



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet og depresjon

**Joakim Rove**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt  
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie

Førde

Rettleider: Anne Marie Sandvoll

Innleveringsdato 30.11.2018

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, § 10.

## **Sammendrag**

### **Tittel**

Fysisk aktivitet og depresjon

### **Hensikt**

Vurdere i hvilken grad fysisk aktivitet kan brukes i behandling av depresjon og hvilken effekt det har.

### **Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon?

### **Metode**

Dette er en litteraturstudie. I oppgaven har jeg valgt å bruke forskning og faglitteratur for å svare på problemstillingen.

### **Konklusjon**

Fysisk aktivitet er et godt behandlingsalternativ for pasienter med depresjon. Det kom klart fram at fysisk aktivitet har en rekke fordeler og fysisk aktivitet kan være et viktig verktøy i behandlingsprosessen til deprimerte pasienter. Det viser seg at fysisk aktivitet sammen med annen behandling har god effekt. Det kommer også fram at sykepleiere som tror på effekten av fysisk aktivitet og selv har en aktiv livsstil, har en større sjanse til å påvirke pasienter til en bedre livsstil og være positive rollemodeller. Lav motivasjon er noe som den deprimerte kan slite med, da kan sykepleier være viktig for å hjelpe pasienten til å finne motivasjon. Motiverende samtaler, empati, ros og oppmuntring er viktige faktorer som sykepleier kan bruke for å motivere.

# Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensning.....	1
2	Metode .....	1
2.1	Søkeprosessen etter forskningsartikler.....	2
2.2	Valg av forskningsartikler .....	3
2.2	Kildekritikk og kvalitetsvurdering.....	4
3	Teori.....	5
3.1	Depresjon .....	5
3.2	Joyce Travelbee sin teori om sykepleie .....	6
3.3	Fysisk aktivitet.....	7
3.3	Motivasjon.....	8
4	Presentasjon av funn.....	9
5	Drøfting .....	10
5.1	Å etablere en terapeutisk relasjon.....	10
5.2	Hvordan motivere pasienter til fysisk aktivitet.....	11
5.3	Fysisk aktivitet som del av behandling.....	13
5.4	Utfordringer knytt til fysisk aktivitet.....	15
6	Konklusjon.....	16
	Bibliografi .....	17
	Vedlegg 1: søk etter artikler .....	19
	Vedlegg 2: innhold i artikler .....	22

# 1 Innledning

Denne bacheloroppgaven skal handle om fysisk aktivitet og depresjon. Jeg vil se på hvordan fysisk aktivitet i hverdagen kan være med i behandlingen av depresjon til voksne mennesker som er innlagt på psykiatrisk institusjon. Jeg vil se på voksne mennesker mellom 18 og 60 år. Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene, 6 til 12 prosent av befolkningen har depresjon til enhver tid. Betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2015). Depresjon er en tilstand kjennetegnet av senket sinnstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledes følelse. Det er ingen skarp grense mellom normal tristhet, sorg og depresjon. Vi stiller diagnosen når symptomene blir så mange, intense, langvarige, eller når funksjonssvikten blir så uttalt at det er naturlig å tilby behandling (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2009, s. 80).

Jeg tror fysisk aktivitet og depresjon er noe som henger mye sammen. Det at fysisk aktivitet er godt for oss er ikke noe nytt, men hvor god effekt har det i behandling av depresjon egentlig? Det er i dag godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og kan medvirke til forebygging og behandling av over 30 ulike sykdommer og tilstander. Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for å få dårlig helse. WHO har slått fast at fysisk inaktivitet er den fjerde største risikofaktoren for ikke-smittsomme sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2017). Samfunnet vårt har de siste tiårene blitt tilrettelagt for inaktivitet, og man skal i dag være bevisst for å få fysisk aktivitet som en del av hverdagen. Økning av den fysiske aktiviteten er ett av de tiltakene som vil ha størst positiv effekt på folkehelsen (Helsedirektoratet, 2015).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg vil skrive om dette fordi jeg har en stor interesse for fysisk aktivitet og psykisk helse. Har både jobbet og hatt praksis i psykiatrien og synes at dette er et veldig spennende tema som burde ha et større fokus. Jeg har lyst å finne ut hvor god effekt fysisk aktivitet egentlig har på vår psykiske helse, og depresjon som er en av de vanligst psykiske lidelsene.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon?

## 1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å fokusere på både menn og kvinner mellom 18 til 60 år som er innlagt på psykiatrisk avdeling, og som ikke har problemer med å utføre fysisk aktivitet på egen hånd.

# 2 Metode

For å få fram kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstandene er sanne, gyldige og holdbare trenger man ulike metoder. Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Dalland sier

at metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi mener til undersøkelsen vår, altså å samle inn data. Det valget vi gjør for en metode, er at vi mener den egner seg best til det spørsmålet eller den problemstillinga vi har på en best mulig måte. Den kvantitative metoden har den fordel at de gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner. Mens de kvalitative metodene tar på sikte å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112). Bacheloroppgaven min er en litteraturstudie. Der henter jeg data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. I min oppgave har jeg brukt forskning som er både kvantitativ og kvalitativ. Sammen bidrar de på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112). Litteraturen jeg har valgt er fra pensum på sykepleiestudiet og annen relevant litteratur som handler om depresjon, fysisk aktivitet og psykiatri.

## 2.1 Søkeprosessen etter forskningsartikler

Jeg har i min oppgave brukt databaser gjennom skolen, databasene jeg brukte er Pubmed, cochrane, library, Taylor & francis, CINAHL og Academic search elite for å finne forskningsartikler og brukt søkeord som er relevante for oppgaven min. Jeg har kun brukt søkeord på engelsk, da stort sett alt av forskning skrives på engelsk.

For å finne forskningsartikler har jeg gått inn på Høgskolen på Vestlandet (HVL) sine nettsider og funnet Pubmed for å søke etter relevant forskning som er relevant i forhold til min problemstilling. Jeg har brukt cochrane library hvor jeg søkte på «*depression*» som ga 593 treff. Der fant jeg forskningsartikkelen «*Exercise for depression*» (Cooney, et al., 2013).

Den andre forskningsartikkelen brukte jeg Taylor & francis online hvor jeg søkte på physical activity og fikk 937,637 treff. Så endret jeg søket til de siste 10 årene og la til ordet depression og fikk 147,488 treff. La til ordet treatment og fikk 38,027 treff. Hvor jeg fant «*Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression*» (Martinsen, 2009).

Den tredje forskningsartikkelen bruke jeg CINAHL. Først søkte jeg på activity AND physical AND participation AND patient. Hvor jeg fikk 1,442 treff. Så la jeg til ordet depression og begrenset det til de 10 siste årene. Og fikk 131 treff. Der fant jeg artikkelen «*Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study...including commentary by Fung KMT and Tsang HWH*» (Bonsaksen, Kelvin , & Hector, 2011).

Den fjerde forskningsartikkelen brukte jeg Academic search elite. Først søkte jeg på psychiatric AND motivation AND exercise. Hvor jeg fikk 158 treff. Så la jeg til ordet depression og fikk 47 treff. Hvor

jeg fant artikkelen «*Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression*» (Knapen, Vancampfort, Moriën, & Marchal, 2014).

Den femte forskningsartikkelen brukte jeg pubmed. Først søkte jeg på patient AND exercise AND nurses og begrenset det til 10 siste årene og fikk 835 treff. La til ordet benefits og fikk 91 treff. Da fant jeg artikkelen «*Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise*» (Esposito & Fitzpatrick, 2011).

Søkeord: Depression, psykiatri, motivation, participation, nurses, benefits, activity, exercise, treatment, physical activity, patient, psychiatric.

## 2.2 Valg av forskningsartikler

Den første artikkelen har tittelen «*Exercise for depression*» (Cooney, et al., 2013). Her brukte de søkedatabaser for å finne alle kvalitative, randomiserte og kontrollerte studier av hvor effektiv trening er for å behandle depresjon hos voksne over 18 år. De søkte etter studier publisert frem til mars 2013 og på løpende studier fram til mars 2013. Alle studier måtte inkludere voksne med diagnosen depresjon, og den fysiske aktiviteten som ble utført måtte passe til kriterier for å sikre at den møtte en definisjon av «mosjon». De inkluderte totalt 39 studier med totalt 2326 deltakere i anmeldelsen. Formålet med studien var å bestemme effektiviteten av trening for depresjon. De inkluderte studier som sammenlignet øvelse med «ingen behandling» og forsøk som sammenlignet øvelse med andre behandlinger for depresjon (Cooney, et al., 2013).

Den andre artikkelen har tittelen «*Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression*» (Martinsen, 2009). Martinsen har i denne artikkelen gjort en tverrsnittsundersøkelse som støtter seg på andre langsgående metoder, av allerede eksisterende forskning. Artikkelen ser på hvordan fysisk aktivitet kan være forebyggende mot depresjon, og hvordan den kan legges frem og eksponeres for pasienten. Martinsen sammenligner også fysisk aktivitet med andre behandlingsmetoder, og på forskjellige typer fysisk aktivitet (Martinsen, 2009).

Den tredje artikkelen har tittelen «*Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study...including commentary by Fung KMT and Tsang HWH*». Det er en kvantitativ studie hvor 18 innlagte pasienter deltok. Hensikten med studien var å undersøke deltakelsen i et strukturert treningsprogram blant pasienter med psykisk lidelse og dens forhold til andre variabler. Deres deltakelse i et fysisk aktivitetsprogram ble undersøkt, og deres alder og angst- og depresjonsnivå ble brukt til å forutsi deltakelse (Bonsaksen, et al., 2011).

Den fjerde artikkelen er en meta analyse og har tittelen «*Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression*». Denne meta analysen undersøkte effekten av

trening i behandling av depresjon hos voksne sammenlignet med ingen behandling eller komparatorintervensjon. Denne meta analysen har som mål å svare på følgende spørsmål: Er trening mer effektiv enn ingen terapi for å redusere symptomer på depresjon? Er trening mer effektiv enn antidepressiv medisin for å redusere symptomer på depresjon? Er trening mer effektivt enn psykologiske terapier eller andre ikke medisinske behandlinger for depresjon? Hvor akseptabelt er trening som behandling for pasienter med depresjon? (Knapen, et al., 2014).

Den femte artikkelen har tittelen «Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise» og er en kvantitativ studie hvor 112 sykepleiere fullførte et spørreskjema. Formålet med denne studien var å undersøke forholdet mellom sykepleiers oppfatning av fordelene med trening, treningsoppførsel og anbefaling av trening til pasienter. Det forskningen ville finne ut av var: Hva som er forholdet mellom sykepleierens oppfatning av fordelene med trening og deres rapporterte trenings atferd. Hva er forholdet mellom sykepleierens oppfatning av fordelene med trening og deres anbefaling om regelmessig trening til pasienter. Hva er forholdet mellom sykepleiers treningsatferd og deres anbefaling om regelmessig trening til pasienter (Esposito & Fitzpatrick, 2011).

## 2.2 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Kildekritikk vil si å kritisk vurdere og karakterisere den litteraturen som man har funnet, for å fastslå om en kilde er sann. Det er to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne frem den litteraturen som best mulig kan belyse problemstillingen og den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen man har brukt i oppgaven (Dalland & Tygstad, 2012, ss. 67-68).

Alle forskningsartiklene jeg har funnet handler om fysisk aktivitet og depresjon og jeg mener de har god relevans for oppgaven. Forskningsartiklene jeg har funnet er på engelsk og en svakhet som kan oppstå her er at man kan feiltolke innholdet på grunn av språket. All forskning jeg har brukt er innenfor de ti siste årene, noe jeg ser på som positivt. Dette er et fagområde som hele tiden er i stadig utvikling, og kunnskap kan fort bli utdatert. For at jeg skal svare best mulig på min problemstilling har det vært viktig for meg at finne forskningsartikler som jeg kan bruke videre i drøftingsdelen. De fleste forskningsartiklene er også bygd opp etter IMRaD-strukturen som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Det gjør det enkelt å finne hva som er hovedfunnene i artikkelen (Dalland & Tygstad, 2012, s. 79-80). Jeg har brukt sjekklister som hjelpemiddel for å se om innholdet i forskningsartiklene er troverdig og det kommer fram hvordan analysen er gjennomført og hva som er hovedfunnene (Folkehelseinstituttet, 2014). I tillegg til forskningsartikler har jeg brukt litteratur fra relevante bøker.

## 3 Teori

I teorien vil jeg presentere relevant fakta som gir god bakgrunn for min problemstilling. Jeg har valgt å skrive om depresjon, Joyce Travelbee, fysisk aktivitet og motivasjon. Jeg har valgt Travelbee som sykepleieteoretiker fordi hun legger vekt på samhandlingen mellom pasient og pleier, noe jeg mener er viktig i motivasjonsarbeidet.

### 3.1 Depresjon

Et av de største folkehelseproblemene vi har er depresjon. Verdensbanken og verdens helseorganisasjon regner med at depresjon på verdensbasis vil være den nest viktigste årsaken til funksjonssvikt og for tidlig død i år 2019. Til enhver tid vil omtrent 5% av voksne nordmenn være deprimert. Litt over 7% sier at de har opplevd å være deprimert i løpet av det siste året. 18 % vil oppleve depresjon, om vi ser på livsløpet under ett (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2009, s. 84).

Depresjon regnes diagnostisk til gruppen av psykiske sykdommer og betegnes som affektive lidelser, og deles i to hovedgrupper. De deles inn i de unipolare affektive lidelsene som omfatter de som bare har depresjonsepisoder, og de bipolare affektive lidelsene hvor man kan se både depresjonsepisoder og hypomane/maniske episoder (Kjellmann, Martinsen, Taube, & Andersson, 2015, s. 276).

Selve ordet depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking. Begrepet kan stå for et syndrom, en sinnsstemning eller en egen gruppe sykdommer (Hummelvoll, 2014, s. 193). Depresjon kjennetegnes av senket sinnsstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledefølelse. Det er ikke noe skarp grense mellom normal tristhet, sorg og depresjon. Diagnosen stille når symptomene blir så mange, så intense eller så langvarige, eller når funksjonssvikten blir så uttalt at det er naturlig å tilby behandling (Aarre, et al., 2009, s. 80). Depresjonens mest fremtredende symptomer er lav selvaktelse, tristhet og pessimisme, i tillegg så kommer kraftløsheten – med nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre daglige gjøremål (Hummelvoll, 2014, s. 198).

Vi kan skille mellom mild, moderat og dyp depresjon. Ved mild depresjon er realitetsorienteringen intakt, personen vil oppleve tristhet, men det senkende stemningsleiet påvirker i forhold til seg selv eller andres motiver. Personen vil mest sannsynlig trekke seg tilbake fra andre mennesker og fra sosiale aktiviteter, og kan bli ekstra følsom for ekte eller antatte avisninger fra andre. Ved moderat depresjon er det en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Dette kan skje ved at egen følelse av utilstrekkelighet projiseres over på andre, som fører til at personen tror at andre misliker han eller har en negativ oppfatning av han. Depresjonsfølelsen er framtredende og evnen til å føle glede er svekket. Så har vi alvorlig depresjon der realitetstesting er så svekket at vrangforestillinger forekommer. Vurderingsevnen er meget dårlig fordi personen ikke bryr seg om konsekvensene av sin atferd. På grunn av stor avstand mellom personen sin oppfatning av hvordan man burde være og slik



vedkommende faktisk opplever seg selv, overveldes han av følelser som skyld og verdiløshet. Deretter vil personen føle seg ulykkelig, fortvilet og ubrukelig, håpløs og hjelpeløs (Hummelvoll, 2014, s. 199-200).

Depresjon kan også forbindes med helseskadelige vaner, rusmiddelbruk og røyking er vanlig blant deprimerte og bidrar til å undergrave den psykiske helsen ytterligere. Selv et moderat alkoholforbruk er uheldig for forløpet av depresjon (Aarre, et al., 2009, s. 85). Depresjon kan føre til mye lidelse for den som rammes og for de nærmeste. Depresjon fører til nedsatt funksjonsnivå både sosialt og i arbeidslivet. Depresjon er en dominerende diagnose når det gjelder sykemeldinger og utbetaling av sykepenger for psykisk sykdom, og det er den vanligste årsaken til fullbyrdet selvmord (Hummelvoll, 2014, s. 277).

### 3.2 Joyce Travelbee sin teori om sykepleie

Joyce Travelbee er født i New Orleans i USA i 1926 og hun jobbet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. I Travelbee sin teori er det fokus på ethvert menneske som en unik person. Som person tar mennesket del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer. Sentralt i sykepleiesammenheng er opplevelsen av tap og lidelse, som er en fellesmenneskelig erfaring som uunngåelig følger av den menneskelig eksistens. Lidelse er en del av livet. Selv om dette er en fellesmenneskelig erfaring, så vil den enkeltes opplevelse av lidelsen være personlig. Lidelse og sykdom gir derfor mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling. Travelbee sier også at i sykepleiesammenheng er den subjektive opplevelsen av helse sentral. Forstått subjektivt vil mennesket være så sykt eller friskt som det føler seg, og for mange vil opplevelsen av god helse være forbundet med dagligdagse aktiviteter. Man ser på god helse som ensbetydende med det å være i stand til å gå på jobb (Kristoffersen, 2012, s. 216).

Travelbees sin sykepleiedefinisjon er allment akseptert og velkjent og bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut ifra dette består sykepleie i å hjelpe den lidende og syke til å finne mening i den situasjonen man gjennomlever. Det skjer gjennom etableringen av et menneske til menneske forhold, som er et veldig sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning. Travelbee sier at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etablering av et virkelig menneske til menneske forhold. Det er viktig at pasienten og sykepleieren overvinner det stadiet der de betrakter hverandre som roller, som ikke noe annet enn pasient og sykepleier, og at de beveger seg inn i et nytt stadium der de for alvor ser hverandre, og at de der forholder seg til hverandre som unike individer. For at vi skal klare å hjelpe den deprimerte pasienten, er det viktig at vi klarer å etablere en god relasjon til pasienten. Travelbee

mener at menneske til menneske forhold etableres gjennom en interaksjonsprosess som har fem faser:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene til sykepleieren for å etablere et virkelig menneske til menneske forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren godt kjent med pasienten som person. I denne prosessen kan det være utfordrende å finne fram til det som skiller denne pasienten fra tidligere pasienter. Sykepleieren må være i stand til å skille mellom pasientens behov og sine egne, og ikke overføre sine egne behov på pasienten. Det å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er meget viktig for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med hans behov. Når vi møter den deprimerte pasienten er det viktig at vi blir godt kjent og kartlegger hvordan vi på best mulig måte kan bidra til fysisk aktivitet. (Kristoffersen, 2012, s. 216-222).

### 3.3 Fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet mener vi all kroppsbevegelse som følger av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk. Menneskekroppen er skapt for bevegelse og fysisk aktivitet gjør godt for kropp og sjel. De fleste organer og vev i kroppen vår påvirkes av fysisk aktivitet og tilpasser seg regelmessig trening. Fysisk aktivitet kan utføres med ulik intensitet, jo høyere den er desto større blir den umiddelbare virkningen på forskjellige kroppsfunksjoner. Ved fysisk aktivitet øker pulsen og hjertets minuttvolum, pusten går mye raskere, blodtrykket øker, kroppstemperaturen stiger, hjertets og musklens gjennomblødning øker, det dannes mer melkesyre og utskillelsen av hormoner som adrenalin, veksthormon og kortisol øker (Helsedirektoratet, 2015, s. 8).

Regelmessig trening og fysisk aktivitet kan forebygge sykdom, og til og med kurere en rekke sykdommer. Et stillesittende liv fører til økt sykdomsrisiko, i tidligere generasjoner fikk de fysisk aktivitet «gratis» gjennom hverdagens krav, ofte mer enn nødvendig. Det er først i senere år at fysisk aktivitet er blitt mangelvare, med mangelsykdommer som for eksempel overvekt og diabetes som resultat (Helsedirektoratet, 2015, s. 5). Helsemyndighetene anbefaler minst 30 minutter aktivitet hver dag, med en intensitet tilsvarende en rask spasertur. Den største helsegevinsten får du ved et slikt aktivitetsnivå. En norsk undersøkelse viste at mindre enn 20% av befolkningen følger helsemyndighetenes anbefalinger. Flertallet av de med psykiske lidelser hører til den inaktive delen

av befolkningen. I psykisk helsearbeid vil målet med fysisk aktivitet være å oppnå bedre helse og økt livskvalitet. Med regelmessig fysisk aktivitet blir mange sterkere og gladere. De tåler mer og blir mer fornøyd med seg selv (Moe & Martinsen, 2011, s. 76-77).

Fysisk aktivitet viser seg å ha positiv effekt ved depresjon både for å hindre depresjonsepisoder og for å behandle dem, så vel akutt som på lengre sikt. Det er en fordel at den fysiske treningen skjer samtidig med vanlig behandling med medisiner og samtale. Selv om mange studier har metodiske begrensninger og det fremdeles er få langtidsstudier, har fysisk trening ved moderat og lett depresjon klart vitenskapelig støtte som behandling av depressive episoder og for å minske risikoen for tilbakefall. Andre helseeffekter av fysisk aktivitet er også viktige, fordi depresjon ofte forekommer hos personer som også har somatiske sykdommer. Fysisk aktivitet gir en stor gevinst både for den enkelte og for samfunnet (Kjellmann, et al., 2015, s. 275).

God fysisk helse er gunstig for sinnets helse, og regelmessig fysisk aktivitet medfører økt velvære og bedret selvfølelse, mer energi og mindre tretthet, samt et bedre forhold til egen kropp. Ved å gjennomføre fysisk aktivitet regelmessig reduserer det faren for å utvikle depresjon og for mennesker med psykiske lidelser kan fysisk aktivitet være en virksom behandlingsmetode (Moe & Martinsen, Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, 2011, s. 77).

### 3.3 Motivasjon

For en med depresjon kan det være tungt å komme i gang med fysisk aktivitet, manglende fokus på fysisk aktivitet, manglende tilbud om aktivitet og mangel på motivasjon hos den deprimerte kan være en årsak til dette. Fysisk aktivitet har tradisjonelt sett hatt liten plass i psykisk helsearbeid. Lite motivasjon er en utfordring forbundet med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Mange som sliter psykisk er utladet og trette. Det kan føre til at gleden og interessen for å delta i fysisk aktivitet er begrenset (Moe & Martinsen, 2011, s. 79-81).

Vi kan skille mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon kontrolleres av forhold utenfor personen, i form av ulike belønningsmetoder. Kilden til den ytre motivasjonen ligger i konsekvensen av aktiviteten istedenfor selve aktiviteten som utføres. Den indre motivasjonen er basert på belønning, som interesse, tilfredshet og glede knyttet til aktiviteten som utføres. Egne positive opplevelser, forventninger, erfaringer og kunnskaper blir styrende. Den indre motivasjonen øker sannsynligheten for at personen fortsetter med fysisk aktivitet på egen hånd fordi den er mer stabil og varig. Motivasjonen påvirkes også av individets oppfatning av vanskelighetsgrad, interesser, egne ferdigheter og behovet for å lykkes. Mange personer responderer på gode relasjoner, og det sosiale elementet har stor betydning. Deltagelse i aktivitetsgrupper kan for noen personer bidra til psykisk og fysisk oppladning, felleskap og dannelse av varige sosiale nettverk. God gjennomføring,

planlegging og oppfølging øker forutsigbarheten og motivasjonen for fysisk aktivitet. Deltakelse bør fremheves framfor prestasjon, og følelse av medbestemmelse og medansvar må stå sentralt. Det er viktig at aktivitetene oppleves som meningsfulle. Fremgang og utbytte bør synliggjøres og markeres i riktige settinger og i passe doser og ev. progresjon bør legges opp i samarbeid mellom deltaker og leder (Moe & Martinsen, Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, 2011, s. 81).

Det er viktig at det ikke stilles for store krav til den depressive, da den fysiske aktiviteten kan bli u håndterlig for personen. Det er motiverende at sykepleiere er med og deltar i en aktivitet sammen med personen og at sykepleieren på en naturlig måte gir ros når personen utfører fysisk aktivitet. Det å gjennomføre fysisk aktivitet og få naturlig ros er med på å styrke den depressives selvtillit (Kragerup, 2011, s. 173).

## 4 Presentasjon av funn

Her blir funnene og resultater i forskningsartiklene presentert. Artiklene er presentert under noen områder som utmerker seg. De tre første studiene kommer under overskriften trening som behandling for depresjon, videre viser en studie at det er utilstrekkelig behandling av personer med depresjon. Deretter en studie om lite deltakelse i strukturert trening.

### **Trening som behandling for depresjon**

I funnene til Cooney et al. (2013) kommer det frem at det er rimelig å anbefale trening til personer med depressive symptomer og til de som oppfyller diagnostiske kriterier for depresjon. Det er usikkert hvilken type trening og intensitet som kan være effektivt, og den optimale varigheten og frekvensen av et treningsprogram. Det er lite data på eventuelle fordeler etter at treningen har stoppet. Bevis antyder også at trening kan være like effektivt som psykologisk eller farmakologisk behandling, men antall forsøk som rapporterer disse sammenligningene og antall deltakerne randomiserte, var begge små (Cooney, et al., 2013).

To nye meta-analyser bekrefter at trening er en effektiv behandling for depresjon i studien til Knapen et al. (2014). Ved mild og moderate depresjoner kan effekten av trening være sammenlignbar med antidepressiv medisinering og psykoterapi. For alvorlig depresjon ser trening ut til å være en verdifull komplementær terapi til de tradisjonelle behandlingene. Motivasjonsstrategier bør inkorporeres i øvelsesintervensjoner for å forbedre både pasientens motivasjon og deres langsiktige overholdelse til trening, idet man tar hensyn til emosjonelle, kognitive og fysiologiske komponenter av depresjon (Knapen, et al., 2014).

Resultatet i studien til Esposito & Fitzpatrick (2011) viste positive sammenhenger mellom treningsfordeler, fysisk aktivitet og anbefaling av trening til pasienter. Sykepleiere som tror på

helsefremmende og sunn atferd er mer sannsynlig å være positive rollemodeller og lære sunn atferd til pasienter. Det kommer også fram at gjennom strukturerte klasser og tjenester, helsemesser og motivasjonsskilt er med å påvirke sykepleiers oppfatning av fordelene med trening, som har direkte innvirkning på sykepleierens pasientundervisning i trening og kan være viktige påvirkninger i sykepleierens anbefalinger av trening (Esposito & Fitzpatrick, 2011).

### **Utilstrekkelig behandling av personer med depresjon**

Studien til Martinsen (2009) viser at angst og depressive lidelser er store folkehelseproblemer, og kostnadene for både individet og samfunnet er store. Dessverre mottar mange deprimerte og engstelige individer enten utilstrekkelig behandling eller ingen. Det er derfor av størst betydning å hjelpe folk å ta aktivt ansvar for sin egen helse. For å oppnå best mulig mental helse gevinst, må man vedta en vane med regelmessig trening, og treningens potensiale kan forbedres når treningen er integrert med kognitiv atferdsteori (Martinsen, 2009).

### **Liten deltakelse i strukturert trening**

Studien til Bonsaksen et al. (2011) viser at det var lav deltakelse i et strukturert treningsprogram under innleggelse blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Det var lavere deltakelse blant de yngre pasientene noe som kan gi grunn til å revurdere innholdet i aktivitetene. Implementere andre former og et større mangfold av aktiviteter i aktiviteten. Programmet kan føre til høyere deltakelse blant yngre pasienter (Bonsaksen, et al., 2011).

## **5 Drøfting**

I denne delen vil jeg bruke forskning, teori og egne erfaringer for å drøfte problemstillingen min: Hvordan kan sykepleier bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon?

### **5.1 Å etablere en terapeutisk relasjon**

Jeg er en person som elsker å drive med fysisk aktivitet og det har er en stor del av livet mitt. For meg er det helt naturlig å snakke med pasientene om dette da jeg har mye kunnskap og erfaring. Og jeg tror det vises for pasienten at jeg brenner for dette, noe som gjør det lettere for de å ha troen på meg. Jeg er alltid med på aktiviteten (såfremt det er mulighet for det), som er en gylden mulighet til å bruke seg selv terapeutisk.

I følge Travelbee er det å bruke seg selv terapeutisk det som kjennetegner en profesjonell sykepleier. Det innebærer at en bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten. Hensikten med dette er å fremme en ønsket forandring hos pasienten (Kristoffersen, 2012, s. 222). Det viser seg at sykepleiere som er opptatt av pasientens

behov og et aktivt behandlingsmiljø, bidrar til å motivere pasienter til aktivitet, mens en passiv behandlingskultur kan forsterke manglende motivasjon for fysisk aktivitet. En energisk og motivert sykepleier som tilbyr aktiviteter med fokus på mestring og læring, og selv er med på aktivitetene, vil lettere oppnå motiverte pasienter. Sykepleier som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet, bør ha positive holdninger, faglig kunnskap om fysisk aktivitet og de bør beherske ulike motivasjonsstrategier (Moe & Martinsen, Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, 2011, s. 87).

På grunn av at pasienter med depresjon ofte sliter med håpløshet og liten tro på seg selv, er det viktig å etablere en sterk terapeutisk relasjon til pasienten. Det anbefales at det startes med å løse de problemene som er mest pressende for pasienten. Framgang på disse feltene vil motivere begge parter for videre samarbeid. Det er viktig at vi setter av god tid til grundig diskusjon om målene for innsatsen. Individuell plan er et nyttig verktøy. Pårørende kan også trekkes inn i behandling så fremt pasienten samtykker til det. Pårørende kan ha verdifull informasjon, men kan også trenge støtte og praktisk hjelp (Aarre, et al., 2009, s. 85). I studien til Esposito & Fitzpatrick (2011) kommer det frem at sykepleier som tror på helsefremmende og sunn atferd har større sannsynlighet for å være positive rollemodeller og lære sunn atferd til pasienter. Det at sykepleieren tror på fordelene ved fysisk aktivitet og anbefaling av regelmessig fysisk aktivitet til pasienter har en klar sammenheng (Esposito & Fitzpatrick, 2011).

For helsepersonell som har kunnskap og innsikt i samspillet mellom kropp og sjel blir det avgjørende å snakke om hvor viktig det er å røre seg og at pasienter må få informasjon om og mulighet til å oppleve hvor godt det er for kropp og sjel å bevege seg. Den pedagogiske tilretteleggingen er viktig. Målet er at pasienten skal oppleve glede, motivasjon, trygghet, mestring og oppbygging av et positivt selvbilde. Vi er nødt til å se hele menneskets ressurser og tilrettelegge for et helhetsperspektiv, hvor både sjel, ånd og kropp blir ivaretatt i det psykiske helsearbeidet (Moe & Martinsen, 2011, s. 78).

## 5.2 Hvordan motivere pasienter til fysisk aktivitet

Man må bli kjent med pasienten for å kunne identifisere hans særegne behov, det er meget viktig for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov. Dette understrekes av Travelbee som påpeker at kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er et av de viktigste hjelpemidlene sykepleier har for å skape et menneske til menneske forhold mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må være observant på hva som er pasientens ønsker og skille det fra sine egne og ikke overføre våre egne behov til pasienten. Det å bruke detaljerte kommunikasjonsferdigheter og teknikker kan være verdifullt når en vil oppnå bestemte hensikter eller resultater (Kristoffersen, 2012, s. 216-222).

De fleste med depresjon trenger hjelp og oppfølging for å komme i gang med fysisk aktivitet. Moe (2018) sier at støtte over tid kan bidra til positive endringer. Ved at noen ser og stimulerer deres ressurser over tid, kan pasienter med depresjon oppleve å få en indre kraft til å være fysisk aktive. Og når de er kommet dit, er aktiviteten blitt selvforsterkende, og ytre påvirkninger er ikke lenger like nødvendig. Helsepersonalets lojalitet og oppfølging av pasientens mål som er nedfelt i den individuelle planen, er viktig i motivasjonsarbeidet. De beste forutsetningene for å oppnå motiverte pasienter er at vi som helsepersonell har en felles holdning basert på pasientens funksjonsnivå og autonomi (Moe, 2018, s. 155-156).

Trening med høy intensitet er slitsomt og gir rask bedring i den fysiske formen, men det er mange pasienter som ikke ønsker dette. Det viser seg at det er sosiale gruppebaserte opplegg som ofte gir størst deltagelse over tid. Spesielt for mennesker som er umotiverte, er det viktig at vi legger til rette for gode opplevelser og glede, spesielt de første treningsøktene. Det øker sannsynligheten for at pasienten vil fortsette med treningen hvis den første opplevelsen er god (Moe, 2018, s. 166).

Det å velge en fornuftig motivasjonsstrategi er viktig. Dette kan innebære å tenke kreativt, nytt og bryte fordommer. Et nyttig hjelpemiddel vi kan bruke da er motiverende samtale også kalt motiverende intervju (MI). Hensikten med motivasjons samtale er å kartlegge hva den enkelte vil og kan ha glede av, samt krefter og ressurser, som pasienten ikke alltid er klar over selv. Kontakt med venner og pårørende, samt observasjoner i forskjellige situasjoner, kan også gi nyttig informasjon. For en med depresjon kan det være tungt å komme i gang med fysisk aktivitet og kanskje har pasienten aldri drevet noe særlig med fysisk aktivitet før heller. Det å komme i gang med fysisk aktivitet for en inaktiv person handler om å få til en endringsprosess. Ved viktige livshendelser er mottageligheten for endring størst. Når en pasient er innlagt på psykiatrisk avdeling med depresjon, kan dette være en tilstand hvor muligheten for å skape endring er til stede. Ved å bruke motivasjonssamtale kan vi åpne for en bevisstgjøring og avdekke en eventuell ambivalens; noen pasienter både vil og ikke vil (Moe & Martinsen, 2011, s. 81-82).

Jeg har selv erfart at det lettere å få med pasienten på fysisk aktivitet hvis pasienten selv får være med å bestemme. I følge Moe (2018) innebærer indre motivasjon full selvbestemmelse. Det er med på å ivareta pasientens autonomi og det øker sjansene for at pasienten opplever aktiviteten som morsomt og meningsfullt. Og sjansene for at pasienten får en varig videreføring av fysisk aktivitet er stor. Indre motivasjon regnes som det optimale for fysisk aktivitet, og det er assosiert med mer velvære, stabil deltagelse og mindre stress. Mange deprimerte sliter med den indre motivasjonen og da kan det ofte være nødvendig å bruke ytre motivasjon slik at vi på en lengre sikt kan oppnå en tilnærmet indre motivasjon. Vi er opptatt av hvordan vi skal motivere en pasient til å drive med

regelmessig fysisk aktivitet, men ifølge selvbestemmelses teorien er det mer riktig å spørre hvordan vi kan hjelpe pasienten til å motivere seg selv (Moe, 2018, s. 158-159)

At forskjellige motivasjonsstrategier er viktig støttes også i studien til Knapen et al. (2014). Motivasjonsstrategier bør inkluderes i treningsintervensjoner for å forbedre både pasientens motivasjon og deres langsiktige overholdelse av trening. Studien sier også at strategiene kan være basert på prinsippene om motiverende intervju. Og at empati, validering, ros og oppmuntring er nødvendig i alle faser, men spesielt når pasienter sliter med ambivalens og tviler på deres evne til å oppnå endring (Knapen, et al., 2014).

Jeg tror for mange deprimerte som ikke har drevet noe særlig med fysisk aktivitet kan det være tungt å komme i gang og vi muligens i start fasen må spille mer på den ytre motivasjonen, slik at pasienten over tid oppnår den gleden og ønske av og ville trene (indre motivasjon), men at vi aldri tvinger noen til fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet bør bli en vane, vi mennesker er jo vanedyr, og alt som blir en vane for oss er lettere å opprettholde. Dette vil nok ta tid og varierer fra person til person, jeg mener derfor det er viktig at vi alltid ser hver pasient som forskjellige mennesker og at det aldri er noe fasit for hvordan vi går fram.

### 5.3 Fysisk aktivitet som del av behandling

I studien (Cooney, et al., 2013) kommer det fram at det er rimelig å anbefale trening for personer med depressive symptomer og til de som oppfyller diagnostiske kriterier for depresjon. Men at trening bare kan ha en moderat effekt på depresjon, på grunn av risikoen for skjevhet i mange av forsøkene, kan effekten bare være liten. Det er også usikkert hvilken type trening og intensitet som gir best effekt og hva som er den optimale varigheten (Cooney, et al., 2013). Martinsen (2018) sier at i en undersøkelse gjort av Doyne og medarbeidere, hvor de undersøkte amerikanske kvinner med alvorlig depresjon og delte de inn i tre grupper. En gruppe skulle gjennomføre joggetrening en annen styrketrening en time tre ganger i uken og ble sammenlignet med en kontrollgruppe. Der viste det seg at både vekttrening og joggetrening hadde samme gunstige effekt, og begge treningsformer var signifikant bedre enn kontrollgruppen, som ikke fikk behandling (Martinsen, 2018, s. 69). Kjellmann, et al. Sier at fysisk aktivitet har en positiv effekt ved depresjon både for behandling av depresjonsepisoder og hindre dem, så vel som akutte og på lengre sikt. Og at det er en fordel at den fysiske treningen skjer parallelt med vanlig behandling med medikamenter og samtale (Kjellmann, et al., 2015, s. 275).

Helsepersonell som er energisk og motivert som selv deltar på aktiviteter, skaper trygghet. Pasientene vil føle seg anerkjent og sett, og aktiviteten vil føles som en del av behandlingen. Sykepleier som tør å vise hva de står for og har realistiske forventninger, er med på å bidra til økt



samarbeid, tillit og gode relasjoner mellom pasient og sykepleier. Helsepersonellets holdninger påvirker og stimulerer pasienter. Motivasjon er smittende og praktiseres best av dem som selv er motivert. Erfaring, kunnskap, tro, vilje og engasjement er viktige forhold som vil påvirke motivasjonsklima både blant helsepersonell og pasienter (Moe, 2018, s. 157).

I studien til Martinsen (2009) kommer det også fram at det er dessverre mange deprimerte som mottar utilstrekkelig eller ingen behandling og at kapasiteten til behandling mangler behov. Det er derfor i stor betydning å hjelpe folk å ta aktivt ansvar for sin egen helse. Vesentlig mental helse gevinst kan oppnås ved å vedta en vane med regelmessig trening, og treningens potensiale kan forbedres når trening er integrert med kognitiv atferdsteori (Martinsen, 2009). Tidligere var det flere bivirkninger med antidepressiva som kunne vanskeliggjøre fysisk trening på grunn av bivirkningene, særlig i form av økt hjertefrekvens, munntørrhet, svettetokter og tendens til blodtrykksfall. Men nå har det kommet mer moderne antidepressiva som har færre bivirkninger og ser ikke ut til å påvirke fysisk aktivitet i nevneverdig grad. Dette gjør det lettere å inkludere fysisk aktivitet som en del av behandlingen (Kjellmann, et al., 2015, s. 282). Studien til Knapen, et al. (2014) bekrefter også at for alvorlig depresjon ser trening ut til å være en verdifull komplementær terapi til de tradisjonelle behandlingene (Knapen, et al., 2014).

Jeg har selv erfart at når pasienter for eksempel kommer seg ut på tur blir de ofte i bedre humør. Det blir lettere for pasienten å flytte fokuset fra deres diagnoser eller smerter til det å gå på tur. Jeg opplever også at pasienten «åpner seg» mer når de kommer seg ut på tur, det blir på en måte en mer naturlig samtale med pasienten hvor vi ikke trenger å sitte rett framfor hverandre. Dette er også med på å skape gode relasjoner til pasienten, som gjør det lettere å motivere pasienten videre.

Jeg har jobbet og hatt praksis forskjellige plasser i psykiatrien, og det er meget forskjellig hvor mye fysisk aktivitet er en del av behandling på de forskjellige stedene. For at vi skal lykkes med å implementere fysisk aktivitet som en del av behandling må ledelsen se på fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Det er som regel miljøpersonalet som har ansvar for tilretteleggingen, men de er avhengig av støtte fra resten av personalgruppa. Det er viktig at fysisk aktivitet må anerkjennes som behandling, ikke fritidssyssele. Den beste måten vi kan anerkjenne dette på er å sette av tid til fysisk aktivitet på dagsplanen. Gjerne mellom klokken 8 og 16 da dette er tiden på dagen som har høyest status, og viser institusjonen at fysisk trening er en viktig del av behandlingen (Moe, 2018, s. 165-166).

## 5.4 utfordringer knytt til fysisk aktivitet

Depresjonssykdommen påvirker hele mennesket og ikke bare humøret. Søvn forstyrres og evnen til å glede og interessere seg for ting reduseres. Mange sliter med å sovne om kvelden og mange våkner tidlig om morgenen uten å klare å sovne igjen. Matlysten blir også dårligere, og de fleste går ned i vekt, men noen kan få økt matlyst og vektøkning. Mangel på energi og tretthet er vanlig. Det blir vanskelig å konsentrere seg om oppgaver, krevende å ta beslutninger, og tankene om seg selv, omgivelsene og fremtiden blir negative (Martinsen, 2018, s. 59). Alt dette er med på å gjøre det utfordrende for pasienten å delta i fysisk aktivitet. I studien til Bonsaksen et al. (2011) var det de eldre voksne som var de mest stabile deltakerne i aktivitetsprogrammet, mens de yngre pasientene i større grad falt inn og ut av programmet i løpet av sin tid i behandlingen. Studien sier det muligens er på grunn av valg av aktiviteter. Deres program la vekt på relativt enkle aktiviteter, som å vandre i nærliggende skogsområder, noe som kan oppfattes som gammeldags og derfor lite attraktivt for yngre pasienter. De yngre pasienten ytret ønske om å gjøre aktiviteter som ballspill oftere (Bonsaksen, et al., 2011).

Johannessen (2018) sier at det er viktig at deltagerne opplever glede under treningen. Det skal gjøre godt å være i aktivitet. Derfor er det viktig at vi tilpasser den enkeltes fysiske yteevne og finner aktiviteter der man kan yte etter evne og samtidig presse seg litt. Trening burde være allsidig, og vi bør tilstrebe aktivisering av hele kroppen. I tillegg bør aktiviteten være sosialt og psykisk stimulerende. Gruppeaktiviteter og lek er gode arbeidsformer, og forskjellige typer ballspill er ofte velegnet (Johannessen, 2018). Det er derfor viktig at vi setter oss ned med pasienten og finner en eller flere aktiviteter som pasienten liker og kan tenke seg å gjøre over tid. Det er med på å engasjere pasienten og det er større sannsynlighet for at pasienten vil gjennomføre aktivitetene (Moe & Martinsen, 2011, s. 80).

Jeg har selv erfart i jobb og praksis at det kan være vanskelig å finne aktiviteter som passer for alle. Noen har lyst til å alltid spille fotball mens noen har lyst til å spille volleyball, så hvordan løser vi dette for å få alle til delta? Jeg selv har erfart at det er positivt å la pasientene være med å bestemme hvilke aktiviteter vi skal ha, gjerne på forhånd slik at de er forberedt på hva vi skal gjøre i dag. Det er som regel alltid forskjellig ønsker om aktiviteter, og da har vi brukt å dele opp aktiviteten i to. Slik at den første halvtimen har vi spilt fotball og den andre halvtimen til volleyball for eksempel. Noe som synes å fungere for de fleste pasientene. Vi som helsepersonell bruker også å være med på aktiviteten, noe jeg ser pasientene setter pris på. Det er også en gylden mulighet til å skape gode relasjoner. Martinsen og Moe (2011) sier også at sosiale opplegg basert på varierte gruppeaktiviteter gir bedre helseeffekt enn individuelle tilbud (Moe, 2018, s. 166). Travelbee sier at sykepleierens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske til menneske forhold og at

etterhvert som interaksjonene mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, vil både pasienten og sykepleierens identitet tre fram og bli oppfattet av den andre, og de utvikler et kontaktforhold (Kristoffersen, 2012, s. 219-220).

## 6 Konklusjon

Målet med oppgaven min var å se på hvordan sykepleier kan bidra med fysisk aktivitet til deprimerte pasienter på en psykiatrisk avdeling. Jeg ville også finne ut om fysisk aktivitet hadde noe effekt på deprimerte pasienter i behandling. Det kom klart fram at fysisk aktivitet har en rekke fordeler, og at fysisk aktivitet kan være et viktig verktøy i behandlingsprosessen til deprimerte pasienter. Fysisk aktivitet sammen med annen behandling har god effekt. Hvor god effekt fysisk aktivitet har avhenger av flere faktorer. Noe usikkert hvilken type trening og intensitet som gir best effekt og hva som er den optimale varigheten, men det som er viktig er at aktiviteten er tilpasset den enkeltes fysiske yteevne og at deltagerne opplever glede under aktiviteten. Graden av depresjon har også noe å si.

Funnene fra artiklene viser at effekten av fysisk aktivitet kan være sammenlignbar med antidepressiv medisiner til de med milde og moderate depresjoner. For mer alvorlig grad av depresjon så er man gjerne avhengig av andre behandlingsformer, men fysisk aktivitet kan likevel fungere som et supplement til behandlingen. Videre viser det seg at det kan være vanskelig å motivere deprimerte pasienter til fysisk aktivitet på grunn av at de har en del utfordringer. Men det kommer fram gode tiltak for å påvirke pasienten motivasjon. Kommunikasjon, motiverende samtaler, empati, ros, oppmuntring er noe av tiltakene som kommer fram i studiene. I en studie kommer det også fram at sykepleiere som tror på effekten av fysisk aktivitet og selv har en aktiv livsstil, har en større sjans til å påvirke pasienter til en bedre livsstil og være positive rollemodeller. Videre kommer det fram at gjennom kunnskap hos sykepleieren har direkte innvirkning på sykepleierens pasientundervisning i trening og kan være viktige påvirkninger i sykepleierens anbefalinger av trening.

Avslutningsvis vil jeg si at gjennom denne oppgaven har jeg funnet ut at pasienter med depresjon har gode effekter av å inkludere fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Ved å være aktiv forebygger man også depresjon og faren for tilbakefall blir mindre. Fysisk aktivitet kan være viktig fordi pasientene har mulighet til å behandle seg selv til å være aktiv og dermed selv bidra til at de får en bedre helse.

## Bibliografi

- Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2009). Stemningslidelser. I T. F. Aarre, P. Bugge, & S. I. Juklestad, *Psykisatri for helsefag* (ss. 79-108). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bonsaksen, T., Kelvin, F., & Hector, T. (2011, Februar). Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study...including commentary by Fung KMT and Tsang HWH. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*.  
doi:10.12968/ijtr.2011.18.2.91
- Cooney, G. M., Dwan, K., Carolyn, G., Lawlor, D., Rimer, J., Waugh, F., . . . Mead, G. (2013, September 12). Exercise for depression. *Cochrane library*, s. 157. doi:10.1002/14651858.CD004366.pub6
- Dalland, O. (2012). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 111-124). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 63-82). Oslo: Gyldendal.
- Esposito, E. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011, juli 22). *Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise*. doi:https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1440-172X.2011.01951.x
- Folkehelseinstituttet. (2014, 10 04). Hentet fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler:  
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om depresjon*. Hentet fra FHI:  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/depresjon---faktaark/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Fysisk aktivitet*. Hentet fra Folkehelseinstituttet:  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2014). Depresjon og sorg. I j. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkvis og delt* (s. 630). Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, B. (2018). Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (ss. 172-185). Bergen: Fagbokforlaget.

- Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2015). Depresjon. I Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken* (ss. 275-284). Bergen: Fagbokforlaget.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2014, October 24). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Taylor & francis online*. doi:10.3109/09638288.2014.972579
- Kragerup, J. (2011). Sygepleie til den depressive sindslidende. I J. Kragerup, & H. Sletterød, *Psykiatrisk sygepleie: lærebog for sygepleiestuderende* (ss. 163-180). København: Munksgaard danmark.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnlegende sykepleie: bind 1* (ss. 207-280). Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, E. W. (2009, juli 12). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Taylor & and francis online*. doi:10.1080/08039480802315640
- Martinsen, E. W. (2018). Depresjon. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (ss. 58-80). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (ss. 155-171). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T., & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen, & M. Toril, *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (ss. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1: søk etter artikler

«*Exercise for depression*»

Søkt i databasen Cochrane library, 26.10.2018

Søkeord	avgrensninger	Resultat	Valg av artikkelnummer:
Depression		593	7

### Artikkel 2

«*Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression*»

Søkt i databasen Academic search elite, 26.10.2018

Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valg av artikkelnummer:
Physical activity		79182	
Physical activity AND Depression AND treatment	Last 10 years	1080	
Physical activity AND depression AND treatment AND prevention	Last 10 years	204	18


### Artikkel 3

«Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study...including commentary by Fung KMT and Tsang HWH»

Søkt i databasen CINAHL, 26.10.2018

Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valg av artikkelnummer:
Activity AND Participation AND patient		1867	
Activity AND participation AND patient AND depression	Last 10 years	131	12

### Artikkel 4

*Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression»*

Søkt i databasen Academic search elite, 02.11.2018

Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valg av artikkelnummer:
Psychiatric AND motivation AND exercise		157	

Psychiatric AND motivation AND exercise AND depression		47	10

### Artikkel 5

*«Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise»*

Søkt i databasen Pubmed, 02.11.2018

Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valg av artikkelnummer:
Patient AND exercise AND nurses	Last 10 years	835	
Patient AND exercise AND nurses AND benefits	Last 10 years	91	75



## Vedlegg 2: innhold i artikler

<i>Forfatter og tittel</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Metode</i>	<i>begrensninger</i>
<i>Exercise for depression (Cooney, et al., 2013)</i>	Formålet med studien var å bestemme effektiviteten av trening for depresjon.	<i>Meta kognitiv studie, de inkluderte totalt 39 studier med totalt 2326 deltakere</i>	De fleste av forsøkene de inkluderte var små, og mange hadde metodiske svakheter.
Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression (Martinsen, 2009)	Hvordan fysisk aktivitet kan være forebyggende mot depresjon, og hvordan den kan legges frem og eksponeres for pasienten	Tverrsnittstudie	Inkluderer også angst.
Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study...including commentary by Fung KMT and Tsang HWH (Bonsaksen, Kelvin , & Hector, 2011)	<i>Undersøke deltakelsen av pasienter med psykiske lidelser i et treningsprogram.</i>	Kvantitativ studie. 18 innlagte pasienter deltok i studien.	Flere psykiske lidelser i studien. Få deltakere.

<p>Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression (Knapen, Vancampfort, Moriën, &amp; Marchal, 2014)</p>	<p>Undersøke effekten av trening i behandling av depresjon hos voksne sammenlignet med ingen behandling eller komparatorintervensjon</p>	<p>Meta analyse, 39 studier med totalt 2326 deltakere ble gjennomgått.</p>	<p>Oppmøte for treningsbehandlinger varierte fra 50% til 100%</p>
<p>Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise (Esposito &amp; Fitzpatrick, 2011)</p>	<p>Hensikten var å finne ut: Hva som er forholdet mellom sykepleierens oppfatning av fordelene med trening og deres rapporterte trenings atferd. Forholdet mellom sykepleierens oppfatning av fordelene med trening og deres anbefaling om regelmessig trening til pasienter. Forholdet mellom sykepleiers treningsatferd og deres anbefaling om regelmessig trening til pasienter</p>	<p>Kvantitativ studie. En beskrivende studie. 112 sykepleiere fullførte et spørreskjema.</p>	<p>Studien må repliseres i ulike innstillinger og regioner før funnene kan generaliseres.</p>