



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 100

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6906

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 72

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet og depresjon

Physical activity and depression

Ingvild Sandvoll Haugse

Bachelor i sykepleie SK 152

Avdeling for helsefag Førde

Rettleder: Kari Eldal

Innleveringsdato: 07.06.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel

Fysisk aktivitet og depresjon.

Bakgrunn for valg av tema

Depresjon er en av de vanligste formene for psykisk lidelse og det er anslått at hver femte person vil i løpet av livet oppleve depresjon. Depresjon fører til tap av livskvalitet og lidelse for den som opplever det. Jeg tror fysisk aktivitet kan være et viktig behandlingsalternativ da fysisk aktivitet kan føre til en rekke positive fordeler både fysisk og psykisk.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier legge til rette for fysisk aktivitet i behandling av depresjon.

Metode

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Litteratur jeg har brukt er obligatorisk pensum, rapporter og retningslinjer fra helsedirektoratet, stortingsmelding, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Jeg har også trekt inn egne erfaringer fra praksis.

Konklusjon

Forskning har vist at fysisk aktivitet har sammenlignbar effekt med antidepressiva og psykoterapi og kan bedre symptomene ved både mild, moderat og alvorlig depresjon. Pasienter med depresjon kan kjenne på lav selvfølelse og lite energi. Ved å identifisere pasientens barrierer, mål og interesseområder kan sykepleier legge til rette for individuelt tilpasset aktivitet som kan føles mer givende og resultere i større deltakelse. Støtte og motiverende holdninger fra personalet er generelt sett nødvendig for at mennesker med psykiske problem skal få mot til å prøve seg på utfordringer. Ved at sykepleier støtter pasienten over tid kan pasienten erfare at han kan påvirke egen situasjon med egen aktivitet.

Nøkkelord

Fysisk aktivitet, depresjon, motivasjon.

Summary

Background

Depression is one of the most common forms of mental illness and it is estimated that very fifth person is likely to experience depression in their lifetime. Depression leads to lack of lifequality and suffering. I believe that physical activity can be an important option for treatment because of both physical and mental benefits.

Research question

How can nurses facilitate physical activity in treating depression.

Method

In this assignment have I used literature study as a method. I have used obligatory curriculum, reports and guidelines from helsedirektoratet, parlamentay report, self-chosen literature and own psychiatric work experience.

Conclusion

Research has shown that physical activity har comparable effects with antidepressants and psychotherapy and can improve the symptoms of both mild, moderate and severe depression. Pasients with depression can have low self-esteem and lack of energy. By identifying the patient's barriers, goals and interests can nurses facilitate individualized physical activity that can lead to motivation and greater participation. Support and motivational attitudes from nurses are generally necessary for people with mental illness to try and cope with their challenges. By supporting the patient over time, the patient can experience that he can influence his/her own situation with physical activity.

Keywords

Physical activity, depression, motivation.

Innhold

1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstilling med avgrensing	5
1.3 Oppgavens oppbygging	6
2 Metodedel	7
2.1 Hva er metode?.....	7
2.2 Litteraturstudie som metode	7
2.3 Søke og utvalgsprosess.....	8
2.4 Kildekritikk.....	9
3 Teoridel	11
3.1 Psykisk lidelse	11
3.2 Depresjon	11
3.4 Fysisk aktivitet	13
3.5 Motivasjon.....	14
3.6 Miljøterapi.....	15
4 Resultat	16
5 Drøfting	20
5.1 Tradisjonell behandling av depresjon	20
5.2 Hvorfor bruke fysisk aktivitet i behandling av depresjon	21
5.3 Barrierer og motivasjon ved fysisk aktivitet.....	22
5.4 Sykepleierens betydning i behandling av depresjon.....	23
5.5 Å skape en endring.....	25
5.6 Pasienthistorie.....	26
6 Konklusjon	27
7 Litteraturliste	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Depresjon er en av de vanligste formene for psykisk lidelse og det er anslått at hver femte person vil i løpet av livet oppleve depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Mellom seks og 12 prosent har depresjon til enhver tid og betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2016). Det innebærer at de aller fleste vil komme i berøring med depresjon, enten ved at en selv blir syk, et familiemedlem eller en nær venn (Martinsen, 2016, s. 15). Den som lider av depresjon vil kunne kjenne på at sykdommen ikke bare påvirker humøret, men hele personen og kan resultere i kroppslige symptom (Martinsen, 2016, s. 66). Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelsene i verden som fører til størst tap av leveår og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2009). I følge Arne Holte, assisterende direktør i Folkehelseinstituttet lever mennesker med psykiske lidelser 15-20 år kortere enn resten av befolkningen og psykiske lidelser er en like sterk risikofaktor for tidlig død som sigarettøyking (Røsjø, 2014). I tillegg er depresjon en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemeldinger og uførhet. Konsekvensene blir ikke bare personlige lidelser og tap av livskvalitet, men også økonomiske og samfunnsmessige omkostninger (Helsedirektoratet, 2016).

De vanligste behandlingsformene ved depresjon er antidepressive medikamenter og samtaleterapi (Martinsen, 2016, s. 68). Medikamentell behandling med antidepressiva skal i følge retningslinjer ikke være førstevalget ved mild til moderat depresjon. En skal først tilbys rådgivning og psykologiske tiltak (Helsedirektoratet, 2016). Dersom ikke behandling poliklinisk eller ambulante tilbud er nok kan innleggelse være nødvendig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016, s. 350). I denne oppgaven vil jeg ta for meg innleggelse på distriktpsykiatrisk senter (DPS) med døgnbehandling. DPS er lokalbasert psykisk helsevern som hører til spesialisthelsetjenesten og skal kunne gi behandling både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 43). En innleggelse kan vare mellom en til fire uker (Skårderud et al., 2016, s. 45) og behandlingen skal være tilpasset brukerens individuelle behov (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 45).

Helt siden tidlig barndom har jeg vært opptatt av at andre skal ha det bra. Jeg har vært nysgjerrig på mennesker og latt meg fascinere over hvor ulike vi kan være. Til tross for våre ulikheter har vi til felles at vi alle er utsatt for å oppleve kriser og motgang i livet. Psykisk uhelse kan oppstå ved vanskelige oppvekst- og levekår, sosial isolasjon og opplevelse av å ikke være til bruk. Er man særlig sårbar skal det lite til for at man opplever at helsen omgjøres til uhelse (Hummelvoll, 2014, s. 31). Fysisk aktivitet har positive effekter på både vår fysiske og psykiske helse og kan blant annet bedre humøret, gi energi, reduserer stress og bedre forholdet til egen kropp (Helsedirektoratet, 2010). Fysisk aktivitet kan derfor være aktuelt i behandling av psykiske lidelser, enten alene eller sammen med andre behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2010). Med tilstrekkelig motivasjon kan fysisk aktivitet ses på som en lett tilgjengelig mulighet for hjelp til selvhjelp (Martinsen, 2016, s. 16). Jeg ønsker videre i denne oppgaven å ha fokus på fysisk aktivitet som et behandlingsalternativ med utgangspunkt i helsedirektoratets sine anbefalinger. Anbefalingene er 30 minutter fysisk aktivitet daglig med moderat intensitet, og tilsvarer en rask spasertur (Helsedirektoratet, 2010). Siden pasienter med depresjon ofte har lite energi og tro på seg selv (Hummelvoll, 2014, s. 199), vil jeg ha fokus på minimumsanbefalinger av fysisk aktivitet fordi det kan føles mer overkommelig ut fremfor hard fysisk trening (Hummelvoll, 2010, s. 210).

1.2 Problemstilling med avgrensning

Hvordan kan sykepleier legge til rette for fysisk aktivitet i behandling av depresjon?

I denne oppgaven vil jeg ha fokus på voksne mennesker over 18 år med depressiv lidelse som er frivillig innlagt på distriktpsikiatriske sentre (DPS). Depressiv lidelse kan skilles i tre ulike former. Mild, moderat og alvorlig (Hummelvoll, 2014, s. 199). Jeg kommer ikke til å ta for meg en spesiell type depresjonslidelse, men depresjon generelt.

1.3 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven består av fire hoveddeler. Metode, teori, drøfting og konklusjon. I metodedelen forklarer jeg hvilken fremgangsmåte jeg har brukt for å finne litteraturen jeg har valgt og hvorfor jeg valgte akkurat den. I teoridelen beskriver jeg tema som depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon og miljøterapi i behandling av depresjon. Dette er relevante nøkkelord jeg mener er viktig å ha med for å besvare problemstillingen. I drøftingsdelen drøfter jeg teori opp mot forskning og egne erfaringer fra praksis. Forholdet mellom depresjon og fysisk aktivitet er et komplekst samspill, og derfor vil flere av temaene i drøftingsdelen gå inn i hverandre. Til slutt besvarer jeg problemstillingen med en konklusjon.

2 Metodedel

2.1 Hva er metode?

I følge sosiologen Wilhelm Aubert er metode «En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder». Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt på en best mulig måte. Metoden er redskapet vårt når det er noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2018, s. 51-52). Med ordet *metode* tenker vi ofte på en bestemt metode, som for eksempel spørreskjema, intervju eller observasjon (Dalland, 2018, s. 54). Vi kan skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter der vi kan foreta regneoperasjoner for å finne enten gjennomsnittet eller en prosentdel av noe. Kvalitativ metode tar sikte på meninger og opplevelser som en ikke kan tallfeste eller måle. Både kvalitativ og kvantitativ metode bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunn vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2018, s. 52).

2.2 Litteraturstudie som metode

Når en skriver en litterær oppgave henter man data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2018, 210). I litteraturen finner vi teori som kan hjelpe oss til å se hvilke data vi trenger, og deretter bedre forstå det materialet vi har samlet inn. Faglitteratur og forskning bidrar til å belyse problemstillingen, eller kanskje gi arbeidet en ny retning og uventede funn (Dalland, 2018, s. 222).

2.3 Søke og utvalgsprosess

Litteratur jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er forskningsartikler og annen litteratur som omhandler tema i problemstillingen. Nøkkelordene jeg har brukt i mitt søk er fysisk aktivitet, trening, depresjon, behandling av depresjon, motivasjon, relasjoner, støtte og antidepressiva. Jeg har brukt obligatorisk pensum, rapporter og retningslinjer fra helsedirektoratet, stortingsmelding og selvvalgt litteratur jeg har funnet på bakgrunn av tidlig interesse for temaet. De pensumbøkene jeg har brukt mest litteratur fra er «Psykiatriboken» (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016) og «Helt – ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2014). De to bøkene beskriver begreper rundt psykiske lidelser, forekomst og behandling fra et sykepleiefaglig perspektiv. Disse bøkene mener jeg er relevant å bruke for å ha faglige beskrivelser rundt psykiske lidelser som er sentralt i oppgaven.

Jeg har også brukt boken «Kropp og sinn» av Egil W. Martinsen. Martinsen er lege og spesialist i psykiatri (Martinsen, 2016). Litteraturen er skrevet på bakgrunn av erfaringer, undersøkelser og forskning om fysisk aktivitet i behandling og forebyggende arbeid med psykiske lidelser. Boken er rettet mot studenter og helsearbeidere som arbeider med mennesker med psykiske lidelser, men er skrevet slik at den også kan leses uten forkunnskaper innen psykiatri og psykisk helse (Martinsen, 2016, s. 16). Jeg valgte å bruke denne boken i oppgaven da den inneholder relevant litteratur og treffer problemstillingen min på den måten at jeg kan ha et faglig grunnlag for å ønske å tilrettelegge fysisk aktivitet som en del av behandlingen av pasienter med depresjon.

Søkemotorer jeg har brukt i søkeprosessen er sykepleien.no, forskning.no og helsedirektoratet.no. De har artikler og retningslinjer på bakgrunn av forskning, eller artikler og/eller intervju av fagpersoner. I tillegg har jeg brukt ulike søkemotorer fra skolens bibliotek som CINAHL, MEDLINE, PubMed, SPORTDiscus, PsycINFO, SveMed+ og Academic Search Elite. Disse databasene har avgrenset referanser innen sykepleiefaglige områder, i tillegg til mer avgrensede tema innen blant annet mental helse, atferdsforskning, fysioterapi, folkehelse, idrettsmedisin og kroppsøving. Flere av databasene inneholder tidsskrifter, bøker, forskning og pasienterfaringer med internasjonal litteratur.

Søkemotor jeg har brukt er CINAHL with full text og brukt søkeord «depression», «exercise», «motivation». Jeg fikk 175 treff og valgte nr 13.

Søkemotor CINAHL with full text. Søkeord: «physical activity preferences» og «mental illness». Jeg fikk 2 treff og valgte nr 1.

Søkemotor PsycINFO. Søkeord «exercise and depression». Jeg fikk 568 treff og valgte nr. 8.

Søkemotor PsycINFO. Søkeord «exercise», «motivation» og «mental illness». Jeg fikk 1213 og valgte nr 6.

2.4 Kildekritikk

Ved å bruke kildekritikk skal en vurdere og karakterisere litteraturen en har funnet. En skal ikke være dommer overfor det aktuelle forskningsarbeidet eller den faglige kvaliteten på en bok, men vurdere i hvilken grad litteraturen er egnet til å beskrive og belyse problemstillingen en har valgt (Dalland, 2018, s. 158).

Når jeg har valgt litteratur har jeg tatt utgangspunkt i litteratur som forklarer noe om temaene motivasjon, fysisk aktivitet, depresjon og hvordan disse påvirker hverandre. I mitt litteratursøk har jeg brukt flere søkemotorer og brukt lang tid på å finne artikler og litteratur som jeg mener er relevant for å besvare problemstillingen på best mulig måte. Jeg har funnet litteratur som er utgitt mellom 2009-2017 og hatt fokus på å finne litteratur og forskning som er nyligst publisert innen de ulike temaene for å sikre meg oppdatert kunnskap (Dalland, 2018, s. 162).

Ikke alle artiklene jeg har valgt sier noe om motivasjonsfaktorer for trening når en er innlagt i institusjon, men jeg har likevel valgt å bruke de da jeg mener motivasjonsfaktorer ved depresjon kan mulig være like uavhengig om en er innlagt i institusjon eller ikke. En mulig svakhet kan være at noen av de som er innlagt i institusjon har en mer alvorlig form for depresjon enn de som ikke er innlagt, noe som kanskje kan påvirke motivasjon for å være i fysisk aktivitet. Jeg ser likevel på informasjonen som viktig og kan bruke dette til å sammenligne annen kunnskap om motivasjon og støtte i forhold til depresjon. I denne oppgaven har eg også brukt flere metastudier, og ser på de som en styrke da de har sammenlignet flere studer opp mot hverandre og har et stort antal informanter.

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke er fra Australia, Belgia, England og Sverige. Dette er land med noe lignende kultur som i Norge, i tillegg er depresjon utbredt over hele verden. Jeg ser derfor på disse studiene som relevant for å svare på problemstillingen. Lider et menneske av depresjon i Australia vil det mest sannsynlig ha like symptomer som et menneske i Norge. I tillegg kan det være en fordel å se på både behandling og motivasjonsfaktorer ved depresjon og hvordan dette blir jobbet med i andre deler av verden for å få bredde i oppgaven.

3 Teoridel

3.1 Psykisk lidelse

Som menneske har vi mange følelser. Vi føler på glede, lyst, begeistring, skam, frykt og raseri som bidrar til at vi kan være både sårbare og robuste. Våre følelser og tanker utvikles gjennom våre møter, gjennom hvem vi møter og hvordan vi møtes. I tillegg er de med å danne våre relasjoner (Skårderud et al., 2016, s. 27). Gjennom relasjoner kan vi føle oss trygge. Trygge bånd er en buffer mot lidelse, og påvirker vår evne til å tåle psykisk smerte, mens utrygge bånd er nær knyttet til symptomer og lidelse (Skårderud et al., 2016, s 28). Lidelse har en sentral plass i vår eksistens, og det går ikke an å unngå lidelse. Men det kan bli for mye. Da blir den nedstemte følelsen som frosset fast (Skårderud et al., 2016, s. 30).

3.2 Depresjon

Forekomsten av depressive symptomer i samfunnet er svært utbredt. Det er ca dobbelt så mange kvinner enn menn som får en depressiv lidelse, og undersøkelser viser at ca 5% av kvinner og ca. 3% av menn vil utvikle behandlingskrevende depresjon i løpet av et år (Hummelvoll, 2014, s. 193). Grunnen til at en utvikler depresjon er vanskelig å fastslå og er gjerne en kombinasjon av flere faktorer. Noen ganger melder en depresjon seg etter at en person har gjennomgått store påkjenninger eller skuffelser i livet. I andre tilfeller kan depresjon komme etter hendelser som innebærer en stor omstilling eller utfordring. Depresjon kan også oppstå uten at en selv eller omgivelsene kan se noen rimelig grunn for å bli nedfor. Ikke sjeldent oppstår depresjon hos kvinner etter de har født barn (Hummelvoll, 2014, s. 338).

Som beskrevet i innledningen kategoriseres depresjon i tre ulike grader. Mild, moderat og alvorlig. Det som kjennetegnes ved mild depresjon er opplevelse av tristhet og nedstemthet. En kan miste troen både på seg selv, andre mennesker og livet. En kjenner på lite energi til å utføre daglige gjøremål. Personen vil kunne trekke seg tilbake fra andre mennesker og kan bli følsom overfor avvísninger. Ved moderat depresjon kan det oppstå fordreide virkelighetsoppfatninger der vedkommende kan mistolke andres intensjoner og tro at andre misliker ham eller at de har en negativ oppfatning av ham. En kan føle på tomhet, dårlig selvbilde, det blir vanskeligere å konsentrere seg og tankeprosesser går langsommere (Hummelvoll, 2014, s. 199-200). En kan bli tiltaksløs og det å bekjempe depresjonen virker uoppnåelig (Hummelvoll, 2014, s. 198).

Ved alvorlig depresjon kan man kjenne på overveldende følelser av skyld og at en er verdiløs fordi en opplever stor avstand mellom hvordan en burde være og slik en faktisk opplever seg selv. Realitetsoppfatningen er forandret, og en kan oppleve derealisasjon og depersonalisasjon som går ut på at en opplever omverdenen som uvirkelig (Skårderud et al., 2016, s. 143). Noen mennesker kan begå selvmord eller forsøke å ta sitt eget liv for å oppnå lindring av den håpløse situasjonen de opplever (Hummelvoll, 2014, s. 201). En depresjonslidelse påvirker ikke bare humøret, men kan også gi kroppslige symptomer som blant annet nedsatt eller økt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, hodepine, svimmelhet og magesmerter. En kan få menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt potens og seksuell ulyst (Hummelvoll, 2014, s. 198-199). Depresjon påvirker altså hele mennesket.

3.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir definert som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk (Martinsen, 2016, s. 35). Nevnt innledningsvis har fysisk aktivitet flere positive effekter på kropp og sinn. Og fasinerende nok ser det ut til at hjernen er det organet som styrkes aller mest når vi beveger oss (Hansen, 2017, s. 9) I hjernen vår har vi substanser som overfører signaler mellom hjernens celler og kalles neurotransmittere. De er viktige for personligheten vår, tankemessige evner som konsentrasjon, motivasjon og det å ta beslutninger. Svikt på samtlige neurotransmittere er koblet til depresjon og henger i stor grad sammen med hvordan vi føler oss. De tre mest sentrale er Serotonin, noradrenalin og dopamin. Under hard fysisk aktivitet blir disse substansene i hjernen påvirket og resulterer i at nivåene øker (Hansen, 2017, s. 114). De ulike substansene påvirker oss ulikt.

Serotonin har en bremsende effekt og holder hjernens aktivitet på et balansert nivå. Dette fører til at overaktive hjerneceller i hele hjernen roes ned og uro og angst forsvinner. Serotonin skaper ro, harmoni og en følelse av indre styrke. Selektive serotonin-gjenopptakshemmere (SSRI) er verdens mest brukte antidepressive legemiddel og øker fremfor alt nivåene av serotonin (Hansen, 2017, s. 114).

Noradrenalin påvirker hvor opplagt, konsentrert og oppmerksom man er.

Dopamin er sentralt i hjernens belønningscenter og påvirker motivasjon og driv. Dopamin påvirkes også av god mat, sosialt samvær og sex, derfor ønsker vi oss mer av dette (Hansen, 2017, s. 114-115). Nivåene øker ved trening, men effekten kommer ikke før etter treningen, og varer fra én til et par timer. Dersom en begynner å trene kontinuerlig vil nivåene stige på sikt, ikke bare etter treningen, men gjennom hele døgnet (Hansen, 2017, s. 115).

I 2005 ble det gjennomført en randomisert studie på deprimerte rotter, og en fant ut at fysisk aktivitet hadde tilsvarende effekt på depresjon som antidepressive medikament ved at blant annet nivået av serotonin i hjernen øker (Martinsen, 2016, s. 182).

Forskning har vist at trening fungerer mot depresjon, men at det kan ta noen uker før en merker virkningen (Hansen, 2017, s. 105). Det som ser ut til å gi best resultater er å løpe (Hansen, 2017, s. 112). Mest optimalt er å løpe minst 30 minutter helst to til tre ganger i uken (Hansen, 2017, s. 105). Men forskning viser at også en begrenset mengde beskytter mot depresjon og får deg til å føle deg bedre (Hansen, 2017, s. 112). Det som er anbefalt er minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet med moderat intensitet. Ved å øke den daglige mengden og intensiteten kan en oppnå ytterligere helseeffekter (Helsedirektoratet, april, 2010).

3.5 Motivasjon

Motivasjon kan defineres som en «prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd». Motivasjon sier noe om bakgrunnen for menneskers handlinger (Renolen, 2010, s. 41). Vi skiller mellom indre og ytre motivasjon ut fra interesser, behov og målsetting. Indre motivasjon er en aktivitet som gjøres for å oppnå indre tilfredsstillelse, og omtales som en naturlig motivasjon. For eksempel å bli kvitt kroppslige plager. Det finnes ulike former for ytre motivasjon. De går på krefter utenfor oss selv som får oss til å gjøre en handling. Dette blir sett på som kunstig motivasjon. Det kan være trussel om straff, oppnåelse av belønning, indre press og skyld, eller fornuft, som for eksempel å trene for å ta vare på helsen sin (Renolen, 2010, s. 42-43).

Å finne ressurser til forandring og støtte opp under rett til selvbestemmelse og tro på at endring er mulig er viktig (Renolen, 2010, s. 51). Mennesker som skal endre vaner opplever ofte motstridende følelser, tanker og holdninger. Dette kalles ambivalens. En kan i ene øyeblikket være motivert for endring, mens i neste ikke se grunn for å gjøre en endring. En måte å tydeliggjøre ambivalens er å skrive ned fordeler og ulemper ved endring. Dette kan klargjøre motivasjon og gi et godt utgangspunkt for videre samtale. Forsøk på å endre andres vaner kan føre til motstand, ved at pasienten forsvarer seg eller er negativ til hjelpen som gis. Dette kan være tegn på at pasienten ikke føler seg forstått, eller at rådgiveren går for fort frem (Renolen, 2010, s.51-52).

En som lider av depresjon eller er utbrent kan ha vansker med å ta tak i egen livssituasjon. Å motivere pasienter eller brukere blir da en stor del av helsearbeiderens hverdag. De trenger støtte til å sette i gang og opprettholde arbeidet mot en endring. Å jobbe med motivasjon gjennom veiledning og rådgivning er til stor hjelp. En framgangsmåte som har vist seg å være virksom er motiverende samtale, også kalt endringsfokusert rådgivning. I samtalen bruker en ulike lytteteknikker og samtaleverktøy basert på aktiv lytting og speiling. Når klienten føler seg forstått er det lettere å være åpen. Prinsipp for samtalen tar utgangspunkt i vedkommendes holdninger, overveielser og ønsker (Renolen, 2010, s. 51).

3.6 Miljøterapi

På institusjoner med døgnbehandling er miljøterapi en del av behandlingen og har som hensikt å bidra til pasienters bedring. Miljøterapi omhandler det møtet som oppstår mellom pasient og personale, gjennom alt fra møter og måltider til individuelle samtaler (Skårderud et al., 2016, 199-200). Miljøterapi har sin effekt gjennom relasjonene som oppstår og hvordan de forløper (Skårderud et al., 2016, s.208). Personligheten til den enkelte behandler vil skinne gjennom og dagsformen vil sette farge på arbeidet. Ulike personlige utstrålinger påvirker pasientene og kan føre til at de kan identifisere seg med personalet, bli provosert eller tiltrukket (Skårderud et al., 2016, s. 199-200). Personalets holdninger blir derfor sentralt i miljøterapien. Positive holdninger og motivasjon smitter og stimulerer både pasienter og øvrig personale (Martinsen, 2016, s. 199).

4 Resultat

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

Formål: Hensikten med studien var å finne ut hvilke holdninger og preferanser mennesker med psykisk lidelse har til fysisk aktivitet.

Metode: Det ble utført ett tverrsnittstudie med spørreskjema der 142 deltakere over 18 år fullførte spørreundersøkelsen.

Funn: Det som ble best likt av informantene var lokale utendørsturer ledet av en personlig trener, med personer på samme fysiske nivå med et helsefremmende perspektiv.

Regelmessig aktivitet tilrettelagt av en personlig trener som kunne tilby individuell støtte var også en viktig faktor hos deltagerne i tillegg til fleksibilitet og individuell tilpasset aktivitet. En annen faktor som økte sannsynligheten for aktivitet var at aktiviteten skulle være billig.

Utordringer hos informantene var dårlig fysisk og psykisk helse, tretthet, utmattelse, å være sjenert eller flau, og dårlig planlegging av aktivitet (Chapman, Fraser, Brown & Burton, 2016).

Jeg har valgt å bruke denne forskningsartikkelen fordi den forteller noe om preferanser og motivasjon i forhold til det å ønske å være i fysisk aktivitet hos personer med mental sykdom. Dette kan være med å belyse problemstillingen om hvordan en kan tilrettelegge for fysisk aktivitet.

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

Formål: Hensikten med studien er å forstå effekt av fysisk aktivitet som behandlingsmetode hos pasienter med alvorlig depresjon.

Metode: Studien er en meta-analyse som har sett på hvilken effekt fysisk aktivitet har på mental og fysisk helse hos personer med depresjon. Studiet er basert på 39 studier med totalt 2326 deltakere. Studien har tatt utgangspunkt i randomiserte kontrollstudier der effekten av fysisk aktivitet i behandling av voksne over 18 år med depresjon ble målt.

Funn: Studien viser at ved mild til moderat depresjon kan fysisk aktivitet ha en sammenlignbar effekt med medikament og psykoterapi. Ved alvorlig depresjon ser det ut som at fysisk aktivitet kan ha effekt i kombinasjon med tradisjonell behandling. Depresjon er forbundet med høy forekomst av somatisk sykdom som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og metabolske sykdommer. Fysisk aktivitet kan i stor grad forebygge og behandle slike sykdommer og fysisk aktivitet kan derfor ses på som en svært gunstig behandlingsform når det kommer til pasienter med både fysiske og psykiske helseproblem. Fysisk aktivitet kan også forbedre: forhold til egen kropp, toleranse for stress og livskvalitet hos eldre voksne. En bør være klar over at symptomer ved alvorlig depresjon kan utgjøre en stor barriere for å være i fysisk aktivitet. Derfor kan motiveringsstrategier være aktuelt å bruke for å få pasienter motivert for treningsprogram (Knapden, Vancampfort, Moriën & Marchal, 2014).

Jeg har valgt å bruke denne studien i min oppgave fordi den viser fra et stort antall informanter at fysisk aktivitet kan ha en sammenlignbar effekt med antidepressiva og kan ha effekt i kombinasjon med tradisjonell behandling av depresjon.

Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial

Formål: Hensikten med studien var å finne ut om det er noen forskjeller i langtidseffekt på depresjon ved bruk av ulikt intensitetsnivå under fysisk aktivitet.

Metode: Blind randomisert kontrollstudie. Det var totalt 620 informanter mellom 18-67 år. 320 skulle deles inn og trene med ulik intensitet 55min tre ganger i uken over en periode på 12 uker. De andre 320 skulle få tradisjonell behandling med antidepressiva og psykolog, eller en av delene.

Funn: Studiet viste at fysisk aktivitet har en positiv effekt på mild og moderat depresjon etter 12 måneders oppfølging ved bruk av MADRS-score som kartlegging av depresjonssymptomer. Det ble brukt både lav, moderat og høy intensitet som treningsform. Det viste liten forskjell av effekt på depresjon mellom de ulike intensitetsformene, men gruppen med lavest grad av depresjon etter 12 måneder var gruppen med lav fysisk intensitet, inkludert sammenlignet gruppen med tradisjonell behandling. På bakgrunn av liten forskjell mellom intensitetsformene kan man med fordel brukes vedkommendes preferanser når det kommer til ønske av intensitet (Helgadottir, Forsell, Hallgren, Möller & Ekblom, 2017).

Jeg ser på denne studien som relevant for oppgaven fordi det er mange informanter med i studiet noe som kan forsterke troverdigheten på at fysisk aktivitet har effekt på depresjon. I tillegg er det en styrke at den belyser at trening kan ha en effekt også etter 12 måneder og for eksempel ikke bare timer eller få dager etter treningsøkten.

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

Formål: Pasienter med alvorlig psykisk lidelse er ofte lite fysisk aktive og er lite motivert for å være i aktivitet. Ved å finne ut motiverende faktorer og barrierer hos personer med alvorlig psykisk lidelse vil det kunne hjelpe til å forstå hvordan en kan øke deltakelse ved trening.

Metode: Studiet har først brukt en kvantitativ metode, og deretter en metaanalyse. Studiet har sammenlignet tidligere forskning og sett på motiverende faktorer og ulike barrierer for å trene hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni, schisoafektiv lidelse, psykoser, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Studiet er på bakgrunn av 12 studier og til sammen 6431 informanter.

Funn: Mennesker med psykiske lidelser trener for å forbedre både fysisk og mental helse. De viktigste motiverende faktorer i prioritert rekkefølge var å bedre fysisk helse, gå ned i vekt, øke velvære og glede, redusere stress, bedre humør og selvtillitt og å motta råd om helse fra profesjonelle. Barrierer for å trene var sykdom, tretthet og utmattelse, kostnader ved å trene, tilgang på å trene og utilstrekkelig informasjon. Tretthet, stress og utilstrekkelig støtte utgjorde de største barrierene for størsteparten av informantene. På bakgrunn av denne informasjonen kan en prøve å legge til rette for et treningsprogram ved å identifisere treningsmål og å hjelpe vedkommende å nå målene. Dette kan hjelpe pasientene til å overkomme sine barrierer da det kan føles mer givende og resultere i større deltakelse og motivasjon til å fortsette med regelmessig trening. Dette kan igjen forbedre fysisk helse og lette bedring ved alvorlig psykisk lidelse (Firth, Resenbaum, Stubbs, Gorczynski, Yung & Vancampfort, 2016).

Denne studien sier noe om motiverende faktorer som bidrar til fysisk aktivitet hos pasienter med psykiske lidelser og bevisstgjøring av barrierer og vil derfor være relevant for å besvare problemstillingen jeg har valgt.

5 Drøfting

5.1 Tradisjonell behandling av depresjon

Ved depresjon er antidepressive medikamenter og samtaleterapi de vanligste behandlingsformene (Martinsen, 2016, s. 68), men medikamenter skal ifølge retningslinjer ikke være første valget ved mild til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2016). Likevel er det en uenighet rundt bruken av psykofarmaka. Blir det brukt for mye? Og er det skadelig? (Skårderud et al., 2016, s. 245). En ser ofte i oppstartsfasen at enkelte pasienter har økt angst og uro, og noen får økende selvmordstanker (Helsedirektoratet, 2009). Undersøkelser viser at 30% slutter å ta antidepressiva etter første måned, og opp mot 50% slutter i vedlikeholdsfasen. En dansk undersøkelse viste at en tredel av pasientene sluttet i løpet av et halvt år. For at antidepressiva skal få full effekt må en gå på medikamentet over lengre tid. En bør fortsette med behandlingen i minst 6 måneder etter fravær av symptomer for å hindre tilbakefall (Helsedirektoratet, 2009).

En mulig årsak til at så mange slutter med antidepressiva før en får full effekt kan være økende angst og uro i oppstartsfasen. Dette er kjente symptomer hos pasienter med depresjon, og dersom en opplever en forverring kan dette for noen kanskje være skremmende. Noen ønsker kanskje ikke å begynne med medikamentell behandling, mens andre har prøvd, men ønsker å slutte. Vi vet at antidepressiva virker inn på signalstoffer i hjernen som er viktige for å komme ut av depresjonen, og for noen kan det være et nødvendig tiltak (Martinsen, 2016, s. 183). På en annen side kan det være mulig at det ofte forskrives antidepressiva der annen behandling burde vært prøvd (Skårderud et al., 2016, s. 246).

5.2 Hvorfor bruke fysisk aktivitet i behandling av depresjon

Det er kjent at fysisk aktivitet bedrer humøret, gir energi, reduserer stress og forbedrer forholdet til egen kropp (Helsedirektoratet, 2010). Og nettopp hos mennesker med depresjon kan symptomene vise seg som nedsatt humør, lite energi og dårlig selvbilde (Hummelvoll, 2014, s. 199). Ved å være i regelmessig fysisk aktivitet kan en oppleve bedring i disse symptomene. Men hvor mye fysisk skal til for at det har noen effekt på depresjon? Det finnes noe ulik litteratur rundt temaet. En studie av Helgadottir et al., fra 2017 viste at fysisk aktivitet i 55min tre ganger i uken over en periode på 12 uker har god effekt på depresjon, både ved lav, moderat og høy intensitet. Treningen viste også effekt 12 måneder etter studien (Helgadottir et al., 2017). Noe litteratur sier at det å løpe ser ut til å ha best effekt (Hansen, 2017, s. 112). Helst å løpe minst 30 minutter to til tre ganger i uken (Hansen, 2017, s. 105). Men forskning viser at også en begrenset mengde beskytter mot depresjon og får deg til å føle deg bedre (Hansen, 2017, s. 112). Det som kan bli en utfordring for pasienter med depresjon er å være i tilstrekkelig fysisk aktivitet da sykdommen kan føre til lite energi og det å være i aktivitet i for eksempel 55 minutter kan føles uoverkommelig (Hummelvoll, 2014, s. 198). Et mål kan være å nå helsedirektoratet sine anbefalinger om 30 minutter daglig fysisk aktivitet med moderat intensitet (Helsedirektoratet, 2010). Dersom dette føles for krevende, kan en begynne med en mindre mengde, og ha 30 min aktivitet som et mål på sikt.

Et forskningsstudie gjort av Knapden et al. (2014) ville finne ut hvilken effekt fysisk aktivitet har på mennesker med alvorlig depresjon. Studiets funn viste blant annet at fysisk aktivitet kan ha en sammenlignbar effekt med medikament og psykoterapi. Ved alvorlig depresjon ser det ut til at fysisk aktivitet kan ha effekt i kombinasjon med tradisjonell behandling. I tillegg er depresjon forbundet med en høy forekomst av somatisk sykdom som blant annet hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2. Fysisk aktivitet kan i stor grad forebygge og behandle slike sykdommer og fysisk aktivitet kan derfor ses på som en svært gunstig behandlingsform når det kommer til pasienter med både fysiske og psykiske helseproblem (Knapden et al., 2014).

5.3 Barrierer og motivasjon ved fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er ofte forbundet med glede, sosial kontakt og mestring. Mens for pasienter med psykiske lidelser kan en kjenne på angst, lav selvfølelse og det å være i fysisk aktivitet kan føles som en uopnåelig oppgave. De kan ha dårlig tro på at de klarer det, eller at det ikke vil hjelpe dem (Martinsen, 2017, s. 197). Noen kan kjenne på ambivalens og ha motstridende tanker og følelser i forhold til fysisk aktivitet. I ene øyeblikket føler en seg motivert, mens i neste ser en ingen grunn for å trene (Renolen, 2010, s. 51-52). I tillegg kan pasienter ha forskjellige erfaringer og forutsetninger for fysisk aktivitet. Noen kan ha gode fysiske forutsetninger og kan raskt oppleve glede og motivasjon ved å trene. En med disse forutsetningene trenger kanskje ikke mye hjelp og støtte fra andre for å fortsette å trene. Andre kan ha fysiske plager og, eller overvekt som kan utgjøre en større hindring i å være i fysisk aktivitet. Mens for noen kan kanskje overvekt være en motivasjonsfaktor for å begynne å trene (Martinsen, 2016, s. 89-90). Å kjenne til hindringer hos pasientene kan bidra til bevisstgjøring både for pasient og helsepersonell (Martinsen, 2016, s. 198).

Forskning viser at mennesker med psykiske lidelser ønsker å trene for å forbedre både fysisk og mental helse. De vanligste motivasjonsfaktorene er blant annet å bedre fysisk helse, humør og selvtillit, gå ned i vekt og redusere stress (Firth et al., 2016). Selv om en kan ønske å være i fysisk aktivitet kan depresjonen utgjøre en stor barriere og en får det ikke til (Knapden et al., 2014). Dårlig fysisk og psykisk helse, tretthet, utmattelse, utilstrekkelig støtte og å være sjenert er noen av utfordringene pasienter med depresjon føler på (Chapman et al., 2016). Det som kommer igjen i flere av forskningsartiklene jeg har brukt er at de fleste trenger hjelp og oppfølging til å komme i gang med fysisk aktivitet. De trenger støtte gjennom tid og hjelp til å stimulere egne ressurser (Chapman et al., 2016). Ved å identifisere barrierer og treningsmål kan en på bakgrunn av den informasjonen legge til rette for aktivitet. Med hjelp til å overkomme barrierer kan aktiviteten føles mer givende og resultere i større deltakelse og motivasjon for å fortsette med regelmessig trening (Firth et al., 2016). Gjennom støtte av sykepleier kan pasienter erfare at de kan påvirke sin egen situasjon med egen aktivitet, uansett hvor dårlig de føler seg. Dette kan være viktig hjelp på veien ut av en depresjon (Martinsen, 2016, s. 81).

5.4 Sykepleierens betydning i behandling av depresjon

På institusjoner med døgnbehandling er miljøterapi en del av behandlingen og har som hensikt å bidra til pasienters bedring (Skårderud et al., 2016, 199-200). En del av sykepleierens oppgave er å prøve å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom hjelpe til å løse eller redusere hans helseproblem (Hummelvoll, 2014, s. 43). Men en som lider av depresjon kan ha vansker med å ta tak i egen livssituasjon. Å bruke støtte og motivasjon og fremme tro på at bedring er mulig blir en stor del av sykepleierens hverdag (Renolen, 2010, s. 51) Personalets holdninger blir sentralt i miljøterapien og påvirker relasjonene som blir dannet (Skårderud, 2016, s. 208). Positive holdninger og motivasjon smitter og kan bidra til å stimulere både pasienter og øvrig personale (Martinsen, 2016, s. 199).

Fra sykepleierens side kan interesse, tålmodighet og omsorg for pasienten være viktig for å vise støtte og skape tillitt. Støtte og motiverende holdninger fra personalet er generelt sett nødvendig for at mennesker med psykiske problem skal få mot til å prøve seg på utfordringer (Hummelvoll, 2014, s. 150). Dersom ikke personalet klarer å ha en felles holdning, kan det bli vanskelig å motivere pasienter (Martinsen, 2016, s. 199). Når en som helsepersonell har realistiske forventninger og tørr å vise hva en står for og hva en ikke mestrer, kan dette bidra til å skape tillit, bedre samarbeid og gode relasjoner (Martinsen, 2016, s. 199). Det kan tenkes at gode relasjoner med pasientene kan bidra til lettere å motivere og få pasienter med på aktivitet. Erfaringer jeg har gjort meg i praksis er at motivasjon kan være en utfordring. Selv og jeg som sykepleierstudent er glad i fysisk aktivitet og motivert for det er det ikke alltid en selvfølge å kunne klare å motivere pasienten. Ofte ser det ut til at lite energi og lite lyst til å gjøre noe veier tyngst. jeg tror det vil være viktig å kunne godta det, ikke gi opp, og prøve igjen senere.

Som tidligere nevnt kan pasienter med depresjon være preget av lite energi og utmattelse og dermed være lite motivert for fysisk aktivitet (Firth et al., 2016). Å jobbe med motivasjon gjennom veiledning og rådgivning kan være til hjelp. En framgangsmåte som har vist seg å være virksom er motiverende samtale. I samtalen bruker en ulike lytteteknikker og samtaleverktøy basert på aktiv lytting og speiling. For å få til en endring vil det være lurt å kartlegge personens holdninger og motivasjon for fysisk aktivitet. Et utgangspunkt er å få tak i hva vedkommende kan ha glede av, interesseområder, ønsker og forutsetninger, med mulighet for justeringer etter behov (Martinsen, 2016, s. 200). For å få kartlagt dette kan relasjon mellom pasient og pleier ha en betydning (Skårderud et al., 2016, s.208).

For noen kan fysisk aktivitet i fellesskap være en motivasjon. Aktiviteten og fellesskapet kan være med å avlede vonde tanker og bidra til samarbeid og sosial innlevelse. Mange typer fysisk aktivitet kan gjøres i fellesskap, som for eksempel gå tur, eller ballspill. Man får øvd på sosiale ferdigheter og ufarliggjøre sosiale prosesser (Martinsen, 2016, s. 208). Dette kan være viktig i behandling av depresjon da en ofte har lett for å trekke seg tilbake fra sosiale situasjoner (Hummelvoll, 2014, s. 199). Eksempel ballspill kan fortrenge angst og usikkerhet, øke mestringsevnen og selvbildet (Martinsen, 2016, s. 208). Forskning viser at sosial støtte og deltakelse har en gunstig effekt på psykisk helse, mestring og livskvalitet, i tillegg til at det er en viktig beskyttelsesfaktor i møte med belastende livshendelser. Lav sosial støtte gir derimot en mangedoblet risiko for psykiske problemer (Folkehelseinstituttet, mars 2011).

Når en skal motivere en pasient er det viktig å finne en balanse for hvor mye en skal støtte og motivere. Balansen mellom motivering og press, mas eller tvang kan være vanskelig. En bør føle seg fram og være bevisst på at det som virker for en person, kan ha en annen effekt på andre (Martinsen, 2016, s. 199). På en side er det viktig å respektere pasientens ønske dersom han eks. ikke ønsker å bli med på en tur, mens på en annen side vet en som sykepleier at mosjon er viktig for helsen i et helhetlig perspektiv (Helsedirektoratet, 2010). Sykepleieren blir en følgesvenn gjennom behandlingen og må balansere mellom å gi støtte og utfordringer (Hummelvoll, 2014, s. 45).

5.5 Å skape en endring

Hensikten med endring er at det skal oppleves meningsfullt, oppnåelig og forstås av personen selv (Martinsen, 2016, s. 202). Dersom en får gjøre noe en har lyst til og liker, øker sannsynligheten for at en vil fortsette med aktiviteten over tid. Dersom aktiviteten gjentas uten for lange mellomrom blir kanskje de forbigående psykologiske endringene varige (Martinsen, 2016, s. 78). Om aktiviteten derimot ikke tilpasses individuelt kan aktiviteten oppleves for krevende eller langvarig og skape en negativ effekt (Hummelvoll, 2010, s. 2014). Eller om personen har for høye og strenge krav til seg selv kan det føre til at han føler seg utilstrekkelig. En kan jobbe med ideal-selvet for å tilpasse målene til pasientens yteevne. Ved å oppmuntres til å søke nye opplevelser hvor en erfarer mestring og vekstmuligheter kan det bidra til å styrke troen på en selv (Hummelvoll, 2014, s. 149), noe som mulig kan være med å bidra til en varig endring. En utfordring kan være at det kan ta uker før fysisk aktivitet har noen effekt (Hansen, 2017, s. 105). I praksis har jeg opplevd at pasienter som er dypt deprimerte har vansker med å se håp om bedring. En pasient jeg gikk på tur med flere ganger følte ikke mye glede ved å gå tur, men at det var mer som tidsfordriv. Det kan kanskje tenkes at det for noen blir vanskelig å tro at fysisk aktivitet har positiv effekt, da de ikke opplever det så raskt som de kanskje hadde håpet. Støtte gjennom tid og hjelp til å stimulere egne ressurser kan mulig være et viktig fokus i en slik situasjon (Chapman et al., 2016).

5.6 Pasienthistorie

I et eksempel fra boken «Kropp og sinn» av Martinsen (2016) fortalte en kvinne en gang om sin historie da hun var dypt deprimert og innlagt på en psykiatrisk avdeling. Hun beskrev tiden som smertefull og at ingenting kunne glede henne. Hun lå for det meste til sengs og orket ikke være oppe. Kontaktsykepleieren hennes kom inn til henne hver dag og tok henne med på en tur. De begynte først med en tur rundt sykehuset, og etter hvert lengre turer. Etter hvert orket hun mer og hadde en viss glede av det, og gradvis gikk depresjonen over. Hun fortalte etter avsluttet behandling at hun aldri hadde klart det alene, og såg først ikke vitsen med det. Hun fikk også annen behandling på sykehuset, men etter å se tilbake på oppholdet så hun på de daglige spaserturene som noe av det viktigste som hendte. Hun opplevde at kontaktsykepleieren hadde tro på henne, at hun kunne klare noe, og det smittet (Martinsen, 2016, s. 81-82).

I tilfellet overfor kan man se på relasjon mellom pasient og pleier som en viktig faktor. Pasienten opplevde lite glede og overskudd til å være oppe. Ved depresjon er dette vanlige symptom og mange føler seg tiltaksløse og det å bekjempe depresjonen føles uoverkommelig (Hummelvoll, 2014, s. 198-199). Her kan man se på viktigheten av sykepleierens rolle der en har et ansvar for å hjelpe pasienten til bedring (Skårderud et al., 2016, s. 199). Gjennom å kombinere kunnskap om fysisk aktivitet og betydningen av å gi støtte kan sykepleieren bruke dette i behandlingen og mulig hjelpe pasienten til å gjenvinne tro på seg selv (Martinsen, 2016, s. 199). Ved at pleieren tok henne med på tur hver dag opplevde hun etter hvert mestring og det å klare å gå lengre turer. Hun opplevde at kontaktsykepleieren hadde tro på henne og dette smittet. Dette kan være med å belyse viktigheten av sykepleierens holdninger rundt pasienter (Martinsen, 2016, s. 199).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan en som sykepleier kan legge til rette for fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon innlagt på distriktpsykiatrisk senter som en del av behandlingen. Forsking har vist at fysisk aktivitet har sammenlignbar effekt med antidepressiva og psykoterapi og kan bedre symptomene ved både mild, moderat og alvorlig depresjon, enten alene eller i kombinasjon med tradisjonell behandling. Siden pasienter med depresjon kan kjenne på lav selvfølelse, nedstemthet og lite energi kan det være vanskelig for dem å delta i fysisk aktivitet. Forsking viser at ved å identifisere pasientens barrierer og mål, i tillegg til interesseområder kan dette være med å bevisstgjøre både pasient og personale. Gjennom å ta utgangspunkt i denne informasjonen kan sykepleier legge til rette for individuelt tilpasset aktivitet for pasienten som kan føles mer givende og resultere i større deltakelse. Dette kan føre til motivasjon for å fortsette med regelmessig trening. I tillegg er støtte og motiverende holdninger fra personalet er generelt sett nødvendig for at mennesker med psykiske problem skal få mot til å prøve seg på utfordringer. Ved at sykepleier støtter pasienten over tid kan pasienten erfare at han kan påvirke egen situasjon med egen aktivitet.

7 Litteraturliste

- Chapman, J. J., Fraser, J. S., Brown, J. W. & Burton, W. N. (2016). Physical activity preferences motivators, barriers and attitudes of adults with mental illness. *Journal of mental health*. 25(5): 448-454. 1-3, 6-7 DOI: 10.3109/09638237.2016.1167847
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- 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*, 2016, 46, 2869-2881. 1-3, 8-10. doi:10.1017/S0033291716001732
- Folkehelseinstituttet (Mars, 2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20112-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger..pdf>
- Hansen, A. (2017). *Hjernesterk – hvordan fysisk aktivitet styrker hjernen*. Oslo: Cappelen Damm.
- Helgadottir, B., Forsell, Y., Hallgren, M., Möller, J. & Ekblom, Ö. (2017). Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 105 (2017) 37-46. 1-2, 5-6.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.08.008>
- Helsedirektoratet (2009, Mai). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Helsedirektoratet (2010, April). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer.*

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>

Helsedirektoratet (2016, juni). *Depresjon.* <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon> Hentet 29.04.19

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkvis og delt.* Oslo: Gyldendal.

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y. & Marchal, Y. (2014). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation* 37(16): 1490-1495. 2-3, 5-6.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.* (Meld. St. 14 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/01f2b178d685405e925d60ebbb9b1bdc/no/pdfs/stm201420150014000dddpdfs.pdf>

Martinsen, E. W. (2016). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi.* Bergen: Fagbokforlaget.

Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget.

Røsjø, B. (2014). *Angst og depresjon koster mest.* Hentet fra:

<https://forskning.no/angst-eu-norges-forskningsrad/angst-og-depresjon-koster-mest/570433>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken.* Oslo: Gyldendal Akademisk