



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 426

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11644

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: 17

Andre medlemmer i gruppen: 428

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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

Effektene av fysisk aktivitet og motiverende intervju hos pasienter med depresjon

The effects of physical activity and motivational interviewing in patients with depression

Kandidatnummer 426 og 428

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

Antall ord: 11 644

Vi 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.*

ABSTRACT

Objective: How does physical activity affect patients with depression, and which effects can a nurse, by using motivational interviewing, have on the patient to perform physical activity as a part of their treatment?

Design: Literature study

Setting: Psychiatric hospital

Patients: Patients with mild, moderate or major depression

Intervention: Physical activity

Globally, more than 300 million people are diagnosed with clinical depression, and depression is also the leading cause of worldwide disability (WHO, 2018, avsnitt 1). Keeley et al. (2014, s. 622) claims that depression is projected to become the leading cause of disability worldwide by 2030. In this thesis we assessed some benefits of physical activity as treatment for depression. We also reviewed if motivational interviewing could contribute to increase patients will to use physical activity as a part of treatment. This thesis, as a literature study, includes several articles which states that physical activity can be beneficial for treating clinical depression, especially by combining physical activity with antidepressant treatment. By applying the empathy nursing theory from Joyce Travelbee, this thesis will show that motivational interviewing can increase patients desire to make a lifestyle change by including physical activity in their given treatment. This thesis found that physical activity is beneficial for the treatment of depression, and that motivational interviewing may lead to an increased amount of physical activity. Applying motivational interviewing may therefore provide positive results as a part of treatment for people with depression.

Key words: Mental health, depression, physical activity, exercise, motivation and motivational interviewing.

ABSTRACT	1
1.0 Innledning	4
2.0 Teori	7
2.1 Joyce Travelbee	7
2.2 Livskvalitet	8
2.3 Psykisk helse	8
2.4 Psykiske lidelser	8
2.5 Depresjon	9
2.6 Antidepressive legemidler	10
2.7 Fysisk aktivitet	11
2.8 Psykologiske effekter av fysisk aktivitet	11
2.9 Motivasjon	13
2.10 Pasientkommunikasjon	13
2.11 Motiverende intervju	13
2.12 Diagnosesystemene ICD og DSM	15
2.13 Fordypningspraksis	15
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som metode	16
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode	16
3.3 Søkestrategi og databaser	17
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.5 Litteratursøk og databaser / PICO	19
3.6 Kildekritikk - styrker og svakheter	19
3.7 Kort presentasjon av artiklene	20
3.8 Metodediskusjon	20
4.0 Resultat	23
4.1 Effekter av fysisk aktivitet på pasienter med depresjon	23
4.1.1 Korttidseffekter	23
4.1.2 Langtidseffekter	24
4.1.3 Fysisk aktivitet sammenlignet med medisiner	25
4.1.4 Høy intensitet gir bedre effekt enn lav intensitet	26
4.2 Motiverende intervju kan øke sannsynligheten for å utøve fysisk aktivitet	27
4.2.1 Motivasjon og barrierer relatert til fysisk aktivitet for psykiatriske pasienter	27
4.2.1.1 Fysisk helse - motivasjon og barrierer	28

4.2.1.2 Psykisk helse - motivasjon og barrierer	28
4.2.1.3 Sosialt og økonomisk - motivasjon og barrierer	29
4.2.2 Motiverende intervju	29
4.2.3 Indre og ytre motivasjon	30
4.2.4 Økt kunnskap om fysisk aktivitet hos sykepleiere er ønskelig	30
4.2.5 Empatisk tilnærming gir gunstigere forhold for å hjelpe pasienter med depresjon	31
5.0 Diskusjon	32
5.1 Fysisk aktivitet som behandling av pasienter med depresjon	32
5.1.1 Korttidseffekter	32
5.1.2 Langtidseffekter	35
5.1.3 Fysisk aktivitet sammenlignet med medisinerer	36
5.1.4 Høy intensitet gir bedre effekt enn lav intensitet	37
5.2 Motiverende intervju kan øke sannsynligheten for å anvende fysisk aktivitet	38
5.2.1 Motivasjon og barrierer for fysisk aktivitet for psykiatriske pasienter	38
5.2.2 Motiverende intervju	39
6.0 Konklusjon	45
6.1 Svakheter ved studien	46
7.0 Litteraturliste	47
8.0 Vedlegg	
Vedlegg 1: Søkehistorikk	52
Vedlegg 2: Pico med Mesh-ord	54
Vedlegg 3: Flytskjema	56
Vedlegg 4: Fagbegreper og definisjoner	57
Vedlegg 5: Litteraturmatrise	59

Figur 1: Psykologiske faktorer relatert til trening i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Taylor, Sallis & Needle, 1985, s. 196).

Figur 2: Effekt av trening hos mennesker med depresjon (Taylor, Sallis & Needle, 1985, s. 198).

Figur 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Figur 4: PICO

1.0 Innledning

Ifølge Verdens helseorganisasjon (2018) er depresjon den ledende årsaken til nedsatt funksjonsevne i verden. Globalt lider mer enn 300 millioner mennesker i alle aldre av depresjon. Depresjon er en psykisk lidelse som kjennetegnes av at personer opplever å være nedstemt og å ha et lavere funksjonsnivå over lengre tid. Depresjon kan føre til angst, skyldfølelse, selvmordstanker og i verste fall selvmord (Folkehelseinstituttet, 2015). Det antas ifølge Keeley et al. (2014, s. 622) at depresjon vil bli den hyppigst forekommende psykiske lidelsen innen 2030. Det finnes flere effektive behandlinger for depresjon, men dessverre mottar for få pasienter behandling på grunn av krevende og varige behandlingsprosesser (WHO, 2018).

Verdens helseorganisasjon (2018) definerer fysisk aktivitet som enhver kroppsbevegelse som er produsert av skjelettmuskler og krever energiforbruk. Fysisk inaktivitet har blitt identifisert som den fjerde ledende risikofaktoren for global dødelighet. Det er bevist at inaktivitet er en av hovedårsakene til at mennesker får høyt blodtrykk, hjertesykdom, hjerneslag, flere typer kreft, diabetes og iskemisk hjertesykdom (Helsenorge, 2019). Fysisk aktivitet har flere fordeler, blant annet redusert risiko for blant annet disse nevnte sykdommene. Fysisk aktivitet vil også medføre at kroppen skiller ut endorfiner som blant annet gir en følelse av velvære (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 27).

Ved en depresjon er det antatt at hjernen og hormonsystemet er i kjemisk ubalanse (Delgado, 2000). Til tross for det, så kan ulike positive effekter av fysisk aktivitet oppleves av både psykisk friske mennesker og personer med depresjon. Verdens helseorganisasjon (2018) tilføyer også at fysisk aktivitet kan redusere risikoen for å utvikle depresjon.

I oppgaven ønsker vi å se på hvordan fysisk aktivitet kan hjelpe pasienter som allerede har fått diagnosen depresjon. Det kan være problematisk å motivere en pasient med depresjon til å utøve fysisk aktivitet. Selv mennesker uten en psykisk

lidelse opplever at det ikke alltid er like fristende å trene i en travel hverdag. Slik føles det for mennesker med depresjon, hver eneste dag og i en større skala enn hos psykisk friske mennesker. For at fysisk aktivitet skal kunne bidra positivt til behandlingen av depresjon, er man avhengig av at pasientene er kapable til å øke nivået sitt av fysisk aktivitet.

Vi har valgt å se på motiverende intervju som et verktøy for sykepleier til å motivere pasientene. Samtalen skal være preget av empati og forståelse der pasienten selv forteller og reflekterer. Sykepleieren sin oppgave er å styre samtalen ved åpne spørsmål og aktiv lytting. Motiverende intervju har også vist seg svært effektivt i andre sammenhenger hvor det er ønskelig med en livsstilsendring hos pasienten.

Vi er to sykepleierstudenter som er begge veldig opptatt av fysisk aktivitet og trening. Vi har flere år med erfaring fra strukturert trening, og vi har selv kjent på de psykiske og fysiske helsegevinstene som fysisk aktivitet har gitt oss. På bakgrunn av dette og erfaringer fra psykiatrisk praksis har vi basert oppgaven på fysisk aktivitet, depresjon og hvordan en sykepleier kan motivere denne pasientgruppen til å benytte fysisk aktivitet i behandlingen av depresjon.

Det eksisterer i dag flere studier og artikler som omhandler depresjon, fysisk aktivitet og motiverende intervju. Gjennom vår studie registrerte vi at det var manglende artikler og studier om kombinasjonen av disse tre temaene, og vi opplevde dermed at det eksisterer et litteraturgap om effektene av å bruke motiverende intervju for å få pasienter med depresjon til å utøve fysisk aktivitet. Vårt ønske med denne studien er å svare på problemstillingen, og ved å gjøre det kan vi forhåpentligvis gi et bidrag til temaet. Vi håper derfor at studien kan være med på å redusere dette litteraturgapet.

Hensikten med denne oppgaven var å se på de positive helsegevinstene av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon. I diskusjonen vurderes effekter på kort og lang sikt, fysisk aktivitet sammenlignet med medisiner, samt om fysisk aktivitet med høy intensitet gir bedre effekt enn lav intensitet. Videre vurderte vi hvilke

motiverende faktorer og barrierer som oppstod hos pasientene, og hvilke effekter sykepleiers bruk av motiverende intervju kan ha hos pasienten for å utøve fysisk aktivitet som del av behandlingen.

Oppgavens problemstilling ble dermed:

Hvordan påvirker fysisk aktivitet pasienter med depresjon, og hvilke effekter kan en sykepleiers bruk av motiverende intervju ha hos pasienten for å utøve fysisk aktivitet?

2.0 Teori

I teoridelen inkluderes de relevante temaene og fagbegrepene som blir brukt i oppgaven. For å besvare problemstillingen vil vi drøfte effektene av fysisk aktivitet og hvordan en sykepleier kan bruke motiverende intervju til å hjelpe en person med depresjon til å utøve fysisk aktivitet. På bakgrunn av det er det nødvendig å utdype temaene som vil bli diskutert i resultat- og diskusjonsdelen. Blant annet vil vi gi en helhetlig forklaring på vår valgte sykepleieteoretiker, i tillegg til teori om livskvalitet, psykisk helse, psykiske lidelser, depresjon, motivasjon, pasientkommunikasjon, fysisk aktivitet og fysiologiske virkninger av dette.

2.1 Joyce Travelbee

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” - Joyce Travelbee (Kirkevold, 1992, s. 100)

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk sykepleier som hadde sitt utgangspunkt i psykiatri. Travelbee hadde fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier, der det enkelte individet skal stå i sentrum. Hennes menneskesyn fikk stor innflytelse for norsk sykepleierutdanning, da hun legger vekt på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hennes sykepleiedefinisjon bygger på den “harde” sannheten om at smerte og lidelse er uunngåelig for mennesker, og det handler mer om hvordan man håndterer disse følelsene. Hun ønsket at en sykepleier skal hjelpe pasienten å finne en mening i møte med lidelse og sykdom (Kirkevold, 1992, s.100).

Travelbee fokuserte på viktigheten av et menneske-til-menneske-forhold, og mislikte å plassere individer i grupper, for eksempel sykepleier og pasient. Et sentralt begrep knyttet til Travelbees sykepleieteori er empati, der forståelse for andres situasjon og følelser er nødvendig for en god behandling. Her må en prioritere å bruke egne følelser som hovedressurs. Dersom sykepleieren ikke ser mennesket i pasienten vil omsorgen bli upersonlig og behandlingen suboptimal (Kirkevold, 1992, s. 101).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet kan handle om å oppleve glede og mening, trygghet og tilhørighet og det å føle interesse, engasjement og mestring. Livskvalitet er noe som blir prioritert hos mennesker, og henger sammen med psykisk og fysisk helse. Livskvalitet og trivsel styrker motstandskraft i møte med krevende opplevelser og belastninger. Opplevelse av livskvalitet er også individuelt, der en persons livskvalitet er basert på ens følelser og ønsker (Barstad, 2015).

2.3 Psykisk helse

Psykisk helse kan beskrives som en opplevelse av å ha det bra, der en mestrer de vanlige belastningene i livet og finner glede i hverdagen, ved blant annet arbeid og jobb, og i tillegg til å delta og bidra i samfunnet. Folkehelseinstituttet (2017) har oversatt WHO sin definisjon av psykisk helse til "en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet".

Helse stammer fra det norrøne ordet "heilsa", som er beslektet med ordene hel og sunn. Psykisk stammer fra det greske ordet "psyke" og betyr opprinnelig livsånde eller det som puster liv. Språklig betyr psykisk helse det som puster liv i oss og gjør oss til hele mennesker (Andersen, 2018).

2.4 Psykiske lidelser

Malt (2018) skriver at psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Disse lidelsene medfører i mange tilfeller nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan redusere menneskets livskvalitet.

Psykiske lidelser kan være et resultat av fysiske eller psykiske påkjenninger, blant annet traumatiske opplevelser fra barndommen eller en bilulykke som man kan definere som en krevende livshendelse. Mange pasienter som har vært innlagt i psykisk helsevern har dessverre opplevd ulik grad av omsorgssvikt i oppveksten, og dette kan medføre psykiske vansker senere i livet.

2.5 Depresjon

Depresjon er en følelse av varig nedstemthet som over tid påvirker normal funksjonsevne. Det lave stemningsleiet kan påvirke både søvn, relasjoner til andre mennesker, jobb og appetitt. Mange trenger ofte profesjonell hjelp for å overkomme en depresjon.

Depresjon kan blant annet utløses av stressende hendelser, dødsfall i familien eller økonomiske problemer. En depresjon kan være forårsaket av sosial isolasjon eller mangel på venner eller familie. En vanskelig eller traumatisk barndom kan gjøre en person sårbar for psykiske lidelser som depresjon. En depresjon kan variere i alvorlighetsgrad, og kan i mange tilfeller være svært krevende å behandle.

Depresjon kan være arvelig, og visse hormonelle endringer kan bidra til depresjon, spesielt hos kvinner. Depresjon kan oppstå hos både unge og eldre, og man hører gjerne om spesielt ungdom som sliter med psykiske lidelser, derav vanligvis depresjon (Helsenorge, 2018).

Symptomer kan være:

- Tristhet eller nedstemthet
- Nedsatt interesse for ting man vanligvis liker
- Søvnvansker (for mye eller for lite)
- Manglende matlyst / økt appetitt
- Lite energi
- Lav selvfølelse
- Skyldfølelse
- Vansker med å tenke og konsentrere seg
- Selvmordstanker

Behandling av depresjon utføres vanligvis ved en kombinasjon av samtalerterapi og antidepressive legemidler som stabiliserer humøret. Ved mild til moderat depresjon anbefales samtalerterapi som et førstevalg framfor legemidler (Helsenorge, 2018).

Legemidlene er kjent for å forårsake ugunstige bivirkninger.

Samtalebehandling kan deles i tre deler: kognitiv terapi, interpersonlig terapi og problemløsende terapi. Kognitiv terapi er en avansert behandlingsform som krever erfarne psykologer, og det handler om å forandre den utsatte personens sine tankemønstre og selvoppfatning. Ved depresjon har man ofte en negativ selvoppfatning, og dette forekommer ofte som ubevisste tanker. En psykolog vil lære personen å bearbeide disse ubevisste tankemønstrene for å skape en "positiv" struktur. Kognitiv terapi krever ofte flere behandlinger og er tidkrevende, men mange opplever bedring av denne behandlingsformen (Helsenorge, 2018).

Interpersonlig terapi fokuserer på hvordan man fungerer i nære relasjoner som for eksempel forhold til partner, familie, arbeidskolleger og venner. Problemløsende terapi tar utgangspunkt i spesifikke problemer som pasienten strever med. (Helsenorge, 2018).

2.6 Antidepressive legemidler

Antidepressiva er en felles betegnelse for legemidler som brukes mot depresjoner. Disse legemidlene brukes også mot andre psykiske lidelser, derav angst- og tvangslidelser. Behandlingen med antidepressive legemidler bidrar til å stabilisere og heve stemningsleiet hos pasienter med depresjon. Virkningsmekanismen for antidepressiva er å hemme inaktivering av monoaminer, der de viktigste monoaminene er noradrenalin, serotonin og dopamin. Forskere antar at konsentrasjonen av neurotransmitterne er nedsatt ved depresjoner, der hjernen er i en kjemisk ubalanse og forårsaker den psykiske lidelsen (Tran, 2018).

Det er ofte kjent at pasienter med depresjon reagerer ulikt på antidepressive legemidler, og det gjelder å finne den individuelle doseringen til pasientene for optimal behandling. Legemiddelbehandlingen blir ofte bistått av for eksempel samtaleterapi. Antidepressiva har en rekke bivirkninger som kan være spesielt plagsomme i startfasen. Disse bivirkningene er blant annet kvalme, slapphet og tretthet (Tran, 2018).

2.7 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er enhver kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur og resulterer i en økning i energiforbruket. Fysisk aktivitet benyttes ofte som overordnet begrep og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse. I denne oppgaven vil vi ikke benytte oss av spesifikke former for fysisk aktivitet, og mener med dette begrepet all form for energiforbruk utover hvilenivået til en person (Helsedirektoratet, 2016).

2.8 Psykologiske effekter av fysisk aktivitet

Det har lenge vært grunnleggende kunnskap at fysisk aktivitet og trening bidrar til en sunnere helse. Det finnes et stort spekter av forskjellige positive gevinster ved trening. Hjertet, skjelettmuskulaturen, blodet, kolesterolnivå, blodtrykk, immunsystemet, lunger, huden, mage- og tarmkanalen, leveren og hormonsystemet er forskjellige organer og funksjoner i menneskekroppen som blir positivt påvirket av fysisk aktivitet (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 12-30).

Nyere forskning har mer fokus på psykologiske effekter av for eksempel fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet fører til for eksempel en økt utskilling av hormoner i kroppen. Dette kan gi en beroligende effekt både under og etter aktivitet, og gjelder spesielt aktivitet med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2019). Flere studier har vist en økt utskilling av endorfiner knyttet til fysisk aktivitet. Forhøyede endorfinkonsentrasjoner som er induert av trening er blant annet knyttet til flere psykologiske og fysiologiske endringer, derav humørendringer og endret smertepersepsjon (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 27). Allerede i 1985 hadde de forsket på fysisk aktivitet og sammenhengen med psykisk helse.

På vedlegget under av Taylor, Sallis & Needle (1985) kan man se hvilke følelser som økes og reduseres. Økt selvfølelse, arbeidseffektivitet, hukommelse, selvkontroll, selvtillit og emosjonell stabilitet er blant de positive psykologiske effektene av fysisk aktivitet (Taylor et al. 1985).

<i>Increases</i>	<i>Decreases</i>
Academic performance	Absenteeism at work
Assertiveness	Alcohol abuse
Confidence	Anger
Emotional stability	Anxiety
Independence	Confusion
Intellectual functioning	Depression
Internal locus of control	Dysmenorrhea
Memory	Headaches
Mood	Hostility
Perception	Phobias
Popularity	Psychotic behavior
Positive body image	Stress response
Self-control	Tension
Sexual satisfaction	Type A behavior
Well-being	Work errors
Work efficiency	

Figur 1, Psykologiske faktorer relatert til trening i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Taylor, Sallis, Needle, 1985, s. 196).

På figur 2 kan man observere fire ulike studier på diagnostiserte pasienter. Studiene forklarer hvilke intervensjoner som er brukt på hvilken målgruppe i tillegg til forskjellige skjemaer for kartlegging av depresjon. Av de fire studiene, var det tre av de som tilsvarte en stor forbedring av intervensjonene som ble brukt (Taylor et al, 1985, s.198).

Effects of exercise on depression and alcoholism				
<i>Study</i>	<i>Population</i>	<i>Design</i>	<i>Measures</i>	<i>Outcome</i>
<i>Clinical depression</i>				
Greist and coworkers, 1979 (10)	23 depressed outpatients	Running; time-unlimited psychotherapy; time-limited psychotherapy, 12 weeks	SCL-90	Significant improvement for all groups; no among-group differences
Dojne and coworkers, 1983 (11)	4 depressed females	Stationary bicycle, 4 times a week for 6 weeks, using A-B multiple baseline	Adjective Checklist, BECK Depression Inventory	Significant improvement over baseline
Klein and coworkers (13)	42 depressed outpatients	Walking and jogging, meditation, group psychotherapy, 23 sessions each	SCL-90, Zung Depression Scale, POMS	Significant improvement for all groups; no difference among groups
Kavanagh and coworkers, 1977 (12)	44 depressed post-MI patients	4-year participation in a rehabilitation program	MMPI (depression scale)	Slight improvement

Figur 2, Effekt av trening hos mennesker med depresjon (Taylor, Sallis & Needle, 1985, s. 198).

2.9 Motivasjon

Motivasjon er en samlebetegnelse for de faktorene som setter i gang og styrer atferden i mennesker og dyr. I nyere psykologi kan begrep motivasjon brukes innenfor personlighetspsykologi, biologisk psykologi og læringspsykologi.

Motivasjon i personlighetspsykologi handler om de grunnleggende motivene og hvordan de får sin utforming hos et individ. Abraham Maslow mente at menneskenes motiver er ordnet i forskjellige nivåer, som kroppslige behov, trygghetsbehov, sosiale behov og behov for vekst og selvrealisering. Motivasjon i biologisk psykologi relateres til grunnleggende fysiologiske behov som sult, tørst, søvn, temperaturregulering og seksualitet. I vår oppgave vil begrepet motivasjon bli knyttet til drivkraften i å skape en forandring for å oppnå bedre livskvalitet (Teigen, 2018).

2.10 Pasientkommunikasjon

Pasientkommunikasjon er betegnelsen på kontakten mellom helsepersonell og pasient. Dette gjelder derav den målrettede samtalen for å oppnå en felles forståelse av pasientens problemer og diagnoser, og en felles aksept for at behandlingen som iverksettes. Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å "gjøre felles".

Den viktigste kommunikasjonen foregår gjennom samtalen, men kroppsspråk er også et viktig kommunikasjonsmiddel. En pasient kan for eksempel gi uttrykk for engstelse eller smerter, selv om vedkommende ikke klarer å sette ord på disse følelsene. God kommunikasjon kjennetegnes ved at pasienten føler ens problemer blir tatt på alvor og ikke avbrytes av hjelper. God kommunikasjon er grunnleggende for et godt pasient-behandler-forhold (Bruusgaard & Malt, 2019).

2.11 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Her er målet å kartlegge pasientens indre ressurser for at han eller hun skal klare å overtale seg selv til en atferdsendring. Et motiverende

intervju foregår i et en-til-en-forhold, der intervjuet vinkles på de positive egenskapene og ressursene til pasienten. Motiverende intervju er en klinisk ferdighet som fungerer godt i møte med pasienter som har et flertall av utfordringer.

Grunnverdiene i et motiverende intervju er:

- Partnerskap

Hjelper og pasient samarbeider om å finne ut problem og mål. Hjelperen skal styre samtalen med det skal ikke være en manipulerende relasjon. Som hjelper krever det en god del erfaring og kunnskap for å gjennomføre et slikt intervju. Viktig at hjelper stiller åpne spørsmål med den hensikt at pasienten skal kunne fortelle sin versjon og selv kunne reflektere hva som er viktig.

- Aksept

Å skape endring krever ofte det å akseptere seg selv. Her ønsker hjelper å fokusere på det å møte pasienten med aksept. Det kan ofte være krevende arbeid for helsepersonellet som ønsker å hjelpe pasienten. Å anerkjenne hva som kreves videre er essensielt å formidle.

- Medfølelse

Medfølelse og spesielt empati er en forutsetning for at et motiverende intervju skal fungere. Her ønsker hjelper å bidra til en atferdsendring og benytte pasientens egne ressurser med et positivt resultat. Det krever å vise en medfølelse, forstå situasjonen til pasienten og motivere han eller hun videre.

- Nysgjerrighet og fremkallelse

Hjelper gjør en aktiv innsats for å forstå pasienten. Her vil det være viktig å bruke aktiv lytting, og tilvise at hjelperen lytter ved å speile det som bli sagt og videreføre samtalen (Helsedirektoratet, 2017).

Teorien til psykologene William Miller og Stephen Rollnick angående motiverende intervju beskrives videre som et endringshjul der ulike atferdsendringer blir iverksatt i en prosess. Sannsynligheten for endring øker i det pasienten begynner med endringssnakk, som er en form for selvmotiverende ytringer. Endringssnakk er gjerne markører i samtalen som viser at man er på rett spor, og hjelperen må utdype

utsagnet, finne pasientens indre ressurser og basere veien videre på disse ressursene (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg må hjelperen bidra til å håndtere pasientens ambivalens. Ambivalens oppstår ofte hos psykiatriske pasienter og omhandler deres motstridende meninger og oppfatninger (Malt, 2018).

2.12 Diagnosesystemene ICD og DSM

Det er laget to forskjellige systemer som fungerer internasjonalt. *World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD)* og *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)* som er utarbeidet av American Psychiatric Association. Disse to diagnosesystemene har stadig vært i utvikling, og de nåværende versjonene, ICD-10 og DSM-V, ble lansert i mai 2013 og er gjeldende for internasjonal diagnostisering av psykiske lidelser.

ICD-10 for psykiatriske diagnoser finnes i to forskjellige versjoner, som er den kliniske og forskningsbaserte versjonen. Forskningsversjonen inneholder strengere kriterier og ligner mer på DSM-IV. DSM blir brukt som hoveddiagnostisk verktøy for psykiske diagnoser og i tillegg anbefalinger for behandlingsmetode (Nøvik & Lea, 2016, avsnitt 3).

2.13 Fordypningspraksis

I samarbeid med veileder fikk vi inspirasjonen til å kontakte frisklivssentralen i Bergen. Her holder Bergen kommune et lavterskeltilbud for personer i alle aldre som har behov for å endre levevaner for å fremme helse, forebygge sykdom og å mestre hverdagen. Deres hovedmål er å formidle kunnskap og verktøy for å kunne etablere gode levevaner og mestre hverdagen. Frisklivssentralen gir tilbud til personer med forskjellige problemstillinger som avhengighet av røyking, overvekt og psykiske lidelser. Målet er å forebygge livsstilssykdommer og legge til rette for bedre helse gjennom gode vaner innenfor kosthold, aktivitet, planlegging og struktur. De tilbyr felles aktiviteter og lagspill for å bedre brukernes forhold til fysisk aktivitet og sosialt samvær.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi valgte å bruke litteraturstudie til å besvare denne oppgaven. Ifølge Magnus & Bakketeig (2000) skal et litteraturprosjekt belyse og avklare et faglig spørsmål, og på denne måten gi et godt grunnlag for å besvare denne oppgavens problemstilling.

Temaet vi har valgt å arbeide med har blitt basert på vår interesse for fysisk aktivitet og hvordan det kan hjelpe pasienter med depresjon. For å begrense oppgaven og vinkle problemstillingen i ønskelig retning, har vi laget inklusjons- og eksklusjonskriterier som blir videre forklart i punkt 3.4.

Innenfor litteraturstudiet er det to hovedformer for tilnærming: kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Hvilken av disse som velges avhenger hovedsakelig av problemstillingen (Thiedemann, 2019, s. 76). Denne oppgavens problemstilling går på hvordan sykepleier kan motivere pasienter med depresjon til å gjennomføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved å bruke motiverende intervju. Vi anser det da som viktig å inkludere kvantitativ og kvalitativ forskning. Ved å inkludere kvalitativ forskning ønsker vi å fremme brukerperspektiv og erfaringer for både sykepleiere og pasienter med depresjon. Ved å inkludere kvantitativ forskning kan vi se effekten av tiltakene.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode brukes for å få fram synspunkter og erfaringer som ikke kan tallfestes eller måles. Denne metoden er gjerne hensiktsmessig som utgangspunkt når en ønsker å svare på spørsmål som;

Hvordan foregår...?

Hva betyr...?

Hvordan opplever...?

En kvalitativ tilnærming handler om å finne meningssammenhenger ved datainnsamling over flere forskjellige studier. Denne forskningsmetoder foregår som oftest ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentasjonsanalyse (Thiedemann, 2019, s. 78). Metoden benyttes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer og opplevelser, og analysen baseres på ikke-statistiske metoder. Ofte blir det brukt en semistrukturert intervjusetting. Dette vil si at man tar utgangspunktet i den aktuelle problemstillingen, men at situasjonen preges av fleksibilitet og at intervjueren styrer samtalen minst mulig. Det må likevel være en viss struktur tilstede for at innhentet skal være relevant (Arntzen & Tolsby, 2010, s. 73).

En kvantitativ tilnærming handler om informasjon som kan tallfestes (Thiedemann, 2019, s. 77 & 78). Denne metoden er godt egnet når man ønsker et bredere syn på temaet.

Tallene kan brukes til statistikk og formidles gjennom tabeller. Denne metoden er hensiktsmessig når man ønsker å svare på spørsmål som;

Hvor mye?

Hvor ofte?

Eller mer effektivt enn...

Det som kjennetegner denne metoden er at forsker skal tilstrebe nøytralitet og ta avstand. En samler inn et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Når en bruker kvantitativ metode samles data inn ved spørreskjemaer med faste svaralternativer, eksperiment, systematisk og strukturert observasjon.

3.3 Søkestrategi og databaser

For å finne de mest relevante forskningen til vår oppgave vil disse databasene være mest aktuelle for oss:

- Folkehelseinstituttet
- SveMed+
- PubMed

- CINAHL
- Google Scholar

Disse databasene gir oss tilgang på forskning, analyser og systematiske oversikter. Kvalitativ forskningsmetode vil være mest relevant for å få nødvendig mengde informasjon om hvordan fysisk aktivitet som en intervensjon påvirker pasienter med depresjon, og hvordan en sykepleier kan hjelpe pasientgruppen med motivasjon (Holte, 2018, s. 15).

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å unngå at søket skal bli for stort benyttet vi oss av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ifølge Thiedemann (2019, s. 84) vil slike kriterier tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur. Vi har lagt vekt på å finne nyere artikler som følger IMRAD-stil og at de primært har opphav fra Europa eller USA.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tema om fysisk aktivitet	Ikke relevant tema
Tema om depresjon	Ikke relevant tema
Tema om motiverende intervju	Ikke relevant tema
Skrevet i 2000 eller frem til idag.	Skrevet tidligere enn 2000
Følger IMRAD struktur	Følger ikke IMRAD struktur
Artikler skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk	Andre språk
Fulltekst	Ikke tilgang til fulltekst
Tema om helsefag og kommunikasjon	Ikke relevant tema.
Opphav fra Europa eller USA	Andre land

Figur 3: inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.5 Litteratursøk og databaser / PICO

Vi startet litteratursøket ved å ta utgangspunkt i problemstillingen og PICO. Ved å gjøre det i denne rekkefølge blir det enklere å innhente relevant informasjon som er knyttet til besvarelsen (Nortvedt, 2012, s.45). Etter å ha etablert pasientgruppe, intervensjon, sammenligning og ønsket resultat, bestemte vi oss for hvilket stikkord vi ønsker under hvert punkt. Disse punktene har hjulpet oss med å hente relevant litteratur. I vedlegg 2 har vi lagt ved tabellen PICO med MeSH.

P <i>Patient/Problem</i>	I <i>Intervention</i>	C <i>Comparison</i>	O <i>Outcome</i>
Pasienter med depresjon i psykisk helsevern	Fysisk aktivitet, trening	Legemiddelbehandling kognitiv terapi, samtaletterapi	Mestringsfølelse, ingen depresjon, frisk, symptomlindring

Figur 4: PICO (Nortvedt, 2012).

3.6 Kildekritikk - styrker og svakheter

I oppstartsfasen vurderte vi temaet for oppgaven og hvordan den skulle vinkles. Det ble brukt studier som vi fant i søket til inspirasjon for å vinkle problemstillingen i en spesifikk retning. På grunn av mangel av helt klare mål og rammer for søket ble det brukt mye tid på å diskutere hvilke artikler vi skulle inkludere. Søknadsprosessen var til hjelp for å velge tema og vinkle oppgaven i ønsket retning, når vi fikk et bredere syn på hva oppgaven kunne inneholde.

Etter å ha korrigert inklusjons- og eksklusjonskriteriene, gjenstod et utvalg av artikler som var relevant, i tillegg til noen som var delvis relevant. Fokuset vårt var primært kvalitative artikler, men kvantitative artikler ble også inkludert.

Søkene ble basert på kunnskapspyramiden. I tillegg har vi også benyttet Google søkemotor. Vi var kritisk til Google-søk i oppstartsfasen, men opplevde at Google-søk viste gode resultat på søkene som ble gjort. I de fleste tilfeller ble vi ført videre til forskningsdatabaser som PubMed og Cochrane.

3.7 Kort presentasjon av artiklene

Oppgaven baseres på åtte artikler, og artiklene er delt inn i to grupper. Tre av artiklene tar for seg fysisk aktivitet og hvilke helsegevinster det gir. Det er så inkludert en artikkel som omhandler pasientenes motivasjon og barrierer relatert til fysisk aktivitet. Videre har vi inkludert en artikkel som omhandler tolv psykiatriske sykepleiere, og deres syn på fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern. I tillegg har vi inkludert en studie som viderefører Travelbees sykepleieteori, og omhandler det å tilknytte seg pasienten ved bruk av empati og autentisk og terapeutisk omsorg.

3.8 Metodediskusjon

Som nevnt tidligere var litteratursøket preget av usikkerhet i oppstartsfasen. Vi hadde avklart ønsket tema, men i hvilken retning vi skulle vinkle problemstillingen var uklart. Ved å sette inklusjons- og eksklusjonskriterier fikk vi et litteratursøk med relevant forskning som hjalp oss med å vinkle problemstillingen.

Studien av Martinsen (2008) inneholder flere studier som sier noe om effekten av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon. Innholdet blir støttet av to meta-analyser som har inkludert 30 studier. Problemet med studien til Martinsen, som han drøfter selv, er at flere av disse studiene har metodologiske mangler når det kommer til pasientgruppe, intervensjoner og resultat. De fleste tyder på en merkbar effekt av intervensjonen fysisk aktivitet for å redusere symptomer hos pasienter med depresjon, men det kreves gjerne mer forskning innenfor dette feltet.

Knubben et al. (2007) følger inkluderingskriterier der alvorlig depressiv lidelse er basert på DSM-IV. Dette er et internasjonalt verktøy for å måle depresjonsskår og betyr tilsynelatende at studiene er av god kvalitet ved å sikre seg rett pasientgruppe. Studien er fra 2007, og vi valgte å inkludere denne på grunn av kvalitetssikret informasjon der de kommer med en konkret konklusjon av korttidseffekten av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon. Ønsket med studien var å evaluere korttidseffektene av trening hos pasienter med alvorlig depresjonslidelse. Studien er

derfor relevant for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Studien varte ikke lenge nok til å undersøke langtidseffekter og det ble ikke gjennomført kontroll i etterkant av studiet, noe som kan redusere kvaliteten på studien.

Studien fra Danielsson, Noras, Waern & Carlsson (2013) er en systematisk litteraturoversikt over randomiserte kontrollerte studier som sammenligner behandlingen av pasienter med alvorlig depresjonslidelse. Studien kom i 2013 og samler informasjon fra de inkluderte artiklene. Studien konkluderte med at fysisk aktivitet kan fungere i kombinasjon med legemiddelbehandling. Det blir også nevnt at det kreves videre forskning innenfor dette temaet. Vi anså at noen av styrkene ved denne studien er strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier, men vi har også vurdert om kriteriene var for strenge, da de ikke kunne konkludere at fysisk aktivitet har en effekt. Studien motstrider også med studiene til Martinsen (2008) og Knubben (2007), der begge de studiene konkluderte med at fysisk aktivitet kan ha en effekt hos pasienter med depresjon.

Artikkelen til Firth et al. (2016) omhandler motivasjon og barrierer relatert til fysisk aktivitet, og viser en systematisk litteraturoversikt med nyere forskning som inkluderer 12 studier med 6 431 pasienter totalt. En mulig svakhet med denne artikkelen er at den omhandler flere alvorlige psykiske lidelser, og hovedsakelig pasienter med schizofreni. Depresjon er et symptom på schizofreni og det er mulig at fysisk aktivitet kan ha identisk virkning på schizofreni og depresjon.

Artikkelen fra Faulkner & Biddle (2002) er den eldste inkluderte artikkelen. Den fokuserer på viktigheten av å prioritere muligheten for mer fysisk aktivitet, og dette var en artikkel som ble inkludert på grunn av helsepersonellens perspektiv relatert til fysisk aktivitet. Videre blir det inkludert en artikkel av Sørensen (2006) som omhandler indre og ytre motivasjon, og forklarer bakgrunnen for formålet om å få pasientene til å selv ønske en endring. Til tross for at artikkelen er fra 2006, har den flere av prinsippene som også er gjeldende i dag. Studien av Keeley et al. (2014, s.

621) omhandler effekten av å bruke motiverende intervju som en del av behandlingen for pasienter med depresjon sammenlignet med vanlig behandling.

4.0 Resultat

Med denne litteraturstudien ønsker vi å finne ut hvilken effekt fysisk aktivitet har hos pasienter med depresjon og hvordan en sykepleier kan motivere en pasient med depresjon til å utøve fysisk aktivitet. Vi har inkludert studier som vurderer ulike kommunikative tiltak som kan hjelpe en pasient med motivasjon, og hvilke helsemessige effekter fysisk aktivitet har som behandling for depresjon. Det er nødvendig å vurdere verdien av fysisk aktivitet i behandlingen av depresjon, og komme med studier som støtter dette utsagnet. Studier som sier noe om virkningen av fysisk aktivitet er avgjørende for kunnskapen om motiverende intervju og samtaler med depressive pasienter.

Gjennom denne resultatdelen er fysisk aktivitet som behandling av depresjon de første artiklene som vil vurderes. Deretter vil pasientenes motivasjon, barrierer og forhold til fysisk aktivitet og hvordan motiverende intervju kan brukes som sykepleiefaglig tiltak for å bidra til å hjelpe pasientene å utøve fysisk aktivitet som en del av behandlingen, bli vurdert.

4.1 Effekter av fysisk aktivitet på pasienter med depresjon

4.1.1 Korttidseffekter

I studiet til Knubben et al. (2007, s. 29) tar de for seg 38 ulike pasienter med alvorlig depresjon og hva slags korttidseffekt de hadde av fysisk aktivitet. Med grunnlag i at trening forbedrer humøret og reduserer angst hos friske personer, ønsket de å finne ut mer. Knubben et al. (2007, s. 29) viser at trening kan være like effektivt som psykoterapi, og mer effektivt enn andre typer atferdsterapi i behandlingen av depresjon.

Fysisk aktivitet som behandling er også effektivt når pasienter skal behandles med antidepressiva, fordi det normalt tar et par uker før antidepressiva får full effekt (Blake, 2012, s. 1). Studien gjort av Knubben et al. (2007, 29) konkluderte med at fysisk aktivitet hjelper på å redusere virkningstiden til antidepressiva. Andre positive

virkinger av fysisk aktivitet på kort sikt er reduksjon av symptomer som angst og stress, og at det bidrar til bedre selvfølelse. I studien til Martinsen (2008, s.28) blir det også nevnt at pasientene synes det var ubehagelig å kjenne symptomene fra fysisk aktivitet, siden det føltes ut som et mindre angstanfall.

4.1.2 Langtidseffekter

Danielsson et al. (2013, s. 577) rapporterer at tidligere studier observerte at fysisk aktivitet hadde stor effekt på depressive symptomer. Det blir skrevet at trening kan gi en omdirigering fra depressiv tankegang i tillegg til økende selvtillit og selvfølelse. Man ser at symptomer på kort sikt, som økende selvtillit og en omdirigering fra depressiv tankegang, kan ha en langtidseffekt i tillegg (Craft, 2005, s. 152-154). Ved repeterende opplevelser av mestring fra fysisk aktivitet kan mentaliteten hos pasienter med klinisk depresjon endres fra "jeg kan ikke" til "jeg kan" (Svartdal, 2018). Det blir også nevnt i studien til Danielsson et al. (2013, s. 579) at effektiviteten av fysisk aktivitet er delvis ukjent på grunn av inkonsistente artikler av lav kvalitet. De refererer til noen enkeltstudier som presenterer meget oppmuntrende funn, men på grunn av lav kvalitet i studien kan ikke funnene forandre den helhetlige statistikken.

Med tanke på langtidseffekter har man både positive psykologiske og fysiologiske effekter av fysisk aktivitet. Langtidseffektene kan også virke helt ned på biologisk nivå, der Greer et al. (2014, s. 249) skriver om forandringer i monoaminnivåene i hjernen som gjenspeiler de nivåene til mennesker som behandles med antidepressive legemidler.

Statistisk sett har mennesker med en alvorlig psykisk lidelse en redusert levealder med 15 til 25 år. Gardner-Sood et al. (2015, s. 2619 & 2620) skriver i sin studie at begrunnelsen for den reduserte levealderen er at psykiske lidelser er knyttet til økt risiko for kroniske livsstilssykdommer som overvekt, diabetes type 2 og hjertelidelser. Psykiatriske legemiddelbehandling fører ofte til bivirkninger som slapphet, tretthet og økt behov for søvn. Mange av disse risikofaktorene kan unngås ved en livsstilsendring med økt fysisk aktivitet og bedret kosthold. Blumenthal et al. (2007, s.

11) diskuterer i sin studie at langtidseffektene av fysisk aktivitet som behandling trenger å bli forsket mer på.

4.1.3 Fysisk aktivitet sammenlignet med medisiner

Martinsen (2008) skriver om en studie utført av Blumenthal et al. (2007, s. 588), der den overvåkede pasientgruppen trente tre ganger i uken, en pasientgruppe fikk bare antidepressiv legemiddelbehandling og en pasientgruppe fikk kombinasjonsbehandling med trening tre ganger i uken og legemiddelbehandling. Gruppen som kun fikk legemiddelbehandling ble symptomlindret for depresjon hurtigere, men når det hadde gått 12 uker i behandlingsfasen var alle på symptomslindringsnivå.

Ti måneder etter endt studie hadde deltakerne som trente tre ganger i uken vedlikeholdt funksjonsnivået bedre enn de som bare fikk antidepressive legemidler, noe som kan fortelle oss gjennom vedlikehold av fysisk form vil bidra til å stabilisere symptomene over lengre tid. Martinsen (2008, s.26) sier at en stor andel av pasienter som får antidepressive legemidler ikke responderer optimalt på behandlingen.

Martinsen (2008), s. 26) skriver om en studie hvor de tar for seg en rekke pasienter i psykisk helsevern med klinisk depresjon som ikke responderer på legemiddelbehandling. Disse pasientene ble delt i to, der en gruppe fikk undervisning om fysisk aktivitet og helsegevinstene ved dette, og den andre gruppen ble satt til å trene. Her ble det observert at fysisk aktivitet og trening var betydelig mer effektivt enn å motta undervisning om helsegevinstene ved fysisk aktivitet. Martinsen (2008, s. 26) refererer også til en studie av Trivedi et al. (2006, s. 252-254) der de også oppdaget at fysisk aktivitet var en effektiv del av behandlingen for pasienter med klinisk depresjon som ikke responderte på legemiddelbehandling.

Målet med studien til Danielsson et al. (2013, s. 574) var å undersøke kvaliteten av bevis ved å inkludere disse tre forskjellige gruppene

1. Aerob trening (middels intensitetstrening) mot antidepressive legemidler
2. Strukturert aerob trening mot ustrukturert fysisk aktivitet
3. Aerob trening kombinert med standardisert behandling mot bare standardisert behandling

Kvaliteten av bevisene ble vurdert av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Inkluderingskriterier for alvorlig depresjon var i samsvar med Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Det ble blant annet gjort funn på at virkningen av antidepressiv medisin var forsterket i kombinasjon med fysisk aktivitet sammenlignet med behandling uten noen form for intervensjon (Danielsson et al, 2013, 584).

Studien fra Knubben et al. (2007, s. 29) skriver i sin diskusjonsdel at antidepressiva har en latenstid på en til fire uker før maksimal effekt er oppnådd. I mellomtiden er det nemlig spillerom for andre typer behandlinger, og de gjorde funn på at kardiovaskulær trening kan i løpet av kort tid lindre depresjonssymptomer som angst og tretthet. Resultatene fra Knubben et al. (2007, s. 29) tilsier at fysisk aktivitet kan være et godt behandlingsalternativ i tidsperioden før legemidlene når sin optimale virkning.

4.1.4 Høy intensitet gir bedre effekt enn lav intensitet

Studien av Martinsen (2008, s. 26) omhandler effekten av fysisk aktivitet for pasienter med depresjon, der de inkluderte en studie fra 1979 som hadde en sammenligning av aerob trening med tidsbegrenset og ikke-tidsbegrenset psykoterapi. De observerte at trening var minst like effektivt som tidsbegrenset psykoterapi og mer effektivt enn ikke-tidsbegrenset psykoterapi. Videre skriver Martinsen (2008, s. 26) at doserespons av trening også er en fundamental faktor. Det ble observert at de som trente tre til fem ganger i uken med middels til høy intensitet hadde en markant større reduksjon av depressive symptomer

sammenlignet med de som trente med lav intensitet. Symptomene som ble delvis lindret var hovedsakelig korttidseffekter som reduksjon av angst, stress og bidrag til god selvfølelse. Det blir forklart at et energibruk på 17,5 kilokalorier per kilo kroppsvekt per uke var minimumskrav for å oppnå gode symptomlindrende effekter. Dette tilsvarer omtrent 30 minutter med middels intensiv fysisk aktivitet per dag. De som ikke opplevde en symptomlindrende effekt hadde et totalt energiforbruk på syv kilokalorier per kilo kroppsvekt per uke.

I studien av Danielsson et al. (2013, s. 578) skriver de om to studier som målte en 30% reduksjon i depresjonsskår ved bruk av skåringsverktøyet Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960, s. 28) der intervensjonene var fysisk aktivitet av middels intensitet. Fire av studiene fra Danielsson et al. (2013, s. 579) rapporterte også om bivirkninger som følge av middels til høy intensitet av fysisk aktivitet, der pasientene opplevde blant annet diaré, hodepine, svimmelhet, tørste og muskelsmerter. Én studie rapporterte økende symptomer av depresjon som konsekvens av intervensjonen fysisk aktivitet.

4.2 Motiverende intervju kan øke sannsynligheten for å utøve fysisk aktivitet

4.2.1 Motivasjon og barrierer relatert til fysisk aktivitet for psykiatriske pasienter

Firth et al. (2016) har skrevet en systematisk litteraturoversikt som omhandler psykiatriske pasienters forhold til fysisk aktivitet. Pasientgruppen blir definert som pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, som er alvorlig depresjon, schizofreni og bipolar lidelse. Det var totalt 6 431 psykiatriske pasienter som ble inkludert i den systematiske oversikten der de utførte en spørreundersøkelse om deres motivasjon og barrierer relatert til fysisk aktivitet. Denne gruppen engasjerer seg vanligvis lite i fysisk aktivitet. Firth et al. (2016, s. 2869) forsøker å forstå deres tankegang og forhold til fysisk aktivitet for å bidra til optimal behandling for pasientene.

Den systematiske oversikten av Firth et al. (2016, s. 2870 & 2871) laget et systematisk verktøy for å inkludere studier.

1. Motiverende faktorer for utøving av fysisk aktivitet
 - a. Fysisk: fysisk helse, styrke, vektnedgang
 - b. Psykisk: velvære, fornøyelse, stressreduksjon, selvtillit
 - c. Sosioøkologisk: sosialisering, økt nytelse med råd fra helsepersonell
2. Barrierer for utøving av fysisk aktivitet
 - a. Fysisk: fysisk sykdom, derav tretthet og utmattelse
 - b. Psykologisk: depresjon, motivasjon, selvtillit, trygghet
 - c. Sosioøkologisk: tilgang til fasiliteter, tid, støtte og utilgjengelig informasjon

4.2.1.1 Fysisk helse - motivasjon og barrierer

To studier som ble inkludert i den systematiske oversikten av Firth et al. (2016, s. 2873) skrev at generell helseforbedring var den mest motiverende faktoren for utøving av fysisk aktivitet. Videre var økt energinivå en motiverende faktor for 75% av pasientene. Vekttap og forbedret utseende ble bare undersøkt i tre av studiene, der 77% av pasientgruppen synes de faktorene var motiverende.

Dårlig generell helse og fysisk sykdom var en barriere for 25% av pasientene, og lavt energinivå var en hyppigere barriere der 45% av de inkluderte pasientene følte dette.

4.2.1.2 Psykisk helse - motivasjon og barrierer

Forbedret mental helse, reduksjon av stress og et mer stabilt humør var likestilte faktorer i den systematiske oversikten til Firth et al. (2016, s. 2873 & 2874), der 80% av pasientene var enige i at disse var motiverende faktorer for å utøve fysisk aktivitet. Forbedret søvnmønster var en motiverende faktor for 72% av pasientene, og 54% sa at den gode følelsen av fysisk aktivitet var motiverende.

Stress og symptomer som maktesløshet, tretthet og motivasjonsmangel var den hyppigst forekommende barrieren for pasientene, der 61% av pasientene sa seg

enige i dette. 32% av pasientene hadde ikke interesse i å trene. Følelse av utrygghet hadde en enighet på 12%. Til tross for at studiene som spurte om motivasjonsmangel ikke ble inkludert på grunn av dårlig kvalitet av studiene, virket det som motivasjonsmangel var den hyppigst forekommende psykologiske barrieren relatert til fysisk aktivitet og trening.

4.2.1.3 Sosialt og økonomisk - motivasjon og barrierer

Det sosiale aspektet av trening ble sett på som en motiverende faktor for 27% av pasientene ifølge den systematiske litteraturoversikten til Firth et al. (2016, s. 2874). Det virket som om profesjonell hjelp var en betydelig motiverende faktor for flertallet av pasientene.

Den hyppigste barrieren innenfor sosiale og økonomiske faktorer var mangel på støtteapparat, der halvparten av pasientene som seg enige. Mangel på tid var noe forskerne trodde var en av de største barrierene. Bare 19% av pasientene følte dette.

4.2.2 Motiverende intervju

I studien av Keeley et al. (2014, s. 15) tar de for seg effektiviteten av å bruke motiverende intervju ved første møte med nylig diagnostiserte pasienter. Blant annet undersøkte de effektene av et slikt intervju som omhandlet pasientenes interesse for å bedre egen atferd og tilstand. Tidligere studier som har brukt motiverende intervju beskriver positive effekter i etterkant for mennesker som ønsker å endre sin atferd. I studien av Keeley et al. (2014, s. 623) ble det hovedsakelig brukt erfarne psykiatriske sykepleiere som fikk undervisning og opplæring av motiverende intervju. Det ble to grupper, der man gjennomførte et motiverende intervju og et standardisert intervju ved første møte. Begge gruppene anbefalte 30 minutters fysisk aktivitet hver dag, og man så en betydelig forskjell. Pasientene som var med på det motiverende intervjuet gjennomførte flere dager med anbefalt aktivitet enn den andre gruppen uten motiverende intervju. Videre hadde pasientene som var med på motiverende intervju tendenser til å hyppigere prate om deres ønske til å endre atferd. Keeley et

al. (2014, s. 621) konkluderte med at motiverende intervju førte til hyppigere positiv endringssnakk, og det økte med tre ganger så mye hos pasientgruppen som var med på et motiverende intervju.

4.2.3 Indre og ytre motivasjon

Et at de mest kritiske områdene for å lykkes med fysisk aktivitet som del av behandling er motivasjon. Det vil være ulike grunner til at pasienter velger å starte med fysisk aktivitet. Noen starter fordi de blir fortalt av en lege eller lignende at de bør det, andre fordi det vil få ulike helsegevinster av det, og noen fordi det gir glede (Sørensen, 2006, s. 396).

Ytre motivasjon kjennetegnes som en ytre påvirkning til hvorfor vi gjør det vi gjør. Det kan være at man ønsker å unngå negative utfall eller å få en belønning. Indre motivasjon er naturlig og kommer innenfra, som for eksempel glede. Indre motivasjon oppstår når tre grunnleggende menneskelige behov oppfylles. Det er behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Ifølge Holm (2017) som henviser til psykologen Edward Deci, bør fokuset være på å legge til rette for at pasienten skal motivere seg selv, og ikke at vi skal motivere pasienten. For å skape indre motivasjon bør oppgaven gi fritt spillerom for fremgangsmåte, være passende utfordrende og at pasienten bidrar til et større fellesskap. Sørensen (2006, s. 395) viser til at det er en sammenheng mellom motivasjon og treningsmengde. Personer som drives av indre motiver har et høyere aktivitetsnivå, enn personer som drives av faktorer som gir gevinster.

4.2.4 Økt kunnskap om fysisk aktivitet hos sykepleiere er ønskelig

Studien til Faulkner & Biddle (2002) var en del av et større studie om å fremme fysisk aktivitet. Her ble tolv psykiatriske sykepleiere intervjuet, der alle deltakerne identifiserte et behov for å øke mulighetene for fysisk aktivitet på avdelingene de arbeidet på. Det nevnes at fysisk aktivitet og trening er en sunn måte å holde pasientene opptatt på, som viderefører normale søvnrutiner og bidrar til en utløsning av seksuelle og fysiske frustrasjoner. Alle psykiatriske sykepleierne som ble

intervjuet om fysisk aktivitet var positive til hvor viktig trening var for pasientene, og alle hadde personlige erfaringer der fysisk aktivitet var til fordel for pasientene.

Det ble også stilt spørsmål om sykepleiere som jobber med denne typen pasienter bør få mer støtte til å ta kurs og utdanning for å tilegne seg mer kunnskap om fysisk aktivitet som de kan benytte seg av for å hjelpe pasientene til å få eller vedlikeholde en aktiv livsstil (Faulkner & Biddle, 2002, s. 664).

4.2.5 Empatisk tilnærming gir gunstigere forhold for å hjelpe pasienter med depresjon

I den teoretiske studien av Feely & Long (2009, s. 725) skriver de om pasientenes erfaringer og oppfatninger av å leve med depresjon. Data ble samlet inn fra en fokusgruppe som bestod av sju pasienter med depresjon, der to av pasientene var tidligere sykepleiere. Sykepleierne som senere hadde fått diagnosen depresjon hadde opplevd begge sider av omsorgsprosessen. Ved å intervju disse med slik erfaring kan studien av Feely & Long (2009, 726) hjelpe med å skape et rammeverk for å bidra til en forbedring av behandling ved å forstå den helhetlige prosessen. En psykiatrisk sykepleier med god erfaring kan hjelpe pasienten med å utforske sine egne tanker og lære å bruke egne ressurser til å "behandle seg selv".

Teorien til Feely & Long (2009, s. 731) handler om å aktivere individets personlige styrker slik at de bedre kan forstå seg på sin lidelse og hvordan man motvirker sykdommen. Ved å benytte seg av deres teori om å forbinde seg til hverandre ved at sykepleieren viser til autentisk og terapeutisk omsorg kan være en ekstra motiverende faktor der pasientene føler seg støttet av helsepersonellet. Studien skriver at alle omsorgsaktiviteter gjør at pasientene med depresjon "kobles tilbake til livet" kan forbedre behandlingsprosessen. Ifølge Feely & Long (2009, s. 725) kan man videreføre disse teoretiske prinsippene til all type omsorg som styrker pasienten og kan bidra til en kortere og mer effektiv behandlingsprosess, med det ultimate målet om å bli frisk.

5.0 Diskusjon

Verdens helseorganisasjon definerer helse som:

“en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser” (Higraff, 2014, avsn. 1).

Selv om begrepet helse kan deles inn i fysisk og psykisk helse, så er fysisk og psykisk helse tett knyttet sammen. Psykiske lidelser kan gi økt risiko for fysiske helseproblemer, og fysisk sykdom kan gi økt risiko for psykiske helseproblemer. Som tidligere nevnt er det på grunn av individuelle ulikheter problematisk å komme med en klar definisjon av et “friskt” menneske. Det er likevel bevist at fysisk aktivitet er helsefremmende for “friske” mennesker, både for generell fysisk og psykisk helse.

Fysisk aktivitet og trening bidrar til å redusere risikoen for kroniske livsstilssykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer. Regulering av blodtrykk og blodsukker er to av flere fysiologiske helsegevinster som påvirkes av regelmessig fysisk aktivitet (Helsenorge, 2019). Det er også bevist at fysisk aktivitet har positive effekter på menneskers psykiske helse. Blant annet kan den fysiske aktiviteten bidra til reduksjon av angst, forbedret søvn, økt utskilling av hormoner, samt ha en generell positiv innvirkning på humør og velvære (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 8).

I diskusjonsdelen ønsker vi å vurdere hvordan fysisk aktivitet påvirker pasienter med depresjon, og hvilke effekter en sykepleiers bruk av motiverende intervju kan ha på pasienten for å utøve fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

5.1 Fysisk aktivitet som behandling av pasienter med depresjon

5.1.1 Korttidseffekter

Det er bevist at fysisk aktivitet har mange positive effekter på kort sikt. Ifølge Knubben et al. (2007, s. 29) kan man gjennom fysisk aktivitet føre til reduksjon av

stress og angst. Samtidig kan det gi pasientene et bedre humør og potensielt være med på å skape et bedre selvbilde.

Personer med depresjon er ofte preget av stress og angst, noe som kan være ukomfortabelt. Opplevelsene av bedre humør og en reduksjon av angst vil kunne bidra til symptomlindring. Dette kan primært fungere som nødvendige kortsiktige faktorer som bidrar til en positiv holdning mot fysisk aktivitet. Ved at sykepleier er med på å bevisstgjøre pasienten om disse kortsiktige positive effektene, vil pasienten forhåpentligvis bli mer observant på å legge merke til effektene og derfor øke sannsynligheten for at fysisk aktivitet blir en motiverende faktor.

Studien til Knubben et al. (2007, s. 29-31) viser til at fysisk aktivitet gir positive effekter i kombinasjon med andre behandlingsmetoder. De skriver at hele 30% av pasientene responderer dårligere ved å kun få behandling med antidepressive legemidler. Ved behandling med antidepressiva vil fysisk aktivitet i tidlig fase bidra til å oppnå en bedre og raskere virkning av legemiddelet i tillegg til at det virker symptomlindrende. Det vil ifølge Norsk Helseinformatikk (2016, avsnitt 7) ta et par uker før full effekt av antidepressiva oppnås. Det er naturlig å anta at fysisk aktivitet kan fungere som en god tilleggsbehandling. Her kan sykepleieren bidra til å motivere pasientene ved å informere om at fysisk aktivitet kan fungere som en god behandling i kombinasjon med antidepressiva. Til tross for de symptomlindrende effektene som kan forekomme av fysisk aktivitet, kan dette også hjelpe pasientene med å motvirke de hyppig forekommende bivirkningene fra antidepressiva som tretthet og søvnighet.

Ifølge Henriksson & Sundberg (2009, s. 8) sin studie er endorfinrush og hormonutskillelse biologiske mekanismer som kan bli iverksatt av fysisk aktivitet. Et endorfinrush vil av mange oppfattes som lykkerus, da det gir en følelse av lykke og ekstase. For pasientene med depresjon kan det primært virke som en positiv opplevelse, ved midlertidig å oppleve lykke og velvære. En sykepleier kan i denne situasjonen bidra til å knytte disse følelsene opp mot fysisk aktivitet. Først og fremst kan dette skape et gode minner, i tillegg til muligens å være en motiverende faktor.

For eksempel kan disse opplevelsene også føre til en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient, der graden av tillit til hverandre øker. Pasienten kan få et større ønske om å øke mengden av fysisk aktivitet, som over tid vil føre til en "sunn avhengighet". Dette vil kunne gi positive ringvirkninger for pasienten og i tillegg øke sannsynligheten for at behandlingen er optimalisert.

Danielsson et al. (2013, s. 579) skriver i sin studie at det også kan oppstå bivirkninger av fysisk aktivitet på kort sikt, deriblant diaré, hodepine, svimmelhet, tørste og muskelsmerter. Graden av bivirkninger styres blant annet ut ifra pasientens fysiske utgangspunkt og intensitet av den fysiske aktiviteten. Hvis man ikke har vært fysisk aktiv på en stund vil det kunne oppleves en større grad av muskelsmerter. Ved hard fysisk aktivitet vil man også kunne kjenne på pulsøkning, svimmelhet og tørste. For noen pasienter med depresjon kan denne fysiologiske reaksjonen ligne på et angstanfall, og her kan en sykepleier bidra med å forklare at dette er kroppens naturlige reaksjon på at den trenger mer oksygen og næring. Ved å bevisstgjøre pasienten om disse reaksjonene, kan man unngå ukomfortable situasjoner som kan øke risikoen for frafall av den fysiske aktiviteten.

Dersom pasientene opplever at de kortsiktige resultatene av den fysiske aktiviteten uteblir, er det naturlig å anta at depressive pasienter vil vurdere nytten av denne aktiviteten som lav. Det kan i verste fall medføre økt risiko for at pasientene vil avslutte denne formen for behandling. I studien til Knubben et al. (2007, s. 32) kom det frem at noen pasienter avsluttet fordi de ikke opplevde de positive korttidseffektene.

Det er avgjørende at sykepleieren følger pasienten tett fra starten av behandlingen. Pasientene vil oppleve effektene av fysisk aktivitet ulikt. Det er derfor viktig at pasientene er godt informert om både de positive og negative effektene av fysisk aktivitet. Dersom pasienten kun opplever de negative effektene av aktiviteten vil det være et større behov for oppfølging, enn dersom pasientene i hovedvekt opplever de positive effektene. Sykepleiers håndtering av pasienten fra starten vil derfor være

avgjørende for å sikre at pasienten fortsetter denne behandlingen, både på kort og lang sikt.

5.1.2 Langtidseffekter

Den systematiske oversikten av Danielsson et al. (2013), viser at økt fysisk aktivitet over lengre tid kan føre til økt selvtillit, bedre selvbilde og skape en omorientering fra negativ til positiv tankegang. Ifølge Delgado (2000) er årsaken til depresjon at hjernen skiller ut for lite monoaminer. Greer et al. (2014, s. 249) oppdaget i sin studie at fysisk aktivitet bidrar til økt kognitiv funksjon som lignet nivåene til pasientene som gikk på antidepressive legemidler. Siden fysisk aktivitet bidrar til en større konsentrasjon av monoaminer i hjernen kan dette fungere som en behandling som gir positive fysiske og psykiske helsegevinster over lengre tid, i likhet med antidepressiva.

Et kjennetegn på depresjon er søvnevansker (Helsenorge, 2018). Baron, Reid & Zee (2013, s. 823) skriver at søvnkvalitet og fysisk aktivitet påvirker hverandre. Det forklares videre at trening over lengre tid fører til bedre søvnkvalitet, og at dårlig søvn fører til mindre mosjon. Fysisk aktivitet kan derfor føre til bedret søvnmønster og større grad av kvalitetssøvn. Søvn er nødvendig for å la kroppen hvile, skille ut avfallsstoffer fra hjernen, føle velvære, stabilisere humøret og generelt fungere optimalt (Norsk Helseinformatikk, 2017, avsnitt 3). Ifølge studien av Roberts et al. (2014, avsnitt 5) er det bevist at søvndeprivasjon medfører økende forekomst av depressive symptomer, i tillegg til større risiko for å utvikle alvorlig depresjon.

Fysisk aktivitet kan over lengre tid øke søvnkvaliteten til pasienter, som igjen kan lindre depressive symptomer og bidra til bedre livskvalitet for pasienter med depresjon som opplever søvndeprivasjon. Behandlingsformen kan dermed bedre søvnkvaliteten, som kan gi positive ringvirkninger for depressive pasienter.

Sykepleier kan iverksette tiltak for å bidra til å hjelpe pasienten med å fremme et bedre søvnmønster. Ved å utøve fysisk aktivitet kan pasienten bli naturlig trøtt på kvelden og få gode søvnrutiner. Sykepleieren kan primært informere om disse

effektene, i tillegg til å hjelpe pasienten med å unngå soving på dagen og bidra til et jevnt aktivitetsnivå som vil virke naturlig på trettheten.

Gardner-Sood et al. (2015, s. 2619 & 2620) skriver i sin studie at mennesker med en alvorlig psykisk lidelse har redusert levealder med gjennomsnittlig 15 til 25 år. Begrunnelsen for redusert levealder knyttes til økt risiko for kroniske livsstilssykdommer som overvekt, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer. Kjennetegn ved både depresjon og bruk av antidepressiva er lavt energinivå og slapphet. Dette er gjerne bivirkninger som knyttes opp mot økt risiko for kroniske livsstilssykdommer på grunn av lavt aktivitetsnivå, som videre kan øke risikoen for overvekt. Økt grad av fysisk aktivitet kan også være et godt preventivt tiltak for å redusere risiko for kroniske livsstilssykdommer. Bedring av fysisk helse kan også bidra til å hjelpe pasientene med en bedre psykisk helse over tid.

Pasientene som utøver fysisk aktivitet komme i en "positiv spiral", fordi pasientene opplever en kombinasjon av positive symptomer av den fysiske aktiviteten og de langsiktige helsegevinstene aktiviteten medfører. Det å føle seg bedre og kjenne mestringsfølelsen kan bidra til å skape vanedannende, gode livsstilsendringer.

5.1.3 Fysisk aktivitet sammenlignet med medisiner

Martinsen (2008, s. 26) skriver at en stor andel av pasienter med depresjon ikke responderer optimalt på antidepressiva, og det ble bevist at fysisk aktivitet hadde stor effekt på å lindre depresjonssymptomer hos disse pasientene. Det virker som om at fysisk aktivitet er et godt alternativ for å lindre depresjonssymptomer for pasientene som ikke responderer optimalt på legemidlene. Som tidligere nevnt, fant Greer et al. (2014, s. 249) lignende nivåer av monoaminer i hjernen ved fysisk aktivitet som ved antidepressiv legemiddelbehandling. Ved å kombinere disse teoriene kan det fremstå som om fysisk aktivitet kan fungere som en erstatnings- eller kombinasjonsbehandling for pasienter som ikke responderer optimalt på antidepressiva.

Ifølge studien til Danielsson et al. (2013, s. 584) ble det gjort funn på at virkningstiden av antidepressiva var forsterket i kombinasjon med fysisk aktivitet, noe som bygger videre på argumentasjonen om at fysisk aktivitet kan bidra til symptomlindrende effekt og kombinasjonsbehandling for pasienter med depresjon. Knubben et al. (2007, s. 29) skriver at antidepressiva har en latenstid på to til fire uker før maksimal effekt er oppnådd, og det ble gjort funn på at kardiovaskulær trening kan bidra til å lindre depresjonssymptomer før legemiddelbehandlingen har optimal effekt. Denne studien viser også at fysisk aktivitet kan brukes som et tiltak for å lindre depresjonssymptomer.

Ifølge Martinsen (2008, s. 26) ble det gjort funn om at pasientene som drev med fysisk aktivitet vedlikeholdte funksjonsnivået bedre sammenlignet med pasienter som bare gikk på antidepressive legemidler ti måneder etter studien ble utført. Dette funnet kan brukes videre til å fortelle oss at vedlikeholdelse av fysisk form bidrar til å stabilisere den psykiske helsen over lengre tid. Basert på studiene som er inkludert kan den beste behandlingsmetoden være en kombinasjon av antidepressiva og fysisk aktivitet.

5.1.4 Høy intensitet gir bedre effekt enn lav intensitet

Martinsen (2008, s. 26) viderefremidler et forskningsprosjekt der det ble gjort observasjoner på at høyere intensitet gir bedre effekt for å lindre depresjonssymptomer sammenlignet med lav intensitet. Hovedsakelig gjaldt det symptomene som angst, stress og god selvfølelse. Ved å redusere engsteligheten og stressfølelsen hos en pasient med depresjon kan de få en symptomlindrende effekt.

Det er også bevist at høyintensitetstrening fører til økt utskilling av hormoner i kroppen (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 8). Dette kan føre til en beroligende effekt under og etter aktivitet ved å redusere stress og angst. Det kan argumenteres for at reduksjon av stress og engstelighet kan bidra til bedre livskvalitet og helse, fordi det gir en positiv påvirkning av viktige fysiske og psykiske faktorer. Disse faktorene er

blant annet blodtrykksregulering, søvn, humør, emosjonell stabilitet og hukommelse. Korttidseffekten av fysisk aktivitet med høy intensitet gir en god selvfølelse kan være en motiverende faktor i seg selv, og ved å finne nytelse under og etter fysisk aktivitet kan være et steg i riktig retning for å endre pasientenes livsstil i positiv retning.

Ifølge Danielsson et al. (2013, s. 576) ble det gjort funn på at fysisk aktivitet med en intensitet på 60-80% av maksimal hjertefrekvens førte til en symptomreduksjon på 30% basert på skåringsverktøyet Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960, s. 28). Dette kan tilføye at fysisk aktivitet har en positiv effekt på å lindre depressive symptomer og samsvarer med funn av Martinsen (2008, s. 28). Noen negative effekter av høy intensitet som ble rapportert var bivirkninger som diaré, hodepine, svimmelhet, tørste og muskelsmerter. Mange av disse bivirkningene er knyttet til uvant fysisk stress, som over tid vil forekomme sjeldnere. Her vil det være viktig at sykepleieren har informert om normale reaksjoner i forkant, fordi symptomene kan i tilfeller ligne et angstanfall.

5.2 Motiverende intervju kan øke sannsynligheten for å anvende fysisk aktivitet

5.2.1 Motivasjon og barrierer for fysisk aktivitet for psykiatriske pasienter

Den systematiske oversikten til Firth et al. (2016) gir oss et bedre perspektiv på pasientenes motivasjon og barrierer relatert til fysisk aktivitet. Oversikten kan benyttes for å bistå en sykepleier til å forstå seg på pasientenes forhold til denne formen for behandling. Det vises i artikkelen til Firth et al. (2016, s. 2873 & 2874) at de mest motiverende faktorene var økt energinivå, helseforbedring, bedre selvtillit, reduksjon av stress, stabilt humør og bedre mental helse. Det er naturlig at økt energinivå er en motiverende faktor da mange pasienter med depresjon ofte opplever negative påvirkninger av deres lave energinivå. Det å ha mer energi er i mange sammenhenger relatert til økt sosialisering, og å kunne delta i aktiviteter som kan gi mestring og glede.

For en pasient med depresjon kan mestring og glede være motiverende, ofte på grunn av at pasienten tidligere har opplevd store nederlag og hindringer på grunn av sin psykiske lidelse. En bedre mental helse og reduksjon av symptomer ble ansett som en motiverende faktor for de fleste, noe som betyr at de fleste pasientene ønsket å bli frisk. At pasientene selv ønsker å bli frisk er en stor fordel for at en behandlingsform som fysisk aktivitet skal lykkes, da pasientene selv er nødt til å gjennomføre behandlingen selv med støtte fra sykepleier. Dette vil også gi grunnlag for at pasienten selv klarer å fortsette med fysisk aktivitet etter utskrivelse fra psykiatrisk helsevern.

Etter utskrivelse finnes det muligheter for videre oppfølging gjennom frisklivssentraler, og et av ansvarene til sykepleieren vil være å informere om dette. Vi kom i løpet av fordypningspraksisen i kontakt med flere pasienter som tidligere hadde vært innlagt på psykiatriske avdelinger, og de ga uttrykk for at frisklivssentralen var et gunstig tilbud for å vedlikeholde nye, gode rutiner.

De mest forekommende barrierene i studien til Firth et al. (2016, s. 2872) var lavt energinivå, motivasjonsmangel og mangel på støtteapparat. Her kan sykepleier spille en viktig rolle som støtteapparat og motivator for å hjelpe pasientene med å overkomme de opplevde barrierene. Ved å benytte seg av et motiverende intervju kan det tenkes at motivasjon til å utøve fysisk aktivitet øker.

5.2.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en effektiv, empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Det er en klinisk ferdighet som kan fungere godt i møte med pasienter som har flere utfordringer (Helsedirektoratet, 2017). Et motiverende intervju setter pasienten i fokus, og sykepleier ønsker å styrke pasientens egne ressurser samt hjelpe pasienten med å sortere tanker. Spørsmålene er åpne og utdypende, samtidig som de er spesifikt målrettet mot et tema.

Sykepleier ønsker å bevisstgjøre pasienten på egne holdninger og motivasjon relatert til å gjennomføre en atferdsendring. Ved at sykepleieren stiller åpne spørsmål kan pasienten vurdere og utdype om sine motstridende tanker, og på den måten selv reflektere over hvor de største utfordringene ligger. Grad av motivasjon avhenger av hvor ofte pasienten snakker om ønsket til å endre atferd, og det kan fungere som tidlige markører på en indre motivasjon til endring av atferd.

Det er viktig at intervjuet er godt planlagt på forhånd. Sykepleieren bør være kvalifisert samt ha erfaring og kunnskap om hvordan et motiverende intervju foregår, og hvordan spørsmålene bør vinkles (Keeley et al, 2014, s. 623). Sykepleier bør videre ha en ydmyk holdning mot pasienten. Dersom pasienten opplever et slikt intervju som positivt, kan det øke sannsynligheten for at de ønsker å gjennomføre tiltak som blir vurdert i intervjuet.

Dersom intervjuet ikke er godt nok planlagt vil det kunne oppstå problemer i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasienten. Et problem som kan oppstå er at pasienten går i forsvarsmodus, og ikke er villig til å bidra med nødvendig informasjon om seg selv og sine utfordringer under intervjuet. Slike problemer kan gi tap av tillit eller en negativ holdning til sykepleier, noe som videre øker risikoen for at pasienten ikke blir motivert til å endre atferd. Utfordringene med motiverende intervju er dermed at sykepleier må ha spesifikk utdanning og kunnskap, i tillegg til at det krever økonomiske ressurser, tid og planlegging.

Motiverende intervju har mange likheter med sykepleierteorien til Joyce Travelbee. Travelbee teoretiserte viktigheten av empati og relasjonsbygging (Kirkevold, 1992, s. 100). I startfasen brukes motiverende intervju til å skape en empatisk tilknytning mellom sykepleier og pasient. Feely & Long (2009) bygger videre på empatisk tilnærming og hvilken effekt det kan ha på pasienter med depresjon. Det kan føre til at pasienten opplever å bli tatt på alvor, respektert og forstått.

Travelbee presiserte viktigheten av god relasjon og aktiv lytting for at pasienten skal føle seg verdsatt, og motiverende intervju baseres på samme prinsipper. Ved å ha en god relasjon kan pasienten få tillit til sykepleieren, noe som kan føre til at sykepleieren gjør et større inntrykk på pasienten, i tillegg til å kunne være en bedre støttespiller, motivator og forbilde (Kirkevold, 1992, s. 101). I intervjuet er pasienten i fokus, og det er naturlig å anta at dette fokuset forbedrer maktbalansen mellom sykepleier og pasient da pasienten føler seg verdsatt, sett og støttet. Følelsen av å ha et støtteapparat og å samarbeide med noen kan være en motiverende faktor, både for pasient og sykepleier. Pasienter som lider av depresjon er ofte preget av ensomhet, og det å ha en god relasjon til en sykepleier som man kan skape opplevelser med, kan gi pasientene et høyere ønske om å oppnå sine mål.

I løpet av et motiverende intervju er det viktig å vurdere balansen av utfordringer og omsorg til pasienten for å oppnå sunn vekst og riktig behandling (Helsedirektoratet, 2017). For stor utfordring kan føre til et tilbakefall, og for mye omsorg kan føre til for lite progresjon i behandlingen. Tilbakefall oppleves når pasienten går tilbake til den atferden som pasienten og sykepleieren opprinnelig ønsket å endre. Fysisk aktivitet som behandling bør være frivillig, ettersom pasienten selv bør ønske at de positive effektene og resultatet av den fysiske aktiviteten vil være verdt innsatsen. Det bør derfor tilrettelegges for å sikre at aktiviteten forbindes med mestringsfølelse og glede.

Dersom aktivitetene føles som tvang kan aktiviteten bli relatert til dårlige opplevelser. Det kan redusere motivasjonen, som igjen reduserer effekten av behandlingen. Her kan en sykepleier bidra med å kartlegge aktiviteter som pasienten eventuelt har drevet med tidligere. Det kan vekke opp gode minner, og kan være et moment å ta med videre. Det kan også hende at noen pasienter ikke tør å si hva de egentlig føler angående situasjonen. Her vil også god relasjonsbygging komme til nytte, da det er naturlig å tro at sannsynligheten er større for at pasientene er ærlige i tilbakemeldingene når det er en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Faulkner & Biddle (2002, s. 659) utførte et intervju med psykiatriske sykepleiere der alle deltakerne identifiserte et behov for å øke mulighetene til å utøve fysisk aktivitet, og det blir nevnt at fysisk aktivitet er en sunn måte å holde pasientene opptatte på. Sykepleierne var positive til viktigheten av trening for pasientene, men det ble også rapportert om at mer kunnskap var ønskelig. Dersom sykepleiere får mer utdanning relatert til fysisk aktivitet kan de bidra som en viktig mentor for pasientene, og kan bidra med motivasjon, støtte og omsorg.

Det kan videre tenkes at jo mer kunnskap sykepleieren innehar, jo enklere kan det være å formidle helsegevinstene av fysisk aktivitet til pasienten. Her vil det også være viktig at sykepleieren forklarer de positive effektene som symptomlindring, økt energinivå, bedre selvtillit, bedre psykisk og mental helse. Disse var også ifølge Firth et al. (2016, s. 2871) de mest motiverende faktorene for å utøve fysisk aktivitet blant pasientene i studiet.

Pasienten kan ha symptomer som oppleves meget krevende, og de har ofte mangel på motivasjon til å fungere i hverdagen. Det er naturlig å anta at pasientene ønsker å lindre disse symptomene. Dersom pasientene har økt kunnskap om effektene av fysisk aktivitet, som for eksempel følelsen av å oppleve mestring, få bedre selvtillit, redusere depresjonssymptomer og bedre selvfølelsen, kan dette være motiverende faktorer.

I behandlingsprosessen bør det gjennomføres flere motiverende intervju. Det er naturlig å anta at pasienten i løpet av de første intervjuene kan komme med uoppfordrede kommentarer som "jeg ønsker jeg kunne". Videre kan disse kommentarene utvikle seg til "jeg tror jeg klarer", "jeg vil" og "jeg trenger" (Helsedirektoratet, 2017). Det kan bety at pasienten har kommet videre i prosessen og gradvis har fått et økt ønske om å endre sin atferd.

Det er ifølge Keeley et al. (2014, s. 621) sammenheng mellom hyppigheten av endringssnakk og motivasjon til atferdsendring. Begrunnelsen for dette ligger ofte i at

endringssnakk er markører som er viktig for motivasjonen. Det kan tenkes at pasientene klarer å sortere egne tanker på en bedre måte, finne ut hva de ønsker å forbedre samt å bli motivert av sykepleieren.

Til tross for at fysisk aktivitet har mange positive effekter, vil det i psykisk helsevern ofte forekomme ambivalens, der pasientene har motstridende meninger og oppfatninger av noe. Her kan sykepleier kartlegge motiverende faktorer og barrierer som pasientene opplever, og denne kunnskapen kan være et verktøy til fremtidige hendelser der pasienten trenger hjelp til motivasjon eller hvordan pasienten skal håndtere barrierer som oppstår.

Dersom pasienten har hatt en positiv opplevelse relatert til fysisk aktivitet, kan dette bli bygget videre på til å bli et positivt minne som kan brukes til motivasjon på dårligere dager. Det vil være oppturer og nedturer gjennom hele forløpet, og å skape gode minner der pasienten opplever mestring kan fungere som en motiverende faktor. I det motiverende intervjuet kan sykepleieren diskutere fremtidige problemer som kan oppstå, og sammen med pasienten komme på gode potensielle løsninger. Det gjør både pasienten og sykepleieren forberedt på at de kan løse fremtidige problemer relatert til behandlingen.

For å skape en varende endring bør sykepleieren forklare prosessen i løpet av de motiverende intervjuene. Her er det nødvendig å dra inn alle fasene fra intervjuet som omhandler partnerskap, aksept, medfølelse, nysgjerrighet og fremkallelse. Det bør informeres om at veien kan være ekstremt krevende og tilbakefall er nesten uunngåelig. Ved å være bevisst på tilbakefall kan sykepleieren sette i gang preventive tiltak allerede før tilbakefallet er skjedd. Det kan tenkes at det å skape gode minner relatert til fysisk aktivitet fungerer som et preventivt tiltak. Her kan sykepleieren ha en ettersamtale med pasienten etter for eksempel en trening, der de prater om hva som har vært positivt og negativt. Da kan pasienten bli bevisst på sine preferanser, samt at sykepleieren kan kartlegge hva som hadde effekt og hva som kunne vært gjort annerledes.

Ved å ha kartlagt preventive tiltak, er både sykepleieren og pasienten forberedt på den videre behandlingsprosessen. Målet ved å bruke motiverende intervju som del av behandling vil være at pasientene skal oppnå en livsstilsendring som er symptomlindrende, vanedannende, i tillegg til å forbedre psykisk og fysisk helse.

6.0 Konklusjon

Det er velkjent at fysisk aktivitet bidrar til god fysisk og psykisk helse. Denne oppgaven studerte hvordan fysisk aktivitet påvirker personer som lider av depresjon. Vurderinger gjort basert på den inkluderte litteraturen tyder på at fysisk aktivitet påvirker personer med depresjon positivt på flere helsemessige områder. Litteraturen viser også til at fysisk aktivitet kan ha symptomlindrende effekt, i tillegg til å redusere latenstiden på antidepressiv legemiddelbehandling.

Oppgaven ser videre på effektene av at en sykepleier kan bruke motiverende intervju for å hjelpe pasienten til å utøve fysisk aktivitet. En stor utfordring med å implementere fysisk aktivitet som behandlingsform er ofte motivasjonsmangel hos pasientene med depresjon. Ved vurdering av den inkluderte litteraturen kan helsepersonell gjennomføre motiverende intervju. Et slikt intervju er en samtalem metode som er klientsentrert, målfokusert og evidensbasert, hvor hovedformålet er å styrke en pasients motivasjon til å endre atferd. Funnene viser at grunnverdiene ved dette intervjuet, å skape god relasjon mellom sykepleier og pasient, kan øke sannsynligheten for atferdsendring. Basert på anvendt litteratur antas det at en sykepleier kan bruke motiverende intervju for å hjelpe pasientene med å utøve fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Målet med behandlingen av personer med depresjon vil være å endre atferden og videre livsstilen, slik at pasientene har økt grad av fysisk aktivitet i hverdagen. Dette på grunn av å lindre depresjonssymptomer, i tillegg til de psykiske og fysiske helsegevinstene fysisk aktivitet gir. Denne oppgaven håper vi kan bistå i å formidle viktigheten av at sykepleieren er både hjelper, støttespiller, rådgiver, veileder og forhåpentligvis et forbilde som gir ytterligere motivasjon for pasienten. Motivasjon er en viktig faktor for at pasienter skal kunne endre sin atferd, og i tillegg til en god relasjon til sykepleieren kan behandlingen bli optimalisert. Ved at sykepleier bruker motiverende intervju for å hjelpe pasienten til å utøve fysisk aktivitet, kan i beste fall føre til lindring av depresjonssymptomer, atferdsendring og bedret helse.

6.1 Svakheter ved studien

I denne delen ønsker vi å ta for oss svakhetene ved dette litteraturstudiet. Oppgaven er basert på totalt åtte artikler. Dette gir oss et godt grunnlag for å kunne besvare oppgaven kvalitativt. Likevel finnes det svakheter ved noen av studiene da de mangler gjeldende intervensjon, pasientgruppe eller resultat. Disse svakhetene kan føres over på vår oppgave. Sammen med de inkluderte kvalitative studiene kunne det også blitt inkludert flere kvantitative, som ville gitt oss et bredere syn på temaet.

Oppgaven er skrevet innenfor en relativt kort tidsperiode. Dersom vi hadde hatt mer tid kunne vi ha gjennomgått større mengder med informasjon og artikler. På grunn av dette har vi samlet inn informasjon gjennom forskning som andre har gjennomført. Ved å ha en lengre tidsperiode kunne vi ha fått frem flere aspekter og vurderinger på det aktuelle teamet som oppgaven bygger på. For eksempel kunne vi ha supplert med egne spørreundersøkelser eller strukturerte intervju, som ville tilført egne resultater av brukerperspektiv og erfaringer til oppgaven.

7.0 Litteraturliste

- Andersen, Anders. (2018). *Psykisk helsearbeid - en gang til*. Gyldendal Akademisk.
- Andersen, Anders. (2018). Psykisk helse. Store Medisinske Leksikon. Hentet 15. november 2018 fra https://sml.snl.no/psykisk_helse
- Arntzen, E & Tolsby, June. (2010). Studenten som forsker i utdanning og yrke. Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/nb/item/asset/dspace:3519/studenten.pdf#page=35>
- Baron, K.G., Reid, K.J., Zee, P.C. (2013). Exercise to Improve Sleep in Insomnia: Exploration of the Bidirectional Effects. *J Clin Sleep Med* 2013;9(8):819-824. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.2930>
- Barstad, Anders. (2019). Livskvalitet. Store Norske Leksikon. Hentet 15. november 2018 fra <https://snl.no/livskvalitet>
- Blake, H. (2012). Physical activity and exercise in the treatment of depression. *Faculty of Medicine and Health Sciences, Queen's Medical Centre*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2012.00106>
- Blumenthal, J., Babyak, M., Doraiswamy, P., Watkins, L., Hoffman, B., Barbour, K.,... Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*. 69(7): 587-596. [10.1097/PSY.0b013e318148c19a](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318148c19a)
- Braut, Geir S. (2018). Helse. Store Norske Leksikon. Hentet 15. november 2018 fra <https://sml.snl.no/helse>
- Bruusgaard, D & Malt, U. (2019). Pasientkommunikasjon. Store Norske Leksikon. Hentet 16 november fra <https://sml.snl.no/pasientkommunikasjon>
- Craft, L. L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*. Volume 6, Issue 2, Pages 151-171. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2003.11.003>
- Dahlum, S. (2018). Kvantitativ analyse. Store Norske Leksikon. Hentet 15. november 2018 fra https://snl.no/kvantitativ_analyse
- Danielsson, L., Noras A. M., Waern, M. & Carlsson, J. (2013). Exercise in the treatment of major depression: A systematic review grading the quality of

- evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29:8, 573-585, DOI: [10.3109/09593985.2013.774452](https://doi.org/10.3109/09593985.2013.774452)
- Delgado, Pedro L. (2000). Depression: The Case for a Monoamine Deficiency. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 6:7-11. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10775018>
- Faulkner, G., Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing / Volume 9, Issue 6*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00520.x>
- Feely, M. & Long, A. (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Oct;16(8):725-37. [10.1111/j.1365-2850.2009.01452.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01452.x)
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, A., Yung, R., Vancampfort, D. (2016). Motivation factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. Oct;46(14):2869-2881. [10.1017/S0033291716001732](https://doi.org/10.1017/S0033291716001732)
- Folkehelseinstituttet. (2015, 6 februar). *Fakta om depresjon*. Hentet fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/faktaark/depresjon---faktaark/>
- Gardner-Sood, P., Lally, J., Smith, S., Atakan, Z., Ismail, K., Greenwood, K. E., ... IMPaCT team (2015). Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in people with established psychotic illnesses: baseline data from the IMPaCT randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 45(12), 2619–2629. [10.1017/S0033291715000562](https://doi.org/10.1017/S0033291715000562)
- Greer, T., Grannemann, B., Chansard, M., Karim, A., Trivedi, M. (2014). *Department of Psychiatry*. Volume 25, Issue 2, Pages 248-256. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.10.001>
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62. Hentet fra <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-DEPRESSION.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kildevalg. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

- Helsedirektoratet. (2009). Voksne med depresjon - nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. *Helsedirektoratet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2010, 18. februar). Fysisk aktivitet og psykisk helse. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#teorigrunnlag-bak-mi>
- Helsenorge (2019, 2. januar). Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen. Hentet fra <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen>
- Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. Aktivitetshåndboken (s. 8-36). *Aktivitetshåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- Higraff, M. S. (2014, 16. desember). *Verdens helseorganisasjon*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Holm, S. F. (2017, 3. november). Nøkkelen til god motivasjon. Hentet fra <https://psykologisk.no/2015/10/nokkelen-til-god-motivasjon/>
- Holte, H., Underland, V. & Vist, G. (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser.-over/>
- Keeley, R., Burke, B., Brody, D., Dimidjian, S., Engel, M., Emsermann, C., ... Kaplan, J. (2014). Training to use Motivational Interviewing Techniques for

- Depression: A Cluster Randomized Trial *The Journal of American Board of Family Medicine*. 621-636. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.130324>
- Kirkevold, M. (1992). Sykepleieteorier. *Ad Notam Gyldendal*. (Utg. 1).
- Knubben, K., Reischies, F., Adli, M., Schlattmann, P., Bauer, M. & Dimeo, F. (2007). A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *British Journal of Sports Medicine*. 41(1): 29-33. [10.1136/bjism.2006.030130](https://doi.org/10.1136/bjism.2006.030130)
- Kvam, Merethe. (2017, 24 april). Syk av stress. Hentet fra: <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/syk-av-stress/>
- Magnus, Per og Bakketeig, Leiv. (2000). Prosjektarbeid i helsefagene. Hentet 8. mai fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013120406119?page=4
- Malt, Ulrik. (2017). Deprivasjon. Store Norske Leksikon. Hentet 8. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/deprivasjon>
- Malt, Ulrik. (2018). Empati. Store Norske Leksikon. Hentet 8. mai 2019 fra <https://snl.no/empati>
- Malt, Ulrik. (2018). Psykiske lidelser. Store Medisinske Leksikon. Hentet 15. november fra https://sml.snl.no/psykiske_lidelser
- Malt, Ulrik. (2018). Ambivalens. Store Norske Leksikon. Hentet 8. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/ambivalens>
- Martinsen, Egil W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62:sup47, 25-29. <https://doi.org/10.1080/08039480802315640>
- Norsk Helseinformatikk (2016, 22. januar). Antidepressiva. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/antidepressiver/>
- Norsk Helseinformatikk (2017, 4. april). Hva er søvn? Hentet fra: <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/>
- Nortvedt, M og Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., Reinart, L. (2012) *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS 2012.
- Nøvik, T.S. & Lea, R.A. (2016, 7 juli). Diagnosesystemene ICD og DSM. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-1-Diagnostikk-og-utredning>

ng/Diagnostikk-i-barne--og-ungdomspsykiatri/Diagnosesystemene-ICD-og-DS
M/

Roberts, R. E. & Duong, H. T. (2014). The Prospective Association between Sleep Deprivation and Depression among Adolescents. *Sleep(2)*, 239-244.

10.5665/sleep.3388

Setekleiv, Johannes. (2018). Placebo. Store Norske Leksikon. Hentet 8. mai 2019 fra <https://snl.no/placebo>

Svardal, Frode. (2019). Mestring. Det Store Norske Leksikon. Hentet 24 april fra: <https://snl.no/mestring>

Søk og skriv. (2019, 9 april). Systematisk søking. Hentet 15 november fra <https://sokogskriv.no/soking/utdypende-sok/>

Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scand J Med Sci Sports*. Dec;16(6):391-8. 10.1111/j.1600-0838.2005.00514.x

Taylor, C. B., Sallis, J. F. & Needle, R (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports (Washington, D.C. :1974)*, 100(2): 195-202. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424736/>

Thiedemann, Inger-Johanne. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. *Oslo: Universitetsforlaget AS* (3. opplag).

Tran, Jenny P. (2018). Antidepressiva. Store Medisinske Leksikon. Hentet 5. mai fra <https://sml.snl.no/antidepressiva>

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

World Health Organization (2018, 23 februar). Physical activity. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Dato	Database	Søk	Søkeord	Antall treff	Antall inkludert
21.02.19	CINAHL	Physical activity and depression	Physical activity AND depression	3 888	0
21.02.19	FHI	Fysisk aktivitet og depresjon	Fysisk aktivitet, depresjon	5705	0
21.02.19	FHI	Fysisk aktivitet og mental helse	Fysisk aktivitet, mental helse	5754	0
21.02.19	PubMed	Physical activity and depression	Physical activity and depression	20 534	0
21.02.19	PubMed	Physical activity and depression in psychiatric hospital	physical activity and depression, psychiatric hospital	576	0
21.02.19	PubMed	Physical activity as a treatment of depression	physical activity, treatment, depression	12 723	0
21.02.19	SveMed +	Fysisk aktivitet og depresjon	Fysisk aktivitet OG depresjon	44	0
22.02.19	PubMed Centra	Psychological benefits of exercise	Psychological benefits AND exercise	34 682	0
30.04.19	PubMed Centra	Psychological benefits of exercise related to depression	Psychological benefits AND exercise AND depression	19 090	0
30.04.19	PubMed Centra	Patients with depression, motivation and their relationship to physical exercise	Depression AND motivation AND physical exercise		1

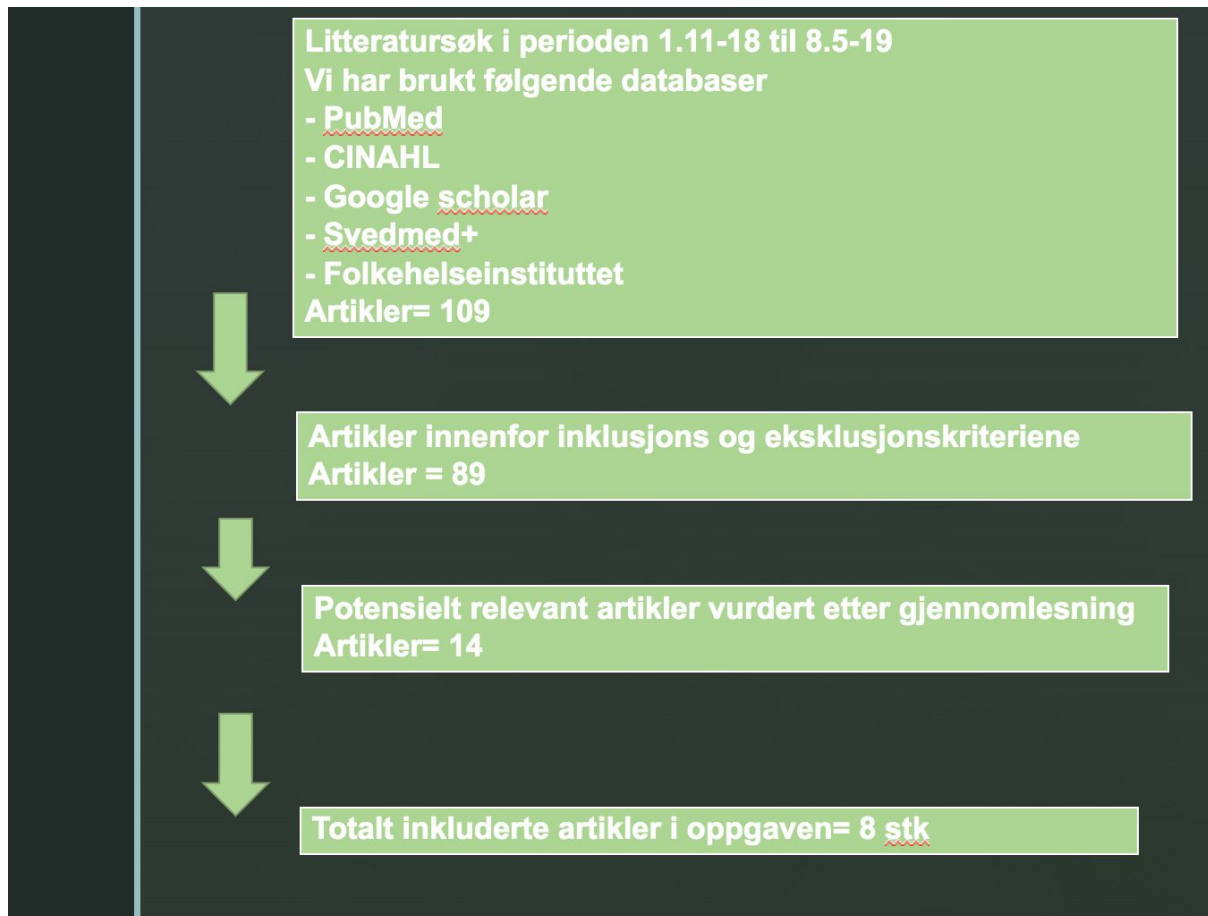
29.04.19	PubMed Central	Psychological benefits of exercise	Psychological benefits + exercise	34 682	0
05.05.19	Google Scholar	Controlled study, effect of training in patients with major depression	Training, patients with major depression	1 680 000	1
05.05.19	Taylor & Francis Online	Exercise in the treatment of depression	Exercise, treatment, depression	29 808	1
05.05.19	PubMed	Patients with depression, motivation and their relationship to physical exercise	Depression AND motivation AND physical exercise		1
05.05.19	PubMed	Motivation and barriers towards exercise	Motivation, exercise	63	1
08.05.19	Google Scholar	Nursing and motivational interviewing of depression in relation to physical activity	Nursing AND motivational interviewing AND depression AND physical activity	31 600	0
08.05.19	PubMed	Depression and the theory of psychiatric nursing	Depression, psychiatric nursing		0
08.05.19	Google Scholar	Motivation towards physical activity of psychiatric patients	Motivation, physical activity, psychiatric patients, depression	151 000	1

08.05.19	Journal of the American Board of Family Medicine	Motivational interviewing and depression	Motivational interviewing AND depression	340	1
08.05.19	Google Scholar	Motivation towards physical activity of psychiatric patients	Motivation, physical activity, psychiatric patients, depression	151 000	1

Vedlegg 2: Pico med Mesh-ord

Problemstilling: <i>Hvilken effekt har fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon, og hvordan kan en sykepleier bruke motiverende intervju for å hjelpe pasienten til å utøve fysisk aktivitet?</i>			
Hva slags type spørsmål er dette? Erfaringer og effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske/norske søkeord for pasientgruppe/ problem	I Noter engelske/norsk søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske/norske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske/norske søkeord for utfall

MeSH-ord	MeSH-ord	MeSH-ord	Mesh-ord
Pasienter med depresjon i psykisk helsevern, patients with depression, clinical depression, major depressive disorder	Fysisk aktivitet, trening, physical exercise training, motivational interviewing	Legemiddelbehandling kognitiv terapi, samtaleterapi, antidepressant treatment, cognitive therapy medical treatment	Mestringsfølelse, ingen depresjon, frisk, symptomlindring, mental health, loss of symptoms, reduced depression score

Vedlegg 3: Flytskjema

Vedlegg 4: Fagbegreper og definisjoner

Begrep	Definisjon
Antidepressive legemidler	Annet ord for antidepressiva. Dette er medikamenter som virker mot depresjon ved at de motvirker den kjemiske ubalansen som finnes hos personer som sliter med depresjon (Tran, 2018).
Depresjon	Sentrale symptomer: senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi (Helsedirektoratet, 2009).
Empati	Innlevelse, derav evnen til å identifisere, forstå og anerkjenne gyldigheten av andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner (Malt, 2018).
Fysisk aktivitet	Definert som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (FHI, 2017). Fysisk aktivitet og trening blir i denne oppgaven brukt om hverandre.
Hamilton Depression Rating Scale	HDRS, oftest brukte skåringsverktøy for å gradere depresjon (Hamilton et al., 1960).
Helse	“En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte” definisjon fra WHO (Higraff, 2014).
Indre motivasjon	Motiverende faktorer relatert til indre ønsker og behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Holm, 2017).
Livskvalitet	Betegnelse på velferd eller det å ha et godt liv. Består av objektive og subjektive aspekter som er individuelle (Barstad, 2015).
Monoamin	Nevrotransmittere som bidrar til stimuli i synapsene. I denne oppgaven vil vi bare prate om de vanligste og mest nevnte monoaminene - serotonin, dopamin og noradrenalin (Tran, 2018).

Motiverende intervju	Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til. (Helsedirektoratet, 2017).
Målgruppe	I vår oppgave har vi satt målgruppen for mennesker over 18 år med diagnosen klinisk depresjon i gradene mild, moderat og alvorlig.
Placebo	Inaktiv behandling som kan gi positiv fysiologisk, atferdsmessig, emosjonell og kognitiv effekt på personen som benytter det som et resultat av <i>forventning av effekt</i> (Setekleiv, 2018).
Psykisk helse	Opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet (Andersen, 2018).
Psykiske lidelser	Samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser, og medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape et ubehag som reduserer en persons livskvalitet (Malt, 2018).
Søvndeprivasjon	Underskudd på søvn over lengre tid. Vanlige symptomer vil være glemsomhet, dobbeltsyn, økende irritasjon og dårlig koordinerte bevegelser. Ved ekstrem mangel på søvn kan man få lignende sykdomssymptomer som ved schizofreni, som hallusinerer og assosiasjonsforstyrrelser (Malt, 2017).
Ytre motivasjon	Ytre motivasjon kjennetegnes som en ytre påvirkning om hvorfor vi gjør det vi gjør. Dette kan for eksempel være en anbefaling av legen om å endre livsstil for å redusere risikoen for hjertelidelser.

Vedlegg 5: Litteratormatrise

Forfatter, Årstall og Land	Tittel	Mål	Metode	Resultat
Egil W. Martinsen, 2008, Norge	Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression	To find out if physical activity has a place in treatment and prevention of anxiety and depression	Martinsen has controlled other studies, which are limited. Some studies have methodological shortcomings.	Substantial mental health gains may be achieved by adopting a habit of regular exercise, and the potentials of exercise may be improved when exercise is integrated with cognitive-behavioural theory.
Knubben, K. Reischies, F. M. Adli, M. Schlattmann, P. Bauer, M. Dimeo, F. 2007. Storbritannia.	A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression	To evaluate the short-term effects of exercise in patients with major depression	Prospective, randomised, controlled study.	After 10 days, reduction of depression scores in the exercise group was significantly larger than in the placebo group (BRMS: 36% v 18%; CES-D; 41 & v 21%; p for both = 0.01); the proportion of patients with a clinical response (reduction in the BRMS scores by more than six points) was also larger for the exercise group (65% v 22%, p<0.01).

<p>Carlsson, J. Danielsson, L. Noras, A. M. Waern, M. 2013. Sverige</p>	<p>Exercise in the treatment of major depression: A systematic review grading the quality of evidence</p>	<p>To examine the quality of evidence for exercise in the treatment of major depression, comparing specific study types; aerobic exercise vs. antidepressants, aerobic exercise vs. any physical activity, and aerobic exercise as augmentation therapy to treatment as usual vs. treatment as usual.</p>	<p>Electronic searches for randomized controlled studies, reporting on treatment outcome in adults with major depression confirmed by a clinical interview. Quality of evidence was assessed using the Grading and Recommendations Assessment, Development and Evaluation and an additional risk of bias-protocol.</p>	<p>Fourteen eligible studies were retrieved, of which nine had low risk of bias. We found moderate quality of evidence that aerobic exercise has no significant effect compared to antidepressants. We found moderate quality of evidence that aerobic exercise at a moderate to high intensity has no significant effect compared to other forms of physical activity. We found low quality of evidence that exercise as augmentation to treatment as usual has a small effect – depression scores were on average 0.44 of a standard deviation lower – compared to treatment as usual.</p>
---	---	---	--	--

<p>Firth, J. Rosenbaum, S. Stubbs, B. Gorczyński, P. Yung, A. R. Vancampfort, D. 2016. Storbritannia.</p>	<p>Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>To understand the motivating factors and barriers towards exercise for people with SMI.</p>	<p>Search of major electronic databases was conducted. Quantitative studies providing proportional data on the motivating factors and/or barriers towards exercise. Random-effects meta-analyses were undertaken to calculate proportional data.</p>	<p>Meta-analyses showed that 91% of people with SMI endorsed 'improving health' as a reason for exercise (N = 6, n = 790, 95% CI 80–94). Among specific aspects of health and well-being, the most common motivations were 'losing weight' (83% of patients), 'improving mood' (81%) and 'reducing stress' (78%). However, low mood and stress were also identified as the most prevalent barriers towards exercise (61% of patients), followed by 'lack of support' (50%). Many of the desirable outcomes of exercise for people with SMI, such as mood improvement, stress reduction and increased energy, are inversely related to the barriers of depression, stress and fatigue which frequently restrict their participation in exercise.</p>
---	---	--	--	---

<p>Faulkner, G. Biddle, S. 2002. Storbritannia.</p>	<p>Mental health nursing and the promotion of physical activity</p>	<p>This exploratory study aimed to investigate perceptions of the role of exercise and physical activity as a therapeutic strategy within inpatient settings.</p>	<p>Given the exploratory nature of the study, a qualitative design using semistructured interviews was considered most appropriate. As part of a larger study regarding the promotion of physical activity within one United Kingdom (UK) Mental Health Trust, 12 mental health nurses were interviewed</p>	<p>All participants identified a need for increasing opportunities for physical activity on inpatient wards. Three interrelated themes emerged that related to how phys- ical activity and exercise was conceptualized by the participants. First, exercise and phys- ical activity was seen as a potentially beneficial distracting strategy rather than an adjunctive strategy in its own right. Secondly, exercise was considered as a lifestyle choice and an individual responsibility. Thirdly, a difficulty in articulating a possible rela- tionship between the 'physical' and the 'mental' was predominant.</p>
---	---	---	---	---

<p>Sørensen, Marit. 2006. Norge.</p>	<p>Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment</p>	<p>This study examined motivation variables, self-determination and self-schema, in relation to physical activity, among psychiatric patients with experience with physical activity as part of their treatment.</p>	<p>Participants were patients (N=109) from 15 psychiatric hospitals or day-care institutions. Data were collected by questionnaires. A positive relationship between physical activity level, positive experiences of the activity and higher degree of self-determination and exercise self-schema was expected.</p>	<p>Intrinsically regulated motives (motivated by the experience of the activity in itself) were positively and significantly related to physical activity level and the experience of decrease in symptoms during physical activity, and extrinsically regulated motives were negatively correlated with physical activity level. Intrinsically regulated motives gave an odds ratio of 20.0 for being physically active rather than inactive. Holding an exercise self-schema gave an odds ratio of 6.1 for being physically active. The majority of the patients (57.4%) reported that physical activity decreased their illness symptoms, but a few (11.9%) reported negative effects.</p>
--------------------------------------	---	--	---	---

<p>Feely, M. Long, A. 2009. Ireland</p>	<p>Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity.</p>	<p>This paper presents a theory of connectivity, which was formulated from the findings of a Classical Grounded Theory study that was designed to capture a sample of people's perceptions of living with depression or caring for individuals with depression.</p>	<p>Data were collected from: (1) a focus group consisting of people with depression (n = 7), of which five were patients in the community and two were nurses; (2) one-to-one interviews with patients in the community (n = 5) and nurses (n = 5), three of whom had experienced depression from both sides of the caring process; and (3) two 'happy accident' focus groups (n = 25; n = 18) comprising of healthcare workers with a shared understanding of depression.</p>	<p>The core category that emerged was 'connectivity' relating to the connections and disconnections, which people make in their lives. Six key categories emerged all of which were integrated with the core category. Hence, connectivity provided a significant platform for understanding and responding to the life experience of depression. They were: (1) life encounters on the journey to naming; (2) depression: What's in a name? The silent thief; (3) tentative steps to health care; (4) connective encounters and challenges; (5) connecting with self; and (6) self-connection maintenance. Subsequently, a theory, 'Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity', surfaced from the overall findings.</p>
---	--	---	--	---

<p>Keeley, R. D. Burke, B. L. Brody, D. Dimidjian, S. Engel, M. Emsermann, C. deGruy, F. Thomas, M. Moralez, E. Koester, S. Kaplan, J. 2014. USA.</p>	<p>Training to use motivational interviewing techniques for depression: a cluster randomized trial.</p>	<p>The goal of this study was to assess the effects of training primary care providers (PCPs) to use Motivational Interviewing (MI) when treating depressed patients on providers' MI performance and patients' expressions of interest in depression treatment ("change talk") and short-term treatment adherence.</p>	<p>This was a cluster randomized trial in urban primary care clinics (3 intervention, 4 control). We recruited 21 PCPs (10 intervention, 11 control) and 171 English-speaking patients with newly diagnosed depression (85 intervention, 86 control). MI training included a baseline and up to 2 refresher classroom trainings, along with feedback on audiotaped patient encounters. We report summary measures of technical (rate of MI-consistent statements per 10 minutes during encounters) and relational (global rating of "MI Spirit") MI performance, the association between MI performance and number of MI trainings attended (0, 1, 2, or 3), and rates of patient change talk regarding depression treatments (physical activity, antidepressant medication). We report PCP use of physical activity recommendations</p>	<p>Use of MI-consistent statements was 26% higher for MI-trained versus control PCPs ($P = .005$). PCPs attending all 3 MI trainings ($n = 6$) had 38% higher use of MI-consistent statements ($P < .001$) and were over 5 times more likely to show beginning proficiency in MI Spirit ($P = .036$) relative to control PCPs. Although PCPs' use of physical activity recommendations and antidepressant prescriptions was not significantly different by randomization arm, patients seen by MI-trained PCPs had more frequent change talk ($P = .001$). Patients of MI-trained PCPs also expressed change talk about physical activity 3 times more frequently ($P = .01$) and reported more physical activity (3.05 vs 1.84 days in the week after the visit; $P = .007$) than their counterparts visiting untrained PCPs. Change talk about antidepressant medication and fill rates were similar by randomization arm ($P > .05$ for both).</p>
---	---	---	--	---

			and antidepressant prescriptions and patients' short-term physical activity level and prescription fill rates.	
--	--	--	--	--