vår bevisstheit/ubevisstheit og eller i vårt sosiale miljø, med andre ord indre og/ eller ytre tilstandar (Renolen, 2014, s. 41).

Ut i frå underliggende interesser, behov og målsettingar skil ein mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er ein aktivitet som gjerast for å oppnå ein indre tilfredsstilling, medan ytre motivasjon er krefter utanfor som setter i gang handlinga, som f.eks. belønning. Indre motiverte personar er engasjert i aktivitetar som dei er interesserte i, opplever som utfordrande eller

tilfredsstillande, og dei gjer det av eiga fri vilje. Ifølge Renolen (2014, ss. 42–43) viser menneske som opplever indre motivasjon for ein aktivitet betre prestasjonar, større sjanse for å halde på med aktivitet, og meir kreativitet enn ytre motiverte.

3.4.1 Sjølvbestemmelsesteorien

Ein teori som fokuserer på indre motivasjon, er sjølvbestemmelsesteorien utvikla av Deci og Ryan. Dette er ein teori om menneskeleg motivasjon som legger vekt på opplevinga av at åtferda er sjølvbestemt. Sjølvbestemmelsesteorien legger vekt på energikomponenten, det vil sei det som setter i gang og vedlikehald aktiviteten. I følge Deci og Ryan har vi tre medfødde psykologiske behov – *kompetanse, autonomi og tilhøyrighet*. Behovet for *kompetanse* handlar om korleis ein oppfattar seg sjølv som effektiv i interaksjon med sosiale og fysiske omgivningar. Behovet for *autonomi* handlar om å kunne bestemme sjølv over sine handlingar. Behovet for *tilhøyrighet* handlar om å kunne utvikle nære relasjonar og at ein opplever å vere nær andre. Når desse grunnleggande psykologiske behova blir dekkja, vil det styrke evna til å motivere seg sjølv (Renolen, 2014, s. 49).

Deci og Ryan sin sjølvbestemmelsesteori er utgangspunkt for teoriar om “Empowerment”.

Empowerment betyr myndiggjering. Målet i empowerment er at personar meir effektivt kan styre sine liv mot eigne mål og behov. Kjernen i begrepet er styrke, makt og kraft. Brukarmedverknad er svært viktig i empowerment (Renolen, 2014, s. 50). Kravet om frivilligheit er basert på det etiske prinsippet om pasientautonomi, det vil sei at personar skal få bestemme over det som gjelder dei, jf. kapittel 6 pkt. 2.3 (Molen, 2012, s. 169).

3.4.2 Motiverande intervju

Det finnst også samtalemetodar som kan påverke motivasjon. Motiverande samtalar er ein samarbeidsorientert samtalemetode som har til hensikt å styrke ein person sin eigen motivasjon og fokus på endring (Ivarsson, 2017, s. 13). Ein motivasjonssamtale kan bidra til ein bevisstgjerung, som kan bli starten på ein endringsprosess (Martinsen, 2004, s. 200). Grunnverdiane og teknikkane aukar sjansen for endring og skaper ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient (Helsedirektoratet, 2016).

Motiverande intervju (MI), også kalla motiverande samtale, er ein empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og meistring. Målet er konstruktive samtaler der personen får moglegheit til «å overtale seg sjølv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut korleis han best kan få det til (Helsedirektoratet, 2016). I motiverande intervju er det pasienten sitt syn på situasjonen og livsførsel som er i fokus under samtala. Sjukepleiar sin oppgåve er å hjelpe pasient å finne ressursane i seg sjølv. Haldningssettet inneberer at sjukepleiar er fordomsfri, viser medfølelse og empati, viser respekt for pasienten sin autonomi eller rett til sjølvbestemmelse og går inn for å finne den beste

løysinga for pasienten (Ivarsson, 2017, s. 16). Motivasjonssamtalen er basert på Proschasca og Diclementes teoretiske modell for endring (Martinsen, 2004, s. 200). Dei beskriver at endring skjer i fasar. Fasane delast inn i føroverveiellesfasen, overveiellesfasen, forberedelsesfasen, vedlikehaldsfasen og tilbakefallsfasen.

3. 5 Sjukepleieteoretiske perspektiv

Joyce Travelbee definerer sjukepleie som:

“ Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sjukdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2003, s. 29).

Travelbee bygger på verdiar som har lang tradisjon i sjukepleien, nemleg i å ta utgangspunkt i pasienten som eit unikt individ, å legge vekt på personen sin oppleving av sin situasjon og vise den sjuke respekt og engasjement (Kirkevold, 1998, s. 126).

Liding er i følge Travelbee ein fundamental fellesmenneskeleg erfaring. Travelbee skriv at liding kan oppstå når mennesket opplever ulike typar tap, nedsett eigenverd eller å bli åtskilt frå andre. Vidare er Travelbee opptatt av korleis ein sjukepleiar kan hjelpe ein person til å søke mening i møte med liding og smerte. Travelbee meiner håp er viktig i denne samanheng. Håpet gjer menneske i stand til å mestre vonde og vanskelege situasjonar, tap, nederlag, og liding. Håp gir trua på at ting kan forandre seg (Travelbee, 2003, s. 117).

Mennesket trenger ofte hjelp å finne mening i ulike livshendingar. Dette er sjukepleiaren sin viktigaste hensikt, ifølge Travelbee. Dette kan oppnåast ved å etablere eit menneske-til-menneske forhold. Dette skjer gjennom interaksjonprossesen som er delt opp i fasar; Det innleiande møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og etablering av gjensidig forståing og kontakt (Kirkevold, 1998, s. 117).

Eit av dei viktigaste redskapa ein sjukepleiar har, er ifølge Travelbee kommunikasjon. Gjennom kommunikasjon deler eller overfører ein tankar og følelsar. For å hjelpe pasienten til å mestre sjukdom og liding er kommunikasjon eit viktig redskap. Kommunikasjon gjer det mogleg å danne ein god relasjon (Kirkevold, 1998, s. 119).

4 Resultat/Funn

Finn også eit utfyllande vedlegg nedst på sida(vedlegg 2).

“Exercise for depression” (Cooney, et al., 2013)

Forskningsartikkelen “Exercise for depression” er ein systematisk oversikt over tilgjengeleg forskning om effekten av trening mot depresjon. Forskningsartikkelen går innpå desse spørsmåla: *Er fysisk aktivitet meir effektivt enn ingen behandling for å redusere depresjon symptom? Er fysisk aktivitet meir effektivt enn antidepressiva for å redusere depresjon? Er fysisk aktivitet meir effektivt enn psykoterapi for å redusere depresjon?* Funna i studien viser at fysisk aktivitet har ein moderat klinisk effekt på symptom på depresjon og at langtidseffekten av fysisk aktivitet har ein positiv effekt. Sju studiar samanlikna fysisk aktivitet med psykoterapi og fant ingen signifikant forskjell. Fire studiar samanlikna fysisk aktivitet med antidepressiva og fant ingen signifikant forskjell.

“The Impact of Exercise on the Mental Health and Quality of Life of People with Severe Mental Illness: A Critical Review” (Alexandratos, Barnett, & Thomas, 2012)

Hensikta med denne forskningsartikkelen var å finne ut korleis trening påverkar den mentale helsa. Denne artikkelen tar for seg meir alvorlege psykiske lidingar, som f.eks. alvorleg depresjon, bipolar lidning, schizofreni, scizoaffektiv lidning og psykose. For å få ein brei forståing av dette, er det både tatt med kvalitative og kvantitative studiar i denne artikkelen. Funna i studien viser til at trening kan bidra med å forbetre humøret, konsentrasjon, søvnmønster og psykotiske symptom. Trening kan også gjere til at ein føler ein større verdi av livet, at ein er del av eit miljø, auka sjølvtilitt, meningsfull bruk av tid og empowerment. Funn viser også ein reduksjon av alvorlighetsgrad av depresjon og betre psykososial fungering.

“Effects of exercise training on older patients with major depression ” (Blumenthal, et al., 1999)

Hensikta med forskningsartikkelen var å finne ut effekten av trening samanlikna med effekten av antidepressive medikament. Konklusjonen blei at fysisk aktivitet kan bli vurdert som ein alternativ behandling til antidepressiva som behandling. Sjølv om antidepressiva hadde ein meir raskare responstid enn trening, var trening etter 16 veker like effektivt som antidepressiva for redusere depresjon for pasientar med alvorleg depresjon.

“Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months.”

(Babyak, et al., 2000)

Formålet med denne studien var å følge opp pasientane i studien til Blumenthal og medarbeidarane. Det gjaldt då 156 vaksne med alvorleg depressiv lidelse, som blei tilfeldig fordelt i ei treningsgruppe, ei medikamentgruppe (antidepressiva), og ei kombinert gruppe. Etter 4 månadar viste pasientane i alle tre gruppene betydeleg forbetring. Etter 10 månadar hadde treningsgruppa signifikant mindre risiko for tilbakefall enn den andre gruppa som hadde fått sertralin (antidepressiva). Dei kom fram til at fysisk aktivitet har ein god terapeutisk verknad, vertfall om ein gjer det over tid.

“Motivation to Physical Activity in Non-Psychotic Psychiatric Inpatients” (Raepsaet, Knapen, Vancampfort, & Probst, 2010)

Formålet med denne studien var å undersøke om motivasjon til fysisk aktivitet er relatert til ulike fysiske og psykologiske variablar av fysisk aktivitet, i ein prøvegruppe av ikkje-psykotiske psykiatriske pasientar. Resultat i studien kom fram til at to faktorar av motivasjon for fysisk aktivitet blei betydeleg knyta opp mot eit høgare aktivitetsnivå, nemleg interesse/glede og kompetanse. Vidare seier studien at val av fysisk aktivitet bør vere sjølvbestemt, at det er viktig å tilpasse aktivitet individuelt for å forhindre negative opplevingar og utfall, viktig med informasjon og kunnskap om dei helsemessige fordelane av fysisk aktivitet både psykisk og fysisk. Studien nemnar og at fysisk aktivitet i seg sjølv kan forbetre oppfatninga av fysisk aktivitet, noko som igjen forbetrar omgrepet. Studien legg og vekt på viktigheita av å motivere til fysisk aktivitet.

“Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses”

(Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen, & Annemans, 2013)

Hensikta med studien er å få eit innblikk i dei faktorane som påverkar integrering av fysisk aktivitet. I studien blei det rapportert fleire barrierar for å integrere fysisk aktivitet i det daglege livet til pasientane. Viktige barrierar identifisert av pasientane bestod av mangel på energi og motivasjon som følge av den psykiske lidinga, biverknadar av medikament og sjukehusinnlegging. Mangel på tid og personlege synspunkt og haldningar til helsefremming blei rapportert av sjukepleiarane som viktige element. Pasientane rapporterte om viktigheita av støtte frå sjukepleiar for å komme i gang med fysisk aktivitet.

“Registered nurses’ beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise” (Esposito & Fitzpatrick, 2011)

Hensikta med denne studien var å fokusere på forholdet mellom sjukepleiarar sin tru på fordelane med fysisk aktivitet, korleis dei stiller seg til fysisk aktivitet og deira anbefaling av fysisk aktivitet til pasientane. Resultat viste positive samanhengar mellom treningsutbytte, fysisk aktivitet og anbefaling av fysisk aktivitet til pasientane. Vidare kom studien fram til at sjukepleiarar som trur på fordelane ved fysisk aktivitet og som omfamnar ein sunn livsstil, som underviser og gir informasjon om dei helsemessige fordelane ved fysisk aktivitet, er meir sannsynleg å vere positive rollemodellar.

5 Drøfting

“Korleis kan sjukepleiar motivere pasient med depresjon på ei psykiatrisk avdeling til fysisk aktivitet?”

Ved depresjon er åtferda ofte prega av passivitet, tilbaketrekking og isolasjon (Martinsen, Kjellman, Taube, & Andersson, 2015, s. 280). I tillegg til dette er det vanleg å føle seg kraftlaus, med nedsett fysisk og psykisk energi til å utføre daglege gjeremål. Konsentrasjonen om arbeidsoppgåver kan bli vanskeleg fordi ein person med depresjon gjerne kan føle seg utslått og overvelda av ein kjensle av håplause (Hummelvoll, 2014). Martinsen skriv at menneske med depresjon er ofte inaktive (Martinsen, Kropp og sinn, 2004, s. 197). Ifølge aktivitetshandboka til Helsedirektoratet (Martinsen, Kjellman, Taube, & Andersson, 2015, s. 275) har fysisk aktivitet ein positiv effekt ved depresjon både for å hindre depresjonsepisodar, og for å behandle. Det blir og trekt fram at det er ein fordel at den fysiske treninga skjer parallelt med vanleg behandling som medikament og samtale. I undersøkinga gjort av Cooney og medarbeidarane (2013) blir det bekrefta at fysisk aktivitet har ein moderat klinisk effekt på depresjon og at langtidseffekten av fysisk aktivitet har ein positiv effekt. Ein rekke studiar har kome fram til at fysisk aktivitet kan bidra til blant anna auka sjølvtilitt, betre søvnkvalitet, betre livskvalitet, betre psykososial fungering, auka sjølvkontroll og redusert risiko for tilbakefall (Alexandratos, Barnett, & Thomas, 2012). Fysisk aktivitet representerer ein stor gevinst både for den enkelte og samfunnet.

5.1 Føresetnadar for fysisk aktivitet i psykiatrisk avdeling

Dersom ein sjukepleiar har ein dårleg dag på jobb, kan dette smitte over på pasient. Difor er det viktig å tenke over korleis ein opptrer som sjukepleiar. Ifølge Martinsen (2004, s. 199) påverkar personalet sine haldningar pasientar. Travelbee (2003, s. 44) seier at som sjukepleiar må ein ha ein evne til å bruke seg sjølv terepautisk. Terepautisk bruk av seg sjølv er *“bevisst bruk av personlegdom og kunnskap for å bidra til forandring hos sjuke personar”*. Ein må bevisst tenke gjennom sine haldningar i arbeidet med sjuke personar. Dette krev sjølvinnsikt, sjølvforståing, innsikt i drivkrafta bak menneskeleg åtferd, evna til å tolke sin egen og andre sin åtferd (Travelbee, 2003, s. 45). Sjukepleiar må difor tenke gjennom korleis dei opptrer framfor pasientar og fremme gode haldingar. Blant anna ved å vise eit tillitsvekkande engasjement og komme med positive tilbakemeldingar vil sjølvkjensla og meistringstrua til pasientane auke (Martinsen, 2004, s. 199). I studien til Esposito og Fitzpatrick (2011) blir det bekrefta at haldningar kan påverke pasientane slik som Martinsen skriv. Sjukepleiarar som trur på helsefremming og omfamnar sunn åtferd, er meir sannsynleg å være positive rollemodellar og lære sunn åtferd til sine pasientar. *“Sjukepleiere bør modellere sunn treningsadferd,”* sa Joyce Fitzpatrick, forfatter av studien. Forfattarane fant ut at dersom sjukepleiar trur på trening, fremmer dei det.

Eit aktivt motivasjonsklima vil auke inspirasjonen både blant helsepersonell og pasientane (Martinsen, 2004, s. 206). Ei leiing som er positive, som støtter sjukepleiarar og er bygd opp på ein måte som kan hjelpe personalet til å fremme og tilrettelegge for fysisk aktivitet er heilt avgjerande for å lykkast med gjennomføring av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge Martinsen (2004, s. 203) er spesialutdanna personale, gode treningstilbod og gode treningslokaler nyttige rammebetingelser på ein institusjon for å lykkast med fysisk aktivitet. I tipshefte for helsepersonell utarbeida av Helsedirektoratet (2010) blir det trekt fram at leiinga kan bidra til å vise at fysisk aktivitet er viktig gjennom bl.a. handlingsplanar, fagdagar personalmøter og ved tilsettelse av aktivitetsleder. Raepsaet, Knapen, Vancampfort og Probst (2010) legg vekt på viktigheita av at sjukepleiar gir informasjon om dei helsemessige fordelane av fysisk aktivitet til pasient. Ved å auke kunnskapsnivået både hos sjukepleiarar og hos pasientar kan pasienten sin frykt for deltaking i fysisk aktivitet reduserast, og ein kan tenke seg at det vil bli ei mindre utfordring for sjukepleiar å motivere pasient.

5.2. Relasjonsbygging

Når ein startar med motivasjonsarbeidet for fysisk aktivitet, er det viktig å danne ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Når ein pasient føler seg trygg, sett og høyrtd blir motivasjonsarbeidet lettare.

Travelbee (Kirkevold, 1998, s. 116) legg vekt på utvikling av eit menneske-til-menneske-forhold. Travelbee seier at det er sjukepleiar som står ansvarleg for å etablere og oppretthalde relasjon med pasienten. For å klare å motivere ein pasient til fysisk aktivitet er det heilt vesentleg at det finnes ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Travelbee (Kirkevold, 1998, s. 117) skriv at første fase handlar om sjukepleiaren sin evne til å sjå personen som eit unikt individ og ikkje som ein sjukdom og eit "romnummer". Når ein skal behandle ein person med depresjon, må ein sjå personen bak depresjonen. Den andre fasen i Travelbee sin modell handlar om relasjonsbygging. Sjukepleiar og pasient begynner å etablere eit band. Pasient og sjukepleiar sin identitet og personlegdom kjem gradvis til syne for den andre. Dei "stereotype" oppfatningane forsvinner. Mi erfaring er at når eg deltok på aktivitetar saman med pasientane var det lettare å danne ein relasjon. Når pasientane ser at eg deltar, føler eg at dei ser meg som noko meir enn som ein sjukepleiar, og eg ser dei som noko meir enn som ein pasient. Slik sett kan det å delta i fysisk aktivitet vere med til å komme over dei "stereotype" oppfatningane og medverke til å etablere eit band, eit menneske til menneske forhold slik Travelbee skriv om. Hummelvoll (2014, s. 422) skriv at det er å vere seg sjølv, ekte og nær, skaper grunnlag for eit godt møte.

Hummelvoll (2014, s. 207) skriv at det å få til eit samarbeid med pasient med depresjon kan vere utfordrande. Sjukepleiar kan føle seg hjelpeløs i samværet med djupt nedtrykte personar som ikkje ser noko håp for sitt liv. Pasientar med depresjon kan ha ein tendens til å isolere seg og ikkje vere stort pratsame. Hummelvoll skriv at sjukepleiar bør ha ein roleg, varm og akseptierende haldning i ei slik tilnærming. Kontaktetablering vil krevje tolmodigheit og kunnskapar om depresjonens ytringsform og dynamikk, og det forutset at ein har ein evne til å oppfatte den andre (Hummelvoll, 2014, s. 421).

Det kan vere vanskeleg for pasient med depresjon å sjå at betring kjem, pasienten kan føle at han sit fast i ei urealistisk håpløse. Pasient har difor eit stort behov for at personar rundt uttrykker at tilstanden er forbigående og at betring vil komme. Sjukepleiar må vise at den bryr seg om pasienten, f.eks. gjennom å vise at ein vil ha pasienten med på tur, vere optimistisk og bære håp for pasienten (Hummelvoll, 2014, s. 208). Hummelvoll skriv at det er viktig allereie i starten av samarbeidet å understreke at *betring forutset eigenaktivitet*. I studien til Verhaeghe og medarbeidarane (2013) kjem det fram at sjukepleiarar kan verke som ei støttande rolle for pasienten, men at pasient også har eit ansvar å ta tak. Dersom tilstanden til pasienten forverrast, må sjukepleiar ta kontroll.

Hummelvoll (2014, s. 207) legg også vekt på at nærvær og omsorg er viktig i arbeid med menneske med depresjon. Ifølge Hummelvoll er det viktig å dele tid med pasient sjølv om pasienten isolerer seg. Dette viser at man oppfattar pasienten som ein verdifull person. Ifølge studien til Verhaeghe og medarbeidarane (2013) kjem det fram at mangel på tid er ein barriere. I dagens travle helsevesen kan det vere vanskeleg å sette av nok tid med pasient. Det å skape eit forhold mellom sjukepleiar og pasient kan vere avgjerande for behandlingresultatet. Gjennom å dele tid, lytte, vise respekt, vise at pasient er verdifull, gi omsorg og vise at ein bryr seg vil sjukepleiar skape eit godt grunnlag for vidare behandling (Hummelvoll, 2014, s. 219).

5.3 Motivasjon og gjennomføring

Ifølge Travelbee (Kirkevold, 1998, s. 119) er kommunikasjon eit av dei viktigaste redskapane ein sjukepleiar har. Motiverande intervju kan bidra til å skape ein god relasjon og kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient. Gjennom kommunikasjon kan sjukepleiar hjelpe pasient til å meistre sjukdom og lidning og å finne mening. Travelbee (Kirkevold, 1998, s. 119) hevder at kommunikasjon er ein formålsstyrt prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske-til menneske forhold. Travelbee (Kirkevold, 1998, s. 119) skriv at sjukepleiar bør bruke kommunikasjon for å motivere og influere sjuke mennesker.

Ein aktuell tilnærming i arbeid med menneske med depresjon kan vere motiverande samtaler. Ein motivasjonssamtale tar utgangspunkt i personen sine ønsker og interesser. Dette omfattast av omgrepet empowerment, som inneberer å stimulere personen til å mobilisere eigne krefter med tanke på å ta meir kontroll og ansvar for eige liv (Martinsen, 2004, s. 200).

I studien til Raepsaet og medarbeidarane (2010) viser funn at for å lykkast med motivasjon for fysisk aktivitet må val av fysisk aktivitet vere sjølvbestemt. Funn i studien kom fram til at motivasjon, spesielt indre motivasjon, som interesse, glede og kompetanse er positivt relatert til eit høgare fysisk aktivitetsnivå. Renolen (2014, s. 43) bekreftar at indre motivasjon blir betrakta for å ha større kraft enn ytre motivasjon. Renolen (2014) legg fram at det er ikkje slik at vi er like indre motivert for alle aktivitetar. Dette har ein samanheng med kva ein synast er interessant. I sjølvbestemmelsesteorien legger Deci og Ryan (2002,2002) vekt på at menneskeleg motivasjon kjem av opplevinga av at åtferda er sjølvbestemt (Renolen, 2014, s. 49). Innan helsevesenet legger ein i stadig større grad vekt på pasienten sin autonomi. Ifølge Renolen viser forskning og kliniske erfaring at åtferdspåverknad som bygger på at pasienten tar egne val, er meir effektiv på lenge sikt enn annan rådgiving. Å legge til rette for sjølvbestemmelse er altså ein sentral faktor i arbeid med pasientar.

Empowerment-perspektivet er også utsatt for kritikk. Ikkje alle som søker hjelp i helsevesenet greier å mobilisere eigne krefter og forventar difor at andre tar avgjersler for dei. Ein person som slit med depresjon har gjerne ikkje den krafta som skal til for å ta tak i eige liv (Renolen, 2014, s. 50). Dette er viktig at sjukepleiar også har fokus på. Tilpassa ytre motivasjon kan bidra til åtferdsendingar. På denne måten kan sjukepleiar bidra til å stimulere pasienten sine ressursar, og etter kvart kan det hende pasienten opplev ein indre drivkraft til å vere fysisk aktiv (Martinsen, 2004, s. 198). Frå eigen erfaring har eg opplevd at pasientar sett pris på at helsepersonell spør eller lager ein plan for dagen når ein skal trene og "pusher" litt på. Eg huskar spesielt ein gong det var ein pasient som sa *"Det er viktig at dokke som helsepersonell spør og motiverer oss pasientar til aktivitet"*. Det er viktig at vi som helsepersonell også tar litt tak og ikkje berre lener oss tilbake å venter på at pasienten har lyst å gå ein tur eller ta seg ei treningsøkt, men at vi gjerne er litt på den offensive fronten og.

Dersom pasient er ambivalent til trening, det vil sei at pasient ikkje klarer å bestemme seg om han skal trene eller ikkje, bør tida brukast til å utforske ambivalensen. Gjennom eit motiverande intervju kan sjukepleiar hjelpe pasient med å skrive opp fordelar og ulemper knytt til fysisk inaktivitet, og deretter snakke om det (Martinsen, 2004, s. 201). Sjukepleiar kan hjelpe pasient med å utforske og løyse sin ambivalens ved å bygge opp ein trygg atmosfære. Dette kan ein gjere ved å innta ein balansert posisjon, og ser på både gode og mindre gode sider ved fysisk inaktivitet (Helsedirektoratet, 2017).

For å komme i gang med fysisk aktivitet kan ein starte opp med å lage ein plan og sette opp realistiske mål. Mål setter fokus på framtida og kan verke stimulerande i seg sjølv (Renolen, 2014, s. 154). Dette forutset at pasient er klar for det. Sjukepleiar må forholde seg til at pasient er deprimert. Balansen mellom motivering og press, mas eller tvang kan vere vanskeleg, sjukepleiar må heile tida føle seg fram (Martinsen, 2004, s. 199). Har pasienten ein plan og ei målsetting å forholde seg til kan det vere lettare å gjennomføre aktivitetane. Sjukepleiar kan bidra med å strukture, samt å sørge for at planen er spesifikk, målbar, akseptabel, realistisk og tidsbestemt (Helsedirektoratet, 2017). Sjukepleiar kan bruke planen som eit motivasjonsverktøy.

Helsedirektoratet (2016) anbefaler 30 minutt med aktivitet av moderat til høg intensitet dagleg. Sjukepleiar må tilrettelegge aktivitet utifrå grad av depresjon. 30 minutt aktivitet kan vere utfordrande for enkelte i starten. For ein person med depresjon kan små steg vere nok for å bevege seg i riktig retning. I første omgang kan det å komme seg ut av døra vere nok, og vere eit mål i seg sjølv. Målet må vere oppnåeleg dersom det skal fungere (Dahl & Skaug, 2014, s. 43). Setter ein seg uoppnåelige mål kan dette føre til skuffelse og nederlag. Sjukepleiar må hjelpe pasienten til å sette seg realistiske mål som baserer seg på pasienten sine ønsker. Dette forutset ein open dialog mellom sjukepleiar og pasient (Dahl & Skaug, 2014, s. 43).

I studien til Raepsaet, Knapen, Vancampfort og Probst (2010) viser funn at det er viktig å tilpasse aktiviteten individuelt for å unngå negative utfall og opplevingar. Gjennom motiverande intervju kan ein kartlegge den enkelte sine ønsker og interesser (Martinsen, 2004, s. 200). Det er viktig at sjukepleiar justerer opplegget individuelt når det gjelder intensitet, varigheit, frekvens, variasjon og progresjon. Ein må tilpasse aktivitetsnivået utifrå funksjonsnivået til pasient og det er viktig å ikkje legge ambisjonsnivået for høgt. Difor er det viktig at sjukepleiar kartlegg pasienten sitt funksjonsnivå, kva interesser han/ho har og pasienten sitt motivasjonsnivå. Opplegg som er tilpassa den individuelle sine behov, ønsker og interesser er lettare å gjennomføre og det aukar sjansen for ei god oppleving både under og etter trening (Martinsen, 2004, s. 198).

Ved å legge opp til pasienten sine egne ønsker og interesser blir pasienten sin autonomi ivaretatt. Pasienten er med i bestemmelsen av aktivitet og ifølge studien til Raepsaet, Knapen, Vancampfort og Probst (2010) er sjansen for å lykkast med fysisk aktivitet større dersom pasient er med i bestemmelsen av aktivitet. I startfasen er det viktig å tenke realistisk og erkjenne at lett fysisk aktivitet har også effekt. Det bør leggest opp til lavterskeltilbod for å engasjere dei mest inaktive, samtidig bør det vere moglegheit for å delta i meir krevjande aktivitetar for dei som ønsker det (Helsedirektoratet, 2004). Martinsen (2004, s. 208) skriv at det er viktig å velje aktivitetar som er lystbetonte, morosame, gir ein god følelse og som kan gjerast med andre. Fellesaktivitetar som turar,

jogging, svømming og ballspel er ofte verdifulle fordi den betrar den fysiske tilstanden og gir utløp for følelsar og spenning, samtidig som ein får ein kjensle av fellesskap. I studien til Verhaege et al. (2013) rapporterte ein pasient " *Når eg tar meg ein joggetur, hjelper det meg å bli kvitt stress. Dersom eg jigger med andre gir det meg moglegheit til å bli kjent med andre menneske og det gir meg ein god kjensle.*" Fysisk aktivitet betyr ikkje nødvendig at ein må jogge, springe eller å ta seg heilt ut. Ein trenger ikkje betre kondisjonen for å få positiv effekt på den psykiske helsa.

5.4 Frå institusjon til heimen

Mange pasientar som kjem heim etter å ha vore innlagd kan ha problem med å vidareføre aktiviteten når dei kjem heim. Tilbaketrekking og dårleg nettverk kan vere nokre av grunnane, det kan blant anna føre til at mange blir passive og einsame. Ein kan framleis trenge oppfølging og støtte i denne fasen for å unngå tilbakefall. Tilbakefall kan komme, og det er viktig at sjukepleiar formidlar at dette ikkje er uvanleg, og at det ikkje er teikn på svakheit. Ved å lage ein realistisk plan saman med sjukepleiar kan faren for tilbakefall reduserast. Blant anna bør det stå i planen kva personen kan gjere dersom uforutsette hendingar oppstår. I tillegg kan tilbakefall forebyggast ved å gi personen ein auka kjensle av kontroll og positive forventingar til egne evner til å meistre ulike situasjonar (Martinsen, 2004, s. 201). I ein avslutningsfase kan det vere nyttig med ei gradvis nedtrapping av kontaktforholdet mellom sjukepleiar og pasient (Hummelvoll, 2014, s. 436), f.eks. ved å få pasient til å delta på aktivitet aleine før pasient skal utskrivast. I studien til Blumenthal og medarbeidarane (1999) kom det fram at langtidseffekten av trening kan bidra til å redusere depresjon. Dette blir støtta opp av studien til Babyak og medarbeidarane (2000) der det kom fram at etter 10 månadar med trening blir risikoen for tilbakefall signifikant mindre. Her blir det då bekrefta at fysisk trening gir ein god terapeutisk verknad om ein gjer det over tid, det er difor viktig å prøve å vedlikehalde og vidareføre aktivitet når ein kjem heim etter innlegging for å unngå tilbakefall.

Fleire stader i landet har ein oppretta lavterskeltilbod for menneske som treng oppfølging for å komme i gang med og vedlikehalde fysisk aktivitet. Sjukepleiar bør kartlegge kva aktivitetstilbod som ligg i nærleiken. Blant anna er det fleire kommunar som har "*aktiv på dagtid*" og "*fysisk aktivitet på resept*" som er knytt til frisklivssentralar (Helsedirektoratet, 2010). Det er retta til menneske med ulike helseproblem. Desse aktivitetsarenaene er møteplassar der ein både kan utøve fysisk aktivitet og skape eit sosialt nettverk, noko som kan vere bra for pasient med depresjon for å unngå isolasjon og einsamheit (Martinsen, 2004, s. 212). Treningskontakt kan også vere eit godt tilbod dersom ein har manglande tiltaksløst. Blant anna kan ein treningskontakt både vere ein motivator, planleggar og aktiv deltakar i ulike treningsopplegg og bidra til at aktivitetsnivået blir vedlikehaldt. Tiltaket er meint

å vere til sjølvhjelp, der personen sjølv etter kvart kan ta ansvar for eigen trening. Det kan vere til god hjelp for å etablere gode vanar. Det kan også vere nyttig av sjukepleiar og informere pårørande om aktivitetstilbod, dersom pasient samtykker til dette. Ein kan oppmuntre pårørande til å følge opp pasient til fysisk aktivitet og dersom dei ønsker det kan pårørande også delta på aktivitetar. Dette kan bidra til å auke motivasjonen til pasient (Helsedirektoratet, 2010).

6 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva var å finne ut korleis ein som sjukepleiar kan motivere pasient med depresjon innlagt på psykiatrisk avdeling til fysisk aktivitet. Oppgåva går og innpå kva verknadar fysisk aktivitet har på menneske med depresjon. Blant anna kom ein fram til ein rekke gode psykologiske verknadar av fysisk aktivitet som auka sjølvtilitt, betre livskvalitet og empowerment. Funn frå studiar viste til at sjukepleiar sine haldingar og ei positiv leiing har stor betydning i arbeidet med å motivere personar med depresjon til fysisk aktivitet. Motivasjon, spesielt indre motivasjon er relatert til eit høgare aktivitetsnivå. Den fysiske aktivitet må vere sjølvbestemt, og vere individuelt tilpassa for å unngå negative utfall. Sjukepleiar må tileigne seg kunnskap om dei helsemessige fordelane ved fysisk aktivitet både psykisk og fysisk. Gjennom motiverande intervju kan ein kartlegge pasienten sine individuelle ønsker, behov og grunnlag, utarbeide ein realistisk plan, kartlegge og tilrettelegge utifrå pasienten sitt funksjon og motivasjonssnivå, og ein kan også på denne måte danne ein god relasjon. Støtte og oppfølging er viktig gjennom heile prosessen.

Litteraturliste

- Alexandratos, K., Barnett, F., & Thomas, Y. (2012). The Impact of Exercise on the Mental Health and Quality of Life of People with Severe Mental Illness: A Critical Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), ss. 48- 60. doi:10.4276/030802212X13286281650956
- Babyak, M., Blumenthal, J., Steve, H., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., . . . Krishnan. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine* , 62(5), ss. 633-8.
- Blumenthal, J., Babyak, M., Craighead, E., Kathleen Moore, Herman, S., Waugh, R., . . . Napolitano, M. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*, 159, ss. 2349-2356. doi:10.1001/archinte.159.19.2349
- Cooney, G., Dwan, K., Greig, C., Lawlor, D., Rimer, J., Waugh, F., . . . Mead, G. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Library*(9), ss. 2-7. doi:10.1002/14651858.CD004366.pub6
- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 2* (ss. 15-56). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Esposito, E., & Fitzpatrick, J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. *International Journal of Nursing Practice*, 17, ss. 351-356. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01951.x.
- Helsedirektoratet. (2004). *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*. Henta frå Helsedirektoratet:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/171/Tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-IS-1202.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Henta frå Helsedirektoratet:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Henta frå Helsedirektoratet:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende intervju som metode*. Henta frå Helsedirektoratet:
<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#opplevelse-av-mestring->
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt-ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende samtaler*. Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W., Kjellman, B., Taube, J., & Andersson, E. (2015). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 275-282). Oslo: Helsedirektoratet.

- Molen, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raepsaet, J., Knapen, J., Vancampfort, D., & Probst, M. (2010). Motivation to Physical Activity in Non-Psychotic Psychiatric Inpatients. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15(1), ss. 51-59.
- Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skaug, E.-A. (2014). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie; Bind 2* (s. 269-290). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I. J. (2017). *Bachelor oppgave for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Verhaeghe, N., Maeseneer, J., Maes, L., Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 1569-1578. doi: 10.1111/jocn.12076
- World Health Organization. (2017). Henta frå Depression:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Vedlegg 1

Søkedato	Database	Søkeord	Ant.treff	Resultat
18.10.17	ASE (inkl. Medline + Chinal)	1. Depression	222,810	
		2. Exercise or physical activity	259,109	
		3. Exercise	208,694	
		4. Mental health	415,455	
		5. Mental illness	100,326	
		6. Psychiatry	369,733	
		7. Motivation	125,883	
		8. Benefits or positive effects	848,640	
		9. exercise	208,694	
		10. Major depression	75,853	
		11. Effects	4,300,717	
		12. Exercise training	18,365	
		13. Inpatient	124,814	
		1+2 (search with AND)	6,220	1 artikkel vart nytta
		10+11+12 (search with AND)	18,365	1 artikkel vart nytta
		3+4+5 (Search with AND)	572	1 artikkel vart nytta
		2+7+13 (Search with AND)	35	1 artikkel vart nytta
		Nytt søk		
		14. Nursing	361,873	
		4+2+14 (Search with AND)	489	2 artikkel vart nytta

Vedlegg 2

Metode			Resultater	
Tittel/forfatter(e) /årstall	Studiedesign	Innhald	Funn	Mulige drøftingsområder i bacheloroppgåva
'Exercise for depression'' Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE (2013)	Review, forskningsartikkel	Systematisk oversikt over all tilgjengeleg informasjon om effekten av trening mot depresjon.	<ul style="list-style-type: none"> • 35 studier sammenlikna fysisk aktivitet med ingen behandling eller med eit kontrolltiltak, og fant at fysisk aktivitet hadde moderat klinisk effekt på symptomene på depresjon. • 8 studier undersøkte langtidseffekten av ulike tiltak, og fant at fysisk aktivitet hadde noke positiv effekt. • 7 Studier som sammenlikna fysisk aktivitet med psykoterapi, fant ingen signifikant forskjell. • 4 studier sammenlikna fysisk aktivitet med antidepressiva, fant ingen signifikant forskjell. 	

<p>“The Impact of Exercise on the Mental Health and Quality of Life of People with Severe Mental Illness: A Critical Review” (Kristy Alexandra tos, Fiona Barnett, Yvonne Thomas) (2012)</p>	<p>Review, Kvalitativ og kvantitativ metoder blei brukt.</p>	<p>Korleis fysisk aktivitet påverkar den mentale helsa og kvaliteten på livet til menneske som lever med alvorlege psykiske lidelser.</p>	<p>Trening kan vere med på å påverke humøret, konsentrasjon, søvnmønster og psykotiske symptom. Trening kan også gjere til at ein føler ein større verdi av livet, at ein er del av eit miljø, auka sjølvtilit, meningsfull bruk av tid og empowerment. Funn viser også ein reduksjon av alvorlighetsgrad av depresjon og betre psykososial fungering.</p>	
<p>Effects of exercise training on older patients with major depression (Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA,</p>	<p>Forskningsartikkel</p>	<p>Hensikta med forskningsartikkelen er å finne ut effekten av trening sammenligna med effekten av medikament</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trening kan vurderast som alternativ behandling for eldre pasientar med depresjon. • Antidepressiva hadde ein raskare responstid. • Etter 16 veker med fysisk aktivitet som behandling er fysisk aktivitet like effektivt 	

<p>Craighead WE, Herman S, Khathri P) (1999)</p> <p>Exercise treatment for major depression : maintenance of therapeutic benefit at 10 months. (Babyak, et al., 2000)</p>		<p>Hensikta med denne studien var å følge opp pasientene i studien til Blumenthal og medarbeidarane.</p>	<p>som medikament for å redusere depresjon.</p> <p>Her fant dei ut at dei som hadde deltatt i fysisk aktivitet hadde signifikant mindre risiko for tilbakefall enn den andre gruppa som hadde fått sertralin. Dei kom fram til at fysisk aktivitet har ein god terepautisk virkning, vertfall om ein gjer det over tid.</p>	
---	--	--	---	--

<p>Motivatio n to Physical Activity in Non- Psychotic Psychiatri c Inpatients (Julie Raepsaet , Jan Knapen, Davy Vancampf ort , Michel Probst) (2010)</p>	<p>Eksplorati v tverrsnittss tudie</p>	<p>For å undersøke om motivasjon til fysisk aktivitet er relatert til ulike fysiske og psykologiske variabler av fysisk aktivitet, i en prøvegruppe av ikkje-psykotiske psykiatriske pasientar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valg av fysisk aktivitet må vere sjølvbestemt • Viktig å tilpasse aktiviteten individuelt for å forhindre negative opplevingar og utfall. • Viktig med informasjon om helsemessige fordelar av fysisk aktivitet både til mental og fysisk helse. Kunnskap kan redusere angst om deltakelse i fysisk aktivitet. • Fysisk aktivitet i seg selv kan forbedre oppfatningen av fysisk aktivitet, noko som igjen forbedrer selvbegrepet. • Viktig å motivere til fysisk aktivitet. 	<p>Korleis motivere den deprimerte pasient til fysisk aktivitet?</p>
<p>“Register ed nurses’ beliefs of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise”</p>	<p>Research Paper</p>	<p>Hensikta med studien var å undersøke forholdet mellom sjukepleiarar sin tru og haldningar om fordelane med fysisk aktivitet, korleis dei forhalder seg til fysisk aktivitet, og deira anbefaling av fysisk aktivitet.</p>	<p>Sjukepleiarar som trur på fordelane ved fysisk aktivitet og som omfamnar ein sunn livsstil, som underviser og gir informasjon er meir sannsynleg å vere gode rollemodellar for pasientane.</p>	

<p>(Esposito & Fitzpatrick, 2011)</p> <p>“Health promotion in mental health care: Perception s from patients and mental health nurses” (Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen, & Annemans, 2013)</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Hensikta med studien er å få eit innblikk i dei faktorane som påverkar integrering av fysisk aktivitet.</p>	<p>Resultat viser til fleire barrierar for å integrere fysisk aktivitet i det daglege liv til pasientane. Blant anna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på tid. • Mangel på energi og motivasjon. • Biverknadar av medikament. <p>Pasientane rapporterte viktigheita av støtte og frå sjukepleiar for å komme i gang med fysisk aktivitet.</p>	
--	--------------------------	--	---	--