



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	466
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	6306
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 55
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei

BACHELOROPPGAVE

Sykepleier som motivator for
mennesker med depresjon

Nurse as motivator for people with
depression

Kandidatnummer: 466

Desentralisert sykepleie

Helse og sosialfag/Helse og omsorgsvitenskap

Bente Dahle Sylta

14.05.2021

Forord

“Jeg har alltid trodd at tyngden jeg følte på kroppen ikke ville slippe. Følelsen av at håpløsheten og maktesløsheten ville sluke meg hel før jeg kunne utgjøre noe i livet. Det ligger en følelse av å bære tredve kilo på skuldrene til enhver tid, frykten av å aldri få kjenne på følelsen av lungene som blir fylt full med oksygen. Søvnløse netter som drar seg over flere dager medfører seg en slags desperasjon etter hvile, den vil aldri komme. Kropp og sinn er fremdeles så ufattelig tung å kjenne på, med uansett hvor mye man samler kreftene sine, er det aldri nok.

Det var ikke før i voksen alder jeg tok innover meg viktigheten med fysisk aktivitet. Jeg husker fremdeles følelsen jeg fikk første gangen jeg brukte fysisk aktivitet som en form for å ha det bedre. Følelsen av å nå toppen av fjellet var som å komme opp fra under vannet, følelsen av å endelig kunne puste igjen, følelsen av å fremdeles være levende. For min del var det en ubeskrivelig og avhengighetskapende følelse”.

- Anonym

Sammendrag

Tittel: Sykepleier som motivator for mennesker med depresjon

Problemstilling: Hvilke hensyn og metoder kan sykepleier bruke for å øke pasienter med depresjons, indre motivasjon for fysisk aktivitet?

Hensikt med oppgaven: Belyse hvilke barrierer mennesker med depresjon oppleves i møte med fysisk aktivitet og hvilke metoder sykepleier kan bruke for å identifisere og løse disse barrierene.

Metode: Dette er en litteraturstudie. I oppgaven har jeg valgt å bruke fagforskning, faglitteratur og erfaringer fra bachelorsentrert praksis for å svare på problemstillingen.

Konklusjon: Etter flere måneder med jobbing med bacheloroppgaven vil jeg konkludere med at det ikke finnes noen konklusjon i denne oppgaven. Stoffet som er blitt presentert i denne oppgaven viser til at verktøyene jeg har presentert passer godt til et menneske med depresjon i møte med fysisk aktivitet. Dette vil dermed ikke si at verktøyene hadde hatt lik innvirkning på et annet menneske med depresjon, da hver person som møtes er ulik.

Abstract

Title: Nurse as motivator for people with depression

Research question: What considerations and methods can the nurse use to increase patients with depression's, inner motivation for physical activity?

Purpose: Explain what barriers people with depression experience in the face of physical activity and what methods the nurse can use to identify and solve these barriers.

Method: This thesis is a literature study. In this thesis, I have chosen to use professional literature, professional research, and experiences from bachelor-centered practice to answer the research question.

Conclusion: After several months of working on the bachelor thesis, I want to conclude that there is no conclusion in this thesis. The material that has been presented in this thesis indicates that the tools I have presented are well suited for a person with depression in the face of physical activity. This does not mean that the tools would have had the same effect on another person with depression, as each person is different.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	2
SAMMENDRAG.....	3
ABSTRACT	4
1.0 INTRODUKSJON	6
1.1 VALG AV PROBLEMSTILLING	6
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSNINGEN AV OPPGAVEN	7
1.4 BACHELORSENTRERTPRAKSIS	7
1.5 BEGREPSAVKLARING	7
2.0 METODE.....	8
2.1 SØKEPROSESSEN TIL FAGFORSKNING TIL BACHELOR	8
2.2 VALG AV FORSKNINGSARTIKLER	9
2.3 RESULTAT/ FUNN	9
2.3.1 <i>Studie 1</i>	10
2.3.2 <i>Studie 2</i>	10
2.3.3 <i>Studie 3</i>	11
2.3.4 <i>Studie 4</i>	11
2.4 ETISKE OVERVEIELSER.....	12
3.0 TEORI.....	12
3.1 DEPRESJON	12
3.2 FYSISK AKTIVITET	13
3.3 JOYCE TRAVELBEE – PSYKIATRISK SYKEPLEIER	14
3.4 MOTIVASJON	16
3.5 KOMMUNIKASJON	18
3.5.1 <i>Ulike kommunikasjonsverktøy</i>	18
4.0 DRØFTING.....	20
4.1 TERAPEUTISK RELASJON	20
4.2 BEHOVSMODELL.....	21
4.3 MOTIVERENDE INTERVJU	22
4.4 SYKEPLEIERENS ROLLE I PASIENTENS MOTIVASJON OG MÅL	23
5.0 AVSLUTNING	25
6.0 LITTERATURLISTE	27
7.0 VEDLEGG	29
7.1 VEDLEGG 1 – PIO SKJEMA	29
7.2 VEDLEGG 2 - SØKEHISTORIKK.....	30
7.3 VEDLEGG 3 - LITTERATURMATRISE	31
7.4 VEDLEGG 4 – MASLOWS BEHOVSHIERARKI	32

1.0 Introduksjon

I dagens samfunn er den psykiske helsen til mennesket i et større fokus enn den noen gang har vært. Ved å vise en forståelse for at den psykiske helsen er like viktig som den fysiske, har dette gjort til at den psykiske uhelsen er blitt mindre tabu og flere pasienter søker hjelp med problemstillinger innenfor dette. Depresjon er lidelsen som finnes flest studier på når det gjelder bruken av fysisk aktivitet som en behandlingsform. I studiene som er blitt gjort, er det noe variasjon i konklusjonene, men flest konkluderer at det er en antidepressiv effekt hos mennesker som benytter fysisk aktivitet (Torstveit et al., 2018, s. 257).

I møte mellom sykepleier og pasient bør det også være et møte mellom to mennesker. Som sykepleiere skal vi ikke ligge hele søkelyset på sykdomsbilde som blir presentert til oss. Vi må fremdeles huske på mennesket som kommer til oss i håp om å få hjelp, slik at vi kan dekke alle sykepleiebehovene personen trenger (Travelbee, 1999, s. 41).

Temaet jeg har valgt for min bachelor er basert på interessen i en diagnose som blir gitt til veldig mange mennesker, samt observasjonene jeg har fått gjennom jobb og praksis med pasienter som sliter med denne problemstillingen (Eknes, 2006, s. 20). Dette er også et tema som griper meg som sykepleier og person. Jeg ville velge et hovedtema som jeg har en personlig forståelse for, men også et aspekter i temaet jeg selv tenker kan være vanskelig for både sykepleier og pasient.

1.1 Valg av problemstilling

Oppgavens problemstilling setter søkelys mot hvilke metoder og hensyn en sykepleier kan bruke i samarbeid med et menneske som er i en depressiv periode, til å drive med fysisk aktivitet.

1.2 Problemstilling

Hvilke hensyn og metoder kan sykepleier bruke for å øke pasienter med depresjons, indre motivasjon for fysisk aktivitet?

1.3 Avgrensningen av oppgaven

Jeg har valgt å gjøre flere avgrensninger i oppgaven min. Oppgaven har et søkelys på den rene depresjonslidelsen som diagnose, med et hovedfokus på moderat depresjon som kan behandles uten medikamentell behandling. Oppgaven skal være rettet mot pasienter som bor i fast bolig i kommunehelsetjenesten. Jeg har valgt å ta for meg pasienter i voksen alder, fra 20 – 55 år. Oppgaven er ikke preget av kjønn og har ikke innhold av utdypning i generell behandling for depresjon bortsett fra fysisk aktivitet. Oppgaven bærer ikke preg av informasjon angående selvmordsfare eller selvmord ovenfor pasienter med depresjon.

1.4 Bachelorsentrertpraksis

Før vi begynte med skrivingen av bacheloroppgaven, fikk vi delta i en bachelorsentrert praksis. Denne praksisen skulle gjennomføres et sted jeg hadde muligheten til å tilbringe dagene med mennesker som gikk igjennom en depressiv episode. Jeg fikk muligheten til å fullføre praksisen på en tidligere arbeidsplass sammen med en bruker jeg har vært primærkontakt for i flere år. Bruker bor i fast bolig som har personaltilsyn gjennom hele døgnet og har en depresjonsdiagnose. Bruker er en person som er interessert i fysisk aktivitet som ikke bare omhandler vanlig kondisjon eller styrketrening. Bruker er glad i å svømme, gå tur i skogen etterfulgt av å lage bål, fjelltur eller gå på museum.

Ettersom jeg har godt kjennskap til bruker, slapp jeg å etablere ny tillitt i relasjonen. I relasjonen føler jeg meg trygg på min kompetanse som hjelper og en bruker kan søke råd og støtte hos. Dagene i praksis ble gjennomført med at vi begynte uken med å planlegge sammen hvilke aktiviteter vi skulle fylle 4 dager i uken med. Bruker måtte selv komme med forslag først før jeg kom med innspill, slik at bruker selv skulle få styre dagen med sine interesser.

1.5 Begrepsavklaring

I oppgaven brukes det primært mennesker og person når det skrives om pasienter med depresjon, dette for å holde oppgaven tro mot Joyce Travelbee sin sykepleieteori om å se mennesket og ikke bare sykdomsbildet, så langt det har latt seg gjøre. Depresjon har blitt brukt som en fellesbetegnelse for graden moderat depresjon, men mindre noe annet er spesifisert. Bruken av fysisk aktivitet menes det all fysisk aktivitet og kroppslig bevegelse, den er dermed ikke rettet mot spesifikk trening.

2.0 Metode

I dette kapittelet skal jeg først vise hvordan jeg har gått frem for å finne forskningsartiklene jeg har valgt ut for min oppgave. Jeg vil så redegjøre for valg av forskningsartikler, før jeg presenterer resultat og funn i artiklene jeg har valgt ut. Til slutt i kapittelet vil jeg redegjøre for etiske overveielser i artiklene. En metode er et redskap som brukes for å skaffe eller finne kunnskap, metoden blir valgt fordi det menes at denne metoden vil hjelpe oss med å svare på spørsmålet vi har stilt, på en god og faglig måte (Dalland, 2007, s. 83). For å kunne besvare problemstilling som er valgt for denne oppgaven, har jeg valgt en litteraturstudietilnærming i valg av metode.

2.1 Søkeprosessen til fagforskning til bachelor

I denne søkeprosessen har det blitt foretatt flere små søk i flere databaser for å gjøre meg kjent med dem. Jeg har brukt databaser gjennom fagressursene til høyskolen i Bergen. Databasene jeg har gjort små søk i har vært Oria, CINAHL, MEDLINE og Google Scholar. Etter vurdering av fagartiklene som kom frem i disse søkene valgte jeg å fokusere søkene mine i CINAHL og Google Scholar med søkeord på engelsk da dette ga flere treff som var relevant til min problemstilling. Søkeprosessen i CINAHL ble også begrenset til forskningsartikler som i tiden fra januar 2010 til april 2021.

I mitt første primærsøk i CINAHL, med søkeordene ``depression``, ``physical activity``, ``exercise``, ``motivation`` og ``communication``. Med disse søkeordene, uten andre avgrensninger fikk jeg 10 755 treff. Jeg la inn avgrensningene jeg har valgt i denne oppgaven, jeg fikk da 120 treff. To forskningsartikler ble valgt ut for kritisk vurdering med sjekklister av forskningslitteratur fra helsebiblioteket som kunne støtte oppunder min problemstilling (Helsebiblioteket.no, 2016, s. 118).

I andre primærsøket i CINAHL med de samme avgrensningene, brukte jeg søkeordene ``depression``, ``physical activity`` og ``exercise``. Jeg fikk da 43 treff. I dette treffet valgte jeg ut en artikkel for gjennomgang.

I et forsøk for å finne andre artikler gjorde jeg et nytt søk i CINAHL. Denne gangen med et nytt søkeord i tillegg til de to i forrige søk; nøkkelordet ``barriers``. Her fikk jeg et treff på 181 artikler og fant 2 artikler for gjennomgang med sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket.no, 2016).

I samarbeid med bibliotekar, har jeg fått søkehjelp og veiledning gjennom Zoom. Sammen gjorde vi et søk i Google Scholar. Med søkeordene ``depresjon``, ``physical activity``, ``barriers`` og ``facilitators`` kom det frem en artikkel som ble valgt ut. Videreføringen av denne artikkelen ved hjelp av siteringsmuligheten ble det funnet fire andre artikler som ble valgt ut for gjennomgang. På grunn av at søket ble foretatt av bibliotekar, blir ikke søket redegjort for i søkematriksen og prosessen for fremgangen kan dermed ikke dokumenteres.

2.2 Valg av forskningsartikler

I søkeprosessen for å finne forskningsartikler som kunne støtte opp under valgt problemstilling for min oppgave, ble det funnet 10 artikler for gjennomgang. Disse artiklene ble kvalitetsjekk med sjekklisten fra helsebiblioteket for kritisk vurdering (Helsebiblioteket.no, 2016). Ut ifra disse 10 artiklene, ble 4 forskningsartikler valgt ut for å medfølge i oppgaven. Jeg har valgt forskningsartikler som både er kvalitative og blandet metode mellom kvalitativ og kvantitativ studie.

2.3 Resultat/ funn

I dette underkapittelet vil jeg presentere valgte forskningsartikler med en presentasjon av tittel, forfatter, metode og resultat i en kort oppsummering. Forskningsartiklene som ble valgt ut for denne oppgaven er engelsk, men blitt oversatt til norsk. Dette er viktig å presisere da noen ord kan bli tolket annerledes, men overordnet budskap og formidling av artiklene er riktig.

2.3.1 Studie 1

Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness.

Av Ron Shor og Anat Shalev.

Forskningsartikkelen er en studie om hvilke barrierer mennesker med psykiske lidelser opplever i møte med fysisk aktivitet. Artikkelen er utarbeidet med en blandet forskningsmetode av både kvalitativ- og kvantitativstudier med 86 deltakere som har vært sentrert i et psykiatrisk sykehus. Forskerne har målt deltakernes oppfatning av barrierer, disse ble delt i to grupper. Kognitiv- og tilgjengelighetsbarrierer. Kognitive barrierer omhandlet tanker og frykt samt selvfølelse. Tilgjengelighetsbarrierer omhandlet tilgjengelighet på utstyr, miljø- og transportbarrierer, mangel på selskap og mangel på alternativ til fysisk aktivitet. Resultatet viste at barrierene til deltakerne varierte fra uttalelser om utmattelse og negativitet rettet mot deres egen evne til fysisk aktivitet, helseproblemer, mangel på selskap og støtte fra helsepersonell. Fagforskningen ble støttet av Israel National Institutt for helsepolitisk forskning (Shor & Shalev, 2016).

2.3.2 Studie 2

Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review.

Av Krista Glowacki, Markus J. Duncan, Heather Gainforth og Guy Faulkner.

Hensikten med forskningsartikkelen er å identifisere barrierer og tilrettelegging for fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon. Artikkelen brukte både studier med kvalitativ og kvantitativ metode. Resultatet av forskningen var at barrierene som ble funnet var følelser, miljø, ressurser, samt troen på egen evne. De vanligste tilretteleggingene ble klassifisert som sosiale påvirkninger, konsekvenser, følelser og atferdsendring. Resultatet fortalte også at mange av barrierene kunne dekkes av tilretteleggingen, bortsett fra følelsesaspekteret. Forskningen kom fram til at dette var et aspekt som burde undersøkes videre for å finne atferdsendrings- verktøy som rettet seg mot følelsesaspekteret (Glowacki et al., 2017).

2.3.3 Studie 3

Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review.

Av Krista Glowacki, Katie Weatherson og Guy Faulkner.

Hensikten med forskningen er å identifisere og analysere barrierer og tilretteleggere for helsepersonell i å fremme fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. Artikkelen har tatt i bruk en blandet metode med både kvalitative og kvantitative studier. Resultatet viser at den vanligste barrieren for promotering av fysisk aktivitet var at helsepersonell ikke trodde pasientene kunne overvinne barrierene de kjente på når det gjaldt fysisk aktivitet og manglende opplæring i hvordan de skulle fremme fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. Forskningen konkluderte med at helsepersonell trenger opplæring for atferdsendringsteknikker for å kunne lettere identifisere og løse barrierene pasientene møter (Glowacki et al., 2019).

2.3.4 Studie 4

Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis.

Av J. Firth, S. Rosenbaum, B. Stubbs, P. Gorczynski, A.R. Yung og D. Vancampfort.

Hensikten med artikkelen er å forstå den motiverende faktoren og barrierer mot trening for mennesker med psykiske lidelser for å kunne maksimere deltakelsen. Forskningen har brukt en blandet metode med både kvalitative, kvantitative og meta-analyser. Resultatet viste at en av de vanligste motivatorene var vektnedgang, forbedret humør og redusert stress. Dårlig humør og stress ble også identifisert som barrierer mot trening, etterfulgt av manglende støtte. Forskningen konkluderte med at å gi pasientene profesjonell støtte for å identifisere og oppnå målene kan hjelpe på å overvinne psykologiske barrierer og opprettholde motivasjonen (Firth et al., 2016).

2.4 Ethiske overveielser

Artiklene som er blitt valgt ut til denne oppgaven har blitt vurdert av en etisk komite. Det var vanskelig å finne bekreftelsen på dette i to av artiklene da dette ikke var beskrevet i verken sammendraget eller metodekapittelet. Etter en gjennomgang på nettsiden til det publiserende magasinet fant jeg bekreftelse på at disse også var vurdert av en etisk komite.

I beskrivelsen av min bachelorsentrerte praksis har jeg fulgt Høgskulen på Vestlandet sine etiske retningslinjer for taushetsplikt, personvern og personopplysninger.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg først presentere teori om depresjon. Videre skal jeg redegjøre for fysisk aktivitet og bruken av fysisk aktivitet i en depresjon. Kapittelet skal presentere teori om Joyce Travelbee (1973), som er valgt sykepleieteoretiker for denne bacheloren og hennes teori om «menneske-til-menneske» forholdet og om den terapeutiske relasjonen. Jeg skal også presentere teori om motivasjon og Abraham H. Maslow (1970) behovshierarki. Til slutt i dette kapittelet vil jeg redegjøre for kommunikasjonsteori og ulike kommunikasjonsverktøy.

3.1 Depresjon

Betegnelsen *depresjon*, kommer opprinnelig fra det latinske verbet *deprimere*, med en betydning om å *presse ned* (Eknes, 2006, s. 29). Depresjonslidelsen er delt inn i to hovedgrupper, bipolar lidelse og unipolare depresjoner. Unipolare depresjoner er rene depresjonslidelser og ca 20 % av alle mennesker rammes av denne type depresjon en gang gjennom livet (Martinsen, 2011, s. 66).

Årsaken til en depressiv episode kan være mangt. Stress, livskrise, sorg og tap av omsorgspersoner, belastende relasjoner og omveltninger i livet, somatiske sykdommer, søvnforstyrrelser og genetik er noen av de mange faktorene som kan spille inn i å utløse en depressiv episode (Eknes, 2006, s. 52-68).

I boken «ICD-10; Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» av Verdens Helseorganisasjon, viser de til retningslinjer som forteller hva slags symptomer som føler en mild, moderat og alvorlig depressiv episode. Mennesker med en mild depressiv episode kan oppleve nedsatt stemningsleie og energi, samt en merkbar nedsatt evne for glede og interesse. Mennesker med en mild depressiv episode har ofte problemer med å være i ordinært arbeid og trekker seg vekk fra sosiale aktiviteter, men slutter ikke helt med funksjonen i hverdagslivet (WHO, 2007, s. 118). Mennesker som opplever en moderat depressiv episode har de samme symptomene som kommer med en mild depressiv episode, men har også flere symptomer. Noen av symptomene kan være triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer eller utføring av selvskade eller selvmord, redusert appetitt, konsentrasjonsproblemer, nedsatt selvfølelse og selvtillit eller søvnforstyrrelser (WHO, 2007, s. 116). Forskjellen mellom de depressive episodene blir gjort ut i fra en klinisk vurdering av hvilke symptomer personen har og alvorlighetsgraden av symptomene (WHO, 2007, s. 117).

I likhet med både somatiske sykdommer og andre psykiske lidelser, er det flere forskjellige behandlingsmetoder for depresjon. Noen av behandlingsmetodene kan være kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi og psykodynamisk terapi (Eknes, 2006, s. 76-77). Effekten av disse behandlingsmetodene er godt dokumentert og noe likt stilt i effekten (Eknes, 2006, s. 81).

3.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet defineres som bevegelse satt i gang av muskulaturen rundt skjelettet, som medfører at energiforbruket øker. Betegnelsen er også et fellesbegrep for alle former for bevegelse (Torstveit et al., 2018, s. 44).

Ved å stå opp hver morgen, gå på jobb, spise middag osv. er vi i fysisk aktivitet. Den valgte mengden av fysisk aktivitet varierer fra person til person, samtidig som den defineres også av ulike dimensjoner. Hvor lenge, hvor ofte og hvor hard aktiviteten er, blir sammensatt til energiforbruket i den valgte aktiviteten (Torstveit et al., 2018, s. 44). Det er også viktig å presisere at fysisk aktivitet ikke trenger å mene ren styrketrening eller kondisjonstrening.

Hensikten med fysisk aktivitet for mennesker med depresjon er ikke bare for å øke aktivitetsnivået, men også en måte for mennesker til å finne andre kilder til positive følelser og tanker. Studier innen miljøpsykologien viser til at fysisk aktivitet utendørs har en større positiv virkning enn trening inne (Martinsen, 2011, s. 38). Ifølge «Aktivitetshåndboken» Helsedirektoratet, er det positiv med fysisk aktivitet sammen med annen forskrevet behandling for depresjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 275). For mange mennesker brukes fysisk aktivitet som en form for egenomsorg, som gjør de mer bevisst på seg selv og sin egen kropp (Borge et al., 2011, s. 79).

Å utføre fysisk aktivitet i en depressiv episode indikerer en atferdsendring. Denne endringen kan påvirke følelsene og tankene til personen som går igjennom endringen. Fysisk aktivitet har ikke bare vist å få frem positive tanker og følelser, men også øke selvtillit, bedre selvkontroll og øker selvtilliten til å håndtere problemene sine (Helsedirektoratet, 2015, s. 280). Det er også viktig å poengtere at fysisk aktivitet ikke bare hjelper mennesker for å komme ut av en depressiv episode, men også forebygger og reduserer faren for å oppleve en ny depressiv episode (Helsedirektoratet, 2015, s. 281).

3.3 Joyce Travelbee – psykiatrisk sykepleier

Joyce Travelbee, født i 1926, New Orleans i USA. Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og som lærer på sykepleierutdanningen. Sykepleierteorien til Travelbee ble en reaksjon på hvordan hun mente at det hadde skjedd en avhumanisering i sykepleien etter 2. verdenskrig. Som sykepleier mente hun at det skal være et fokus på utviklingen av relasjon mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 5).

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29)

I sin sykepleieteori er Travelbee opptatt av ``mennesket-til-mennesket`` forholdet som opprettes mellom pasient og sykepleier. Forholdet opprettes gjennom opplevelser og erfaringer som deles mellom de to partene. Kjennetegnet i forholdet er at sykepleiebehovet til personen og familien blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 41). Travelbee er i sin teori kritisk til rollene vi baserer oss på som ``pasient`` og ``sykepleier``. Hun mente at dette stimulerte til at mennesket ble plassert i roller og ødelagte synet på det unike i hvert individ. Pasienten skulle heller bli sett på som et helt eget individ som var uerstattelig. Med et fokus på at i møte med pasienten, var det heller et menneske som møtte et annet menneske, og for å møte hensikten sykepleieren har i arbeidet sitt, skal det være fullt fokus på behovene til både pasient, familie og andre involverte (Eide & Eide, 2017, s. 364-365).

I etableringen av dette forholdet mener Travelbee at vi går igjennom 5 faser.

- Det innledende møtet
- Framvekst av identiteter
- Empatifasen
- Sympati og medfølelse
- Gjensidig forståelse og kontakt

Travelbee mener at kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene vi har som sykepleier i henhold til å etablere et «menneske-til-menneske»-forhold i relasjonen med pasienten. I denne kommunikasjonsprosessen får pasient mulighet til å uttrykke tanker og følelser, samt sykepleier får muligheten til å kjenne pasient som mer enn bare sykdomsbildet (Kristoffersen et al., 2016, s. 32-34).

Travelbee pratet også om kjennetegnene til den profesjonelle sykepleieren. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk defineres i å bruke sin egen personlighet og kunnskaper rettet mot en endring hos den som deler den terapeutiske relasjonen. En terapeutisk relasjon krever selvforståelse, selvinnsett og evnen til å tolke både egen og andres atferd. Sykepleieren skal fremvise at de har innsikt i det å være menneske samt det mellommenneskelige (Travelbee, 1999, s. 44-45).

3.4 Motivasjon

Motivasjon er drivstoffet til menneskets vilje, som skal gi positive konsekvenser for handlingene den jobber mot (Börjesson, 2017, s. 61). Ordet motivasjon kommer fra begrepet *motiv*, som har opprinnelse i det latinske begrepet *motivus*: som setter i bevegelse.

Menneskets motivasjon er dypt knyttet til viljen vi har (Vogt, 2000, s. 4) Det er ofte problem i det man vet og hva man vil, derfor er menneskets vilje en av problemene med motivasjon (Vogt, 2000, s. 4).

Motivasjon deles i to grupper, den ytre og den indre motivasjonen. Tidligere ble indre motivasjon beregnet ut ifra god selvtillit og selvbylde, verdier og holdninger, vilje og pågangsmot. Ytre motivasjon var bekreftelser, positiv tilbakemeldinger fra andre og god barndom. I dagen samfunn mener flere forskere at indre motivasjon kommer fra tidligere resultat av ytre motivasjon (Börjesson, 2017, s. 62).

Abraham H. Maslow (1908-1970) mente at psykiske lidelser kan oppstå hvis man ikke fikk dekket sine grunnleggende behov, disse inneholdt trygghetsbehov, fysiologiske behov, kjærlighets- og fellesskapsbehov og anerkjennelse- og bekreftelsesbehov (Gustin, 2016, s. 174-176). Disse grunnleggende behovene bygger og avhenger av hverandre, som vises i Maslows behovshierarki (vedlegg 4). De fysiologiske behovene til kroppen trengs for overlevelse som for eksempel mat, vann, luft og behovet for å kvitte seg med avfallsstoffer. Videre er trygghetsbehovet viktig for å skape en stabil og gjenkjennelig hverdag som kan håndtere situasjoner som oppstår, en følelse av å ikke være i fare eller være fri for uro i tankene. Behovet for kjærlighet og fellesskap er videre viktig fra trygghetsbehovet for å føle tilhørighet og aksept blant andre mennesker, følelsen av å være flink eller å få positiv tilbakemelding fra et annet menneske. Behovet for anerkjennelse og bekreftelse holder grunnlag i selvfølelsen vi har, bekreftelse på at vi er god nok, ha tro på egne egenskaper og evner, samt oppleve respekt i møte med andre mennesker (Gustin, 2016, s. 175-176). I Maslows behovshierarki vises det som beskrevet over, først mangelbehovene mennesker har, videre viser pyramiden vekstbehovet vårt. Disse behovene har ikke en grense, da vi som mennesker hele tiden møter på nye utfordringer i hverdagen vår (Gustin, 2016, s. 176-177). Maslow (1970) mente også at våre behov driver motivasjonen vår, dermed når de grunnleggende behovene ble dekket, ville motivasjonen drive videre til et høyere behov (Gustin, 2016, s. 250).

Selvbestemmelse er ikke bare et behov som dekkes i å ta sine egne valg. Behovet for selvbestemmelse omhandler også vårt behov for å bli hørt, sett, forstått og forståelsen om å gi uttrykk i hva som er viktig for personen (Eide & Eide, 2017, s. 56-57). Dette er også noe som er lovpålagt og blir beskrevet i pasientrettighetsloven (omsorgsdepartementet, 2021). Selvbestemmelsesbehovet til mennesket bygger på både indre og ytre motivasjonsfaktorer, da personen motiveres av å dekke nødvendige behov som tilhørighet, kompetanse og autonomi (Gustin, 2016, s. 251).

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communis*, som betyr *felles*. Vi deler et budskap til et annet menneske, som blir forstått, dette resulterer i å dele noe felles mellom to parter (Haugstvedt & Stordal, 1999, s. 13). Gjennom kommunikasjon med et annet menneske, har vi med oss våre egne erfaringer, tanker og følelser og sanser. I øyeblikkene vi kommuniserer skjer det stadig en vurdering om vi blir lyttet til, forstått og om budskapet vi ønsker å formidle når frem (Haugstvedt & Stordal, 1999, s. 13).

I kommunikasjon er det fire ulike kanaler som brukes til enhver tid. Den visuelle kanalen, som tar for oss synsinntrykkene vi mottar. Den auditive kanalen, ikke bare hva vi hører når et annet menneske snakker til oss, men også gjenkjennelsen av en stemme og andre lyder. Den kroppslige kanalen kommer fra kroppens bevegelser, samt berøring. Hvordan vi opplever det vi kjenner på kroppen. Den siste kanalen er lukt og smak, vi tar inn oss lukten av et annet menneske (Aalberg, 2016, s. 25-26).

3.5.1 Ulike kommunikasjonsverktøy

- Aktiv og passiv lytting

Aktiv lytting innebærer at man får en bekreftelse på at pasienten har mottatt at sykepleier har forstått det pasienten forteller, dette kan være igjennom å omformulere informasjonen pasienten har gitt og få bekreftelse tilbake. Passiv lytting er når sykepleier signaliserer med både ansikts- og kroppsuttrykk at de lytter (Aalberg, 2016, s. 64).

- Motiverende intervju

En metode for en type samtale som brukes i samhandling mellom en person som vil ha hjelp og en person som hjelper. Meningen med motiverende intervju er å opprette et samarbeid mellom disse to partene (Barth et al., 2013, s. 14). Grunnlaget i et motiverende intervju har fire hovedpunkter. "*Støtte klienteters autonomi, en ikke-bedømmende og samarbeidende tilnærming, aktiv kommunikasjon av aksept og respekt, empatisk tilnærming* (Barth et al., 2013, s. 22).

- Profesjonell kommunikasjon

En form for kommunikasjon som sammen er faglig og personorientert. Dette innebærer å ikke bare se pasienten, men som en hel person. Personorientert kommunikasjon har fire hovedkomponenter. "*Å anerkjenne pasientens perspektiv, å*

forstå pasientens psykososiale kontekst, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelsen med pasientens verdier og å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der det er mulig” (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg svare på problemstillingen min gjennom drøfting rundt bruken av en terapeutisk relasjon og menneskers grunnleggende behov ved hjelp av Abraham H. Maslow (1970) sitt behovshierarki. Jeg skal også drøfte rundt bruken av motiverende intervju i møte med mennesker i en depressiv periode, samt sykepleierens rolle i pasientens motivasjon og mål for å kunne yte fysisk aktivitet. Jeg vil presentere relevant faglitteratur, fagforskning og egne praksis- og arbeidserfaringer som også skal svare på problemstillingen jeg har valgt.

4.1 Terapeutisk relasjon

I underkapittelet 3.3, ble Travelbee sin sykepleieteori presentert. Travelbee mener at en profesjonell sykepleier skal kunne utøve evnen i å bruke seg selv terapeutisk i møte med mennesker i sykepleien. Dette innebærer at sykepleier bruker sin egen personlighet på en hensiktsmessig måte i møte med andre mennesker. Hensikten til sykepleieren er å fremme en ønsket forandring hos pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 35).

I studien til Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorzynski, Yung & Vancampfort (2016) konkluderte de med at pasientene kunne dra nytte av programmer som tilbydde fysisk aktivitet og samtidig tilby pasientene profesjonell støtte, da dette kunne hjelpe med å identifisere og oppnå målene som pasienten hadde satt seg, samt opprettholde den indre motivasjonen de opplevde med fysisk aktivitet. Disse tilretteleggingene ville være både motiverende og ha en positiv innvirkning hos pasientene for videreføring av fysisk aktivitet og forebygging av dårlig psykisk helse (Firth et al., 2016).

Som sykepleier skal vi i en terapeutisk relasjon med en hensikt å motivere til fysisk aktivitet, vise frem både interesse og engasjement for behovene pasienten har og for aktivitetene som skal gjennomføres. Dette innebærer også at sykepleier har faglig kunnskap og en positiv holdning til fysisk aktivitet. Ved en aktiv deltagelse fra sykepleier, kan det bli lettere for det andre menneske i relasjonen til å delta også. (Borge et al., 2011, s. 87).

I en terapeutisk relasjon er den personorienterte kommunikasjonen et nødvendig verktøy for god kommunikasjon mellom de to partene. I en depresjon som medfølger sosial tilbaketrekning, lavt energi nivå og tunge tanker som er vanskelig å beskrive, kan kommunikasjon være vanskelig (Eknes, 2006, s. 36-37). Personen kan heller uttrykke sine tanker og følelser gjennom antydninger. For at personen skal ha en positiv opplevelse av relasjonen må sykepleier gjennom kommunikasjonen oppfatte hva som blir sagt og hva som ikke blir sagt (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

I praksiserfaringer har jeg fått bruke meg selv i en terapeutisk relasjon for å etablere tillitt til et annet menneske. Fra erfaring har jeg opplevd nytten mennesker med depresjon har av en terapeutisk relasjon. Relasjonen gir ikke noen annen mulighet i samhandling med bruker, å se hele mennesket og ikke bare sykdomsbildet. Ved at pasienten også ser sykepleier som menneske som kan relatere til aspekter i problemstillingen de er utfordret med, kan dette gi en følelse av å ikke være aleine i sin situasjon.

4.2 Behovsmodell

Menneskets behov kan være mangt, men enkelte aspekter i livet er nødvendig for å opprettholde og vedvare både fysisk og psykisk helse. En god relasjon mellom to mennesker begynner med trygghet og tillitt til hverandre (Kristoffersen et al., 2016, s. 146). En av mangelbehovene i følge Maslow (1970) er trygghetsbehovet (Gustin, 2016, s. 175). For at trygghetsbehovet til pasienten skal kunne dekkes i en terapeutisk relasjon er det viktig å anerkjenne deres følelser og opplevelser. Å vise empati kan gi den andre personen motivasjonen til å finne sin egen drivkraft mot bedring (Gustin, 2016, s. 53). Ved å bruke behovshierarkiet til Maslow som et hjelpemiddel, kan dette styrke motivasjonsgrunnlaget til mennesker med depresjon ved å hjelpe personen i å dekke sine mangelbehov.

Når det foreligger indikasjoner til at et menneske må gjøre en atferdsendring, som en depresjon, kan dette henge sammen med at mangelbehovene til personen ikke er dekket godt nok eller er i en ubalanse. Dette forespeiles med at den psykiske helsen kan bli påvirket negativt. For at behovene skal dekkes tilstrekkelig, må det foreligge målsettinger i personens liv (Gustin, 2016, s. 250). I den depressive episoden kan personen føle som om stabiliteten i livet faller vekk og kjenne på uro i form av tanker og følelser. Ved at en av mangelbehovene ikke dekkes er det viktig for sykepleier å gjenopprette denne for at pasienten skal få utbytte av relasjonen.

Forskningen til Shor & Shalev (2016) støtter opp under denne teorien med resultatet de presentere i artikkelen sin. Barrierene pasientene uttrykte var negative tanker rettet mot deres egen evne til fysisk aktivitet, mangel på selskap og mangel på støtte i aktiviteter fra helsepersonell. Forskningen viser til at det bør være et større søkelys på det helhetlige i møte med mennesker som har depresjon og vil være i fysisk aktivitet. Dette kan da være hjelp fra helsepersonell til å dekke mangelbehovene. Studien fremviser også nødvendigheten for et bredere perspektiv i undersøkelsen av faktorene som relateres til endringen i mennesker med depresjon for å begynne med fysisk aktivitet. (Shor & Shalev, 2016).

En viktig del av sykepleieren arbeid er å ivareta pasientens selvbestemmelse. Personen skal ha muligheten til å ikke bare ta sine egne valg, men også kunne bestemme selv hvordan de vil leve livet sitt (Gustin, 2016, s. 251). Sykepleieren skal vite at den andre personen i relasjonen kjenner seg selv best og respektere grensene som blir satt.

Igjennom praksis rettet mot bachelortema har jeg fått erfaringer som virker bekreftende ovenfor trygghetsbehovet til mennesker med depresjon. Ved å gi personen jeg hjelper indikasjoner på at omgivelsene, tankene og følelsene personen ytrer er trygg, gir dette personen en positiv bekreftelse. Praksisen viste meg også motivasjonsfaktoren i selvbestemmelse over eget liv og hverdag, da interessen for aktivitetene økte da bruker selv styrte dagene sine.

4.3 Motiverende intervju

Et kommunikasjonsverktøy som ofte blir brukt i møte med mennesker med depresjon er motiverende intervju. Dette er et verktøy som skal stimulere til egen endring av atferd. Målet med intervjuet er at personen skal ta tak i sin egen atferd, egne valg og sitte sine egne mål.

Det motiverende intervjuet er et godt kommunikasjonsverktøy i samtale med mennesker med depresjon. Dette gir sykepleier en pekepinn å styre samtalen med. Det gir også sykepleieren muligheten til å filtrere ut uhensiktsmessig kommunikasjon (Barth et al., 2013, s. 22).

Hensikten med et motiverende intervju er å kartlegge fasen pasienten befinner seg i. Samtalen skal også synliggjøre personens mål, styrker og ressurser. For mennesker som er inaktive og faller inn i en depressiv episode, kan det være ekstra vanskelig å finne motivasjonen for aktivitet igjen. Det må huskes at målet med fysisk aktivitet hos en person med depresjon ikke betyr hard trening, men heller hjelpe pasienten til å finne glede i sin egen kropp (Martinsen, 2018, s. 159-161).

Det er viktig i en slik samtale å belyse pasientens stemme, det er deres meninger og løsninger som skal veilede sykepleier i hjelpen som skal gis. Målet med samtalen er at personen skal selv ønske å finne muligheter for endring i situasjonen sin. For at pasienten skal fullføre atferdsendringen, må endringen oppfattes som viktig og meningsfull av personen som vil endre seg. Ofte i slike samtaler møter sykepleier motstand. Det er da viktig at sykepleier fremviser en rolig, ``go with the flow`` innstilling for å ikke stoppe opp endringssnakket (Martinsen, 2018, s. 160-161). I slike samtaler kan det også være nyttig at personen med depresjon sitter seg noen personlige mål. Dette for å vise betydningen av å komme i gang og kan være en viktig motivasjonsfaktor for pasienten (Martinsen, 2018, s. 183).

I studien til Glowacki, Duncan, Gainforth & Faulkner skriver de ikke bare om barrierene og de tilretteleggende behovene pasientene mente var viktige for å utøve fysisk aktivitet. Studien konkluderte også med at følelsesaspekteret til pasientene ikke ble godt nok dekket av de tilretteleggende tiltakene. De mente at seinere forskning burde sette et søkelys på hvordan man reduserer negative følelser, gi informasjon til pasientene om konsekvenser av disse følelsene, utarbeide mulighet for selvutbedring og gi følelsesmessig støtte (Glowacki et al., 2017).

Motiverende intervju var en motivasjonsstrategi jeg brukte i møte med en person med depresjon i praksis. I begynnelsen av samtalen var personen veldig negativ til noe endring, men samtidig var personen veldig interessert i noen av de fysiske aktivitetene jeg foreslo i samtalen. Jeg var veldig klar på at det var personen som skulle bestemme hva vi valgte å fylle dagene våre med, og at jeg selvfølgelig skulle være med i deltakelsen av aktivitetene. Etter hvert i samtalen begynte personen selv å snakke om ulike aktiviteter vi kunne gjøre. Ved at personen fant interesse i samtalen, ble det også funnet motivasjon i samtalen til å ville foreta en endring.

4.4 Sykepleierens rolle i pasientens motivasjon og mål

En av de største oppgavene i sykepleieren sin rolle er å støtte menneskene de hjelper i både valgene som blir tatt og situasjonene de møter. Ved å være delaktig i den fysiske aktiviteten og vise personen engasjement kan mottas som en ytre form for motivasjon for pasienten. Det er også viktig i denne forstand å møte personen på deres nivå og premisser. Det er derfor holdningene til sykepleier i rollen som pasientens støttespiller er viktig (Martinsen, 2018, s. 156-157).

Studien til Glowacki, Weatherson & Faulkner (2019) fremviser nødvendigheten for dette med en konklusjon om at helsepersonell mangler både opplæring i atferdsendringsteknikker og fysisk aktivitet for å identifisere og løse barrierene pasientene møter. Fysisk aktivitet kan iverksettes på et læreplannivå i psykisk helse før sykepleierstudentene går inn i feltet som profesjonell autorisert sykepleier. Dette er også for å sikre en endring i bruken av motiverende intervju i møte med fysisk aktivitet i samhandling med en depresjon (Glowacki et al., 2019).

For å kunne fylle rollen i pasientens motivasjon og mål må derfor sykepleier ha faglig kunnskap om både fysisk aktivitet og depresjon. Ved at sykepleier har disse ressursene, kan pasient føle seg trygg i relasjonen og støtten sykepleier skal gi. Sykepleier kan i sin rolle hjelpe med god planlegging, oppfølging og være delaktig selv, dette er en faktor som kan øke forutsigbarheten og motivasjonen til pasienten (Martinsen, 2018, s. 156-157).

Sykepleieren fyller mange roller for pasienten i deres relasjon. Det er derfor viktig at sykepleier er bevist på en eventuell asymmetri i relasjonen mellom de to partene (Eide & Eide, 2017, s. 245). Det er en klar forskjell i de to partene i relasjonen, men sykepleier er fremdeles den personen som oppfattes som maktpersonen. Sykepleieren skal i relasjonen og rollen sin som hjelper, vise empati og respekt for menneskeverd, dette for å ikke utøve maktmisbruk og krenkelse (Kristoffersen et al., 2011, s. 115). Sykepleierens rolle i motivasjonen og målene til pasienten kan også være en balansegang mellom det personlige og det private. Som helsepersonell, er det personen som mottar hjelp som skal være i fokus. Det blir derfor sykepleieren oppgave å forholde seg i rollen sin og ikke trå over grensen til det private i yrkeslivet. Som nevnt i tidligere underkapittel om bruken av terapeutisk relasjon, bruker sykepleier sin egen personlighet for å etablere en relasjon. Dette kan for mange være en vanskelig oppgave, men er nødvendig for at det ikke skal oppstå et avhengighets- og takknemlighetsforhold til sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 246).

I praksis merket jeg at min rolle i bruker sin motivasjon var ikke bare deltagelse og å vise interesse for aktivitetene vi gjorde, det handlet også om å gi av meg selv for å løfte brukeren opp. I relasjonen fikk jeg også erfare balansegangen mellom det å bruke seg selv personlig. Jeg opplevde linjen mellom det personlige og private som en usynlig linje, en linje som hele tiden måtte ha noe av fokuset mitt og kunne variere fra dag til dag om hva som var etisk profesjonelt å dele i relasjonen med bruker.

5.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvilke hensyn og metoder sykepleier kan bruke for å øke pasienter med depresjons, indre motivasjon for fysisk aktivitet. Dette var også en av grunnene til at jeg ville undersøke hvilke barrierer mennesker med depresjon føler på i møte med fysisk aktivitet. Gjennom drøftingen har jeg fått fremstilt viktigheten av en terapeutisk relasjon som et verktøy i samarbeid med mennesker med depresjon som skal benytte seg av fysisk aktivitet, for å etablere tillitt og trygghet med personen. Den terapeutiske relasjonen viser hvor viktig, god personorientert kommunikasjon er i møte med mennesker med depresjon. Denne formen for kommunikasjon gir også sykepleieren muligheten til å plukke opp både hva pasienten sier, og hva pasienten ikke sier.

Oppgaven viser også frem nødvendigheten for å dekke personer med depresjon sine mangelbehov. En atferdsendring som handler om å benytte fysisk aktivitet i en depresjon som ofte fremstiller symptomer som lavt energi, søvnforstyrrelser og mangel på interesse og konsentrasjon, er det da først viktig at sykepleier har hjulpet pasienten med å dekke disse behovene.

Oppgaven presenterer også teori om motiverende intervju som et kommunikasjonsverktøy som kan brukes for å finne informasjon, lete frem ressurser og belyse stemmen til personen som blir intervjuet. Verktøyet brukes også for å stimulere personen med depresjon til en endringssnakk av seg selv og finne frem sin indre motivasjon.

Som sett i diskusjonskapittelet har alle artiklene en fellesnevner i resultatene sine. Gjennom konklusjonene kommer det frem at pasientene hadde tatt nytte av profesjonell støtte fra helsepersonell og at dette var noe som var savnet i den fysiske aktiviteten. Det kom også frem i Glowacki, Weatherson & Faulkner (2019) sin artikkel at helsepersonell manglet opplæring i atferdsendring-teknikker for å hjelpe pasientene (Glowacki et al., 2019). Artiklene hadde også en annen fellesnevner som trakk frem behovet for å dekke mangelbehovene til pasientene. Barrierene som blir fremstilt i artiklene omhandler mangel på trygghet, mangel på felleskap og kjærlighet og mangel på bekreftelse og anerkjennelse. Det kom også frem at det var en mangel på verktøy som kunne hjelpe pasientene til å foreta selvvurdering og stimulere til endringssnakk.

Gjennom praksis fikk jeg observere en forskjell i måten bruker viste interesse for aktivitet i hverdagen, med hvordan motivasjonen og interesseengasjementet ble fremlagt av personalet. Ved at personalet viste interesse og glede for aktiviteten som var blitt valgt av bruker for dagen, var engasjementet og humøret til bruker høyt. Når personalet ikke viste samme intensitet for aktiviteten som brukeren, ville ikke bruker gjennomføre aktiviteten som var planlagt den dagen.

I arbeidsprosessen av denne oppgaven har jeg fått lest mye spennende og nyttig fagforskning og faglitteratur, jeg har også fått deltatt i en praksis som var 100% rettet mot problemstillingen jeg hadde valgt meg. Etter flere måneder med jobbing med bacheloroppgaven vil jeg konkludere med at det ikke finnes noen konklusjon i denne oppgaven. Stoffet jeg har presentert fra praksis viser at teorien jeg har fremstilt var gode verktøy for brukeren jeg fikk dele dagene mine med. Det vil dermed ikke si at disse verktøyene hadde hatt lik innvirkning i samarbeid med et annet menneske med depresjon, da hver person er ulik.

6.0 Litteraturliste

- Aalberg, T. K. (2016). *Kunsten å kommunisere med pasienter* (1.utg. utg.). Cappelen Damm AS.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring* (1.utg. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, L., Martinsen, E. W. & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn bare medisiner og samtaleterapi* (1.utg. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Börjesson, M. (2017). *Å bygge psykisk helse: Helsefremmende samtaler med ungdom* (1. utg. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani, forståelse og behandling*. Universitetsforlaget.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H. & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental health and physical activity*, 13, 108-119.
- Glowacki, K., Weatherson, K. & Faulkner, G. (2019). Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review. *Mental health and physical activity*, 16, 152-168.
- Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforl.
- Haugstvedt, K. T. & Stordal, S. M. (1999). *Omsorg som arbeid: Kommunikasjon* (4. opplag. utg.). NKS-Forlaget.
- Helsebiblioteket.no. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3.utg. utg.). Helsedirektoratet.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., Bd. B. 1). Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg. utg., Bd. 3). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi* (2. utg. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3.utg. utg.). Fagbokforlaget AS.
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2021). *Pasient- og brukerrettighetsloven* Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Shor, R. & Shalev, A. (2016). Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness. *Health promotion international*, 31(1).
- Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., Berntsen, S. & Anderssen, S. A. (2018). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1. utg. utg.). Cappelen Damm AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (8.utg. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vogt, S. (2000). *Håndbok i motivasjon*. Voksenopplæringscenteret.
<https://doi.org/oai:nb.bibsys.no:990015541234702202>
- URN:NBN:no-nb_digibok_2012053008008
- WHO, W. h. o. G. (2007). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser - Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (1. utg, 12. opplag. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 – Pio skjema

Norsk		
Pasient/populasjon/problem	Intervensjon	Utfall
Depresjon	Motivering Kommunikasjon	Fysisk aktivitet

Engelsk		
Patient/population/problem	Intervention	Outcome
Depression	Motivation Communication	Physical activity

7.2 Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Søkematrikse – CINAHL -

Dato	Kombinasjon av søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1/4/21	Depression, physical activity, motivation, communication	Tidsrom for studie: 1/1/10 – 31/4/21, Qualitative-high specificity, Aldri 19-64	120	10	2	<p>“Physical activity correlates in young women with depressive symptoms: a qualitative study”</p> <p>“Participants experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care”</p>
5/4/21	Depression, physical activity, exercise	Tidsrom for studie: 1/1/10 – 31/4/21, Qualitative-high specificity, Aldri 19-64	43	8	1	<p>“Participants’ perceptions of interactions with community health workers who promote behavior change: a qualitative characterization from participants with normal, depressive and anxious mood states”</p>
10/4/21	Depression, physical activity, barriers	Ingen avgrensninger	181	20	2	<p>“Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness”</p> <p>“Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta- analysis”</p>

7.3 Vedlegg 3 - Litteratormatrise

Nr.	Forfatter(e), Publiserings år, Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/populasjo n	Hovedfunn/resultater	Redegjort for etiske overveielser
1	Shor, R & Shalev, A. 2016 Health promotion International Israel	Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness	Å finne kunnskap om faktorer relatert til antatte barrierer mennesker med psykiske lidelser opplever i møte med fysisk aktivitet.	En blandet metode. Gjennomgang forskning av kvalitativ- og kvantitativstudier.	86 deltakere som har vært sentrert i psykiatrisk sykehus	Funn i forskningen tyder på at barrierene varierte fra uttalelser om utmattelse og negativitet rett mot dere egen evne til fysisk aktivitet, helseproblemer, mangel på selskap og mangel på støtte fra helsepersonell.	Forskningen er støttet av Israel National institutt for helsepolitisk forskning.
2	Glowacki, K. & Duncan, M. J. & Gainforth, H. & Faulkner, G. 2017 Mental health and physical activity Canada	Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review	Hensikten med forskningen er å identifisere barrierer og tilretteleggere for fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon	Kombinert metode med både kvalitative og kvantitative studier.	Individer med depresjon som problemstilling	Funn i forskningen viser at barrierene var følelser, miljø, ressurser og troen på seg selv. Tilrettelegginger ble klassifisert som sosiale påvirkninger, konsekvenser, følelser og atferdsendring. Resultatet viste at tilrettelegginger kunne dekke alle barrierene bortsett fra følelsesbarrieren. Forskningen kom frem til at dette var et aspekt som burde undersøkes videre for å finne atferdsendring- verktøy som var rettet mot følelser.	Fagforskningen er vurdert av en etisk komite.
3	Glowacki, K. & Weatherson, K. & Faulkner, G. 2019 Mental health and physical activity Canada	Barriers and facilitators to health care providers´ promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review	Hensikten er å identifisere og analysere barrierer og tilretteleggere for helsepersonell i å fremme fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser	Kombinert metode med både kvalitative og kvantitative studier.	Mennesker med psykiske lidelser og helsepersonell	Resultatet viser at den vanligste barrieren for promotering av fysisk aktivitet var tiltroen helsepersonell hadde til pasientene sine, det viste også mangelfull opplæring i hvordan de skulle fremme fysisk aktivitet for personer med psykisk lidelse. Forskningen konkluderte med at helsepersonell trenger opplæring i atferdsendring- teknikker for å kunne lettere identifisere og løse barrierer pasientene kunne møte.	Fagforskningen er vurdert av en etisk komite.
4	Firth, J. & Rosenbaum, S. & Stubbs, B. & Gorzynski, P. & Yung, A. R. & Vancampfort , D. 2016 Psychologica l medicine Storbritannia	Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A review and meta- analysis	Hensikten med forskningen er å forstå den motiverende faktoren og barrierer mot trening for mennesker med psykiske lidelser, for å maksimere deltakelsen.	Kombinert metode med kvantitative studier, samt meta-analyser.	Personer med psykiske lidelser	Resultatet viste at en av de vanligste motivatorene var vekt, forbedret humør og reduert stress. Dårlig humør og stress var også identifisert som barrierer mot trening, etterfulgt av manglende støtte. Forskningen konkluderte med at å gi pasientene profesjonell støtte for å identifisere og oppnå målene kan hjelpe på å overvinne psykologiske barrierer og opprettholde motivasjonen.	Fagforskningen er vurdert av en etisk komite. Review article

7.4 Vedlegg 4 – Maslows behovshierarki

