



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 40

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Hvordan kan sykepleier gjennom motivering til fysisk aktivitet fremme mestring hos pasienter med depresjon?

**Antall ord \*:** 8643

**Engelsk tittel \*:** How can nurses increase the sense of coping in patients with depression through the encouragement of physical activity?

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen** Nei  
**konfidensiell materiale?:**

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier gjennom motivering til fysisk aktivitet fremme mestring hos pasienter med depresjon?

How can nurses increase the sense of coping in patients with depression through the encouragement of physical activity?

**Kandidatnummer: 40**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

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

**Bakgrunn for valg av tema:** Depresjon skaper både en fysisk og psykisk hindring for pasienten, der den fører med seg lav selvtillit, inaktivitet og håpløshet. Forskning viser at fysisk aktivitet er et viktig verktøy i psykisk helsearbeid. Gjennom helsefremmende arbeid kan sykepleieren skape motivasjon og mestring hos den deprimerte pasienten, som vil føre med seg økt livskvalitet og velvære.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier gjennom motivering til fysisk aktivitet fremme mestring hos pasienter med depresjon?

**Metode:** Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor det er blitt anvendt 6 forskningsartikler og faglitteratur for å svare på problemstillingen.

**Konklusjon:** Funnene i denne litteraturstudien viser at fysisk aktivitet er et viktig verktøy for å fremme motivasjon og mestring hos pasienter med depresjon. Totalt sett viser funn at en allianse med pasienten, som baseres på trygghet og støtte, empati og et helhetlig syn på mennesket bak lidelsen, samt å ha kunnskap og forståelse for hva depresjon medfører, er viktige elementer for å skape en god relasjon. Gjennom et godt samarbeid med pasienten, der sykepleieren fremmer fysisk aktivitet som meningsfullt, forståelig og håndterbar, kan det skapes motivasjon og fremme mestring.

## Abstract

**Background:** Depression creates both physical and mental difficulties and limitations for the patient, and results in low self-esteem, inactivity and hopelessness. Research shows that physical activity is an effective intervention in mental health work. Through health promotion, the nurse can promote motivation and coping strategies among the depressed patient, which will lead to increased quality of life and well-being.

**Research question:** How can nurses increase the sense of coping in patients with depression through the encouragement of physical activity?

**Method:** This Bachelor's thesis is a literature study based on six different research articles and professional literature.

**Conclusion:** Research shows that physical activity is an important intervention for promoting motivation and coping in patients with depression. Findings reveal that a working alliance between the patient and nurse, which is based on a safe and supportive environment, empathy and a holistic view of the person, as well as having knowledge and understanding what depression causes, are important elements of creating a good relationship. Through a good working alliance with the patient, where the nurse promotes physical activity as a meaningful, understandable and manageable, it can create motivation and coping.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	1
1.3 PRESISERINGER OG AVGRENSETNINGER I OPPGAVEN .....	1
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>2</b>
2.1 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV .....	2
2.2 DEPRESJON.....	3
2.3 FYSISK AKTIVITET.....	4
2.3.1 Fysisk aktivitet knyttet opp mot depresjon .....	5
2.4 SYKEPLEIER – PASIENT – FELLESKAPET .....	5
2.4.1 Kommunikasjon og relasjon.....	6
2.4.3 Brukermedvirkning.....	6
2.5 MILJØTERAPI .....	6
2.6 HELSEFREMMEDE SYKEPLEIE.....	7
2.6.1 Helse som opplevelse av sammenheng.....	7
2.6.2 Empowerment.....	8
2.6.3 Mestring.....	8
2.7 MOTIVASJON .....	9
2.7.1 Selvbestemmelsesteorien.....	9
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>10</b>
3.1 HVA ER METODE? .....	10
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	10
3.3 LITTERATURSØK .....	11
3.4 KILDEKRITIKK.....	12
3.4.1 Egne kilder .....	13
3.5 ETISKE OVERVEIELSER.....	14
<b>4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER .....</b>	<b>15</b>
4.1 HUTCHISON ET AL. (2016). EFFECTIVENESS OF A STAFF PROMOTED WELLNESS PROGRAM TO IMPROVE HEALTH IN RESIDENTS OF A MENTAL HEALTH LONG-TERM CARE FACILITY. ....	15
4.2 FIRTH ET AL. (2016). MOTIVATING FACTORS AND BARRIERS TOWARDS EXERCISE IN SEVERE MENTAL ILLNESS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. ....	16
4.3 DANIELSSON, KIHLOM & ROSBERG. (2016). CRAWLING OUT OF THE COCOON”: PATIENTS’ EXPERIENCES OF A PHYSICAL THERAPY EXERCISE INTERVENTION IN THE TREATMENT OF MAJOR DEPRESSION .....	17

4.4 STEGINK ET AL. (2015). THE WORKING ALLIANCE BETWEEN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER AND THE NURSE: HELPFUL AND OBSTRUCTIVE ELEMENTS DURING A DEPRESSIVE EPISODE FROM THE PATIENTS' PERSPECTIVE.....	18
<b>5.0 DRØFTINGSDEL .....</b>	<b>19</b>
5.1 FYSISK AKTIVITET SOM ET VERKTØY FOR Å KOMME TILBAKE TIL HVERDAGEN.....	19
5.2 SKAPE EN ALLIANSE MED PASIENTEN: RELASJONENS BETYDNING.....	19
5.2.1 Å møte den deprimerte – bedre selvaktelse og håp.....	20
5.3 Å MOTIVERE FOR Å FREMME MESTRING.....	22
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>25</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE .....</b>	<b>26</b>
<b>VEDLEGG 1.....</b>	<b>30</b>
<b>VEDLEGG 2.....</b>	<b>31</b>

## 1.0 Innledning

Psykiske lidelser er en stor helsemessig utfordring på verdensbasis, der de utgjør 21 prosent av verdens sykdomsbyrde (Dahl & Friestad, 2016, s. 150). I Folkehelseinstituttets rapport om psykisk helse i Norge fra 2018 kommer det frem at 16-22 prosent av den voksne befolkningen i løpet av 12 måneder vil ha en psykisk lidelse. Angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser er de vanligste psykiske lidelsene blant voksne (Reneflot et al., 2018, s. 20). Tall fra 2012 viser at depresjon koster Norge rundt 44 milliarder kroner i tapte arbeidsinntekter og sykefravær hvert år. Å forebygge og behandle psykiske lidelser er med andre ord av stor betydning, både for dem som rammes, men også i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Dahl & Friestad, 2016, s. 150). Fysisk aktivitet har vist seg å være en nyttig metode i psykisk helsearbeid. Målet med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid har i hovedsak vært å oppnå bedre helse og økt livskvalitet (Moe & Martinsen, 2011, s. 76-77). Helse – og omsorgsdepartementet (2013) beskriver fysisk aktivitet «som en kilde til helse og livskvalitet». Regelmessig fysisk aktivitet gir positive helseeffekter fysisk, psykisk samt sosialt. I tillegg reduseres sykdom og dødelighet. Folkehelseinstituttet (2017) viser til at fysisk aktivitet gir flere leveår med god helse, lengre levetid og økt livskvalitet, sammenliknet med inaktivitet.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helt fra jeg startet på bachelorutdanningen i sykepleie har jeg hatt en interesse for psykiatrifeltet. Psykisk helse har vært aktuelt i alle praksisperioder så langt og har bidratt til større interesse. Temaet for denne bacheloroppgaven er således hvordan sykepleieren kan bidra til mestring hos pasienter med depresjon ved hjelp av motivasjon og fysisk aktivitet.

### 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom motivering til fysisk aktivitet fremme mestring hos pasienter med depresjon?

### 1.3 Presiseringer og avgrensinger i oppgaven

Da det allerede eksisterer mye forskning som bekrefter at fysisk aktivitet er en betydningsfull metode i behandlingen av depresjon, vil denne oppgaven hovedsakelig fokusere på hvilken

rolle sykepleieren har. Den vil undersøke hvordan sykepleieren møter den voksne pasienten med depresjon, og hvordan hun ved hjelp av blant annet fysisk aktivitet, motivasjonsarbeid og brukermedvirkning, kan fremme mestring hos pasientgruppen. Oppgaven vil omhandle pasienter mellom 18-65 år med mild, moderat og alvorlig depresjon som er innlagt på døgnbehandling.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet presenteres teori som skal utgjøre et grunnlag for senere drøftinger i kapittel 5. Kapitlet bygger blant annet på Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold, teori fra Egil W. Martinsen og Jan Kåre Hummelvoll, samt andre fagbøker og forskningsartikler.

### 2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee definerer sykepleie som:

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

Travelbee er i sin sykepleieteori opptatt av å se mennesket som et unikt individ, men samtidig ulikt fra alle andre. Gjennom hele livet er mennesket et individ som er i vekst, utvikling og endring. Selve kjernen i sykepleie dreier seg om mennesker: om pasient, sykepleier og familie (Travelbee, 2003, s. 5). Videre ser hun på sykepleie som en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, direkte eller indirekte, handler om mennesker (Travelbee, 2003, s. 53).

Kommunikasjon er i følge Travelbee et av de viktigste redskapene en sykepleier har. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren innlede et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Sykepleieren kan motivere, influere og gi omsorg gjennom sine kommunikasjonsevner. Gode og profesjonelle kommunikasjonsevner kan dermed føre til forandring hos pasienten. Det understrekes at kommunikasjon ikke er et



mål i seg selv, men må betraktes som en prosess som hjelper sykepleieren å nå sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 2003, s. 135-140).

Et menneske-til-menneske forhold i sykepleie baserer seg på at en eller flere opplevelser og erfaringer deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Disse opplevelsene og erfaringene kjennetegnes ved at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Behovene blir ivaretatt av en sykepleier som innehar og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2003, s. 41).

## 2.2 Depresjon

Depresjon blir klassifisert som et av de største folkehelseproblemene vi har (Aarre, 2018, s. 140). World Health Organization (2018) beskriver depresjon som en vanlig sykdom som rammer mer enn 300 millioner mennesker. Berge (2018) skriver at depresjon er noe mellom 6 og 12 prosent av den norske befolkningen vil ha til enhver tid. Selve ordet depresjon kommer opprinnelig fra latin og betyr nedtrykking (Hummelvoll, 2012, s. 193). Aarre (2018, s. 136) definerer det som en tilstand karakterisert med senket sinnsstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledesfølelse. Man skiller mellom 4 ulike typer depresjoner: depressiv forstyrrelse eller episode, dystymi, bipolar lidelse og depresjon. Depressiv forstyrrelse/episode er en lettere grad av depresjon som varer over en kortere tidsperiode under to uker. Dystymi blir definert som et kronisk senket stemningsleie av flere års varighet (Norsk elektronisk legehåndbok, 2019). Ved bipolar lidelse varierer sykdomsfasene mellom depresjon/nedstemthet og mani/oppstemthet. Rene depresjoner blir også kalt unipolare depresjoner, og rammer om lag 20 % av alle mennesker i løpet av livet. Noen vil bare oppleve én depresjonsperiode, andre opplever flere gjennom livet.

Depresjonssykdommene påvirker hele mennesket på flere nivå, ikke bare humøret. Noen vanlige symptomer er redusert glede og interesse, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst eller økt matlyst, tretthet og mangel på energi, samt noen får selvmordstanker eller utfører selvmord. På samfunnsnivå har depresjon flere alvorlige følger. Arbeidsproduktiviteten reduseres grunnet sykefravær og redusert evne til å arbeide effektivt. Hos mennesker med langvarig

depresjon reduseres levetiden i gjennomsnitt med ti år, og den viktigste årsaken til dette er en stor økning i hjerte – og karsykdommer (Martinsen, 2018, s. 58-60).

Depresjon deles inn i ulike former: mild, moderat og alvorlig depresjon. En mild, forbigående depresjon kjennetegnes ved at realitetsorienteringen er intakt og at stemningsleiet ikke påvirker dømmekraften i forhold til seg selv eller andres motiver. Personen vil føle seg nedstemt, men følelsene vedvarer ikke og skaper heller ikke funksjonssvikt. Å trekke seg bort fra andre mennesker og sosiale aktiviteter er vanlig. Ved moderat depresjon ses en større tendens til at personen har en annerledes virkelighetsoppfatning. Andre kjennetegn er feiltolkning av kroppslige stimuli. Det kan være en forestilling om at det er problemer med fordøyelsen, hjerterytmen, pusten, eliminasjonen, eller en følelse av tomhet. Videre er depresjonsfølelsen fremtredende, der evnen til glede er tydelig redusert. Å fokusere på hverdagslivets gjøremål kan også være vanskelig. En alvorlig depresjon kjennetegnes ved at vrangforestillinger forekommer og at vurderingsevnen er meget dårlig på grunn av manglende konsekvenstenking. Personens selvaktelse (egenverd) er lav, og følelser av skyld, verdiløshet, ulykkelighet, fortvilelse, hjelpeløshet og håpløshet kommer. Videre vil tankeprosessen være ulogisk, og hukommelse, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet er betydelig redusert (Hummelvoll, 2012, s. 199-200).

### 2.3 Fysisk aktivitet

Martinsen (2018, s. 34) definerer fysisk aktivitet som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå». Fysisk aktivitet og fysisk trening er to begrep som kan forstås som like og som brukes om hverandre, men det er likevel noen klare forskjeller. Martinsen skiller begrepene ved at *fysisk trening* er et systematisk treningsopplegg, som innebærer planlagte, strukturerte og stadig gjentatte kroppslige bevegelser. Formålet med treningen er å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse. *Fysisk aktivitet* kan ses på som et samlebegrep som dekker alle former for muskelarbeid. Begge begrepene vil være aktuelle i oppgaven. Martinsen (2018, s. 39) skrives at det finnes god dokumentasjon på at regelmessig fysisk aktivitet har flere helsefordeler, blant annet kan risiko for tidlig død reduseres med 30 prosent når en sammenligner de mest aktive og de mest inaktive. Dette

kan forklares ved at risikoen for hjerte – og karsykdommer, kreftsykdom og diabetes reduseres ved fysisk aktivitet.

I Aktivitetshåndboken til Helsedirektoratet skriver Jansson og Andersen (2015, s. 37) at alle mennesker, helst hver dag, bør være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. De anbefaler at intensiteten bør være middels, for eksempel en halvtimes rask gange. Martinsen (2018, s. 40) beskriver at forutsetningene for fysisk aktivitet er ulike for alle, men det å øke aktivitetsnivået fra det man vanligvis gjør, bidrar til økt helsegevinst. For eksempel kan det for en som ligger til sengs være trening å reise seg opp. På en annen side kan en som står øke aktivitetsnivået ved å gå.

### 2.3.1 Fysisk aktivitet knyttet opp mot depresjon

Hos personer med psykiske lidelser er det klare sammenhenger mellom livsstil og fysisk helse. Gruppen har en betydelig økt forekomst av kroppslige sykdommer og redusert forventet levealder i forhold til normalbefolkningen. Ved langvarig depresjon viser det seg at den forventede levealderen reduseres med 10 år (Martinsen, 2018, s. 41). Fysisk aktivitet har vist seg som en nyttig metode i psykisk helsearbeid. Målet med fysisk aktivitet vil i hovedsak være å oppnå bedre helse og økt livskvalitet. Ved å være i regelmessig fysisk aktivitet kommer det flere kroppslige helsegevinster, men også en sterkere psykisk helse der man blir i bedre humør, er mer motstandsdyktig og får bedre selvfølelse (Moe & Martinsen, 2011, s. 76).

### 2.4 Sykepleier – pasient – fellesskapet

Hummelvoll (2012, s. 38) beskriver sykepleier-pasient-fellesskapet som et terapeutisk forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og hvordan sykepleieren svarer på dette. Det blir skapt en allianse som preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har som mål å gi pasientens økt selvinnsikt og situasjonsforståelse. Gjennom dette kan pasienten i størst mulig grad bli i stand til å bearbeide og løse, eventuelt leve, med sitt helseproblem. For å muliggjøre dette er det essensielt at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring. Fellesskapet mellom sykepleieren og pasienten innebærer at det legges vekt på møtet mellom to likeverdige mennesker.

### 2.4.1 Kommunikasjon og relasjon

Ifølge Hummelvoll (2012, s. 420) er god kommunikasjon og relasjonsbygging forutsetninger for at samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten skal fungere. Kommunikasjon kan forklares som en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess – og et symbolsk samspill – der man påvirker andre og selv påvirkes. Eide og Eide (2017, a. 16) beskriver at god kommunikasjon bunner i en personorientering og er faglig fundert. Personorientert kommunikasjon vil si at man ser den andre som en hel person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer og individuelle ønsker når det gjelder egen helse og livssituasjon. Man ser ikke den andre utelukkende som en pasient, men som en unik person. Det forutsetter at man lytter aktivt, samt utforsker og anerkjenner det som den andre personlig opplever som verdifullt og viktigst for egen del. Eide og Eide (2017, s. 17) forklarer begrepet relasjon som helsepersonells forhold til andre personer, som pasienter, brukere, pårørende, kollegaer eller andre.

### 2.4.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et begrep som blir vektlagt i det psykiske helsefeltet og som har mange dimensjoner. På individnivå rettes det inn mot enkeltmenneskets rettigheter og muligheter til å påvirke og delta i beslutninger om planlegging og gjennomføring av en tjeneste. På systemnivå dreier det seg om å involvere brukere av helsetjenester, pasientgrupper og ulike brukerorganisasjoner i beslutningsprosesser. Det essensielle med brukermedvirkning er vektleggingen av å styrke pasientens innflytelse i egen behandling. Det innebærer at en pasient som for eksempel er innlagt på DPS (distriktpsykiatrisk senter) går fra å være en mottaker av tjenester til å bli en aktiv deltaker i sin egen behandling. Denne prosessen kan bidra til at pasienten får styrket sin mestringsfølelse (Storm, 2009, s. 27-28).

## 2.5 Miljøterapi

Miljøterapi er en velkjent behandlingsform som brukes for å skape en ønsket endring gjennom å benytte aktiviteter og her-og-nå-situasjoner, gjerne i gruppe. Ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet søker miljøterapien å legge forholdene til rette for nye erfaringer. Miljøterapien har mye til felles med kognitiv atferdsterapi, som endring av tankemønstre og atferdsendring, men den er samtidig mer relasjonsorientert. For å skape situasjoner som kan skape endring, benyttes aktiviteter bevisst og målrettet. Ut ifra hva som er viktig for den enkelte kan miljøterapien handle om å sette grenser, å gi en opplevelse av

mestring, å bidra rutiner på dagtid eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte. Det handler i bunn og grunn om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin hverdag på en måte som gjør han eller hun er i stand til å mestre sin livssituasjon. Brukermedvirkning er viktig når det kommer til å sette målene for forandring, samt å sette dem på et nivå som gjør det mulig for pasienten å oppleve gleden ved økende mestring (Snoek & Engedal, 2017, s. 59-61).

Fysisk aktivitet og trening blir anerkjent som en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet. Fysisk aktivitet er viktig for å forhindre passivitet og fysisk nedbygging, og bidrar til økt velvære, gir en følelse av en mestring og kontroll og bedrer selvfølelsen. Alle disse faktorene resulterer i en bedre psykisk helse. På en døgninstitusjon kan fysisk aktivitet eller trening bestå av systematiske treningsprogrammer eller aktiviteter med større innslag av spontanitet og lek (Snoek & Engedal, 2017, s. 62).

## 2.6 Helsefremmende sykepleie

WHO (1986, sitert i Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2018, s. 17) definerer helsefremmende arbeid som «den prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre å bevare sin helse». Det handler om hvordan sykepleier tilrettelegger for at individet skal oppleve større kontroll over eget liv og egen helse (Mittelmark et al., 2018, s. 14). Å fremme helse er en av de fire sentrale funksjoner hos sykepleieren, der de tre andre er å forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette (Gammersvik, 2018, s. 112).

### 2.6.1 Helse som opplevelse av sammenheng

Aaron Antonovsky står bak begrepet salutogenese, som betyr «det som produserer helse». I hans teori går han bort i fra hva som produserer sykdom (patogenese), og har i stedet fokus på hva som fører til helse. Motstandskraft og evne til mestring er to faktorer som er av betydning når det kommer til utvikling av helse. Et annet sentralt begrep hos Antonovsky er «Sense of Coherence» (SOC), som oversettes til «opplevelse av sammenheng» (OAS). OAS utvikles og formes når en person opplever en situasjon forståelig, håndterlig og meningsfull. Forståelse vil si hvorvidt personen opplever situasjonen som sammenhengende, strukturert og tydelig. Videre vil håndterbarhet si hvilke ressurser personen har tilgjengelig og hvordan disse brukes når det kommer til å mestre utfordringen. Egne ressurser og i hvor stor grad en får støtte eller praktisk tilrettelegging av andre er av betydning. Meningsfull betyr hvilke

oppgaver personen verdsetter å engasjere seg i, der det bidrar til motivasjon for handling. Sykepleierens oppgave i møtet med pasienten som er i en stressfull og truende situasjon vil være å gjøre situasjonen forståelig, håndterbar og meningsfull. Det innebærer at en tar utgangspunkt i pasientens mestringsressurser og bidrar med kognitive og praktiske ressurser som trengs. Videre skal en oppmuntre til engasjement fremme mestring tilpasset pasientens forutsetninger (Gammersvik, 2018, s. 116-117).

### 2.6.2 Empowerment

Empowerment innebærer en maktfordeling og er et sentralt begrep i alt helsefremmende arbeid (Haugan & Rannestad, 2018, s. 143). Utgangspunktet for empowerment er å styrke enkeltindivider og grupper, slik at de oppnår kraft til å endre betingelsene som gjør at de befinner seg i en avmaktssituasjon. Ved å få i gang prosesser som styrker selvkontrollen, kan personen få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2012, s. 23). Gjennom at sykepleieren samarbeider med pasienten, der en tilpasser sykepleien ut fra pasientens ressurser og muligheter til deltakelse, skaper en empowerment (Gammersvik, 2018, s. 120).

### 2.6.3 Mestring

Hva som ligger innenfor mestringsbegrepet blir beskrevet av flere. Lazarus og Folkman (1984, sitert i Tveiten, 2018, s. 238) definerer det som »stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og eller indre utfordringer som oppfattes som tyngende eller som går utover de ressursene personen rår over». Oterholt og Haugen (2015, s. 13-14) beskriver det som den prosessen og de anstrengelser en gjør for å forholde seg til situasjonen en står i. Mestring viser ikke til resultatet, men handler om en persons evne og muligheter til å håndtere hendelser, situasjoner og utfordringer som oppstår i livet. Tveiten (2018, s. 238) skriver at man kan forstå mestring som å takle stress eller sykdom, slik at man kommer seg videre på en god måte. Videre handler mestring også om å ha tilgang på ressurser, kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr og evne til å utnytte dette. Møller (2015, s. 180) påpeker at mening, mestring og relasjon er tre avgjørende forankringspunkter i all sunn mental fungering. Ved at man opplever mening åpnes det opp for mestring, og mestring gjør at ting kjennes overkommelig. I mestringsarbeidet er det ikke sykepleierens oppgave å gjøre noe av mestringsarbeidet for pasienten, men å medvirke til at pasienten lykkes. Å medvirke

kan være å gi praktisk bistand, ny kunnskap og informasjon, men først og fremst handler det om å motivere den andre til å komme i gang og å gjennomføre det daglige mestringsarbeidet. Motivasjon og mestring er to begrep som hører nøye sammen. Å kunne motivere den andre handler i stor grad om kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48).

## 2.7 Motivasjon

Kaufmann (sitert i Renolen, 2015, s. 65) definerer motivasjon som «en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd». Selvet ordet motivasjon stammer fra latin, «movere», og betyr «å bevege». Man skiller mellom ytre og indre motivasjon, avhengig om den er styrt innenfra eller utenfra. Indre motivasjon omtales som en naturlig motivasjon og betraktes til å ha større kraft enn ytre motivasjon. (Renolen, 2015, s. 65-67).

### 2.7.1 Selvbestemmelsesteorien

Å benytte seg av en motivasjonsteori kan bidra til at sykepleieren kan bli mer bevisst og se klarere aspekter ved egen kommunikasjon som kan bidra til å styrke (eller svekke) den andres indre motivasjon. Selvbestemmelsesteorien (Self Determination Theory) er særlig godt egnet til å belyse hvordan kommunikasjon kan påvirke en persons indre motivasjon. Teorien ble utviklet av Edward Deci og Richard Ryan og tar utgangspunkt i antagelsen om at mennesker har en medfødt og naturlig indre motivasjon for å lære og mestre nye utfordringer (Eide & Eide, 2017, s. 19). Denne teorien skiller seg ut fra andre motivasjonsteorier da den ikke fokuserer på retningskomponenten, men energikomponenten. Det vil si at den vektlegger det som setter i gang og vedlikeholder aktiviteten, og ikke på mål, resultater eller faktorer som medvirker til resultatene (Renolen, 2015, s. 74).

I følge Deci og Ryan (2008, sitert i Eide & Eide, 2017, s. 19) har vi tre medfødte psykologiske behov som påvirker indre motivasjon; selvbestemmelse, tilknytning og følelse av kompetanse eller mestring. Ved at sykepleieren møter disse behovene på en god måte gjennom kommunikasjon kan det styrke personens indre motivasjon for å gjennomføre sitt helseprosjekt. Man kan imøtekomme behovet for selvbestemmelse gjennom kommunikasjon ved å lytte aktivt, undersøke hva pasienten selv tenker og opplever som

viktig, og å legge til rette for reelt samvalg om mål og veien fremover (Eide & Eide, 2017, s. 19).

### 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gå nærmere inn på hva metode er og hva en litteraturstudie er, hvordan jeg utførte litteratursøket mitt, hva kildekritikk er og etiske overveielser.

#### 3.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2017, s. 51) beskriver metode som en fremgangsmåte og et middel for å løse problemer, for å komme frem til ny kunnskap. Videre skriver Dalland (2017, s. 51) at metoden er et hjelpemiddel for hvordan man skal gå til verks for å innhente eller etterprøve kunnskap. Metoden man velger viser hvordan man har gått frem for å løse problemstillingen og hvilken ny kunnskap man har fått om temaet. Ved å velge seg ut én metode skal man sikre at problemstillingen belyses på best mulig faglig måte.

I oppgaven vil det bli brukt systematisk litteratursøk som metode, der man analyserer forskningsartikler som har benyttet seg av ulike forskningsdesign i sine studier. Jeg vil bruke både kvalitative og kvantitative forskningsartikler for å kunne svare på problemstillingen fra forskjellige perspektiv. Forskningsmetodene er forskjellige fra hverandre ut fra hvordan dataene blir samlet inn. Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes ved at den sikter seg inn på å avdekke mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, der det brukes et større antall informanter (Dalland, 2017, s. 52-54).

#### 3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudier systematiserer kunnskap fra eksisterende kilder, som teori fra fagbøker eller forskning i ulike databaser. Det innebærer at man kritisk gjennomgår og til slutt sammenfatter litteraturen man har samlet inn. Metoden kjennetegnes ved at man har en systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Slik skal leseren få en oppdatert og god forståelse av kunnskapen man har samlet inn, samt hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 79-80). Thidemann (2017, s. 80) beskriver videre noen kjennetegn på en god litteraturstudie:

- En avgrenset og presis formulert problemstilling



- Metodevalget er begrunnet
- Relevante kilder
- Informasjonen kommer fra flere kilder
- Presentasjon og diskusjon av resultatene
- Konklusjonen svarer på problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål

### 3.3 Litteratursøk

I det innledende litteratursøket startet jeg med å finne relevant faglitteratur. Dette gjorde jeg med å plassere problemområdene mine innenfor forskjellige hovedemner, som beskrevet i Dalland (2017, s. 153). Jeg benyttet meg av Oria og lette etter bøker på biblioteket som omhandlet temaene jeg skulle skrive om. Da jeg for eksempel skulle finne litteratur om fysisk aktivitet og depresjon var Egil W. Martinsens bøker om fysisk aktivitet knyttet opp mot psykiske lidelser aktuell. I bøkene beskrives viktigheten av å fremme fysisk helse i psykiatrien og hvordan man kan motivere til det. Forfatteren står bak mye av forskningen på feltet som har bidratt til at man får viktig kunnskap rundt sammenhengene mellom psykisk og fysisk helse. Videre har Jan Kåre Hummelvolls *Helt – ikke stykkevis og delt* vært sentral litteratur, da han belyser hvordan sykepleier-pasient-fellesskapet kan bidra til mestring.

I søkeprosessen etter forskningsartikler valgte jeg å søke i databasene Cinahl, Cochrane, PsycINFO og Pubmed, men endte opp med å bare bruke Cinahl og Pubmed. Disse databasene var oversiktlige og ga flest relevante artikler. Begge databasene inneholder kvalitativ forskning om både pasient – og sykepleiererfaringer, noe som er aktuelt sett i forhold til min problemstilling.

På grunn av at problemstillingen både går inn på mestring – og motivasjonsbegrepet, samt sykepleierens rolle inni dette, har jeg benyttet meg av en del søkeord for å få et bredt og variert utvalg av forskningsartikler. Selv om jeg undersøkte lidelsen depresjon har jeg brukt ordene «depression» og «severe mental illness» litt om hverandre i søkeprosessen for å utvide søket. Artikkene som ble valgt ut til oppgaven passet til problemstillingen min da de så nærmere på pasienterfaringer, motivatorer og barrierer for fysisk aktivitet og viktigheten av den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Jeg kombinerte søkeordene med hverandre og søkte med AND for å få flere resultat. Jeg leste gjennom sammendragene til artiklene for å vurdere om de var aktuelle for oppgaven. I første del av søkeprosessen søkte jeg etter artikler som så nærmere på pasienters erfaringer med bruken av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Søkeordene «major depression» AND «exercise» AND «motivation» OR «therapy» ga 44 treff i Cinahl, som resulterte i én aktuell forskningsartikkel. Videre søkte jeg «severe mental illness» AND «mental health nursing» AND «healthy living», som ga 1 treff og dermed én aktuell forskningsartikkel fra Cinahl. I andre del av søkeprosessen ønsket jeg å finne artikler som undersøkte hvilke motivasjonsfaktorer og barrierer som lå til grunn for å utøve fysisk aktivitet hos pasientene. Her søkte jeg i Pubmed med søkeordene «depression» AND «physical activity» OR «exercise» AND «barriers» OR «motivation» som ga 52 treff, der én artikkel var relevant. I siste del av søkeprosessen ønsket jeg å se nærmere på sykepleierens rolle i møtet med pasienten og mestringsbegrepet. Søkeordene «mental illness» AND «health promotion» OR «patient education» AND «educational intervention» ga 16 treff i Cinahl, som resulterte i én aktuell artikkel. Videre brukte jeg søkeordene «long-term care» AND «health promotion» AND «physical activity» OR «exercise» AND «mental health» som ga 22 treff i Pubmed, som resulterte i én aktuell artikkel. Til slutt brukte jeg søkeordene «depression» OR «mental illness» AND «physical activity» OR «exercise» AND «nursing role» OR «coping strategies» som ga 45 treff i Cinahl, der én artikkel var aktuell. En fullstendig oversikt over framgangsmåten i søkeprosessen er oppsummert i form av en tabell (vedlegg 1 og 2).

### 3.4 Kildekritikk

Ordet kilde brukes om opphavet til kunnskapen man benytter seg av i oppgaven (Dalland & Trygstad, 2017, s. 149). For at man skal kvalitetssikre kildene man har brukt i oppgaven er kildekritikk et viktig element. Ifølge Dalland (2017, s. 152) finnes det to sider ved kildekritikk. På den ene siden har man kildesøking eller litteratursøking, som omhandler å finne frem den litteraturen som best belyser din problemstilling. Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen man har anvendt i oppgaven. Videre avhenger oppgavens troverdighet og faglighet av at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet. Å ha en klar beskrivelse for hvorfor en bestemt type litteratur er valgt og hvordan utvalget er gjort er derfor nødvendig. Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne (2015, s. 60) beskriver kildekritikk som at man

bruker kildene på en reflektert og informert måte. Det innebærer å vurdere, tolke og analysere litteraturen man har brukt. Dalland (2017, s. 158-159) påpeker at i et fagfelt som vokser fort må man ta høyde for om litteraturen man bruker er tilstrekkelig oppdatert. Videre må man være klar over at både fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, noe som betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg noe. Oppsummert kan kildekritikk beskrives som prosessen der man forholder seg kritisk til materialet man bruker. Kildene skal være relevante og pålitelige, samt svare på problemstillingen. Det er også viktig å vise hvilke kriterier man har brukt i utvelgelsen av litteratur (Dalland, 2017, s. 158-159).

#### 3.4.1 Egne kilder

For å kunne kvalitetssikre artiklene jeg har brukt har jeg benyttet meg av Helsebibliotekets sjekkliste. Sjekklisten bidrar til å gi en oversikt over hva man skal fokusere på når man skal kritisk vurdere de aktuelle artiklene man ønsker å bruke. Da kan man kontrollere relevansen, påliteligheten og troverdigheten til artiklene man velger (Christoffersen et al., 2015, s. 60). Sjekklisten jeg har brukt består av 10 punkter som er delt inn i tre deler; innledende vurdering av forskningsartikkelen, hva resultatene forteller og om resultatene kan være til hjelp i praksis (Helsebiblioteket, 2016). I utvelgelsesprosessen av forskningsartikler så jeg etter artikler som fulgte IMRaD-strukturen (introduksjon, metode, resultat og diskusjon). Ved å lese sammendrag som brukte denne strukturen kunne jeg fort se om informasjonen var relevant for min problemstilling. Vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag er som oftest lagt opp etter denne type struktur. (Thidemann, 2015, s. 68-69). Inklusjonskriteriene mine var å helst bruke kvalitative studier da jeg undersøkte sykepleier – og pasienterfaringer, og da er kvalitative studier best egnet. Videre har jeg søkt etter artikler som er fagfellevurdert, det vil si at redaktøren i tidsskriftet har vurdert og godkjent artiklene sammen med en eller to eksperter innenfor forskningsfeltet (Thidemann, 2015, s. 68). Ut ifra retningslinjene til skolen utforsket jeg i søkeprosessen primært artikler som ikke var eldre enn 5 år for å få mest oppdatert og relevant forskning. Videre har jeg etterstrebet å bruke primærkilder, men dette har ikke alltid vært mulig. Jeg har blant annet brukt en artikkel som både var en metaanalyse og systematisk review (systematisk oversikt). Thidemann (2015, s. 98) beskriver en systematisk litteraturstudie med metaanalyse som

«gullstandard» innenfor kvantitativ forskning. Den forsøker å trekke slutninger om kausalitet, som vil si en antagelse om at noe henger sammen som årsak og virkning. Selv om jeg undersøker sykepleieperspektivet, har jeg brukt en artikkel som omhandler fysioterapeuter. Denne så jeg som aktuell da temaet som ble undersøkt også er gjeldende for sykepleiere og aktuelt sett i forhold til min problemstilling.

### 3.5 Ethiske overveielser

Etikken handler om hva som er rett og galt, og normene for god livsførsel. Forskningsetikken vurderer forskning opp mot samfunnets normer og verdier. Det innebærer at alle sider ved forskningen vurderes, alt fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke metoder som brukes, samt hvordan resultatene anvendes og rapporteres. Videre handler det om å ivareta personvernet til deltakerne i studien, der de ikke skal påføres skade eller unødvendige belastninger. Samtidig må ikke forskningen skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Ut fra dette er det blitt dannet forskningsetiske mål og retningslinjer innen medisinsk forskning, samfunnsfag og humaniora og innen naturvitenskap og teknologi. (Dalland, 2018, s. 236). De generelle forskningsetiske retningslinjene bygger på fire prinsipper; en respekt for deltakerne, gode konsekvenser for forskningen, rettfærdig utført forskningsprosjekt og integritet. Videre skriver komiteen blant annet at forskningen skal bygges på sannhet, høy faglig kvalitet, frivillig informert samtykke, god henvisningsskikk og redelighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

## 4.0 Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet presenteres utvalgte forskningsartiklers hensikt, utvalg og metode samt resultat.

### 4.1 Hutchison et al. (2016). Effectiveness of a Staff Promoted Wellness Program to Improve Health in Residents of a Mental Health Long-Term Care Facility.

**Hensikt:** Formålet med studien var å utforske fysiske og psykiske effekter ved å bruke et helsefremmende program (In SHAPE) for personer med en alvorlig psykisk lidelse. Målet med programmet var å fremme fysisk aktivitet og bekjempe tidlig død hos deltakerne.

**Utvalg og metode:** Både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode er blitt brukt. Studien fant sted i USA og varte i en 12 måneders periode. Deltakerne inkluderte 43 voksne som bodde på tre ulike bofelleskap, 3 sykepleiere og 15-18 miljøterapeuter. Kvalitative data om opplevelsen personalet hadde rundt programmet ble hentet inn ved hjelp av to fokusgrupper. Det ble brukt spørreskjemaer for å vurdere fysisk aktivitet, recovery, alvorlighetsgrad av depresjon, selvopplevd evne til å implementere helsefremmende oppførsel og håpefullhet.

**Resultat:** Personalet rapporterte om observasjoner rundt forbedret motivasjon og sosialisering blant deltakerne. Deltakerne rapporterte om et økt nivå av fysisk aktivitet, økt velvære, vektnedgang, bedret recovery og reduksjon av depresjon. Forskerne konkluderte med at et helsefremmende program som oppfordres av personalet er effektivt for å øke fysisk aktivitet og forbedre fysiske og psykiske helseeffekter hos personer med alvorlig psykisk lidelse som får langtidspleie.

**Relevans for oppgaven:** Artikkelen er relevant for oppgaven, da den både viser de positive effektene fysisk aktivitet har på det fysiske og psykiske plan. Videre vises det til hvilken positiv innvirkning helsepersonellens involvering har å si for at personene skal lykkes.

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

**Hensikt:** Formålet med studien var å undersøke motiverende faktorer og barrierer knyttet til trening blant personer med alvorlig psykisk lidelse. Ved å få en økt forståelse for ønskede effekter fra trening kan helsefremmende tiltak forbedres og det kan gis informasjon om tiltak som er både motiverende og givende for pasientene.

**Utvalg og metode:** Det ble gjort søk i store elektroniske databaser frem til mai 2016.

Kvantitative studier som ga proporsjonale data om motiverende faktorer og/eller barrierer mot trening blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, var kvalifisert. Av 1468 studier valgte forskerne 12 selvstendige studier som inkluderte 6431 psykiatriske pasienter. Studiene var blitt utført i USA, Canada, Australia, Storbritannia og i Italia. Personer med schizofreni, schizoaffektiv lidelse, andre psykotiske lidelser, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon ble inkludert i studien.

**Resultat:** Tre hovedfunn ble belyst:

1. Motivatorer for å trene var å bedre den fysiske helsen. Spesifikke motivasjonsområder innenfor dette var vektnedgang, bedre humør og redusert stress.
2. Barrierer for å trene var lite energi, stress og manglende støtte.
3. Å gi profesjonell støtte til pasientene for å identifisere og oppnå deres treningsmål kan føre til at de overkommer psykologiske barrierer og holde motivasjonen for regelmessig fysisk aktivitet.

**Relevans for oppgaven:** Studien belyser hva pasientene mener er motivatorer og barrierer for dem når det kommer til fysisk aktivitet, og at støtte fra profesjonelle er viktig. Dette er relevant for oppgaven da dette er viktig informasjon for sykepleieren å inneha i møtet med pasientene.

### 4.3 Danielsson, Kihlbom & Rosberg. (2016). Crawling Out of the Cocoon”: Patients’ Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression

**Hensikt:** Formålet med studien var å utforske hvordan bruken av fysisk aktivitet i terapien oppleves av personer med alvorlig depresjon.

**Utvalg og metode:** Studien fant sted i Sverige med 13 deltakere. Kvalitativ studie som brukte semistrukturerte intervju. Intervjuene tok for seg 4 tema: direkte og indirekte endringer etter intervensjonen, tidligere erfaringer med trening, syn på trening under depresjon og barrierer og tilrettelegging.

**Resultat:** Fire hovedtema ble funnet i studien:

1. «Å kjempe for en bedre helse»: Treningen førte til at deltakerne opplevde en følelse av mestring, i stedet for å føle seg «fanget» i sin depressive tilstand. Videre ga også treningen et «dytt bak» når det kom til andre aktiviteter som husarbeid og ta initiativ til å være sosial.
2. «Utfordre motstanden man møter ved depresjon»: Trening kunne være en utfordrende handling, der den både kunne være en mulighet og en barriere. Depresjonen gjorde at det var vanskelig å komme i gang med treningen på grunn av at personene var langt nede. Samtidig erfarte mange at det å utfordre denne motstanden og komme seg på trening hadde stor innvirkning på selvtilliten.
3. «Føle seg mer levende, men ikke euforisk»: Tredje tema viste den direkte fysiske responsen deltakerne fikk ut av treningen. Her var noen av erfaringene at trening førte til at nummenheten og trettheten som depresjonen førte med seg ble redusert, og at de fikk bedre kontakt med kroppen sin og mer energi.
4. «Behovet for at noen er der»: Den siste kategorien viste viktigheten med støtte. De så på fysioterapeuten som en alliert, en støttende person som ga motivasjon og forsto deres utfordringer med sykdommen. Å trene kun for seg selv var ikke hensiktsmessig, og var en av barrierene som gjorde dem inaktive.

**Relevans for oppgaven:** Artikkelen er relevant da funnene viste hvordan fysisk aktivitet kan være et viktig verktøy for å fremme mestring hos pasientene. Den belyser også viktigheten

med støtte fra helsearbeideren. En støttende person kunne gi motivasjon, samtidig som de hadde kunnskaper om utfordringer som kom med sykdommen.

#### 4.4 Stegink et al. (2015). *The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective*

**Hensikt:** Hovedmålet i studien var å få innsikt i pasienters erfaringer og få en forståelse av hvilke faktorer innenfor alliansen med sykepleieren som bidrar til pasientens bedringsprosesser/recovery.

**Utvalg og metode:** Kvalitativ studie. Studien fant sted i Nederland og inkluderte 14 deltakere som var i alderen 18-65 år og hadde diagnosen bipolar lidelse. Hver deltaker ble intervjuet i sitt eget hjem mellom februar og mai 2013.

**Resultat:** Tre hovedtema ble funnet i studien:

1. «Et trygt og støttende miljø»: Å være der når det trengs, være empatisk mot pasienten, kjenne pasienten utover sykdommen og likestilling i samarbeidet var grunnleggende krav for å skape et trygt og støttende miljø ifølge pasientene.
2. «Rense/oppklare tanker og følelser»: Sykepleierne hjalp pasientene med å håndtere deres psykiske utfordringer ved å rense tanker og følelser, slik at de fikk et klarere syn på realiteten. Pasientene mente dette var et viktig bidrag på kvaliteten av arbeidsalliansen og bedringsprosessen.
3. «Støtte pasienter i å bli eller fortsette å være fysisk aktiv»: Et minimalt nivå av fysisk aktivitet viste seg å være viktig for å hjelpe pasientene til å opprettholde kontroll over deres situasjon, hindre ytterligere depresjon og bidra til bedringsprosessen. Daglige aktiviteter fikk dem til å tenke på andre ting, ga en følelse av prestasjon og skapte muligheter til å presse grensene sine. Sykepleieren hadde en viktig rolle i å aktivere pasientene gjennom motivering og påminnelse om viktigheten av fysisk aktivitet, ettersom de depressive symptomene gjorde fysisk aktivitet vanskelig for mange av pasientene.



**Relevans for oppgaven:** Denne studien er den studien som er mest relevant for oppgaven min, da den forsøker å finne ut hva som fremmer en god samarbeidsallianse mellom sykepleier og pasient, noe jeg også ønsker å finne ut i min problemstilling. Den belyser hvordan sykepleieren kan motivere og fremme empowerment og mestring ved hjelp av fysisk aktivitet.

## 5.0 Drøftingsdel

I dette kapitlet vil jeg drøfte funn som ble presentert i forrige kapittel sammen med aktuell teori og tidligere forskning. Drøftingen tar sikte på å svare på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier gjennom motivering til fysisk aktivitet fremme mestring hos pasienter med depresjon?»

### 5.1 Fysisk aktivitet som et verktøy for å komme tilbake til hverdagen

Voksne med psykiske lidelser har en lavere forventet levealder enn normalbefolkningen, blant annet på grunn av hjerte – og karsykdommer, som ofte bunner i inaktivitet. Fysisk aktivitet kan ikke bare motvirke denne utviklingen, men det har også dokumentert positiv effekt på psykiske lidelser som depresjon (Firth et al., 2016). De positive virkningene av fysisk aktivitet knyttet opp mot depresjon ses også i studien til Danielsson, Kihlbom og Rosberg (2016) og Hutchison et al. (2016). Deltakerne rapporterte at fysisk aktivitet ga økt velvære, økt selvtillit, mer energi, reduksjon av symptomer på depresjon, samt at de kom mer i kontakt med kroppen sin. Likevel ser man at mange sliter med å komme i gang med fysisk aktivitet (Martinsen, 2014, s. 131). Martinsen (2018, s. 26) påpeker at nyere pasientundersøkelser viser at kroppen stadig får lite fokus og blir lite vektlagt i psykiatrisk behandling. Pasientene selv gir uttrykk for at de ønsker mer kunnskap om kroppen, og mener dette kan bidra til å gi innsikt om dem selv. Videre er det også et ønske om at personlig veiledning, undervisning og egentrening blir vektlagt ved fysisk aktivitet.

### 5.2 Skape en allianse med pasienten: relasjonens betydning

At sykepleieren skaper en terapeutisk relasjon blir fremhevet som en viktig faktor i møtet med pasienten i studiene til Stegink et al. (2015) og Blomqvist et al. (2017). Funn fra studien til Stegink et al (2015) viser at pasientene verdsatt en sykepleier som var empatisk, var der for dem når det var nødvendig og at det var en likestilling i samarbeidet mellom pasienten og sykepleieren. Hummelvoll (2012, s. 476-477) viser til at også miljøfaktorer på avdelingen

blir sett på som betydningsfullt av pasientene. En opplevelse av fellesskap og samarbeid, personorientering, å bli møtt med omsorg, å få relevante utfordringer og et trygt og hjemlig miljø, anses som positive miljøfaktorer på avdelingen. Hummelvoll (2012, s. 476-477) trekker også frem at positive personalholdninger som håp og optimisme, likeverdighet, å gi trygghet og støtte, samt personlig omsorg er betydningsfulle egenskaper hos sykepleieren som har innvirkning på den terapeutiske relasjonen. Et godt samspill mellom sykepleier og pasient, som baseres på relasjon og kommunikasjon, er av stor betydning for virkningen av behandlingen. Videre viser funn fra Stegink et al. (2015) sin studie at det var viktig å kjenne pasienten utover lidelsen. Dette støttes også opp i studien til Blomqvist et al. (2017). Funn fra studiene belyser viktigheten av å se pasienten som et helt menneske, der man så individet bak lidelsen også. Dersom sykepleieren gjorde dette kunne individets behov og motiv bli funnet, møtt og støttet opp om. Dette påpekes også av Travelbee (2003, s. 106). Hun viser til at den «syke» har de samme behovene som de «friske». De har samme behovene om å bli verdsatt, at noen bryr seg om dem og å bli møtt med vennlighet og omtanke. Ifølge Wormnes (2013, s. 18-19) er det selve relasjonen mellom sykepleier og pasient som er avgjørende for god og virksom behandling. Han hevder at relasjonen ofte er viktigere enn teknikkene og metodene man bruker. Han henviser til at forskning viser at pasienter velger behandlere ut fra personlige karakteristika, som pålitelighet, varme, empati og relasjon dyktighet, enn teoretisk orientering. Totalt sett ser en at samarbeids-, allianse og empatikvaliteten er viktige elementer for å skape en god relasjon, som igjen vil ha en positiv innvirkning på behandlingen (Wormnes, 2013, s. 19-20).

#### 5.2.1 Å møte den deprimerte – bedre selvaktelse og håp

For deprimerte mennesker er lav selvaktelse et stort helsehinder. Selvaktelse vil si personens oppfatning av sin egenverd. En person med lav selvaktelse vil ha en atferd som blant annet preges av skyldfølelse og bekymring, selvhån og kritikk og problemer i mellommenneskelige forhold (Hummelvoll, 2012, s. 138). En slik lav selvaktelse kan føre til manglende mestring av livssituasjon, hjelpeløshet, håpløshet og meningsløshet. Sykepleieren har derfor en viktig oppgave å møte pasienten på en god måte og skape et samarbeid sammen med pasienten. Hovedmål for samarbeidet vil være å hjelpe pasienten til å mestre livssituasjonen sin gjennom å møte og bearbeide følelsen av meningsløshet, styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over livssituasjonen ved å finne ulike mestringsstrategier for å håndtere

depresjonens ulike konsekvenser, samt styrke pasientens selvaktelse og tilknytning til andre mennesker (Hummelvoll, 2012, s. 206).

Et samarbeid med deprimerte personer kan være en utfordring for sykepleieren da personen er preget av slik lav selvaktelse. Å isolere seg og ha en begrenset kommunikasjon er en vanlig tendens. Sykepleieren må derfor være bevisst i tilnærmingen (Hummelvoll, 2012, s. 206). At sykepleieren var aksepterende og fordomsfri var viktige egenskaper ifølge deltakerne i studien til Stegink et al. (2015). Hummelvoll (2012, s. 206) understreker at sykepleieren må ha kunnskaper rundt depresjonens ytringsformer og dynamikk, og være klar over at kontaktetablering vil kreve tålmodighet. Å ha kunnskaper rundt hva depresjonen gjorde med pasienten ble også ansett som viktig i studien til Stegink et al. (2015). Studien beskriver at pasientene verdsatt at sykepleieren hjalp dem med å klarne tankene og følelsene knyttet opp mot depresjonen. Dette ble ansett som et betydningsfullt bidrag for kvaliteten av samarbeidsalliansen mellom sykepleieren og pasienten og bedringsprosessen. Ved at sykepleieren forklarte situasjonen som pasienten følte var utfordrende som et resultat av depresjonen, hjalp det han eller hun å forstå lidelsen, samt det ga et håp om at fremtidig symptomavlastning ville redusere problemene de nå opplevde som utfordrende.

Hummelvoll (2012, s. 476) skriver at når pasienten sitter fast i personlig konflikter og vansker, kan det virke oppløftende og gi mot dersom sykepleieren har tro på at det er mulig å overvinne vanskelighetene. Dette støtter opp om viktigheten av at sykepleieren fremmer håp hos pasienten. Danielsson, Kihlbom & Rosberg (2016) så i sin studie på hvilken virkning trening har å si for håp og mestring. Funnene viste at ved hjelp av trening kunne deltakerne «gjenskape» seg til den personen de ønsker å være. Det hjalp dem til å delta i livet, og dermed kom seg opp fra dypet av depresjonen. Ut i fra dette kan man se fysisk aktivitet som en viktig bidragsyter som gir håp og mestring. Travelbee (2003, s. 123) støtter også opp mot dette, der hun mener at sykepleierens rolle er å hjelpe den syke til å holde fast på håpet, unngå håpløshet og gjenvinne håp. Ved at sykepleieren viser seg tilgjengelig og er villig til å bistå kan nettopp dette gjennomføres. Likevel kan ikke sykepleieren «gi» håp til andre, men det må ses på som en prosess der man legger til rette for at den syke skal kunne oppleve håp.

Renolen (2015, s. 174) belyser også hvor viktig håp er for å fremme menneskers mestring. Det er gjennom håp mennesker kan hente frem ytre og indre ressurser, og føle at det finnes et lys i enden av tunellen. En sterk følelse av håp vil resultere i at personen kan mobilisere energi som kan gi styrke og mot til å takle motgang. Sykepleieren er en viktig kilde til håp. Å sette mål sammen med pasienten, der en setter fokus på fremtiden, vil tilføre håp. Dette ses også i studien til Stegink et al. (2015). At sykepleieren og pasienten lager konkrete mål sammen om aktiviteter, basert på hva som er meningsfullt og ut fra forutsetningene til pasienten, vil bidra til at mestring oppnås. Wormnes (2013, s. 24) skriver at å nå oppsatte mål gir automatisk indre belønning, glede og anerkjennelse, som igjen vil føre til mestring og selvtillit hos pasienten. Samtidig blir de tre behovene i selvbestemmelsesteorien, tilknytning, kompetanse, og autonomi, oppfylt.

### 5.3 Å motivere for å fremme mestring

En sentral utfordring i arbeidet med deprimerte personer og fysisk aktivitet er manglende motivasjon. Selv om det finnes betydelig med dokumentasjon for at fysisk aktivitet er et gunstig verktøy i forebygging og behandling av depresjon, kan det være en utfordring for pasienten å komme i gang (Hummelvoll, 2012, s. 210). Flere årsaker kan ligge til grunn for at personer med depresjon har vanskeligheter med å komme i gang eller forbli fysisk aktive. Funn fra studien til Firth et al. (2016) viste at stress, depresjon og mangel på støtte var barrierer for å være i fysisk aktivitet. Stegink et al. (2015) peker på at symptomer på depresjonen som tap av energi og interesse, tretthet, lav selvtillit og selvstigmatisering gjorde fysisk aktivitet utfordrende. Også Moe (2018, s. 156) påpeker at typiske symptomer ved depresjon, som lav selvfølelse og manglende mestringstro, kan bidra til at selv små krav oppleves som uoverkommelige.

Det er essensielt at sykepleieren har kunnskaper rundt barrierene pasientene opplever og hva som motiverer pasientene til å være i fysisk aktivitet. Stegink et al. (2015) belyser at sykepleieren har en viktig rolle i å aktivere pasientene gjennom motivering og påminnelse om viktigheten av fysisk aktivitet, ettersom depresjonens symptomer kan gjøre fysisk aktivitet vanskelig. Også funn i studien til Firth et al. (2016) viser at støtte fra helsepersonell for å identifisere og oppnå pasienters treningsmål kan blant annet bidra til at pasienter opprettholder motivasjonen for å trene. Dette støtter også Moe (2018, s. 156-157), der han understreker at det å ha kunnskaper om motivasjonsstrategier er nødvendig i arbeidet med

fysisk aktivitet som behandlingsmåte. En sykepleier som selv er engasjert, motivert og har tro er av stor betydning, da det vil ha en smitteeffekt på pasientene. Det vil skape trygghet, som vil bidra til at deltagerne føler seg sett og anerkjent, som igjen kan øke følelsen av tilhørighet, godt samarbeid, tillitt og gode relasjoner. Dette samsvarer også med funn i studien til Stegink et al. (2015). Støtte fra sykepleieren ble ansett som en viktig faktor for å skape et trygt miljø, som igjen førte til at pasienten følte seg trygg, forstått og velkommen. Blomqvist et al. (2017) sine funn viste at det var viktig å ha fagfolk som var støttende og oppmuntret til å være i fysisk aktivitet. Det var også nyttig når helsepersonellet selv delte noen av sine egne erfaringer om hvordan man lykkes med fysisk aktivitet. Rönngren et al. (2017) sine funn viste at en aktiv deltakelse fra personalet resulterte i økt livskvalitet hos deltakerne. I studien til Danielsson, Kihlbom & Rosberg (2016) rapporterte mange av deltakere om at det å trene for seg selv var en barriere som holdt dem inaktive. Også i denne studien var det viktig å ha en støttende person ved sin side, som «setter farten» og bidrar til å øke motivasjonen. Resultatene fra studien viste at fysisk trening kan bidra til at pasientene mestrer å gjennomføre planlagte handlinger og ta bedre vare på helsen sin. Slik ser en at fysisk aktivitet er et verktøy som bidrar til å skape empowerment, ved at pasienten tar kontroll over eget liv.

Pasientens motivasjon og engasjement avhenger videre av hvor meningsfull og vanskelig oppgaven er (Moe, 2018, s. 157). Her spiller helsefremmende arbeid en viktig rolle. Gjennom informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet og hvilke positive helsegevinster som kommer med, som økt velvære, bedre selvfølelse, mer energi, økt søvnkvalitet og glede, kan man skape motivasjon (Moe & Martinsen, 2011, s. 77). Funn fra studien til Blomqvist et al. (2017) viste at deltakerne opplevde det som motiverende at fysisk aktivitet ga økt velvære. Å få informasjon om fysisk aktivitet ble opplevd som positivt og nyttig. Funn fra studien til Stegink et al. (2015) viste at fysisk aktivitet var viktig for å hjelpe pasientene til å opprettholde kontroll over situasjonen deres, hindre ytterligere depresjon og bidra til bedringsprosessen. Daglige aktiviteter fikk tankene over på andre ting, ga en følelse av mestring og skapte muligheter til å presse grensene. Sykepleieren hadde en viktig rolle i å aktivere pasientene gjennom motivering og påminnelse om viktigheten av fysisk aktivitet, ettersom de depressive symptomene gjorde fysisk aktivitet vanskelig for mange av deltakerne. Travelbee (2003, s. 34-37) støtter også opp om viktigheten av helsefremmende

undervisning. Hun beskriver at kjernen er å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere sykdommen. Personen sykepleieren veileder kan finne helsebevarende tiltak som meningsløse, der han eller hun over tid kan komme til å føle at målet ikke er verdt tiltakene. Gjennom undervisning om viktigheten og positive helsegevinster, praktisk tilnærming og en aktiv deltakelse, kan sykepleierne nettopp gjøre dette.

En salutogen tilnærming i møtet med pasienten tar sikte på å øke personens evne til å håndtere helseutfordringer i hverdagen. Sykepleieren skal hjelpe pasienten med å finne sine ressurser og ta kontroll over eget liv. Ved at sykepleieren gjør personen bevisst om sitt eget potensial og hvilke indre og ytre ressurser han eller hun har tilgjengelig, kan personen få økt tillit til egne mestringsmuligheter (Langeland & Vaardal, 2014, s. 53-55). Dette kan gjøres ved å finne den aktiviteten som gir en følelse av meningsfullhet og som passer ut i fra forutsetningene til personen. Hva pasienten har hatt interesser av tidligere kan være aktuelt å bli kjent med. Videre bør sykepleieren i starten foreslå aktiviteter som verken er for krevende eller for langvarige. Aktuelle aktiviteter kan være tur, sykling, svømming, dans og ballspill. Ved at sykepleieren gjennom slikt helsefremmende arbeid fremmer fysisk aktivitet som noe meningsfullt, forståelig og håndterbart, styrkes personens OAS. Samtidig vil det også fremme brukermedvirkning. Det er en grunntanke om at pasienten må bli anerkjent som ekspert på seg selv, sin unike situasjon og erfaringer. Ved at pasienten blir tatt på alvor og er en aktiv deltaker legges grunnlaget for å styrke motivasjon, mening og OAS (Langeland & Vaardal, 2014, s. 53-55). Helsedirektoratet (2014) påpeker at en aktiv brukermedvirkning vil ha en terapeutisk effekt. Å involvere og anvende pasientens kompetanse er avgjørende for at pasientens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes. Samtidig er det viktig for at pasienten skal beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv. Gjennom brukermedvirkning vil den enkelte styrke sin livskvalitet og mestring, som igjen bidrar til et bedre resultat av behandlingen (Storm, 2009, s. 22). Ved å oppmuntre til at personen får erfaringer som kjennetegnes av tilhørighet, tillit, gode relasjoner og bruk av egen kunnskap og styrke, kan personen komme i et positivt helsemønster (Langeland & Vaardal, 2014, s. 53-55). Slike erfaringer ses blant annet ved gruppetrening. Å møte og trene sammen med andre som delte de samme utfordringene var av betydning for deltakerne i studien til Danielsson, Kihlbom og Rosberg (2016). Betydningen av et felleskap påpekes også av Moe og Martinsen

(2011, s. 81). Tilhørighet og sosial kontakt har stor betydning når det kommer til motivasjon, der det kan bidra til å skape et fellesskap og et sosialt nettverk for pasienten.

## 6.0 Konklusjon

Funnene i denne litteraturstudien viser at fysisk aktivitet har betydningsfulle helsegevinster på det psykiske og fysiske plan hos deprimerte pasienter. Ved å informere pasienten om dette, både ved hjelp av en teoretisk og praktisk tilnærming, kan sykepleieren drive helsefremmende arbeid. Sykepleieren har en viktig oppgave å veilede pasienten i å forstå fysisk aktivitet som en meningsfullt, håndterbart og forståelig handling. Å lage konkrete mål for den fysiske aktiviteten sammen med pasienten blir ansett som viktig for å fremme mestring, motivasjon og håp, samt at det øker brukermedvirkningen. For å oppnå dette viser funn at det først og fremst er viktig at sykepleieren skaper en god relasjon med pasienten. Det innebærer å benytte en tilnæringsmåte som baseres på trygghet, støtte, empati, et helhetlig syn på pasienten og at pasienten blir anerkjent som en ekspert på seg selv. Videre er det viktig å kunnskaper rundt lidelsen depresjon, som hvilke symptomer som kan skape barrierer for fysisk aktivitet. Dette er nyttig i motivasjonsarbeidet sykepleieren gjør, da det kan skape forståelse for pasienten. Å fremme håp blir anerkjent som betydningsfullt av flere, der pasienten kan oppleve mestring gjennom å føle på håpet om bedring. Samtidig blir gruppeaktiviteter ansett som en viktig faktor for å skape motivasjon, da det å møte personer med samme utfordringer kan være en kilde til motivasjon og mestring, samt skape et sosialt fellesskap.

## 7.0 Referanseliste

- Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser. I T. F. Aarre (Red.). *Psykatri for helsefag*. (2. utg., s. 135-162). Bergen: Fagbokforlaget
- Askheim, O. P. (2012). Empowerment – ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.). *Empowerment – i teori og praksis*. (4. utg., s. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blomqvist, M., Sandgren, A., Carlsson, I. M. & Jormfeldt, H. (2017). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing*, <https://doi.org/10.1111/inm.12313>.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dahl, E. & Friestad, C. (2016). Sosial ulikhet og psykisk helse. I R. Norvoll (Red.). *Samfunn og psykisk helse*. (1. utg., s. 149-165). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Danielsson, L., Kihlbom, B., & Rosberg, S. (2016). Crawling Out of the Cocoon’’: Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. *Physical Therapy*. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150076>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31. mai). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 14. april 2019 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorchynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 46(14): 2869–2881. DOI: 10.1017/S0033291716001732
- Folkehelseinstituttet. (2017, 27. september). *Fysisk aktivitet i Noreg*. Hentet 5. april fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/#fysisk-aktivitet-blant-vaksne>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2. utg., s. 112- 134). Bergen: Fagbokforlaget
- Haugan, T., & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist – og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen



(Red.). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2. utg., s. 135-156). Bergen: Fagbokforlaget

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 3. april 2019 fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2014, 28. februar). *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet 11. april fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2013, 25. oktober). *Fysisk aktivitet*. Hentet 2. april fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hutchison, S. L., Terhorst, L., Murtaugh, S., Gross, S., Kogan, J. N., & Shaffer, S. L. (2016). Effectiveness of a Staff Promoted Wellness Program to Improve Health in Residents of a Mental Health Long-Term Care Facility, *Issues in Mental Health Nursing*, 37:4, 257-264, DOI: 10.3109/01612840.2015.1126774

Jansson, E. & Andersen, S. A. (2015). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s.37-44). Oslo: Helsedirektoratet

Langeland, E., & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge. (Red). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s.45-71). Bergen: Fagbokforlaget

Martinsen, E. W. (2014). Kognitiv terapi og fysisk aktivitet. I A. Almvik & L. Borge. (Red). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s. 123-142). Bergen: Fagbokforlaget

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

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid- ideologer og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2. utg., s. 14-36). Bergen: Fagbokforlaget

Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. Martinsen. *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*. (3. utg., s. 155- 171). Bergen: Fagbokforlaget

- Moe, T., & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. (s. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget
- Møller, P. (2015). Psykosens anatomi og selvets grunnstoff. I F. Oterholt & G. B. Haugen (Red.). *Mening og mestring ved psykoselidelser*. (s. 178-191). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2019, 14. februar). *Depresjon*. Hentet 1. mars fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/depresjoner/depresjon/>
- Oterholt, F. & Haugen, G. B. (2015). Innledning. I F. Oterholt & G. B. Haugen (Red.). *Mening og mestring ved psykoselidelser*. (s. 13-16). Oslo: Universitetsforlaget.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rönngren, Y., Björk, A., Audulv, Å., Enmarker, I., Kristiansen, L., Haage, D. (2017). Educational nurse-led lifestyle intervention for persons with mental illness.. *International Journal of Mental Health Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12410>
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialutdanningene*. (4. Utg.) Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G., van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J. J., Beekman, A. T. F., & van Meijel, B. (2015). The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & T. L. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (2. utg., s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget

World Health Organization. (2018, 22. mars). *Depression*. Hentet 28. februar fra:  
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk

## Vedlegg 1

Søk: Cinahl	Eksklusjonskriterier	Inklusjonskriterier	Antall treff	Utvalgte artikler til bacheloroppgaven
Major depression AND exercise AND motivation OR therapy	Ekskluderte artikler før år 2014	Research article  Peer reviewed  Engelskspråklig  All adults	44	Danielsson, Kihlbom, & Rosberg. (2016).  «Crawling Out of the Cocoon”: Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression»
Mental illness AND health promotion OR patient education AND educational intervention	Ekskluderte artikler før år 2014	Research article  Peer reviewed  Engelspråklig  All adults	16	Rönnngren, Björk, Audulv, Enmarker, Kristiansen, & Haage, (2017)  «Educational nurse-led lifestyle intervention for persons with mental illness»
Severe mental illness AND mental health nursing AND healthy living	Ekskluderte artikler før år 2014	Research article  Peer reviewed  Engelspråklig  All adults	1	Blomqvist, Sandgren, Carlsson & Jormfeldt (2017).  «Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services»
Depression OR mental illness AND physical activity OR exercise AND nursing role OR coping strategies	Ekskluderte artikler før år 2014	Research article  Peer reviewed  All adults  Engelskspråklig	45	Stegink, van der Voort, van der Hooft, Kupka, Goossens, Beekman, & van Meijel. (2015).  «The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective»

## Vedlegg 2

Søk: Pubmed	Ekklusjonskriterier	Inklusjonskriterier	Antall treff	Utvalgte artikler til bacheloroppgaven
Depression AND physical activity OR exercise AND barriers OR motivation	Ikke eldre enn 5 år	Full text Review	<b>52</b>	Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorczynski, Yung & Vancampfort. (2016).  «Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis»
Long-term care AND health promotion AND physical activity OR exercise AND mental health	Ikke eldre enn 5 år	Full text	<b>22</b>	Hutchison, Terhorst, Murtaugh, Gross, Kogan, & Shaffer, (2016).  «Effectiveness of a Staff Promoted Wellness Program to Improve Health in Residents of a Mental Health Long-Term Care Facility»

