



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 45

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9304

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

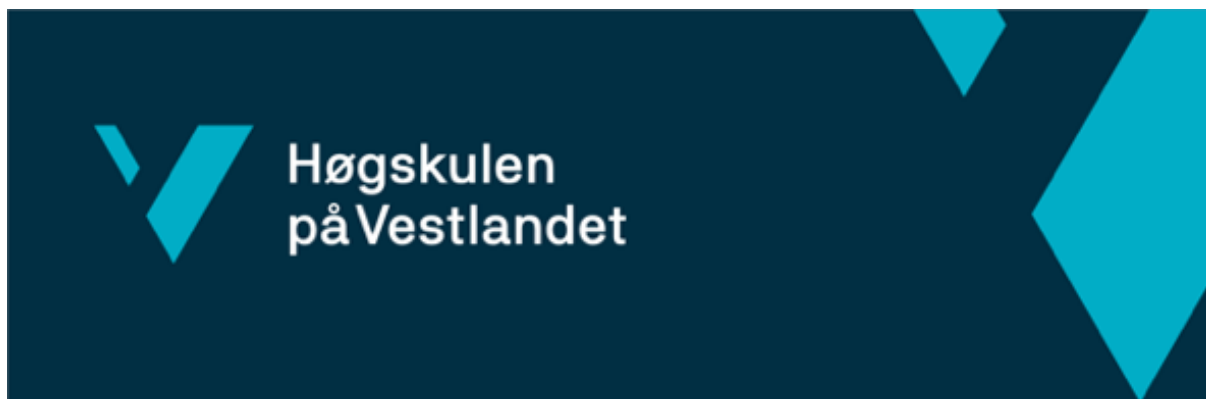
Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 30

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

Depresjon-Motivasjon-Fysisk aktivitet

Depression-Motivation- Physical activity

Kandidatnummer: 45

GRSD15

HVL FHS IHO

Antall ord: 9304

Innleveringsdato: 10.05.2019

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.

OPPSUMMERING:

I denne studien er det gjort forsøk på å belyse hvordan sykepleier kan motivere mennesker med mild til moderat depresjon til å komme i fysisk aktivitet. Stadig flere mennesker opplever eller vil oppleve en depresjon i løpet av sitt liv. Depresjon påvirker hele mennesket og jeg belyser hvordan dette også påvirker oss hormonelt. Forskning viser at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på en depresjon. Det kommer også frem i studien at fysisk aktivitet har fordeler og virker helsefremmende både fysisk og psykisk. For å fremme en motivasjon er sykepleier en viktig støttespiller og har en unik posisjon i lys av sin rolle hos pasienten. Jeg vil få frem hvilken rolle sykepleier har og hvordan hun kan gå frem med ulike kommunikasjonsmodeller for å fremme motivasjon. Fysisk aktivitet kan være et billig, enkelt og lett tilgjengelig tiltak for pasienten og trenger ikke være mer komplisert enn en spasertur. Jeg vil vise hvilke steg sykepleier må gå for å klare å fremme en motivasjon.

ABSTRACT:

The pupose of this study is to see how nurses can motivat people with mild to moderat depression into being physical activ. People will experience one time or another a depression of some sort in there life. Depression have an impact the whole body, also hormonal witch I will explain. Research show us that physical activity has a positiv impact on depression. Researct also show that physical activity has an positiv affect both physical and mentally. The nurse is a important roleplayer when it comes to motivat the pastient. I will show how the nurse with diferente communication models can promote motivation with the patient. Physical activity can be a non cost and simpel measures to do. I will show i this study witch step the nurse have to do to find the motivation in the patient.

1.0 INNLEDNING.....	side 4-5
1.1 Problemstilling.....	side 5
1.2 Avgrensning.....	side 5
2.0 METODE.....	side 5-7
2.1 Kildekritikk.....	side 7
2.2 Presentasjon av artikler.....	side 7-11
3.0 TEORI.....	side 11
3.1 Kari Martinsen.....	side 11-12
3.2 Depresjon.....	side 12-13
3.3 Empatisk kommunikasjon.....	side 13-14
3.4 Relasjoner.....	side 14-16
3.5 Fysisk aktivitet.....	side 16-17
3.7 Motivasjon.....	side 17-19
4.0 Drøfting.....	side 19
4.1 Å skape en god relasjon.....	side 19-21
4.2 Oppnåelse av motivasjon.....	side 21-23
5.0 Avslutning	side 23-24
6.0 Referanseliste.....	side 25-27

1.0 INNLEDNING

Depresjon er en av de vanligste årsakene til både uførhet, sykemelding og til andre typer sykdom i verden i dag. Det er til en hver tid mellom 6-12 % av befolkningen som har en depresjon, og mange vil rammes en eller gang i livet. Depresjon finnes i ulike grader, fra mild og forbigående til alvorlig med selvmordsfare. Symptomene på depresjon varierer og kan være mange. De fleste opplever symptomer som manglende energi, tap av interesse for andre mennesker og omgivelsene, nedtrykthet, dempet stemningsleie, skyldfølelse og dårlig selvbilde, selvbebreidelse og tap av opplevelse av mening i livet. Mange av de som har en depresjon vil kunne nyttiggjøre seg en behandling bestående av samtaler i form av kognitiv terapi og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016).

Platon skrev dette:

«Mangelen på mosjon bryter ned ethvert menneskes gode form, mens bevegelse og metodisk fysisk aktivitet bevarer og forbedrer den» Platon, 400 f.kr (referert i Martinsen, 2018, s.20).

Fysisk aktivitet har blitt beskrevet i over 5000 år. Romerne og grekerne viste også at sammenhengen mellom kropp og sjel var viktig. Vel og merke var den organiserte idretten forbeholdt menn, kvinner og slaver hadde ingen plass her. Den romerske skalden Juvenal som levde i slutten av f.kr og første del av e.kr er den som skrev uttrykket « en sunn sjel i et sunt legeme». Dette og mye annet er skrevet om sammenhengen mellom kropp og sinn, viktigheten av aktivitet har vært kjent i mange tusen år (Martinsen, 2018, s.19-20).

Tema er valgt på bakgrunn av erfaringer jeg har gjort meg under mine praksisperioder under sykepleierstudiet og i min daglige jobb. Det er ofte overskrifter i tidsskrifter, på TV og i sosiale medier som forteller om mye psykiske lidelser blant befolkningen. Depresjon blir ofte fremhevet som økende, samt det snakkes om store mørketall og at stadig flere unge sliter psykisk. Det er forsket på fysisk aktivitet og depresjon. Jeg har valgt å holde mitt fokus på depresjon og motivasjon. Som sykepleier kommer man tett på pasientene og deres sykdoms hverdag og man står i en unik posisjon til å kunne påvirke pasientens hverdag. Kari Martinsen skriver at sykepleie er omsorg og nestekjærlighet for det syke menneske, hvor fagkunnskap, nærværet og omsorgen jobber sammen (Martinsen,K.,s.38). På Helsedirektoratet sine sider

står det at pasienter i det norske helsevesen har en lovfestet rett til å medvirke i sin egen behandling. Pasienten har rett til å bli tatt på alvor, bli behandlet med respekt, føle tillit og trygghet og få hjelp når behovet er tilstede. Videre står det at det å få påvirke sin behandling vil kunne bidra positivt og styrke pasientens motivasjon. Dette kan bidra til pasientens tilfriskningsprosess og ha en terapeutisk effekt, dermed bidra til økt selvbilde og selvtillit (Helsedirektoratet,17.10.2017).

1.1 PROBLEMSTILLING

«Hvordan kan sykepleier bidra til fysisk aktivitet hos personer med depresjon?»

1.2 AVGRENSNING

Oppgaven vil bli avgrenset til å dreie seg om mennesker med lett til moderat depresjon og hvordan sykepleier kan motivere til fysisk aktivitet. Mennesker med mild til moderat depresjon er mer mottagelig for endringer i livet. De er ikke i en konstant dyp depresjon og varierer i stemningsleie og en depresjon kan også være forbigående for noen (Hummelvoll, 2012, s.199). Dyp/tung depresjon blir ikke tatt med. Dette fordi de ofte er så preget av sin psykiske lidelse at de er i en tilstand hvor de vanskelig lar seg motivere og engasjere. De har ofte behov for annen type behandling som for eksempel samtaleterapi (Hummelvoll,2012, s. 200). I artikkelen til Firth,J., Rosenbaum,S., Stubbs,B., Gorczyński,P., Yung,A.R., Vancampfort,D. står det at mange med depresjon har medikamentell behandling og at dette kan gi bivirkninger som trøtthet (Firth,J., Rosenbaum,S., Stubbs,B., Gorczyński,P., Yung,A.R., Vancampfort,D, 2016,s.2870). Dette vil ikke bli lagt vekt på i oppgaven selv om det er relevant for mange med depresjon da kommunikasjon og motivasjon er hoved fokuset mitt.

2.0 METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er en studie i eksisterende kunnskap og i relevant forskning som er aktuelt for valgte tema (Thidemann,2017, s.80-81).

Jeg har gjort søk i ulike databaser for min oppgave. Det er gjort søk i SveMed+ og CINAHL . Forskningen består av både kvantitativ og kvalitativ forskning. Begge disse har som formål og gi en bedre forståelse i samfunnet. Å gjøre en kvantitativ forskning betyr at man går i bredden på et tema, at det er et fåtall med opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Her er målet å få frem det som er felles, representativt og finne forklaringer. Kvalitativ forskning er det

motsatte, her går man i dybden med mange spørsmål til få undersøkelsesenheter. Målet her er å fremsette det avvikende, spesielle og formidle forståelse (Dalland, 2010,s.86).

Jeg har brukt pensumlitteratur i tillegg til annen litteratur jeg fant relevant for å belyse min problemstilling. Når det gjelder litteratur er det best å benytte seg av primærlitteratur, dette for å best sikre seg mot andres tolkninger og eventuelle unøyaktigheter. Benyttet kilde skal uansett refereres til i tekst og referanseliste (Dalland,2007,s.284).

I forhold til etiske retningslinjer har jeg anonymisert pasienter og praksis steder i oppgaven. Det er ikke referert til enkeltpersoner, hendelser eller steder Dette i tråd med norsk lov for å ivareta pasientens rett til personvern, hvor en person skal ivaretas og anonymiseres (Lov om personopplysninger,2000, §2.) Kilder blir referert i tekst og referanseliste og de som brukes som kilder blir kreditert for dette.

I mine søk har jeg brukt databasene SveMed+ og CINAHL.

SveMed+ er en nordisk database for helsefag, denne inneholder referanser til nordiske tidsskrifter (HVL, søk etter ressurser, 2019).

CINAHL er en database hvor man finner engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensende fag som fysioterapi, ergoterapi og ernæring. Her finner man blant annet forskning, avhandlinger og tidsskrifter (HVL, søk etter ressurser, 2019).

I SveMed+ ble det brukt søkeordene: depression, physical activity, nursing og motivation med bindeordet AND. Søkeordene ble satt sammen i ulik rekkefølge og ga noen eller ingen treff. Resultatene jeg fikk i SveMed+ var innen fysioterapi og spesifikke sykdommer som hjerte- kar sykdommer, kreft diabetes eller andre sykdommer, dette ble derfor ikke brukt i min oppgave da jeg fant dette som ikke relevant for min problemstilling som sykepleier.

I CINAHL var det betydelig flere treff og jeg valgte å bruke artikler fra dette søket. CINAHL er en engelskspråklig database og engelske søkeord ble derfor brukt. Engelsk er ikke mitt førstespråk og jeg har oversatt enkelt ord med engelsk-norsk ordbok for å få en mest mulig korrekt oversettelse. Dette ble gjort for å hindre feil og mangler i tekstoversettelsen og for å gi en så korrekt oversettelse som mulig.

I CINAHL ble det brukt søkeordene i denne rekkefølgen: mental illness AND physical activity AND motivation. Dette ga meg 41 treff, jeg leste 13 abstracter, leste 5 av dem og valgte ut 4 artikler som relevant for min problemstilling. Endel av artiklene hadde samme forfatter, derfor valgt jeg ut en av deres publiserte artikler. Inklusjonskriterier som ble benyttet for å få den nyeste forskningen var søk innen årene 2009 og 2018. Jeg ønsket å

bruke Peer Reviewed artikler slik at det jeg valgte av forskning var fagfellevurdert. At en artikkel er fagfellevurdert eller Peer Reviewed betyr at det er minst to andre fagpersoner som forsker på samme tema som går igjennom artikkelen. De gir tilbakemeldinger om tekst, oppbygging og det som må forbedres før publikasjon. Dette gjør at artikkelen blir kvalitetssikret og at den følger de normer som gjelder for akademiske og vitenskapelige tekster (Kildevurdering, 2019). Artikkelen som er brukt er fra år 2014 og 2016.

2.1 Kildekritikk

Kilder som brukes i en oppgave skal være vurdert og karakterisert. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få ta del i de refleksjoner som er gjort i forhold til relevans og gyldighet for en oppgave, hva som er brukt for å belyse en problemstilling. Like fullt handler det også om hvordan man gjør rede for anvendt litteratur i oppgaven (Dalland, 2010, 66-67). Dette er en studie basert på litteratur. Jeg valgt å bruke faglitteratur, dette for å få mest mulig relevante kilder til mitt tema. En av fordelene mine er at jeg har erfaring innen temaet jeg har valgt og jeg visste derfor hva jeg skulle lete etter.

Når det gjelder artikler er alle fire skrevet på engelsk, i og med at det er jeg som har oversatt dem til norsk vil det derfor være min tolkning av teksten. Alle artiklene er fagfellevurdert og funnet i databasen CINAHL som er en database for sykepleiere.

I oppgaven er det brukt litteratur fra pensumlisten i tillegg til annen selv valgt faglitteratur samt forskning om aktuelle tema.

Av sykepleie teoretikere er Kari Martinsen et naturlig valg for meg. Hun er sykepleier og filosof, hun er fremdeles aktiv og aktuell i dag. Hun skriver om tema som omhandler forholdet mellom pasient og sykepleier, den gode samtalen og den gode relasjonen. Dette har høy relevans for problemstillingen min som er hvordan man som sykepleier kan bidra til økt aktivitet hos pasienten.

2.2 PRESENTASJON AV ARTIKLER

Artikkel nr 1:

Av: Rønngren, Y.M., Bjørk, A., Haage D. & Kristiansen, L. (2014).

LIFEHOPE.EU: lifestyle and healthy outcome in physical activity.

Dette er en kvalitativ studie hvor det ble intervjuet hjemmeboende personer med psykiske lidelser og personalet som jobbet med denne gruppen.

LIFEHOPE er et pågående prosjekt hvor hensikten er å utvikle og opprettholde en bedre livsstil for mennesker med ulike psykiske lidelser. I tillegg ble det gitt en kognitiv individuell

tilpasset opplæring av pasientene samt gitt kosttilskudd. Det blir presentert at mennesker med psykiske lidelser har større risiko for sykdommer som hjerte-kar sykdommer og det er større dødelighet blant denne gruppen, og med denne studien ønsker de å vise at fysisk aktivitet er gunstig for en bedre livsstil.

Det ble gitt spørsmål til pasientene om erfaring med aktivitet, muligheter og barrierer for å utføre aktivitet, hvordan de motiverte seg selv og hvilken støtte de hadde. Til de ansatte ble det stilt spørsmål om erfaringer rundt det å gi assistanse til pasienten som skal i aktivitet, hvordan de motiverte til aktivitet og kunnskap samt interessen i forhold til aktivitet.

Hovedfunnene i studien viste at pasientene fant endringer i livsstil vanskelig å oppnå, mangel på motivasjon var også noe som gikk igjen i svarene. Pasientene nevnte blant annet at støtte og motivasjon fra personalet var en viktig faktor på veien mot livsstilsendring. De manglet kunnskap om fordelene ved fysisk aktivitet. Personalet mente at hvis de hadde interesse og kunnskap rundt fysisk aktivitet hadde dette mye å si for motivasjon av pasientene. Kunnskap var en stor fordel og til stor nytte, både for å kunne vise større interesse, men også for å kunne undervise pasienten om fordelene og forebyggende effekter ved fysisk aktivitet. Også individuell tilrettelegging var viktig for å få motivert pasienten og aktivitet i gruppe var et av tiltakene for å engasjere andre pasienter. I denne studien kom de frem til at aktivitet var lettere å få til når personalet var kunnskapsrik, motivert og ga individuell støtte til pasientene.

Artikkel nr2:

Av: Farholm,A. & Sørensen, M.(2016).

Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies.

Dette er en kvantitativ studie hvor andre artikler ble studert. I hovedsak er det undersøkt motivasjon i sammenheng med fysisk aktivitet. Det kommer frem at fysisk aktivitet er en etablert strategi for håndtering av psykiske lidelser, og at dette bør videre være prioritert for denne gruppen pasienter. De skriver at sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder kunnskap om pasientens barrierer, begrensninger og interesser. Denne kunnskapen kan brukes til å motivere pasienten og tilpasse aktiviteten til hver enkelt pasient. Undersøkelsene de har gjort viser at det er gode resultater for pasientene som blir fulgt opp og ivaretatt av sykepleiere, både i forhold til livsstilssykdommer, vektnedgang og økt fysisk aktivitet. De påpeker også hvor vanskelig mennesker med psykisk aktivitet synes det er å legge om sin livstil og være mer fysisk aktiv, at det er utfordrende å stå i dette alene og at støtte og hjelp av helsepersonell

ofte er avgjørende. Helsepersonell har rapportert at manglende motivasjon er en av barrierer som gjør at aktivitet ikke blir gjort. Det kommer blant annet frem at motivasjon er en prosess som består av to trinn. Det første er at sykepleier må bruke sin posisjon, sin kunnskap og sin mulighet til å lage en god relasjon til pasienten med bakgrunn i muligheten til å se pasienten daglig. Det andre er å forstå prosessen og ha god kunnskap om hva motivasjon er samt trinnene som skal til for å klare å motivere pasienten. Mangel på motivasjon blir gitt som en grunn til manglende rekruttering og opprettholdelse av fysisk aktivitet. Det forfatterne hadde sitt fokus på var å samle alle artikler som inneholdt sammenhengen mellom fysisk aktivitet og motivasjon. Denne undersøkelsen er delt i to grupper:

En: Motivasjon relatert til fysisk aktivitet.

To: Bruk av ulike motivasjonsteknikker og teori. I de fleste undersøkelsene fant de ingen assosiasjon mellom gruppe en og gruppe to. Ulike aktiviteter ble prøvd ut og det var variabler i motivasjon i begge grupper og i alle aktivitetene. Det ble ikke et entydig svar på om det var indre motivasjon eller undervisning som ga best resultat. Alle aktiviteter hadde en varighet på 8-12 uker. Noen av aktivitetene ga større mestringsevne enn andre, blant annet styrketrening. Dette ga også en reduksjon i depresjon hos pasienten. For de som ble fulgt opp med samtale en gang i uken over flere måneder og hadde fri tilgang til treningssenter, ble det registrert at pasienten trente mer regelmessig, var mer motivert og hadde bedre livsmestring. Forfatter sier at resultatene for sin undersøkelse viser at de fleste nevner at motivasjon er en viktig faktor for å få til en fysisk aktivitet, men at de ikke har funnet noen som skriver noe om hvorfor det fungerer slik det gjør.

Artikkel nr 3:

Av: Chapman, J.J., Fraser, S.J., Brown, W.J. & Burton, N.W. (2016).

Physical activity preferences, motivators, barriers and attitudes and adults with mental illness.

Dette er en kvalitativ studie hvor 425 var invitert, men totalt deltagende var 142 personer med ulike psykiske lidelser. Hensikten med studien var å vurdere hvilken type fysisk aktivitet som ble foretrukket, hvilken type oppfølging som man følte man hadde behov for, motiverende faktorer og barrierer som var der. Deltakerne var hjemmeboende, noen i arbeid, noen i skole mens noen var hjemmeværende av ulike årsaker. Alle var under behandling for sine psykiske lidelser. Spørsmål om aktivitet, forhold til personlig trener og oppfølging, barrierer, økonomi i tillegg til sosial status ble gitt deltakerne som de fylte ut på

egen hånd eller under assistanse. I studien blir det lagt frem at mennesker med psykiske lidelser har lavere forventet levealder, høyere risiko for livsstilssykdommer som hjerte-kar sykdommer, diabetes og overvekt, og at fysisk aktivitet kan ha positivt utfall på disse. Forfatterne skriver at selv om pasientene ønsket å være aktive var det få som var det. Det kom frem i deres undersøkelse at barrierer som manglende støtte apparat, at det er kostbart, lavt energinivå, manglende motivasjon, bivirkninger fra medikamenter var noen av årsakene til at det ble vanskelig. Pasientene hadde tro på de positive sidene ved fysisk aktivitet og hadde et ønske om å være mer aktive. De motiverende faktorene som ble nevnt var vektkontroll, det sosiale ved aktiviteten, økt energinivå samt bedre psykisk helse. Forfatterne mener at hvis man har forståelse for mekanismen bak psykiske lidelser, hva som er motivatorer og barrierer kan man hjelpe denne gruppen ut i fysisk aktivitet og til en livsstilsendring som gir en bedre livskvalitet. Utfallet av denne undersøkelsen viste at det var viktige faktorer at aktiviteten kostet lite eller var gratis, at det var oppfølging av kvalifisert personell med god kunnskap om psykiske lidelser og fysisk aktivitet. Turer eller organisert treningsprogram en til en eller i grupper var foretrukket og at det var individuelt lagt opp slik at den enkelte kunne klare å gjennomføre dette.

Artikkel nr4:

Av: Firth, J., Rosenbaum, S. Stubbs, B., Gorzynski, P., Yung, A.R. & Vancampfort, D. (2016).

Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and metaanalysis.

Dette er en kvantitativ studie hvor analyser av andre kvantitative studier er gjort. Funnene de gjorde var at det var nødvendig å forstå bakgrunnen for motivasjon og barrierer mennesker med psykiske lidelser opplever. De fant at mennesker med psykiske lidelser lever i gjennomsnitt 15-20 år kortere enn psykisk friske, de har i tillegg høyere risiko for diabetes, overvekt og hjerte-kar sykdommer, de fant at dette kan forbedres og/eller forsvinne ved livsstilsendring og fysisk aktivitet. Oppfølging av kvalifisert personell som personlig trener eller andre med kunnskap om psykiske lidelser og fysisk aktivitet var også viktig for denne pasient gruppen for at de skulle klare å gjennomføre og opprettholde en livsstilsendring. I denne undersøkelsen kom det også frem at organiserte fysisk aktivitet program med oppfølging så ut til å ha best effekt og pasienten fulgte bedre opp denne type aktivitet.

For fysisk motivasjon var funnene bedring i fysisk helse, denne var høyest ranket i undersøkelsen. Økt energi, vekt nedgang og økt styrke ble også ranket høyt av pasientene. Som motivatorer for psykisk helse var sterkere psykisk helse, redusert stress og økt stemningsleie det som ranket høyest. Dernest var bedre søvn, bedre selvbilde og glede over å drive med fysisk aktivitet gode motivatorer.

Ved fysiske barrierer fant man at fysiske plager og dårlig helse gjorde det vanskelig for pasientene til å være aktive, samt at de følte de hadde lite energi og var plaget av trøtthet. Ved psykiske barrierer var funnene at depresjon og stress var det som gjorde størst utslag. De fant også at manglende støtteapparat hadde mye å si for om pasientene klarte å komme i en aktivitet, og noen av studiene viste at noen mente de ikke hadde tid og for lite kunnskap innen fysisk aktivitet. Totalen av funnene i denne studien sa at mennesker med psykiske lidelser ønsker å være mer aktiv, men at manglende oppfølging er grunnen til at de ikke klarer det. Så deres resultat var at med tett kvalifisert oppfølging, tilrettelagte aktiviteter vil være avgjørende og være den motivasjonen som skal til for at aktivitet er mulig for denne pasient gruppen.

3.0 TEORI

3.1 KARI MARTINSEN

Kari Martinsen skriver at det man sanser som sykepleier kan oppleves som smertefullt og ubehagelig fordi det er identifiserende. Pasientens opplevelser og ord setter oss inn i et fellesskap fordi vi identifiserer oss med det, det krever noe av oss og det krever en tilstedeværelse. Vi må forholde oss til den andre (Martinsen, 2002, s.23). Alle kan ha en kommunikasjon med andre, det som gjør forskjellen er om vi har evnen til å lytte og utvikle samtalen sammen med den andre. Begge parter skal kunne gjenkjenne det samtalen handler om. En samtale er en treleddet samtale, en relasjon. En treleddet samtale består av deg, meg og det som vi har felles i samtalen, et problem, en sak eller et spørsmål. Vi har et fellesskap i samtalen, da oppstår det en samtale mellom to individer. I det den ene ikke engasjerer seg i samtalen har man en toleddet samtale (Martinsen, 2005, s.23-25). Martinsen refererer til Løgstrup som sier at en samtale ikke bare handler om det man formidler til den andre, men også at man lytter til det den andre har sagt. At en samtale er å snakke med den andre og ikke bare til, man snakker til hverandre og gir svar på det den andre formidler for å få et fellesskap i samtalen (Martinsen, 2012, s.39). I *Øyet og Kallet* skriver Martinsen noe om at tillit er grunnleggende i alle menneskers liv, det er en anerkjennelse og en aktelse av den andre ut fra den likhet vi deler. Likheten er anerkjennelsen og det som er identifiserbart for sykeleierne.

Denne anerkjennelsen kan gi en sykepleier en unik tilgang til en pasient sin historie og liv, og slik kunne stå i en særposisjon for å gi omsorg og se pasienten som et helt menneske. Å kunne forstå et annet menneske er samtidig å ha forståelse for seg selv, fordi at man tar del i og viser interesse for den andres liv. Videre skriver hun at en sykepleier ikke må bruke sin makt posisjon men må se pasienten med sitt hjerte slik at en tillit er mulig å etablere. Sykepleier skal bruke sin maktposisjon til å gi omsorg, kjærlighet og til å løfte pasienten opp og frem. En sykepleier skal sanse mer enn hun registrerer, som hva pasienten formidler med kropp og språk og ikke la pasienten bli et objekt. Når pasienten blir et objekt går sykepleier bort fra det å være nærværende til å være fraværende, og et tillitsforhold blir vanskelig og etablere. Pasienten blir objektet og diagnosen og ikke et helt menneske (Martinsen, 2002,s.9-10). I den travelheten en sykepleier opplever kan det være utfordrende å finne ro og klare å være tilstede for pasienten. Det blir vanskelig å oppfatte stemningen i rommet og de uttrykk som pasienten formidler, tilstedeværelsen av sykepleier blir fraværende og sanseligheten forsvinner i travelheten. I denne travelheten får sykepleier ingen fortrolighet hos den syke. Pasienten blir en diagnose og den syke som skal behandles, og individet som pasienten er blir borte. Videre skriver Martinsen at når man ikke får denne fortroligheten og tilstedeværelsen, da får man heller ingen erfaring som fester seg. Fordi opplevelsene blir ikke husket når man ikke er tilstede med sine sanser sammen med pasienten. Sykepleier blir fremmedgjort for opplevelsene og fattige på erfaring. Uten tilstedeværelsen blir ikke sykepleier kjent med pasientens ståsted, historie og situasjon (Martinsen, 2018,s.49-52).

3.2 DEPRESJON

Depresjon kan vise seg på mange måter, og alle vil på et eller annet tidspunkt i livet oppleve nedstemthet uten at det nødvendigvis er en depresjon. Symptomene ved depresjon viser seg ofte som, tiltaksløshet, tristhet, nedsatt appetitt, nedsatt evne til å føle glede, forstyrret søvn samt redusert konsentrasjonsevne, for å nevne noen. Personer med depresjon føler seg ofte initiativløs, har dårlig selvbilde og ofte skyldfølelse. Aktivitet er vanskelig å få til fordi de har lite motivasjon og lite energi på grunn av sin sinnsstemning. Oppmerksomheten til pasienten retter seg ofte mot egne mangler hos seg selv og i sitt liv. Man kommer inn i en negativ sirkel hvor alt dreier seg om feil ved seg selv, hva man burde ha gjort men ikke orker, man føler seg fanget i eget tanke mønster og sin egen utilstrekkelighet (Håkonsen, 2014,s.307-311)

Mennesker med en depresjon opplever ofte å ha et dårlig selvbilde, de har gjerne så negativt syn på seg selv og fremtiden at de har behov for profesjonell hjelp. De har også ofte en

opplevelse av motløshet, nedstemthet, nedsatt konsentrasjonsevne og nedsatt aktivitetsnivå. De sover gjerne dårlig om natten, føler lite glede og interesse for andre. Dårlig matlyst er også ofte et problem. Dette blir en vond sirkel som er vanskelig å komme ut av på egen hånd. Hverdagen er ofte preget av grubling og bekymringer, dette er også kalt ruminering. Ruminering er når ens oppmerksomhet dreier seg om manglene man selv mener man har eller som livet har. Man opplever isolasjon og ensomhet og man føler seg utilstrekkelig og ikke god nok, man blir fanget i et negativt tankemønster hvor man er nedsettende om sin egen person. Rumineringen føles ukontrollerbar og tankene føles ofte kaotiske. Fokuset sirkulerer ofte rundt det samme, sin utilstrekkelighet, hvor dårlig man er, hvor lite energi man har og hvor håpløst alt er. Denne rumineringen settes i forbindelse med følelsene og vekker også tidligere minner av negativ art. Man faller dypere inn i depresjonen og verden fremstår som mørk og vanskelig. Intervjuer med pasienter viser at når man er i en depresjon tolker man ofte andre mennesker, et smil betyr at de ler av deg, ingen vil snakke med en, står noen prater sammen tror den med depresjon at de snakker negativt om ham/henne. De føler seg så fanget i sitt mørke, føler seg så alene og at ingen ønsker å ha noe med dem og gjøre. Pasienten har ingen tro på en lysere fremtid og mener at livet aldri vil bli bedre eller lettere. Det som nå blir beskrevet varierer i styrke hos pasienten, det har variasjon ut i fra hvor dyp depresjonen er. En depresjon kan variere hos den enkelte fra lett til moderat til dyp depresjon. Mange vil ha behov for profesjonell hjelp i sin lidelse (Håkonsen,2014,s.307-310).

3.3 EMPATISK KOMMUNIKASJON

Søren Kierkegaard sier blant annet at hvis man skal kunne være en annen til hjelp, må man møte vedkommende der han/hun er og at dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Vi må videre kunne forstå den andre og være en aktiv deltaker i en dialog (Kierkegaard, referert i Brudal, 2014, s.16). Nyere oppdagelser viser at vi har nevroner i hjernen som kalles for «speilnevroner». Disse nevronene sier noe om vår evne til å vise blant annet empati og muligheten til å gjenkjenne andre sine opplevelser og følelser. Dette betyr at man danner elektriske signaler, minner, i spesielle nevroner i hjernen hver gang man gjør noe, ser noe, sier noe eller utfører handlinger. Dette lagres i disse nevronene, speilnevronene, og gjør det derfor mulig å gjenkjenne når andre gjør eller sier lignende ting. Denne gjenkjennelsen skjer i løpet av en tiende dels sekund, og hvis sykepleier er dette bevisst kan man mer effektivt være til hjelp for pasienten. I praksis blir dette omgjort til en samtale som på mange måter er å snakke med seg selv, fordi det er egne erfaringer som også kommer til syne i samtalen. Empatisk kommunikasjon består i hovedsak av fire deler.

- 1: Pasienten forteller sin historie.
- 2: Pasienten forteller og beskriver sine følelser i forhold til sin historie.
- 3: Pasienten setter ord på sine tanker og refleksjoner.
- 4: Sykepleier spør om det er greit for pasienten om hun forteller om sine tanker og refleksjoner som er dukket opp i løpet av de tre første trinnene.

Denne måten å samtale på kan enten være mellom hjelper og pasient eller som en samtale med seg selv, hvor man lytter til sin indre stemme og har en indre dialog med seg selv. Speilnevronene blir aktivert ved begge disse formene for samtale, og kan også være til hjelp for en selv hvis man er observant på dette. Når speilnevronene blir satt i en aktiv fase blir det lettere for pasienten og sette ord på sine erfaringer og sin historie. Meningen med de første tre trinnene i samtalen er at sykepleier skal bli bedre kjent med pasientens forståelse og verdi satt i sammenheng med nåværende ståsted. På denne måten finner pasienten svar på sine spørsmål i seg selv og kan bli mer bevisst sine resurser. Ved at sykepleier gjenkjenner pasientens følelser og opplevelser kan by på ulike utfordringer. Når en pasient viser sine følelser som smerte og sorg kan det som sykepleier være vanskelig å stå i. Det at man speiler andre kan virke svært smertefullt og føles uoverkommelig, og mange ønsker ikke å gå inn i en slik dialog med pasienten. Her må man som hjelper og sykepleier være seg bevisst og klare å skille mellom hva som er egne erfaringer og hva som er pasientens sine erfaringer (Brudal, 2014, s.21-30).

3.4 RELASJONER

Tiden er avgjørende for å kunne skape en relasjon. Tilstedeværelsen og kontinuitet er viktige faktorer. At pasienten har en eller få personer å forholde seg til over tid blir sett på som et mål for behandling og et behandlingstiltak. Å stadig måtte forholde seg til nye kontaktpersoner volder problemer for pasienten, følelsen av å måtte starte på nytt gang på gang gir økning i symptomer og risikoen for at pasienten avslutter sin behandling øker. Uttalelser fra mennesker med ulike psykiske lidelser er at det som er det viktigste er å ha et sted å bare være, et sted å gå til hvor man treffer andre, kan prate om det meste og ikke være under «behandling». Ensomhet er ofte noe som preger denne pasientgruppen og et sted å kunne møte andre er en viktig del av en tilfriskning. Å se på pasienten som et helt menneske og ikke bare en som har en psykisk lidelse betegnes som viktig for å kunne være en god støtte og for å kunne få en god relasjon. Dersom personalet bare betegner pasienten som den psykisk syke

blir dette en maktdefinisjon. Det kan gi en definisjon av pasienten som kan gi en ringvirkning av at pasienten da oppfører seg slik man forventer og en tildelingsprosess blir vanskeligere. En depresjon er ikke like dyp og fremtredende hele tiden, dermed må pasienten møtes der han/hun er i nuet. Personalet må vise en fleksibilitet og ha en kunnskap og forståelse om at denne type lidelse varierer i styrke. Som fagperson er det viktig å se på pasienten som både frisk og syk, la det friske få spillerom, være imøtekommende og motiverende (Borg, 2014, s.100-104).

Mange mennesker med psykiske lidelser strever med å etablere gode relasjoner. Tid er en viktig faktor for å kunne etablere en god relasjon. En fagperson skal fremme læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring og en forbedret funksjon hos pasienten. Kontinuitet og stabile kontaktpersoner er viktig for et godt behandlingstiltak og det er ofte et mål i selve behandlingen (Topor, 2014,s.100). En undersøkelse gjort av Bernler,G. & Johnsson,L. & Skårner,A. i 1993 viser at både pasienter og sosialarbeidere påpeker viktigheten av forståelsen fagarbeideren viser. Det at man blir sett og trodd, tatt på alvor og møtt som medmenneske er viktig. Det ble også understreket at de råd som blir gitt må være innenfor det som er mulig for pasienten og bære, at det skal være til hjelp for å bidra til enn forandring. Hvor mye en pasient åpner seg og ber om hjelp av en fagperson avhenger av om hvor trygg pasienten føler seg (Røkenes& Hansen,s18-19). Britt Lillestø skriver i Sykepleieboken 2 at den som yter omsorg må handle uselvvisk og aldri forvente en gjenytelse fra pasienten. Pasienten må føle at omsorgsyter er til å stole på og ha tillit til omsorgsyter. Tillit er noe som er avgjørende i en relasjon mellom to mennesker, her mellom sykepleier og pasient. Hvis ikke pasienten har tillit til at sykepleier vil ham/henne vel er det vanskelig å komme i en behandlingssituasjon. For at pasienten skal ha tillit til sykepleier må pasienten føle seg sett, hørt og kunne stole på sykepleier samt kunne leve i forvisning at sykepleier holder ord (Lillestø, 2010,s.396-397). Kommunikasjon mellom mennesker skjer via språk, klær og holdning, det skjer både verbalt og non-verbalt. Gjennom kommunikasjon bygger man opp relasjoner som ikke kan gjøres på andre måter, den relasjon som gir tillitt til sykepleier. Det krever empati fra sykepleier å kunne være tilstede i pasientens sårbarhet. Empatisk forståelse for pasienten foregår i fire stadier:

Stadie 1: Identifisering: Sykepleier setter seg inni og tar imot pasientens opplevelser.

Stadie 2: Inkorporering: Sykepleier kjenner på de følelser som pasientens opplevelser vekker i henne, og prøver å sette seg inn i pasientens ståsted.

Stadie 3: Gjenlyd: Samspill mellom pasientens følelser og de følelser og fantasier som sykepleier har. Sykepleier skiller mellom seg selv og pasienten. Sykepleier skiller også sine egne følelser fra pasienten sine.

Stadie 4: Løsrivelse: Sykepleier løsriver seg fra den personlige involveringen. Sykepleier gjør seg nytte av de opplevelser og følelser som pasienten har lagt frem gjennom sin kunnskap og refleksjoner.

For å få til en god samtale må det være noen faktorer tilstede. En sykepleier må kunne lytte til det pasienten formidler, å lytte innebærer at man gjør mer enn å bare høre ordene som blir sagt. Man må kunne høre og sanse de følelsene som ligger bak ordene som blir formidlet, være oppmerksom og ha evnen til å følge opp pasientens ord med relevante spørsmål og med non-verbale uttrykk. (Hummelvoll, 2012, s. 420-428). Non-verbale uttrykk vises ved holdninger og uttrykk i kroppsspråket vårt. Det vises også ved måten man bruker stemmen sin, bruker man en høy sint stemme eller en lav mild stemme gir man uttrykk for forskjellige følelser. Ansiktsuttrykk, mimikk og kroppsspråk sier noe om hvordan vi stiller oss til det den andre formidler og hvilke følelser vi har for den andre. Dette er avgjørende om en samtale bli god og vekker tillitt eller ikke (Renolen, 2008, s.74).

3.5 FYSISK AKTIVITET

Under aktivitet skjer det en del ting i kroppen vår. Både i forhold til hormoner, signalstoffer og andre biologiske mekanismer. Den fysiske aktiviteten gjør blant annet at adrenalin og nor adrenalin nivået stiger. Dette stimulerer hjerte og øker hjertets arbeidsevne. Kortisol nivået øker, det er i mange tilfeller økt kortisol nivå hos personer med depresjon (Klarlund, 20015, s.15-16). Kortisol er et binyrebark hormon som har en stor innvirkning på kroppens omsetning på karbohydrater, fett og protein samt på vann og salt omsetningen i kroppen (Nylenna, M., 2013, s.252). Ved økt kortisol nivå øker utskillelsen av insulin og veksthormon som igjen hemmer bruk av glukose i kroppen men fremmer bruk av fett. På grunn av sammensetningen av disse hormonene er dette en svært langsom prosess og det påvirker kroppens evne til å skape energi (Saunders, E., 2006). Ved jevn aktivitet viser det seg at kortisol nivået synker hos personer med økt aktivitetsnivå når de er i hvile. Betaendorfin øker også og kan gi en følelse av eufori eller glede. Man ser også at Serotonin nivået er lavere hos personer med depresjon og at dette øker i hjernen ved økt aktivitet. Det som kommer frem av dette er at det er litt usikkerhet rundt hvorfor økt aktivitet har positiv

innvirkning på depresjon, men det man er sikker på er at Serotonin og Betaendorfin har en positiv effekt i forhold til depresjon (Klarlund, 2005, s. 15-16).

Det finnes ulike måter å beskrive fysisk aktivitet på , men Store Medisinske leksikon beskriver det slik:

«Fysisk aktivitet er enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå. Fysisk aktivitet benyttes som overordnet begrep og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse, som for eksempel arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring» (Bahr,R. 2018).

Det er en forskjell mellom fysisk aktivitet og fysisk trening. Hvor fysisk aktivitet er når det er snakk om enhver kroppslig bevegelse, er trening en planlagt, strukturert og systematisk aktivitet som er ment som en forbedring av ens fysiske form. Målet med den aktiviteten som er gunstig for personer med depresjon er den formen som gir bevegelse, glede og dermed økt helsegevinst både fysisk og psykisk (Martinsen 2018, s.34-35).

3.6 MOTIVASJON

«Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning» (Håkonsen, 2014, s.89)

I *Psykologi og psykiske lidelser* skriver Håkonsen at selve begrepet motivasjon er latinsk og betyr «å bevege». Et motiv er noe som får oss til å handle, en indre årsak og tilstand som får oss til å utføre en handling. Bak denne handlingen ligger det følelser, slik at man kan si at følelser er den viktigste årsak bak en motivasjon. Følelser styrer menneskets atferd, når vi blir redd trekker vi oss, når vi blir sulten spiser vi. Psykologer mener at mennesker som har opplevd mye og har negative erfaringer, samt føler seg lite verdsatt, støttet og oppmuntret av familie og venner i sin oppvekst har større forutsetning for å få psykiske lidelser. Disse tidlige erfaringene gjør at når man får en depresjon, har man lavere tro på seg selv og sine handlinger. Man blir tiltaksløs og har liten eller ingen tro på kompetanse samt at erfaringene får en til å tro at egen innsats får negative konsekvenser. Mennesker som vokser opp under slike omstendigheter har høyere risiko for å få psykiske lidelser som depresjon. Et menneske har en forventning om hva en handling fører til og bevisst eller ubevisst er alle våre handlinger drevet av en indre eller ytre motivasjon. Målet man setter seg har en viss verdi for vedkommende og i tillegg vil hvilken forventning man har også ha betydning for motivasjonen bak handlingen. Motivasjonen er en

sum av verdi og forventning. Positive tilbakemeldinger og reaksjoner øker sannsynligheten for gjentakelse av en handling, fordi mennesker vil stadig forsøke å tilpasse seg reaksjoner fra sine omgivelser (Håkonsen, 2014,s.88-89). En motiverende samtale er bygget opp av flere faser og er basert på Prochaska og DiClementes teoretiske modell (referert av Moe, 2018,s.159). Denne modellen er basert på teorien om at endringer skjer i ulike faser. Stadiene beveger seg fra at pasienten ikke ønsker å drive med fysisk aktivitet til stadiet hvor pasienten blir aktiv og har en indre motivasjon som driver pasienten frem og i fysisk aktivitet.

Føroverveielsesfasen: Pasienten ser ikke nødvendigheten av aktivitet og legger frem ulike årsaker til å ikke være aktiv. I dette stadiet informerer sykepleier om de forskjellige utfordringene som kan oppstå hvis pasienten velger å forbli inaktiv og gå opp i vekt.

Overveielsesfasen: Dette stadiet innebærer at pasienten begynner å bli bevisst på at økt vekt gir utfordringer og det er en gryende tanke om å bli mer aktiv. Sykepleier støtter her tankene til pasienten, hun anerkjenner pasientens ståsted. Sykepleier gir gode tilbakemeldinger på pasientens ide om fysisk aktivitet.

Forberedelsesfasen: Pasienten er bevist sin inaktivitet og gir uttrykk for å ønske en endring i livsstil. Pasienten ser her fordelene ved en mer fysisk aktiv hverdag og sykepleier støtter pasienten i denne tanke endringen.

Handlingsfasen: Pasienten gjør endringer ved å bli mer fysisk aktiv. Dette er en fase hvor sykepleier fortsatt gir støtte og oppmuntring på pasientens endringer. Faren for tilbakefall er stor og pasienten er sårbar i denne fasen. Støtte fra sykepleier er viktig for at pasienten skal klare å stå i denne endringen.

Vedlikeholdsfasen: Pasienten har i denne fasen vært aktiv over lengre tid og har nå en indre motivasjon og klarer dette godt på egen hånd. Faren for tilbakefall er redusert, men fortsatt tilstede og noen vil ha behov for støtte i en periode.

Tilbakefallsfasen: Denne fasen vil alltid være tilstede, og det vil være behov for å ha laget en realistisk plan som er mulig for pasienten og gjøre hvis dette skulle bli en utfordring.

Ved denne type samtale er det pasientens resurser, meninger og løsninger som står i fokus. Sykepleier bruker åpne spørsmål og refleksjoner for at pasienten skal finne svarene i seg selv. Ved slik fremgangsmåte gir det tillitt slik at pasienten snakker om og bekrefter sine beslutninger og tar selv initiativ basert på dette. Aktiv lytting er en del av denne type samtale, og sykepleier kan hjelpe pasienten til å finne en mening samt viktighet bak endringene slik at en endring er ønsket av pasienten. En motivasjonssamtale blir tilpasset hver enkelt pasient. Målet med en slik

samtale er å få til en endring i tankene hos pasienten. Når endringen er basert på motivasjon hos pasienten selv er det større sannsynlighet at endringen blir varig (Moe, 2018,s.159-161). Meningen med aktiv lytting er å forstå pasienten, forstå de non-verbale signaler som blir gitt, forstå det pasienten formidler i ord og følelser. Å kunne se betydningen av non-verbal kommunikasjon betyr at sykepleier må være observant på både kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk hos pasienten, da non-verbale uttrykk som regel ikke er planlagte uttrykk slik det er i en verbal samtale. (Håkonsen, 2012, s.225-226).

4.0 DRØFTING

I denne delen vil jeg gå igjennom teori som er presentert, forskning og egne erfaringer som jeg har opplevd i mine praksiser. Jeg vil belyse hvordan jeg som sykepleier kan få en god relasjon og fremme motivasjon hos mennesker med mild til moderat depresjon. Jeg vil også si noe om de utfordringer som er ved depresjon og hva mennesker som har denne diagnosen opplever og erfarer som utfordringer i hverdagen.

4.1 Å SKAPE EN GOD RELASJON

Forskning viser at mennesker med psykiske lidelser, som depresjon, ser viktigheten av fysisk aktivitet. Det kommer også frem at fysisk aktivitet har god psykologisk og fysisk effekt spesielt hos de som har milde til moderate psykiske lidelser. Med fysisk effekt menes større selvtillit, bedre søvn, endret kostvaner, økt følelse av glede samt økt mestringsfølelse. Det er forsket mye på dette de siste årene og resultatene er tydelige på at fysisk aktivitet har god fysisk og psykisk effekt (Rønningen,Y.M., Bjørk,A., Haage,D., Kristiansen,L.,2014.Farholm,,A., Sørensen,M.,2016.Chapman,J.J., Fraser,S.J., Brown,W.J., Burton,N.W.,2016. Firth,J., Rosenbaum,S., Stubbs,B., Gorzynski,P., Yung,A.R., Vancampfort,D.2016). Egil W.Martinsen sier at fysisk aktivitet kan forebygge og redusere symptomer på mild til moderat depresjon. Videre sier han at faren for tilbakefall miniseres når pasientene driver med fysisk aktivitet over tid (Martinsen, E.W,1998, s.51-52).

Jeg opplevde og erfarte i løpet av mine praksiser at kommunikasjon er grunnleggende i all pasient kontakt. I min praksis erfarte jeg at denne pasientgruppen hadde vansker med å ta initiativ til samtaler, det var jeg eller andre sykepleiere som tok opp kontakten med pasienten for å få en dialog. Det var ikke det at pasienten ikke ønsket kontakten, men det var vanskelig fordi hun/han hadde så lavt energi nivå og ikke hadde tiltakslust. Alt følte vanskelig og tungt og det å ta kontakt med andre krevde for mye psykisk. De var en gruppen som var mye preget

av ensomhet og som trengte at noen tok kontakt med dem da de ikke maktet dette selv. For å komme i posisjon til å kunne motivere må man først få en god relasjon og tillitt hos pasienten. Kontinuitet og stabilitet hos sykepleierne er viktig for at pasienten skal føle seg sett og klare og åpne seg for sykepleieren (Topor, 2014, s.100). Kari Martinsen sier at for å kunne bygge opp en relasjon og tillitt til pasienten må sykepleieren bruke tid. Tiden og tilstedeværelsen er avgjørende for den gode relasjonen som er nødvendig for å kunne motivere pasienten til endringer. Hun må være tilstede i nuet og ha kjennskap til pasienten. Uten en tilstedeværelse fra sykepleier sanser pasienten fraværenheten og vil ikke åpne seg og gi tillitt på samme måte. Som sykepleier må jeg sanse det usagte og være tilstede i det øyeblikket pasienten åpner seg for meg (Martinsen, K, 2002, s.9-10). Tiden er avgjørende for å kunne skape en relasjon, gir man seg ikke tid med pasienten blir man ikke kjent med han/henne og en tillitt vil ikke oppstå samt pasienten vil ikke få en følelse av å kunne stole på sykepleieren. Risikoen for at man ikke når frem til pasienten øker og pasienten føler seg ikke sett av sykepleier. Dermed blir arbeidet med å skape en relasjon og å motivere vanskeliggjort. Som sykepleier er det derfor viktig å møte pasienten med tid, forståelse for den psykiske lidelsen, men også å gi rom for den friske siden av pasienten da det er her man finner pasientens styrke og resurser (Borg, 2014, s.100-104). Lisbeth Holter Brudal forteller at forskning viser at hvor stor evne man har til å vise empati har sammenheng med egne erfaringer. Hvis jeg som sykepleier klarer å gjenkjenne de signaler som pasienten gir, har jeg større mulighet til å få til en mer effektiv behandling. Dette kalles empatisk kommunikasjon. I en slik samtale er det viktig at sykepleier ikke stenger av sine egne erfaringer, men bruker dem som støtte i samtalen for å gi pasienten anerkjennelse for sine opplevelser og følelser. Som sykepleier må jeg være observant, våken og fullt tilstede i pasientens følelser og formidling. Hvordan jeg ordlegger meg er av stor viktighet for at ikke pasienten skal føle at jeg overtar samtalen. Å ikke overta samtalen med egne erfaringer og følelser må jeg være bevisst på, pasienten skal stå i fokus. Pasienten skal føle at hun/han er den viktigste i samtalen til enhver tid. Ved bruk av empatisk kommunikasjon må sykepleier være klar over at samtalen kan føles nær, ubehagelig og til tider smertefull fordi at den vekker en gjenkjenning i oss. Det er da viktig å anerkjenne at det er det som er empatien og gjenkjenningen i samtalen, det er det som gjør at man kan få til en mer effektiv behandling av pasienten. Det kan være vanskelig å være sykepleier når pasienten viser en slik tillitt at smerten og sorgen hun/han føler kommer til syne, det kan føles som vårt eget i en empatisk sammenheng og gjenkjenning. Da er det viktig for meg å tenke over at det er nødvendig for å få bygget en god relasjon til pasienten. Hun/han har vist meg en dyp tillitt og stoler på meg nok til å vise meg sitt mest sårbare. I starten er en slik relasjon skjør og det er viktig at jeg blir værende i den sammen med

pasienten for at pasienten ikke skal føle seg uviktig. Går man eller blir overveldet av følelser i en slik setting er det lett for å miste tilliten som er bygget opp mellom pasienten og meg.

Relasjonen som er bygget er skjør, ny og må ivaretas av meg som sykepleier. Man må ha et samspill mellom pasienten sine følelser og sykepleier sine følelser, men uten at sykepleier lar egne følelser ta overhånd. Sykepleier må klare å løsrive seg og heller nyttiggjøre seg av det pasienten viser av følelser. Å bruke det pasienten viser gjennom sin kunnskap og refleksjoner, det kan pasienten dra nytte av i sin vei videre mot en motivasjon (Brudal,2014 s.21-30).

Denne måten å møte pasienten på sier også Kari Martinsen noe om. Hun sier at for å kunne få forståelse for den andre må man ha forståelse for seg selv, sykepleier er i en unik særposisjon og ved å vise denne forståelse kan hun få en unik tilgang til pasientens liv og historie. Som sykepleier og som pasient deler man en likhet som er viktig for sykepleier å sanse og vise interesse for. Uten denne interessen viser man ikke pasienten at man er tilstede eller lytter til det pasienten formidler. Interessen gir sykepleier og pasienten et felleskap, en felles plattform hvor de møtes og sårbarhet kommer til syne i dagen. På denne plattformen finner man den gode samtalen, tillitten og relasjoner bygges. (Martinsen,K., 2002,s. 9-10). Uten tillitt er det vanskelig å komme i en behandlingsposisjon, som sykepleier må jeg bruke tid for å opparbeide den tryggheten hos pasienten som er nødvendig for å få til en behandling. Det er mine holdninger og hvordan jeg fremstår som sykepleier i samtalene som bygger tillitten mellom sykepleier og pasient. Slik blir gode relasjoner skapt mellom to mennesker. Å lytte til det pasienten formidler er noe av det viktigste jeg kan gjøre. Det får pasienten til å føle seg sett og det blir lettere for pasienten å stole på meg som sykepleier. I kommunikasjonen må man tenke over at det non-verbale sier like mye som det verbale språket. Å være fullstendig tilstede med hele meg er avgjørende for om den tillitten er mulig å bygge. Uten tillitt vil det være svært vanskelig å få til en relasjon og videre motivere til fysisk aktivitet og dermed en god behandling (Lillestø,B., 2010, s.396-397).

4.2 OPPNÅELSE AV MOTIVASJON

Hos mennesker med depresjon har man funnet et økt kortisol nivå, ved jevn fysisk aktivitet synker dette nivået i kroppen. Økt kortisol nivå i kroppen sier noe om at kroppen er i stress situasjon, så det å senke kortisol nivået vil i selv være gunstig for kroppen. Det betyr at pasienten må være mer aktiv over tid, dette reduserer symptomer på depresjon samtidig som stress nivået i kroppen også reduseres. Fysisk aktivitet gir også et økt nivå av blant annet betaendorfin som kan gi en følelse av glede (Klarlund,2005, s.15-16). Dette er en kunnskap som jeg som sykepleier besitter og kan bruke som en motivator. Kunnskap er noe pasientene

etterspør og som gir dem økt motivasjon. Pasienter med depresjon opplever det som vanskelig å komme i gang og opprettholde fysisk aktivitet. Det er mange barrierer som blir nevnt, deriblant manglende søvn, lite energi og dårlig selvbilde. Men disse utfordringene var også motivatorer for pasienten, de har et ønske om å forbedre dette og det ga dem en indre driv som hjalp dem inn i starten av en mer aktiv hverdag (Chapman,J.J., Fraser,S.J.,Brown,W.J.& Burton,N.W.2016). Sykepleier har kunnskap om motivasjon og kan bruke dette aktivt for å få kjennskap til pasienten slik at en aktivitet er mulig å gjennomføre. Støtte samtaler og en til en oppfølging er noe mange profiterer på i starten. Mange av pasientene ytret ønske om tett oppfølging av fagpersoner som hadde god kunnskap om fysisk aktivitet og viste interesse for dette. Hvis sykepleier har en god og kontinuerlig oppfølging av pasienten vil dette kunne gi en god kunnskap om pasientens motiverende faktorer så vel som barrierer, hun vet da hva som er pasientens resurser og kan arbeide ut fra dette i en motiverende samtaler. Mange av pasientene fortalte at manglende motivasjon og oppfølging er noe av det som de føler er mest nødvendig å få på plass for å klare bli mer aktiv. Det viser seg at pasientene hadde et ønske om at fagpersonalet hadde en god kunnskap om fysisk aktivitet, fysiske fordeler, psykiske fordeler samt forebyggende effekter. Som sykepleier har jeg kunnskap om dette og kan derfor undervise pasienten. Dette vil gi pasienten en økt mestringfølelse og i skjølvannet av det en økt motivasjon (Rønningen,Y.M., Bjørk,A., Haage,D., Kristiansen,L.,2014.Farholm,,A., Sørensen,M.,2016.Chapman,J.J., Fraser,S.J., Brown,W.J., Burton,N.W.,2016. Firth,J., Rosenbaum,S., Stubbs,B., Gorzynski,P., Yung,A.R., Vancampfort,D.2016). Mennesker med depresjon opplever mange ulike utfordringer, det er derfor viktig at jeg som sykepleier ser hele pasienten og ikke bare fokuserer på at vedkommende skal i aktivitet. Utfordringene må jobbes med sammen med pasienten, man må finne ut hva som er det hinderet for at pasienten skal kunne ta i mot den støtten jeg kan tilby. Sykepleier skal være en støttespiller og må lytte til pasientens ønsker, hvor mye man klarer i starten vil variere fra pasient til pasient. Aktiviteten må tilpasses hver enkelt og hvor noen ønsker aktivitet alene er det noen som ønsker aktivitet i gruppe. Tilpasning og imøtekommenhet i forhold til ønsker kan være avgjørende for hvorvidt pasienten klarer å stå i aktiviteten. Pasienten har også en frisk side ved seg og mange resurser som sykepleier må prøve å fremme. Ved bare å ha fokus på den syke delen kan man sykeliggjøre pasienten ytterligere og en tilfriskning blir vanskelig. Pasienter med depresjon har lavt selvbilde og det er viktig at sykepleier bruker sin fagkunnskap om dette for å hjelpe pasienten til å bygge opp sin selvtilit (Farholm,A. & Sørensen,M., 2016., Martinsen,K.,2002, s.9-10). Sammensetningen av de erfaringer man har og de vurderinger man gjør før en handling har betydning for hvor motivert man blir (Håkonsen, s93). En sykepleier innehar en særskilt rolle og en maktposisjon, det er derfor

viktig at sykepleier lytter til pasienten, pasienten vet best hvordan han/hun har det. Pasienten sitte med en førsthåndskunnskap i forhold til egen situasjon og denne må lyttes til og tas på alvor (Martinsen, 2005,s.39). Sykepleier må lære hvilke signaler holdninger, klær og språk sender, slik at hun ikke gir inntrykk av å ikke bry seg, ikke ha tid eller ikke ønsker å være der for pasienten. I en travel hverdag for sykepleier er det lett å ha tankene på alt man må rekke og skal gjøre, da er det viktig å kunne klare å være tilstede for pasienten der og da. Klær og holdninger sier mye om et menneske og sykepleier må sanse hva som er passende i den enkelte situasjon (Hummelvoll,2012, s.421). En sykepleier har kunnskap om motivasjon og hvordan kommunisere med sine pasienter, her kan sykepleier bruke sine kunnskaper innen kommunikasjon for å finne den indre motivasjonen til pasienten (Farholm,A., Sørensen,M.,2016). Å ta hensyn til pasientens ståsted er viktig, mange har dårlig selvbilde og negative erfaringer i livet sitt. Gode tilbakemeldinger og positiv støtte er noe som de fleste nevner som nødvendig for å klare en endring i livet. Det at sykepleier har kunnskapen om mennesket både fysisk og psykisk er noe sykepleier bør bruke aktivt. Det kommer frem i forskningen at pasientene ønsker mer kunnskap rundt egen psykiske helse i tillegg til fysiske fordeler ved aktivitet, de ønsker også at sykepleier har kunnskap om fysisk aktivitet og deler denne kunnskapen med dem. Når sykepleier har økt kunnskap om fordeler av fysisk aktivitet og viser en interesse rundt å delta sammen med pasienten i dette, viser forskning at det gir mer motivasjon til pasienten. Pasienten har lettere for å stå i denne endringen og endringen har større mulighet til å bli varig. Behandlingen blir mye mer effektiv når sykepleier innehar økt kunnskap (Rønngren,Y.M., Bjørk,A., Haage,D., & Kristiansen, L. 2014).

De jeg har brukt av kilder og forskere er enig i at fysisk aktivitet har reduserende effekt på mild til moderat depresjon. De sier også at for å kunne motivere må man jeg som sykepleier ha relevant kunnskap om fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Kjennskap til pasienten selv og vedkommende sine barrierer, motivatorer og sterke og svake sider er også relevant for en god behandling. God og relevant kunnskap om kommunikasjon, relasjon, motivasjon og et ønske om å nå ut til og motivere pasienten er nøkkelen for å få til en livsendring.

5.0 AVSLUTNING

Min problemstilling har vært hvordan sykepleier kan bidra til fysisk aktivitet hos personer med depresjon.

Man leser stadig mer om psykiske lidelser og da ofte om depresjon som er ganske utbredt blant befolkningen. Det er også min erfaring fra både praksis og jobb. Fysisk aktivitet er kjent

og omtalt som helsefremmende tiltak og kan være et relativt kostnadsfritt tiltak. Man trenger ikke helsestudio for å være aktiv.

I denne oppgaven har jeg prøvd å belyse hvordan jeg som sykepleier kan motivere pasienter til å bli mer aktiv og helsefordelene med dette både fysisk og psykisk. Jeg har belyst hva som skjer i kroppen når man er i en depresjon og hva som skjer med den psykiske delen av et menneske. Som sykepleier tror jeg det er viktig å behandle hele pasienten. Alt henger sammen i en større helhet. En depresjon kan være ganske kompleks og årsakene utydelige hvis man ikke bruker tid på å bli kjent med pasienten og deres historie. Hvordan man ordlegger seg har mye å si, ord gjør noe med oss og ord betyr noe. Ord kan såre eller skade, men kan også gjøre godt og være med å løfte et menneske opp og frem. Å ha noen som gir seg tid til å lytte og som forstår hva man prater om har mye å si når man ikke har det godt i livet. Som sykepleier kan jeg gjøre en stor forskjell med min forståelse og min kunnskap. Å gi pasienten den støtten vedkommende behøver der og da, la pasienten bestemme selv hva som er best for seg selv. Pasienten kjenner seg selv og hvor grensen går. Men samtidig må jeg som sykepleier kunne gi en vennlig dytt i riktig retning da det er lett for å bli værende i denne komfortsonen. Der er det trygt å være, men det er utenfor komfortsonen man vokser og blir sterkere som menneske. Og da må jeg som sykepleier være tilstede og støtte pasienten i dette ståstedet, være den trygge og gode støttespilleren som pasienten trenger der og da.

I løpet av min tid i praksis fikk jeg erfaring med hvor viktig tiden jeg bruker er for pasienten. At jeg satte meg ned, lyttet, samt viste oppriktig interesse var det som ofte var avgjørende for den gode samtalen. Fysisk aktivitet var ikke alltid det første man fikk til, men det kom gjerne etterhvert. Starten var gjerne bare en liten tur utenfor på en benk, men det var da de beste og dypeste samtalene også kom. Det førte til den gode relasjonen, pasienten stolte på meg og hadde tillit til meg. Som sykepleier må man se hele pasienten, den syke så vel som den friske siden. I den friske delen finner man motet, håpet, motivasjonen og styrken som vedkommende sitter med, det er viktig å se alt dette hos pasienten. Pasienten er ikke en diagnose, men har en diagnose og som menneske er man så mye mer enn sykdommen. Man er et helt menneske med resurser, kvaliteter, mot, håp og styrke. Man ønsker ikke være i en tilstand av sykdom, det er ikke et valg man tar. Man ønsker å være et helt og friskt menneske. Og noen ganger trenger man støtte for å finne stien i skogen som fører frem til lyset igjen. Den sykepleieren som er der for hele pasienten på godt og vondt ønsker jeg å være.

6.0 REFERANSELISTE:

Bahr,R. (2018) *Fysisk aktivitet*. Store Medisinske Leksikon. Hentet 08.04.2019

https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet

Borg, M. (2014) *Et sted og være*. Borg,M & Topor, A. (3.utg.2014). *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*.Oslo: Kommuneforlaget AS.

Borge, L. (2004)*Kropp og sinn i et filosofisk og helsefremmende perspektiv*. Martinsen, E.W. (2004) *Kropp og sinn, fysisk aktivitet-psykisk helse-kognitiv terapi*. (3.utg.2018).Bergen: Fagbokforlaget.

Brudal, L.H.(2014) *Empatisk kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Chapman, J. J., Fraser, S. J., Brown, W. J., & Burton, N. W. (2016). Physical activity preferences, motivators, barriers and attitudes of adults with mental illness. *Journal of Mental Health, 25*(5), 448-454.

Dalland,O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4 utg.2007,4 opplag 2010). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International journal of mental health nursing, 25*(3), 194-205.

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 46*(14), 2869-2881.

Helsedirektoratet (21.06.2016) <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-rus/angst-og-depresjon/depresjon> (lest 05.02.2019).

Helsedirektoratet (17.10.217) <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-brukermedvirkning> (lest 29.04.2019).

Hummelvoll,J.K (2012) *Helt-ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* (7.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser.* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lov om behandling av personopplysninger <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>

Lillestø,B.(2010) *Sykepleiens tre dimensjoner.* Knutstad,U. (2010) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie,Sykepleieboken 2.* (3.utg.2010) Oslo: Akribe AS.

Martinsen, E.W. (2018) *Kropp og sinn, Fysisk aktivitet-Psykisk helse-Kognitiv terapi.* (3.utg.2018). Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen,E.W.(1998) *Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet-en oversikt.* Moe,T., Retterstøl,N.& Sørensen,M. (red.) *Fysisk ativitet-en ressurs i psykiatrisk behandling.* Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2018) *Bevegelig berørt.* Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen,K. (2003) *Fenomenologi og omsorg .*Oslo: Universitetsforlaget AS.

Martinsen,K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen.* Oslo: Akribe AS.

Martinsen,K. (2002) *Øyet og kallet.* (1.utg.2000)Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Moe, T. (2018) *Motivasjon for fysisk aktivitet.* Martinsen, E.W. (2018) *Kropp og sinn, Fysisk aktivitet-psykisk helse-Kognitiv terapi.* (3.utg.2018). Bergen: Fagbokforlaget.

Kandidatnummer:45

Nylenna,M. (2013) *Medisinsk ordbok*. (7.utg.,3.opplag.) Oslo: Kunnskapsforlaget.

Kildebruk og referanser (2019). Hentet fra : <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>

Kildevurdering (2019).Hentet fra: <https://sokogskriv.no/category/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kildens-kvalitet/fagfellevurdering/>

Renolen,Å.(2008) *Forståelse av mennesker-innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rönngren, Y. M., Björk, A., Haage, D., & Kristiansen, L. (2014). LIFEHOPE. EU: lifestyle and healthy outcome in physical education. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(10), 924-930.

Sauders,E. (2006) Hentet 14.04.2019. Insulin og skifte mellom karbohydrat og lipidmetabolisme. <https://nhi.no/kroppen-var/hormoner/insulin-og-skifte-mellom-karbohydrat-og-lipidmetabolisme/>

Snoek, J.E & Engedal, K. (2012) *Psykiatrici, Kunnskap-Forståelse-Utfordringer*.(5.opplag). Latvia: Livonia Print.

Søk etter fagressursar. Hentet 30.04.2019. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Thidemann, I-J. (2015)*Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter*.(2.opplag). Oslo: Universitetsforlaget AS.