



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Erfaringar med bruk av fysisk aktivitet som tiltak ved depresjon i kommunehelseteneste.

Experiences of the use of physical activity as a measure for depression in municipal healthcare service.

Kandidatnummer: 214

SYKF390 Bachelor i Sjukepleie
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innlevering: 09.06.23

Tal ord: 7895

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Bakgrunn: Fysisk aktivitet er nyttig både i førebygging og behandling av depresjon. Det er ulike faktorar som hemmar og fremmar bruken i kommunehelsetenesta.

Problemstilling: Kva hemmar og kva fremmar bruk av fysisk aktivitet som tiltak ved depresjon i kommunehelsetenesta?

Metode: Denne oppgåva er ei litteraturstudie. Det er inkludert seks kvalitative forskingsartiklar, fire med pasientar sitt syn og to med helsepersonell sitt syn. Det er også blitt tatt i bruk faglitteratur og nasjonale føringar og retningslinjer.

Funn: Bruk av fysisk aktivitet vart sett positivt på, både frå pasienten og helsepersonell sitt syn. Fysisk aktivitet som drivast på bakgrunn av interesser og indre motivasjon, fremmar bruken. Faktorar gjorde det likevel vanskeleg å bruke fysisk aktivitet ved depresjon i kommunen. Nokre av desse hemmande faktorane var mangel på kunnskap og nedsett motivasjon.

Konklusjon: Det er avgjerande at pasienten sjølv er motivert for fysisk aktivitet. Det er viktig at aktiviteten er basert på individets interesse, for å fremme indre motivasjon. Helsepersonell som skal legge til rette for fysisk aktivitet må ha kunnskap om motivasjonsstrategi.

Nøkkelord: Depresjon. Fysisk aktivitet. Erfaringar. Hemmar. Fremmar. Motivasjon. Kommunehelseteneste.

Summary

Background: Physical activity is useful both in the prevention and treatment of depression. There are various factors that inhibit and promote its use in municipal health services.

Case: What inhibits and what promotes the use of physical activity as a measure for depression in municipal health services?

Method: This assignment is a study of literature. Six qualitative research articles have been included, four with the patients' point of view and two with the healthcare workers point of view. Academic literature and national guidelines have also been used.

Findings: The use of physical activity was viewed positively, both from the patients and healthcare workers point of view. Physical activity driven by interests and inner motivation promotes its use. Factors still made it difficult to use physical activity for depression in the municipality. Some of these inhibiting factors were lack of knowledge and reduced motivation.

Conclusion: It is crucial that the patient himself is motivated for physical activity. It is important that the activity is based on the individual's interest, to promote inner motivation. Healthcare workers who are to facilitate physical activity must have knowledge of motivational strategies.

Keywords: Depression. Physical activity. Experiences. Inhibitors. Promotes. Motivation. Municipal healthcare service.

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Introduksjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing	2
2 Teori	3
2.1 Depresjon som diagnose	3
2.1.1 Nasjonal retningslinje	4
2.2 Fysisk aktivitet og helsegevinst	4
2.3 Motivasjon som omgrep: indre og ytre motivasjon	5
2.3.1 Helsepersonellets funksjon	6
2.3.1 Sjølvbestemmelsesteori	6
2.3.2 Salutogenese	7
2.4 Folkehelsearbeid i kommunehelsetenesta	7
2.4.1 Frisklivssentral som tilbod	8
3 Metode	8
3.1 Litteraturstudie som metode	8
3.3 Søkeprosess	9
3.3.1 PICO	9
3.4 Samandrag av utvalde artiklar	10
3.5 Utvalsprosess og kjeldekritikk	11
4 Funn	12
4.1 Framgangsmåte for analyse	12
4.2 Oversikt over hemmarar og fremmarar	12
4.3 Hemmarar	12
4.3.1 Helsepersonell manglar kunnskap og erfaring	12
4.3.2 Motivasjonsvanskar VS meirbelastning for pasienten	13
4.3.3 Samspelet mellom kropp og psyke gjer fysisk aktivitet vanskeleg	14
4.4 Fremmarar	15
4.4.1 Å utøve eigne interesser fremmar helse	15
4.4.2 Pasient og sjukepleiar forstår nytteverdien av fysisk aktivitet	15
4.4.3 Å vere der for pasienten på pasienten sine premiss	16
5 Drøfting	17
5.1 Depresjonen sin natur VS utøving av fysisk aktivitet	17
5.2 Indre motivasjon fremmar fysisk aktivitet	18
5.3 Sjukepleiar og pasient sine erfaringar med fysisk aktivitet ved depresjon	20
5.4 Kommunehelsetenesta som arena for fysisk aktivitet	22
7 Konklusjon	23

Litteraturliste	25
Vedlegg 1 – Søkeprosessen	28
Tabell 1. PICO-skjema	9
Tabell 2. Litteraturmatrise	10
Figur 1. Modell av funn	12

1 Innleiing

1.1 Introduksjon av tema

Førekomsten av depresjon i befolkninga er høg og aukande. Symptoma på depresjon er senka stemningsleie, mangel på glede, tap av interesser og lyst, trøttheit og redusert energi. I løpet av livet vil rundt ein av fem i Europa bli ramma av behandlingstrengane depresjon. Norske tal visar at ein av ti vil i løpet av eit år få ein depressiv lidning (NHI, 2022). Psykiske lidingar er ein stor grunn til sjukefråvær, faktisk heile 22,2% av alle tapte dagsverk i året 2022. I denne statistikken blir depresjon omtalt som ein av dei vanlegaste psykiske lidingane, saman med angst og rusmiddellidingar. Desse lidingane forårsakar også dei lengste sjukefråværstilfella, med eit gjennomsnitt på 73,9 dagar (NAV, 2023).

Dei nasjonale faglege råd for fysisk aktivitet baserar seg på dei globale anbefalingane til Verdas Helseorganisasjon. Rådet seier at vaksne og eldre skal vere fysisk aktiv i minst 150 til 300 minuttar med moderat intensitet, per veke og regelmessig (Helsedirektoratet, 2022). I følge FHI (2021) sin statistikkbank var det i 2019 berre 56% av nordmenn, i alderen 16-79år, som var fysisk aktive meir enn 150 minutt per veke. I alderen 16-44år var dette talet 60%. Fysisk aktivitet fungerer godt som behandlingsmetode ved depresjon, og regelmessig fysisk aktivitet kan redusere faren for tilbakefall. Effekten av fysisk aktivitet ligger på linje med effekten som ses ved bruk av legemidlar og samtaleterapi. Desse konklusjonane gjeld for menneske i alderen 17-70år (Martinsen, 2018, s.72).

Heimkommunen har ansvar for at menneske som oppheld seg der vert tilbydd nødvendige helse- og omsorgstenester. Dette omfattar også dei med psykisk sjukdom (Helse- og omsorgstenesteloven, 2011, §3-1). Kommunen har også ansvar for folkehelsearbeid. Dette går ut på å fremje helsa til befolkninga, og bidra til å førebygge psykisk sjukdom. Kommunen skal også beskytte mot faktorar som kan ha negativ påverknad på helsa (Folkehelseloven, 2011, §4). Sjukepleiar har også ansvar for å fremje helse og førebygge sjukdom, samt å understøtte håp, meistring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019, 2.1 & 2.2).

Prosjektet Den gode hjertebanken vart sett i gang i 2017. Målet var å finne ut kvar og korleis fysisk aktivitet vert tilbydd i behandling av blant anna psykisk sjukdom. I nettbrosjyren deira står det at overgangen frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta blir sett på som utfordrande. Dette med tanke på å skulle vedlikehalde den positive framgangen som er oppnådd i behandlinga (Rådet for psykisk helse & Fagrådet – Rusfeltets fagorganisasjon, 2021). Det fins forskning på den gode effekten fysisk aktivitet har på depresjon. Likevel er det mangel på forskings- og utviklingsarbeid knytt til bruk av fysisk aktivitet i kommunale helse- og omsorgstenester i Noreg, spesielt kvalitativ forskning (Danielsen, 2021, s. 60).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Kunnskapen om effekten av fysisk aktivitet fins, men gjennom praksis på studiet har det vore lite fokus på dette som tiltak ved depresjon. Kva dette kan skyldas, og kva som kan hemme og fremme bruk av fysisk aktivitet ved depresjon i kommunehelsetenesta, er fokuset i denne oppgåva. Dette er fagleg relevant da sjukepleiarar i kommunehelsetenesta møter ei stor gruppe menneske. Desse kan ha depresjon som hovud- eller tilleggsdiagnose. Kunnskap om hemmarar og fremmarar vil bidra positivt når sjukepleiar skal nytte fysisk aktivitet som tiltak ved depresjon i kommunen. På bakgrunn av dette kom eg fram til følgande problemstilling.

1.3 Problemstilling

Kva hemmar og kva fremmar bruk av fysisk aktivitet som tiltak ved depresjon i kommunehelsetenesta?

1.4 Avgrensing

Oppgåva er avgrensa til pasientar med mild til moderat depresjon, utan fokus på tilleggsdiagnosar. Aldersgruppa er frå 16 til 70år, da dei fleste i denne aldersgruppa er yrkesaktive. Og som nemnt tidlegare er psykiske lidingar ein stor grunn til sjukefråvær. Vidare vil eg avgrense til kommunehelsetenesta, og at pasientane bur heime. Eg har brukt erfaringar frå bruk av fysisk aktivitet i kommunehelseteneste, for å sjå på kva som hemmar og fremmer dette.

2 Teori

I denne delen av oppgåva kjem eg med teori som er relevant for å kunne drøfte problemstillinga. Denne teorien omfattar depresjon som sjukdom. Dette inkluderer symptom, tre ulike gradar av depresjon, behandlingsmetodar og nasjonal retningslinje. Vidare vert fysisk aktivitet som omgrep beskrive, samt forholdet mellom fysisk aktivitet og depresjon. Deretter kjem eg med teori om motivasjon, forskjellen på indre og ytre motivasjon, samt helsepersonellet sin funksjon i motivasjonsarbeid. Eg har inkludert sjølvbestemmelsesteori og salutogenese, som kan bidra til å forstå faktorar som påverkar motivasjon til fysisk aktivitet ved depresjon. Vidare vert kommunehelsetenesta som arena for folkehelsearbeid trekt fram, samt frisklivssentral som tilbod ved depresjon.

2.1 Depresjon som diagnose

Depresjon er ein psykisk lidning med høg og aukande førekomst (NHI, 2022). Sjølve ordet depresjon kjem frå latin, og betyr eigentleg nedtrykking (Hummelvoll, 2012, s. 193). Ein depresjon vil påverke heile mennesket, ikkje berre humøret (Martinsen, 2018, s. 59). Menneske med depresjon har lite energi både fysisk og psykisk til å utføre dagleglivets gjeremål (Hummelvoll, 2012, s. 198). Depresjon er ein affektiv lidning, altså ein psykisk lidning som påverkar mennesket sitt stemningsleie (Martinsen, 2018, s. 58). Likevel er det ikkje berre psykiske symptom ved depresjon. Nedsett appetitt, søvnforstyringar og kroppslege plager, i form av smertar og ubehag, er eksempel på kroppslege symptom (Hummelvoll, 2018, s. 198).

Depresjon kan delast inn i mild, moderat og alvorleg depresjon. Ved mild depresjon vil personen kjenne på tristhet, men det ikkje vere funksjonssvikt, realitetsorienteringa er intakt, og ein stabil sjølvkjensle blir beholdt. Personar kan likevel ha økt behov for ytre stadfesting på seg sjølv, samt at han vil kunne trekkje seg tilbake frå sosiale situasjonar. Ved moderat depresjon er det ein tendens til å fordreie verkelegheitsoppfatninga, som at personen trur at andre tenker negativt om han. Personar vil også ha ei kjensle av tomheit, samt fysiske symptom. Tankeprosessen er langsam, og ofte vil personen gruble på livets meining. Ved alvorleg depresjon førekjem det vrangførestillingar, og personen overveldast av følelsar av skyld og verdiløusheit. Konsentrasjonsevna og oppmerksamheita vil vere klart

svekka (Hummelvoll, 2012, s. 199). Dei med alvorleg depresjon har vanskeleg for å sjå meininga med å leve, og nokre forsøker å ta livet sitt (Martinsen, 2018, s. 59).

I behandling av depresjon blir ofte antidepressive medikament og samtaleterapi brukt. I tilfelle av vinterdepresjon grunna mangel på lys, er dagslys eller kunstig lys den beste behandlinga. Dette er spesifikke behandlingsmetodar som har vist god effekt. Isolasjon, einsemd, kosthold og søvn må bli tatt i betraktning ved behandling av depresjon. Dei spesifikke behandlingsmetodane påverkar desse faktorane i liten grad. Kontakt med menneske, meningsfull aktivitet, ete og sove tilstrekkeleg, er viktig for å komme seg ut av ein depresjon (Martinsen, 2018, 60-61). Dette kan vere vanskeleg på grunn av manglande motivasjon (Moe, 2018, s. 155). Behovet ligg i enkle og lett tilgjengelege metodar som kan brukast av pasienten sjølv. Det er her fysisk aktivitet kjem inn som ein slik metode (Martinsen, 2018, s. 60-61).

2.1.1 Nasjonal retningslinje

Dei nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av vaksne med depresjon vart den 20.april 2023 trekt tilbake av Helsedirektoratet. Dette på bakgrunn at den ikkje hadde blitt oppdatert sidan 2009, og derfor blitt utdatert (Helsedirektoratet, 2023). Dette gjer at det per dags dato ikkje finst ein retningslinje angående depresjon. Fagfolka Lars Lien (psykiater og leder av Norsk psykiatrisk forening) og Ole Petter Hjelle (lege, hjerneforskar og førsteamanuensis ved Høgskolen Innlandet) har uttalt seg om at den nye bør ha meir fokus på fysisk aktivitet. Lien uttrykka at det er viktig å førebygge, samt å oppdage og behandle depresjonen tidlig. Vidare seier Lien at dette kan gjerast i kommunehelsetenesta. Hjelle synes det er rart at fysisk aktivitet ikkje brukast som behandlingsform, men trekker fram det at legar lærar lite om temaet på studiet. Hjelle sa også at fysisk aktivitet skapar meistring, noko ein ikkje får av ei pille (Ondrckova, 2023).

2.2 Fysisk aktivitet og helsegevinst

«Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå» (Martinsen, 2018, s. 34). Det er vanleg å skille mellom dette og fysisk trening, som handlar meir om planlagte og

strukturerte bevegelsar for å forbetre eller vedlikehalde fysisk form. Omgrepa blir også brukt om en anna. Målet med fysisk aktivitet er glede, helse og rekreasjon (Martinsen, 2018, s. 34).

Helsegevinsten av fysisk aktivitet er stor, og det skal ikkje mykje til. Ein halv time rask gange gir stort utbytte. Å komme i gang med ein aktiv livsstil tidleg i livet er det beste, og enda betre om det blir ein del av kvardagen. Fysisk aktivitet og aktivitetsnivå er individuelt, og det som er lite for nokon kan ha stor betyding for andre. Blant dei med psykiske lidingar er samanhengen mellom livsstil og fysisk helse sterkare. Ved langvarig depresjon er den gjennomsnittlege forventa levealderen redusert med 10år. Dette kan skyldas fleire faktorar, der ein av dei forklarast som livsstilsfaktorar (Martinsen, 2018, s. 40-42). Ved psykiske lidingar, medrekna depresjon, er det ulike forhold som kan gjere det vanskeleg å starte med fysisk aktivitet. Dette til tross for at mange veit det er nyttig. Motivasjon står sentralt i forholdet mellom fysisk aktivitet og depresjon (Moe, 2018, s. 155).

2.3 Motivasjon som omgrep: indre og ytre motivasjon

Ordet motivasjon kjem frå latin, og betyr å bevege. Det er ein indre og/eller ytre drivkraft i menneskets handling. Ein aktivitet som gjerast med indre motivasjon har eit mål om indre tilfredsstilling. Aktivitet som mennesket synes er interessant å drive med, har samheng med indre motivasjon. Dette gjer at menneske naturlegvis ikkje vil vere indre motivert for all type aktivitet. Indre motivasjon kan omtalast som naturleg motivasjon, og blir betrakta som å ha større kraft enn ytre motivasjon. Ytre motivasjon inneberer at det krevjast ei kraft eller krav utanfor individet, for å sette i gang handling. Desse handlingane vert ikkje gjort på bakgrunn av eigne behov og interesser (Renolen, 2015, s.65-68).

Det er fleire faktorar som bidrar til at sjølv små krav kan opplevast som uoverkommelege for personar med depresjon. Nokre av desse er lav sjølvkjensle og manglande tru på meistring. Fleire har liten tru på at dei klarar og endre situasjonen sin. Det er her helsepersonell kan komme inn og hjelpe til med å komme i gang, samt med oppfølging. Å ha nokon som støttar over tid kan gi ein oppleving av indre kraft (Moe, 2018, s. 155).

2.3.1 Helsepersonellets funksjon

I tillegg til å ha erfaring med aktivitetar, meiner Moe (2018, s. 156) at helsepersonell bør ha kunnskap om motivasjonsstrategi ved tilrettelegging av fysisk aktivitet. Manglande motivasjon kan forsterkast av ein inaktiv behandlingsskiltur. Helsepersonell har ein viktig men vanskeleg rolle i oppfølginga. Effektane av det som fungerer er individuelle, og må derfor tilpassast kvar enkelt. Helsepersonell må også vere oppmerksom på balansen mellom aktiv motivering og mas. Dei beste føresetnadane for å oppnå motivasjon er ein felles holdning hos personalet, som baserar seg på pasienten sitt funksjonsnivå og autonomi. Helsepersonell som sjølv deltar aktivt, er motivert og energisk, skapar trygghet. Dette kan føre til at pasienten etter kvart tar kontroll sjølv. Tilhøyrslø og sosial kontakt har også stor betydning i motivasjonssamanheng (Moe, 2018, s. 156-157).

2.3.1 Sjølvbestemmelsesteori

Sjølvbestemmelsesteorien utvikla av Deci og Ryan, publisert i år 2000, fokuserer på indre motivasjon (Renolen, 2015, s. 74). Indre motivasjon inneberer at aktiviteten gjennomførast for eigen skyld, dette fordi den opplevast som meiningsfull eller morosam. Ved indre motivasjon er det stor sjans for varig fysisk aktivitet (Moe, 2018, s. 158).

Sjølvbestemmelsesteorien vektlegg altså at menneske får motivasjon ved at dei opplev åtfërda som sjølvbestemt (Renolen, 2015, s. 74).

Autonomi, kompetanse og tilhøyrslø er dei tre indre psykologiske behova som sjølvbestemmelsesteorien byggar på (Moe, 2018, s. 159). Desse er knytt til menneskets vekst, integritet og velvære. Autonomi handlar om moglegheita til å ta egne avgjersler. I denne samanhengen vil det seie å sjølv velje aktivitetar. Kompetanse handlar i settinga av fysisk aktivitet om kunnskapen om å både forstå og registrere kva som skjer, både psykisk, fysisk og sosialt. Det handlar også om å vere bevisst egne ferdigheitar og kompetanse. Utfordringa ved kompetanse er å velje aktivitet som passar individet. Dette fordi øvingar som er enten for enkle eller for vanskelege kan svekke opplevinga av meistring, og dermed redusere motivasjonen for å vere fysisk aktiv. Tilhøyrslø handlar om å vere del av ei gruppe, for eksempel med andre likesinna i det å drive aktivitet. Det at nokon ønsker å vere saman med deg, å ta vare på kvarandre og å jobbe saman mot eit felles realistisk mål, kan auke motivasjonen (Moe, 2018, s. 159).

Ofte vil helsepersonell ha fokus på korleis å motivere til fysisk aktivitet. I følge denne teorien vil å hjelpe pasienten til å motivere seg sjølv, vere meir korrekt. Indre motivasjon er det mest optimale for fysisk aktivitet, men ikkje alle opplev dette. For å oppnå indre motivasjon kan det vere nødvendig med ytre motivasjon først (Moe, 2018, s. 159).

2.3.2 Salutogenese

Motivasjon blir skapt av oppleving av mening (Langeland, 2018, s. 167). Teorien om salutogenese har fokus på oppleving av samanheng, og at det vidare kan forklare menneske sin evne til å møte utfordringar (Borge, 2018, s. 30). Teorien har tre komponentar. Desse inneberer forståing av situasjonen, trua på at utfordringane er handterbare og oppleving av mening. Dersom pasienten er i ein situasjon som opplevast som lite handterbart, vil å forsøke og meistre situasjonen ha lite meinig (Renolen, 2015, s. 173). Fysisk aktivitet er ein god ressurs, dette da pasienten sjølv kan finne mening gjennom aktiviteten og oppleve meistring. Opplevinga av samanheng styrkast også av å gjere aktiviteten saman med andre (Borge, 2018, s.31). Helsepersonell utfordrast til å spør seg sjølv om praksisen deira hemmar eller fremmar opplevinga av samanheng hos pasientane. Ein salutogen tilnærming bidra til ein djupare forståing av kva faktorar som leiar i retning av meistring av helseproblem (Renolen, 2015, s. 173-174).

2.4 Folkehelsearbeid i kommunehelsetenesta

Den kommunale helsetenesta har mange oppgåver, og store forventingar til seg. Den skal ha ei helsefremmande, førebyggjande, behandlande og rehabiliterande funksjon. Tenesta skal også vere tilgjengelig for alle, og relaterast til befolkninga sine behov (Hummelvoll, 2012, s. 553). I førebyggjande folkehelsearbeid har helsetenesta ein sentral rolle. Primærhelsetenesta møter mange pasientar, og har fleire moglegheiter i førebyggjande arbeid, enn det sekundærhelsetenesta har (Mæland, 2021, s. 222).

Kompetanseløft 2020 var ein handlingsplan for å bidra til blant anna rekruttering og fagleg kvalitet i kommunale helse- og omsorgstenester. I små desentraliserte kommunar er det vanskeleg å rekruttere fagkompetanse. Det kan vere utfordringar å handtere behova som er. Dette fordi fagmiljøet er for lite til å skaffe seg kompetansen. Funna i Kompetanseløft 2020

viser at det trengs fleire generalistar enn spesialistar, i desse små kommunane (Helsedirektoratet, 2021). I handlingsplanen for fysisk aktivitet 2020-2029 er det eit «mål at helse- og omsorgspersonell har nødvendig kunnskap om fysisk aktivitet, og at bruk av fysisk aktivitet benyttes som tiltak for å forebygge og behandle sykdom i helse- og omsorgstjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 58).

2.4.1 Frisklivssentral som tilbod

Frisklivssentralen er ein kommunal teneste som har fokus på helsefremming og førebygging. Dette tilbodet finst ikkje i alle kommunar enda. I mange av kommunane som har tilbodet derimot, vert det tilbydd kurs i depresjonsmeistring. På frisklivssentralen kan menneske få hjelp til å bli meir fysisk aktiv, samt bli sterkare psykisk. Den hjelpe menneske å finne aktivitetar av interesse, sette mål og gi støtte til å gjennomføre desse. Aktivitetsglede og sosialt fellesskap er i fokus, og alle kan delta uansett kva helseutfordringar dei står ovanfor (Helsenorge, 2022).

3 Metode

Denne delen av oppgåva tar for seg kva metode er, og kva metode eg har valt for å svare på problemstillinga. Vidare går eg gjennom søkeprosessen, før eg presenterer eit samandrag av artiklane eg har valt. Deretter forklarar eg kva faktorar som har påverka utvalsprosessen.

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er ifølge sosiologen Vilhelm Aubert, ein framgangsmåte. Eit middel til å løyse problem, samt for å komme fram til ny kunnskap. Metoden skal belyse problemstillinga på best mogleg måte, og den vil hjelpe til med å samle inn den informasjonen vi treng (Dalland, 2020, s. 53-54).

I denne oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er ein type studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder, dette med føremål å gje lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen (Thidemann, 2019, s77-78). Eg har funne både forskning og faglitteratur, og ved å bruke denne metoden fekk eg ei god oversikt. Dette før eg drøfta kunnskapen opp mot kvarande.

Når eg fann forskning, hadde eg fokus på at det skal vere brukt ein kvalitativ metode. Denne metoden fangar opp meiningar og opplevingar, samt går i djupna (Dalland, 2020, s. 54). Målet var å finne kva som hemmar og fremmar, noko som gjorde at eg måtte ha fokus på å finne menneske sine erfaringar. Bruk av kvalitativ metode vart difor eit av krava til forskinga.

3.3 Søkeprosess

I byrjinga av søkeprosessen gjor eg eit innleiande litteratursøk for å orientere meg i litteratur og forskning frå ulike kjelder (Thidemann, 2019, s.81). Eg fekk da ein oversikt over at det fins mykje litteratur om sjølve temaet, fysisk aktivitet for depresjon. Deretter gjekk eg vidare for å finne relevant forskning for problemstillinga mi. Dette gjorde eg ved å nytte systematisk litteratursøk. Eit type søk som er planlagt, grunngjeve, dokumentert og som kan etterprøvast (Thidemann, 2019, s. 82-83). Desse søka gjorde eg gjennom søkemotoren EBSCOhost. Databasane eg har søkt i er MEDLINE, CINAHL og Academic Search Elite. Alle artikkane vart funne i MEDLINE, men nokre kom som treff i fleire databasar (sjå under «database» i vedlegg 1). For fullstendig søkeprosess, sjå vedlegg 1.

3.3.1 PICo

For å konkretisere informasjonsbehovet brukte eg rammeverket PICo. Denne er godt egna til problemstillingar som skal svarast på med kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2021). For å finne forskingsartikkane har eg brukt nokre av desse søkeorda på tvers av kvarandre, og laga ulike kombinasjonar. Eg har også lagt til fleire søkeord som vart brukt.

Tabell 1. PICo-skjema

PICo	Norske søkeord	Engelske søkeord
<u>Population/Problem:</u> Depresjon	Depresjon Pasienter	Depression, depressive disorder Patient
<u>(Phenomenon of) Interest:</u> Hemmarar og fremmarar (erfaringar) for fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet Erfaringer Hemmere og fremmere	Physical activity, physical health, exercise Experience, views, perceptions, barriers, facilitators
<u>Context:</u> Kommunehelsetenesta	Kommunehelsetjeneste Hjemmeboende	Primary care, primary healthcare, home-based
<u>Tilleggssøk:</u>	Kvalitativ	Qualitative
	Sykepleier	Nurse, mental health nurse

3.4 Samandrag av utvalde artiklar

Tabell 2. Litteratormatrise

Forfatter (år)	Artikkelnavn	Formål	Setting og deltakarar	Metode	Hovudtema
1) Garvey et al. (2022)	The perceptions of mental health clinicians integrating exercise as an adjunct to routine treatment of depression and anxiety	- Undersøke klinikarar i psykisk helsearbeid sin forståing av forholdet mellom trening og mental helse. - Om og korleis trening blir brukt for å behandle angst og depresjon. - Barrierar for å gi trening på resept/henviser til trening.	Australia. Samfunnshelseorganisasjon. 10 deltakarar. Klinikarar i psykisk helsearbeid, med variert bakgrunn.	Kvalitativ metode. Intervju.	- Å vite og å ikkje vite. - Kormorbiditet hos pasient, risiko VS nytte. - Beskytte sårbare pasientar.
2) Happell et al. (2012)	Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers	Utforske sjukepleiarar sine oppfatningar om bruk av fysisk omsorg til pasientar.	Australia. Ein døgneinheit og eit samfunnsteam 38 deltakarar. Sjukepleiarar. 13 arbeida i samfunnet.	Kvalitativ metode. Fokusgrupper.	- Vanlege komorbiditeter - Psykisk helse påverkar fysisk helse - Sjukepleiarrolla i det fysiske helseteamet - Fysisk helsekompetanse
3) Machaczek et al. (2021)	"Integrating physical activity into the treatment of depression in adults: A qualitative enquiry"	Finne ut kva faktorar pasientane oppfatta som viktige for å integrere fysisk aktivitet i behandling av depresjon hos vaksne.	England. Rekruttert via lokal veldedighetsorganisasjon for psykisk helse 6 deltakarar. Pasientar i alderen 38- 62, med mild til moderat depresjon	Kvalitativ metode. Intervju.	- Depresjonens natur (krevjar langsiktig støtte) - Individuelle faktorar (meningsfulle aktivitetar) - Sosiale faktorar (tillit og støtte) - Sosioøkonomiske faktorar
4) van Rijen & ten Hoor. (2022)	A qualitative analysis of facilitators and barriers to physical activity among patients with moderate mental disorders	Identifisere determinantar, barrierar og tilretteleggarar for fysisk aktivitet i ein befolkning med psykiske lidningar.	Nederland. Rekruttert gjennom behandlingsprogrammet «Oh My Mood». 17 deltakarar. Pasientar i alderen 19-57 med moderate psykiske lidningar, inkludert depresjon.	Kvalitativ metode. Intervju.	- Uttryka ein positiv holdning til det - Gunstig med høgare sjølv effektivitet og meir sosial støtte - Tilretteleggere: ha det gøy, framgang, rutine, sjølvmedkjensle, stimulerande miljø. - Barrierar: ikkje ha det gøy, psykiske og fysiske plagar, mangel på energi, utsetting.
5) Searle et al. (2011)	Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study	Utforske pasientar sitt syn på fysisk aktivitet som behandling av depresjon i primærhelsetenesta.	England. Primærhelseteneste 33 deltakarar. Pasientar i alderen 19-69 med depresjon.	Kvalitativ metode. Intervju.	- Individuelle fordelar (biokjemisk) - Distraksjon frå negative tankar - Kjensle av mening - Lav motivasjon og mangel på sjølv tillit
6) Searle et al. (2013)	Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care	- Utforske aksept og engasjement for tilrettelagt fysisk aktivitet. - Utforske synspunkt og erfaringar ved tilrettelagt fysisk aktivitet - Vurdere reaksjonar basert på sjølvbestemmelsesteorien sine omgrep.	England. Primærhelseteneste 19 deltakarar ved første intervju, 12 deltakarar ved andre. Pasientar i alderen 19-69 med depresjon.	Kvalitativ metode. Intervju i 4. mnd, og nytt intervju 8 mnd etter.	- Forholdet med tilrettelegger. - Type tilrettelegging og effektiviteten av teknikkar for tilrettelegging. - Påverknadsevna av kontakt med tilrettelegger. - Endring i aktivitet. - Engasjement vart forbetra i eit autonomistøttande miljø.

3.5 Utvalsprosess og kjeldekritikk

Kjeldekritikk kan delast i to deler. Den eine delen handlar om å finne fram til litteratur som belyser problemstillinga best mogeleg. Den andre delen handlar om å gjere greie for litteraturen som vart anvendt (Trygstad & Dalland, 2020, s. 143). Føremålet med å vurdere og karakterisere litteraturen er at lesaren skal få ta del i refleksjonar. Refleksjonane omhandlar relevans og gyldigheit for problemstillinga (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152).

Eg avgrensa søket til menneske i alderen 16-70år. Dette er ei stor gruppe menneske, men gjennom analysen fant eg mange like resultat, tross variasjon i alder. Eg avgrensa også søket til at artikkane skulle vere fagfellevurdert, samt at metoden var kvalitativ. I dei ulike søka fant eg nokre av dei same artikkane, som tyda på at dei var relevante for fleire delar i denne oppgåva (sjå «valte artikkelar» i vedlegg 1, nummerert som i tabell 2).

I utvalsprosessen brukte eg sjekklister for kvalitativ studie som hjelpemiddel. Dette for å kritisk vurdere forskingsartikkane (Helsebiblioteket, 2021). Eg kontrollerte om artikkane hadde ein tydeleg problemstilling, og om metoden var egna for å svare på problemstillinga. Eg hadde også fokus på om artikkane omhandla primærhelseteneste eller kommunehelseteneste. Eg kontrollerte også om funna var klart presentert, og om dei kunne vere til hjelp i praksis (Helsebiblioteket, 2021).

Ved systematisk litteratursøk fant eg mangel på forskning på erfaringar knytt til bruk av fysisk aktivitet ved depresjon i Noreg, spesielt i kommunar. Dette gjorde at eg vart nøydd å søke utanfor Noreg. Pasientane sine erfaringar var frå England og Nederland, og helsepersonell sine erfaringar var frå Australia. Settinga i forskinga var hovudsakeleg primærhelseteneste, og eg vurderte dei da som relevante. Søket vart avgrensa til 2010-2023, og det vart inkludert artikkelar som er over 10år gamle. Tross dette, vurderte eg erfaringane i desse artikkane som relevante. Dette da formålet og resultatane kunne vore dei same i dag, noko eg såg i dei nyare artikkane. Tross at eg hadde fokus på kommunehelseteneste, ekskluderte eg dette frå søket da eg fekk lite treff når det vart inkludert. Eg har ikkje tatt omsyn til skillet mellom fysisk aktivitet og fysisk trening, da fysisk trening også er ein form for fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 35).

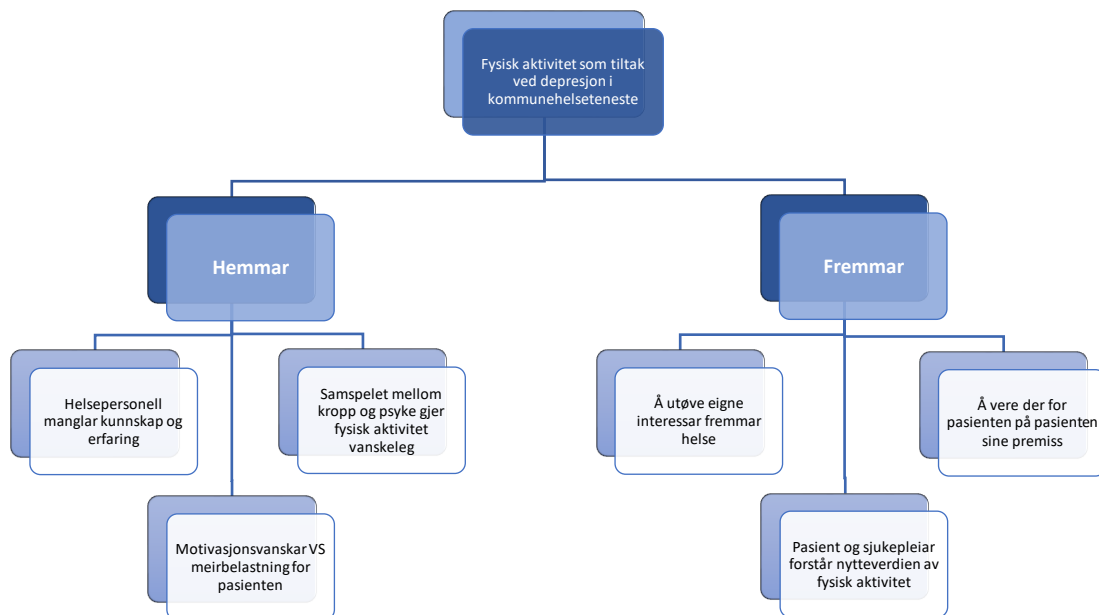
4 Funn

4.1 Framgangsmåte for analyse

Under analysen fann eg mykje like erfaringar i dei ulike artikkane, noko som tyder på at resultatane var pålitelege. For å kunne bruke desse erfaringane til å drøfte og svare på problemstillinga, delte eg dei først inn i nokre overordna tematikkar. Desse vart hemmarar og fremmarar, med tre underliggende tema kvar. Vidare analyserte eg faktorene som kom fram, opp mot kvarandre.

4.2 Oversikt over hemmarar og fremmarar

Figur 1. Modell av funn.



4.3 Hemmarar

4.3.1 Helsepersonell manglar kunnskap og erfaring

Gjennom intervju med helsepersonell kom det fram at det var mangel på kunnskap og forståing om bruk av fysisk aktivitet ved psykisk sjukdom, medrekna depresjon (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022). Tross at dei forsto at det var ein positiv link mellom aktivitet og psykiske lidningar, uttrykte dei usikkerheit om det var passende og trygt å oppfordre til det (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022). Psykiatrisk helsepersonell følte at dei ikkje hadde autoritet til å gripe inn i den fysiske helsa. Dei oppfatta si rolle som at dei berre skulle

fokusere på den mentale helse (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022). Nokre av helsearbeiderane uttrykte også at dei ikkje hadde forståing for kva dei eventuelt kunne henvise til og kvar (Garvey et al., 2022). Sjukepleiarar med psykiatrisk vidareutdanning, spesielt dei utan erfaring i grunnleggande sjukepleie etter utdanning, vart sett på som ikkje eigna innan fysisk omsorg. Andre sjukepleiarar uttrykte at det var viktig med ei brei erfaring i psykiatriske jobbar i samfunnet (Happell et al., 2012).

Nokre av sjukepleiarane forklarte ein kultur av lave forventingar, og at rolla til sjukepleiaren kunne verke mot pasienten sin fysiske velvære. Dette fordi dei var vant til å medisinerer vekk symptomta til pasienten, tross at pasienten ikkje levde eller sov godt, samt ikkje åt sunn mat (Happell et al., 2012).

4.3.2 Motivasjonsvanskar VS meirbelastning for pasienten

Helsepersonell uttrykka at det var nokre pasientar som ikkje var villig til å ta vare på seg sjølv. I desse tilfella hadde helsepersonellet ein tendens til å ikkje komme med helsefremmande råd, da pasienten ikkje verka interessert (Happell et al., 2012).

Helsepersonell uttrykka også at dei var bekymra for pasienten sin mentale helse, og ønska ikkje at fysisk aktivitet skulle verte ein byrde for dei. Deltakerane fortalte at pasientane sine symptom ved lidinga, som for eksempel senka stemningsleie, gjorde det til ein utfordring for dei å bli motivert til aktivitet. Helsepersonell ønska ikkje å legge press på pasientar når dei ikkje hadde motivasjon til å utføre fysisk aktivitet, da det kunne føre til at dei følte seg verre (Garvey et al., 2022). Å tilby og motivere til fysisk aktivitet på riktig tidspunkt, kunne vere ein vesentleg komponent for å få det til (Machaczek et al., 2021).

Pasientar uttrykka vanskar med å starte med fysisk aktivitet. Ein stor del av grunnen var mangel på motivasjon (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle, 2011). Dersom pasienten gjorde ein aktivitet han ikkje likte, ville han ikkje vere motivert til å fortsette (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011). Å ikkje ha fysisk aktivitet som ein rutine, gjorde det også vanskeleg å oppretthalde motivasjonen (van Rijen & ten Hoor, 2022).

Mangel på lokale tenester vart trekt fram som ein hemmar for å kunne delta (Garvey et al., 2022; Machaczek et al., 2021). Nokre pasientar føretrakk aktivitet som vart sett på som

normal, og uttrykka at dei berre trengte støtte til igangsetting. Dette fordi aktivitetar som var spesielt for dei med psykiske lidingar ga ein frykt for at folk skulle finne ut om det (Machaczek et al., 2021).

4.3.3 Samspelet mellom kropp og psyke gjer fysisk aktivitet vanskeleg

Helsa til pasientane, utanom depresjonen, kunne også vere ein hemmar for å få til fysisk aktivitet. Visse faktorar kunne gjere at nokre typar av fysisk aktivitet ikkje var gunstig (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022; Machaczek et al., 2021). Dette blant anna om dei hadde fysiske problem, hadde vore aktive før, eller om dei faktisk var friske nok til å klare å vere aktive. I desse tilfella ville helsepersonellet anbefalt ein skånsam aktivitet (Happell et al., 2012). Å hjelpe pasienten på sitt nivå, uansett kor liten endring, kunne vere meir hjelpsam enn å be dei om å reise på treningssenter tre gonger i veka. Fleire pasientar såg på treningssenter som ein anti-sosial arena (Machaczek et al., 2021).

Pasientar såg på ei auke og vedlikehald av fysisk aktivitet som noko som krevjar langsiktig støtte. Dette da det er ein sakte og gradvis prosess, i tillegg til uunngåelege tilbakeslag (Machaczek et al., 2021). Når pasienten berre møtte behandlaren på visse dagar i ei avgrensa tid, var det resten av veka opp til pasienten å få til aktivitet. I slike tilfelle var det avgjørande at pasienten var besluttsom, for å ha utbytte av støtta (Searle et al., 2013).

Depresjonen sin natur må bli tatt i betraktning når fysisk aktivitet skal bli integrert i behandling. Fysisk aktivitet på dårlege dagar, vart sett på som vanskeleg for fleire (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011). Ein hovudfaktor ved depresjon er at pasienten trekk seg tilbake. Dette gjorde pasientane tross at dei visste at situasjonane ville gjere at dei følte seg betre (Machaczek et al., 2021).

4.4 Fremmarar

4.4.1 Å utøve egne interesser fremmar helse

Fleire helsepersonell forklarte at dei som regel var drivne av interessa hos pasienten, og ikkje forskning. Dei meinte at så lenge aktiviteten passa for pasienten, var det motiverande (Garvey et al., 2022). Pasientar meinte det var avgjørande at dei vart oppmuntra til å velje aktivitetar dei sjølv syns var meningsfulle (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2013). Ved at pasientane fekk ein del ansvar sjølv, vart ei kjensle av autonomi framkalla (Searle et al., 2013). Helsepersonellet ville at ønsket om å vere aktiv skulle komme frå pasienten sjølv, og ikkje noko som vart sagt at dei må (Garvey et al., 2022). Pasientar meinte at å sette realistiske mål var kopla til den individuelle evna og vilja til å ta initiativ til fysisk aktivitet (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2013). For pasientar som på grunn av dårlig fysisk helse ikkje kunne vere fysisk aktiv, vart andre aktivitetar sett på som nyttige. Desse kunne vere strikking eller lesing i gruppe (Machaczek et al., 2021).

4.4.2 Pasient og sjukepleiar forstår nytteverdien av fysisk aktivitet

Fleire av helsepersonellet forsto at det var ein samanheng mellom fysisk aktivitet og psykiske lidingar (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022). Det var spesielt deltakarane med generell sjukepleieutdanning som meinte at å sjå samanhengen mellom fysisk og mental helse var ein sjølvfølge. Helsepersonell stilte også spørsmål til korleis fysisk omsorg i det heiletatt kunne bli skilt frå psykisk omsorg, da dei har mykje med kvarandre å gjere (Happell et al., 2012). Motivasjonen, produktiviteten og konsentrasjonen, samt den generelle helsa til pasientane vart betre av aktivitet, uttrykka helsepersonell (Garvey et al., 2022).

Pasientar var positive til fysisk aktivitet som behandling (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011; Searle et al., 2013). Nokon av grunnane til dette var at det ga ei kjensle av mening og verka som ein distraksjon frå tankane (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011), samt at pasienten vart stolt av seg sjølv (van Rijen & ten Hoor, 2022). Pasientar inkluderte også positive biokjemiske faktorar, som auka endorfin- og serotonin-nivå. Regulering av søvn og betre eteåtfærd vart også nemnt (Searle et al., 2011).

4.4.3 Å vere der for pasienten på pasienten sine premiss

Helsepersonell uttrykte at å jobbe ute i samfunnet gjorde at dei fleste pasientane var mentalt stabile, i motsetning til i døgnbehandling, og dermed meir villig til å snakke om fysisk helse (Happel et al., 2012). Nokre sjukepleiarar uttrykka eit ønske om å støtte pasientane uansett kva problemet var, både fysisk og psykisk. Dette spesielt dersom det var ein klar mangel på andre støttespelarar (Happel et al., 2012). Pasientar med lite støtte var mindre aktive (van Rijen & ten Hoor, 2022). Sjukepleiarar uttrykte også at si eiga involvering i fysisk omsorg var avhengig av at oppgåvene var knytt til omsorg, og at sjukepleie var å vere med pasienten (Happel et al., 2012). Medisinering og blodprøvetaking i heimen til pasienten vart sett på som ein moglegheit til å ta opp temaet fysisk helse (Happel et al., 2012).

Pasientar uttrykte at det var ønskeleg og hjelpesamt å ha nokon dei kunne stole på (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011; Searle et al., 2013). Nokon som kunne støtte med igangsetting og vedlikehald av fysisk aktivitet. Utan at dette gjekk ut over pasienten sin moglegheit til å ta eigne val innanfor fysisk aktivitet (Machaczek et al., 2021). Pasientar fekk motivasjon av å snakke i telefon med behandlar. Pasientane hadde lyst å fortelle om noko positivt dei hadde gjort, samt at dei vart oppfordra av behandlar til refleksjon over innsats og målsetting (Searle et al., 2013). Opplevinga av meistring og auka motivasjon vart fremma av positiv oppmuntring, og dette var med på å oppretthalde engasjement (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2013). Sosial deltaking var også ein av grunnane til at fysisk aktivitet vart meningsfult og verdifult for pasientane (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011). Det hjalp med å komme seg ut av isolasjonen nokre fant stad i (Machaczek et al., 2021). Å ha ein avtale gjorde det lettare å vere med, dette da pasienten ikkje ville skuffe den andre parten (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2013).

Antidepressivande medisinar vart sett på som hjelpesamt for både å sette i gang og vedlikehalde fysisk aktivitet. Likevel føretrakk pasientar fysisk aktivitet som hovudbehandling i det lange løp. Dette på bakgrunn av eit ønske om autonomi (Searle et al., 2011). Helsepersonell oppfordra også til å sette mål og overvake framgang for å framkalle ei kjensle av autonomi (Searle et al., 2013).

5 Drøfting

Føremålet med denne oppgåva var å finne kva som hemmar og kva som fremmar bruk av fysisk aktivitet som tiltak ved depresjon i kommunehelsetenesta. Gjennom analyse av forskning fann eg at helsepersonell manglar kunnskap, tross at dei forstår forholdet mellom fysisk aktivitet og psykiske lidingar. Helsepersonell og pasientar opplevde det som vanskeleg å motivere, og å bli motivert til fysisk aktivitet. Mange pasientar uttrykka at det er viktig å få velje aktivitet sjølv, og at denne er av interesse. Dette fremmar motivasjon og oppleving av autonomi. I denne delen av oppgåva har eg drøfta funna opp mot teorien.

5.1 Depresjonen sin natur VS utøving av fysisk aktivitet

Helsedirektoratet (2022) har nasjonale faglege råd om kor fysisk aktivt menneske bør vere. Tross desse anbefalingane, var det berre 56% av nordmenn i 2019 som var fysisk aktive innafor anbefalingane (FHI, 2021). I løpet av eit år får ein av ti nordmenn ein depressiv lidning (NHI, 2022). Ved langvarig depresjon blir den gjennomsnittlege forventede levealdren redusert med 10 år, og dette kan skyldast livsstilsfaktorar (Martinsen, 2018, s.40-42). Fysisk aktivitet fungerer godt som behandlingsmetode, faktisk på lik linje som legemiddel (Martinsen, 2018, s. 72). Likevel vert ofte medisinar brukt for å dempe symptoma, da det er dette sjukepleiarar er vant til (Happell et al., 2012). Når sjukepleiarar skal behandle depresjon må dei også tenke på andre faktorar. Nokre faktorar gjer visse typar fysisk aktivitet lite gunstig (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022; Machaczek et al., 2021). Eksempel på faktorar er isolasjon og einsemd, kosthold og søvn (Martinsen, 2018, s. 60-61). Dette samt om pasientane har fysiske problem eller om dei har vore fysisk aktive før (Happell et al., 2012). Medisinar påverkar desse faktorane i liten grad, og da ligg behovet enkle og tilgjengelige metodar, som fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, 60-61). Det skal heller ikkje mykje til før helsegevinsten er stor (Martinsen, 2018, s. 40-42).

Lege og hjerneforskar Ole Petter Hjelle seier at fysisk aktivitet skapar meistringskjensle, noko som ikkje kjem av ei pille (Ondrckova, 2023). Likevel kan små krav opplevast uoverkommelege, nettopp på grunn av manglande tru på meistring (Moe, 2018, s. 155). Helsepersonell var bekymra for pasientane, og ønska ikkje at fysisk aktivitet skulle verte ei byrde (Garvey et al., 2022). Forsking viser viktigheita av å tilby og motivere på riktig

tidspunkt (Machaczek et al., 2021). Pasientar opplev det som vanskeleg å skulle vere fysisk aktiv på dårlege dagar (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011). Personar med mild til moderat depresjon kan ha behov for ytre stadfesting på seg sjølv (Martinsen, 2018, s. 59), samt at dei kan ha ein tendens til å trekkje seg vekk frå sosiale situasjonar (Martinsen, 2018, s. 59; Machaczek et al., 2021). Dette tross at dei veit situasjonane vil gjere at dei føler seg betre (Machaczek et al., 2021).

Ein depresjon påverkar heile mennesket (Martinsen, 2018, s. 59). Det er både fysiske og psykiske symptom (Hummelvoll, 2018, s. 198). Mangel på glede er eit av dei sentrale symptoma ved depresjon (NHI, 2022). Derimot er glede eit av måla med fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 34). Nedsett appetitt og søvnforstyringar er fysiske symptom ved depresjon (Hummelvoll, 2018, s. 198). Forsking viser at ved fysisk aktivitet vert søvnregulering og eteåtfærd betra (Searle et al., 2011)

5.2 Indre motivasjon fremmar fysisk aktivitet

Motivasjon har ei sentral rolle i forholdet mellom fysisk aktivitet og depresjon (Moe, 2018, s. 154). Forsking viser at mangel på motivasjon gjer det vanskeleg å starte med fysisk aktivitet (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle, 2011). Ein av grunnane til manglande motivasjon er symptom ved lidinga, eksempel senka stemningsleie (Garvey et al., 2023; NHI, 2022). Kontakt med andre menneske, drive med meiningsfull aktivitet, ete og sove tilstrekkeleg, er viktig for å komme seg ut av ein depresjon (Martinsen, 2018, s. 60-61). Ved manglande motivasjon (Moe, 2018, s. 155) og lite energi både fysisk og psykisk (Hummelvoll, 2012, s. 198), vert desse gjeremåla vanskelege.

Oppleving av mening er viktig for å skape motivasjon (Langeland, 2018, s. 167). Dette finn vi igjen i studiar som viser at det er avgjørande at pasientar vert oppmuntra til å velje meiningsfulle aktivitetar (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2013). Oppleving av mening kjem også fram som ein komponent i teori om salutogenese (Renolen, 2015, s. 173). Forsking viser at det er viktig at aktiviteten er av interesse, for ar ein skal vere motivert til å fortsette (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011). Fysisk aktivitet som ein del av kvardagen er det beste (Martinsen, 2018, s. 40-42), også for å oppretthalde motivasjonen (van Rijen & ten Hoor, 2022).

Indre motivasjon har større kraft enn ytre motivasjon (Renolen, 2015, s. 65-68), og det gir større sjanse for varig fysisk aktivitet (Moe, 2018, s. 158). Å drive aktivitet som er av interesse, har samanheng med indre motivasjon (Renolen, 2015, s. 65-68). Dette støttast av sjølvbestemmelsesteorien, som vektlegg at menneske får motivasjon når åtferda er sjølvbestemt (Renolen, 2015, s. 74). Indre motivasjon er dermed ein større fremmar, enn ytre motivasjon. Tross dette, kan ytre motivasjon vere nødvendig for å oppnå indre motivasjon (Moe, 2018, s. 159). Ytre motivasjon inneberer at det krevjast ei kraft eller krav utanfor individet for å sette i gang handling. Desse vert ikkje gjort på bakgrunn av eigne behov og interesser (Renolen, 2015, s. 65-68). Sjukepleiar kan hjelpe til med å komme i gang, samt med oppfølging. Ved å ha nokon som støttar over tid, får pasienten ein oppleving av indre kraft (Moe, 2018, s. 155).

Tilhøyrslle og sosial kontakt har stor betydning i motivasjonssamanheng (Moe, 2018, s. 156-157). Dette støttast av sjølvbestemmelsesteorien. Eit av behova den byggjer på er tilhøyrslle, å vere del av noko. At nokon ønskjer å vere med deg, ta vare på kvarandre og jobbe mot mål saman, aukar motivasjonen (Moe, 2018, s. 159). I fleire forskingsartiklar erfarer pasientar at sosial deltaking gjer fysisk aktivitet meiningsfult (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011). Å gjere ein aktivitet saman med nokon andre, støttast også av salutogenesen sin oppleving av samanheng (Borge, 2018, s. 31).

Moe (2018, s. 156) meiner at helsepersonell, som skal legge til rette for fysisk aktivitet, bør ha kunnskap om motivasjonsstrategi. Ein pasient som allereie har manglande motivasjon, blir ikkje motivert av ein inaktiv behandlingsskulturr (Moe, 2018, s. 156-157). Helsepersonell ønskjer ikkje å legge press på pasientar når dei ikkje er motiverte, da dette kunne føre til at dei følte seg verre (Garvey et al., 2022). I følge sjølvbestemmelsesteorien, vil å hjelpe pasienten til å motivere seg sjølv, altså oppnå indre motivasjon, fremme bruk av fysisk aktivitet (Moe, 2018, s. 159). Autonomi er eit viktig behov for indre motivasjon, i følge sjølvbestemmelsesteorien. Dette handlar om moglegheita til å ta eigne avgjersler, altså velje aktivitet sjølv (Moe, 2018, s. 159; Searle et al., 2013). Ein felles holdning hos sjukepleiarane, basert på pasienten sitt funksjonsnivå og autonomi, gir dei beste forutsetningane for å oppnå motivasjon (Moe, 2018, s. 156-157). Helsepersonell var drivne av interessa til

pasientane, og meinte at motivasjonen kom av at aktiviteten passa for pasienten (Garvey et al., 2022).

5.3 Sjukepleiar og pasient sine erfaringar med fysisk aktivitet ved depresjon

Pasientar med depresjon kan ha lav sjølvkjensle og manglande tru på meistring (Moe, 2018, s. 155). Sjukepleiarar har i følge yrkesetiske retningslinjer eit ansvar i å understøtte håp, meistring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019, 2.2). Det er derfor i situasjonar der pasienten har liten tru på at dei klarar å endre situasjonen, at helsepersonell kan hjelpe til (Moe, 2018, s. 155). Det er da viktig at helsepersonell har kunnskapen som trengs. I forskning uttrykkar helsepersonell at dei manglar kunnskap og forståing om korleis fysisk aktivitet skal nyttast ved psykisk sjukdom (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022). I handlingsplanen for fysisk aktivitet er det eit mål om at helse- og omsorgspersonell har nødvendig kunnskap om fysisk aktivitet. Dette samt at fysisk aktivitet skal brukast både for å førebygge og behandle sjukdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 58). I følge dei yrkesetiske retningslinjene har sjukepleiar eit ansvar for å fremje helse og førebygge sjukdom (NSF, 2019, 2.1). Dette gjeld både fysisk og psykisk sjukdom.

Helsepersonell som sjølv deltar aktivt, er motivert og energisk, skapar trygghet. Dette kan vere med på at pasienten etter kvart tar kontroll sjølv (Moe, 2018, s. 156-157). Autonomi er eit ønske pasientane har (Searle et al., 2011), og for å fremme autonomi kan pasientar sjølv sette mål og overvake framgang (Searle et al., 2013). Pasientar syns det er hjelpsam og ønskeleg å ha nokon dei kan stole (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011; Searle et al., 2013). Dette kan vere ein sjukepleiar. Ved positiv oppmuntring får pasienten meistringskjensle og auka motivasjon, og det bidrar til å oppretthalde engasjement (Machaczek et al., 2021; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2013).

Kunnskap om effekten fins (Danielsen, 2021, s.60), og mange veit det er nyttig (Moe, 2018, s. 155). Studiar viser at helsepersonell forstår at det er ein positiv link mellom fysisk aktivitet og psykiske lidingar (Happell et al., 2012; Garvey et al., 2022). Andre studiar viser at pasientar er positive til fysisk aktivitet som behandling (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011; Searle et al., 2013). Helsepersonell erfarer at den generelle helsa til pasientane vert betra av

aktivitet (Garvey et al., 2022). Det er også viktig at pasienten ønsker å ta vare på seg sjølv. Dersom pasienten ikkje er interessert, hadde helsepersonell ein tendens til å ikkje komme med helsefremmande råd (Happell et al., 2012). Ein av komponentane i teorien om salutogenese handlar om trua på at utfordringane er handterbare. Dersom pasienten erfarer ein aktivitet som lite handterbart, vil det ha lite meining å skulle forsøke og meistre situasjonen (Renolen, 2015, s. 173).

Ved at sjukepleiar har ei salutogen tilnærming til meistring av helseproblem, får dei ei djupare forståing av faktorane som bidrar. Dette inneber at sjukepleiar spør seg sjølv om praksisen deira hemmar eller fremmar oppleving av samanheng hos pasientane (Renolen, 2015, s. 173-174). Nokre helsepersonell som jobbar innanfor psykiatri oppfattar at rolla berre omhandlar den mentale helsa (Happel et al., 2012; Garvey et al., 2022), noko som hemmar fokus på fysisk helse. Behandling med antidepressive medikament har vist god effekt (Martinsen, 2018, s. 60-61). Det blir også sett på som hjelpsam for å sette i gang og vedlikehalde aktivitet (Searle et al., 2011). Sjukepleiarar er vant til å medisinerer vekk symptom ved depresjon (Happell et al., 2012). Tross dette viser studiar at pasientar føretrekk bruk av fysisk aktivitet i det lange løp (Searle et al., 2011).

Fysisk aktivitet og aktivitetsnivå er individuelt, og det som er lite for nokon, kan ha stor betyding for andre (Martinsen, 2018, s. 40-42). Machaczek et al. (2021) fant i sin forskning at pasientar opplevde det som hjelpsam å få hjelp på sitt nivå. Dette uansett kor liten endring det gjaldt. Dette må sjukepleiarar vere bevisst på (Moe, 2018, s. 156-157). Dette støttast av behovet om kompetanse i sjølvbestemmelsesteorien, samt komponenten om forståing i teorien om salutogenese. Både sjukepleiar og pasient må ha forståing av situasjonen (Renolen, 2018, s. 173; Moe, 2018, s. 159) og kunne registrere kva som skjer ved fysisk aktivitet, både psykisk, fysisk og sosialt. Behovet om kompetanse handlar også om å vere bevisst eigne ferdigheitar og kompetanse. Utfordinga er å velje aktivitet som passar individet. For enkle eller for vanskelege øvingar kan svekke opplevinga av meistring, og dermed svekke motivasjonen (Moe, 2018, s. 159). Gjennom riktig fysisk aktivitet kan pasienten finne meining (Borge, 2018, s. 31; van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011), og oppleve meistring (Borge, 2018, s. 31).

5.4 Kommunehelsetenesta som arena for fysisk aktivitet

Den kommunale helsetenesta har mange oppgåver (Hummelvoll, 2012, s. 553). I helse- og omsorgstenesteloven (2011, §3-1) heiter det at heimkommunen har ansvar for at menneske som oppheld seg der vert tilbydd helse- og omsorgstenester. Dette gjeld også menneske med psykisk sjukdom, herunder depresjon. Førekosten av depresjon aukar (NHI, 2022) og det er ein stor grunn til sjukefråvær (NAV, 2023), noko som gjer at tilbod om behandling er viktig.

Kommunen har ansvaret for folkehelsearbeid, og skal bidra til å førebygge psykisk sjukdom (Folkehelseloven, 2011, §4). Tross dette, kom det fram gjennom prosjektet «Den gode hjertebanken» at det er meldt bekymring angående overgangen frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette handla om å skulle klare og oppretthalde framgangen pasienten har fått, også når han kjem heim til kommunen (Rådet for psykisk helse og Fagrådet – Rusfeltets fagorganisasjon, 2021). Pasientar ser på vedlikehald av fysisk aktivitet som noko som krevjar langsiktig støtte (Machaczek et al., 2021). Kommunen er også viktig for førebyggjande folkehelsearbeid. Primærhelsetenesta møter mange pasientar, og har dermed ein stor moglegheit til å utføre førebyggjande arbeid (Mæland, 2021, s. 222). Dette gjer tilgjengelege tilbod i kommunen, for å kunne førebyggje depresjon og vedlikehalde framgang frå andre tenester, til ein fremmar.

Gjennom handlingsplanen Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet, 2021) fann dei ut at i små kommunar trengs det fleire generalistar enn spesialistar. Sjukepleiarar utan spesialisering har ein fordel ved at dei ser betre samanhangen mellom det fysiske og mentale (Happell et al., 2012). Det er ein del små desentraliserte kommunar i Noreg. I desse er det vanskeleg å rekruttere fagkompetanse, og fagmiljøet er for lite til å skaffe seg kompetansen sjølv. Dette gjer det til ein utfordring å handtere behova som er (Helsedirektoratet, 2021). Sjukepleiarar som vart intervjuja uttrykka viktigheita av ei brei erfaring i psykiatriske jobbar ute i samfunnet. Ved arbeid med fysisk aktivitet er det ingen fordel å ha ein rein psykiatrisk vidareutdanning. Dette spesielt dersom sjukepleiaren ikkje har erfaring frå grunnleggjande sjukepleie (Happel et al., 2012). Tross at ein sjukepleiar har grunnleggjande erfaring, er det ikkje sikkert at kunnskapen om fysisk aktivitet ligg der. Dette kan komme av lite fokus på sjukepleiestudiet. Også i legeutdanninga er det lite fokus på

fysisk aktivitet, og det er ein faktor som hemmar bruk ved behandling ved depresjon (Ondrckova, 2023).

For at pasienten skal ha utbytte av støtte gjennom kommunen, er det viktig at han gir innsats sjølv. Dette da pasienten berre møter behandlar visse dagar i ei avgrensa tid (Searle et al., 2013). I kommunehelsetenesta kan sjukepleiar reise heim til pasientar. Sjukepleiarar ser på det som ein moglegheit å ta opp temaet fysisk helse (Happell et al., 2012).

Studiar viser at mangel på lokale tenester vart sett på som ein hemmar (Garvey et al., 2022; Machaczek et al., 2021). Fysisk aktivitet blir ofte sett på som å gå på treningssenter. Tross dette såg pasientar på treningssenter som ein anti-sosial arena (Machaczek et al., 2021). Frisklivssentralen er ein teneste i fleire kommunar, og er svært optimal ved bruk av fysisk aktivitet for depresjon. Her får menneske hjelp til å både bli sterkare psykisk og meir fysisk aktiv (Helsenorge, 2022). Aktivitet av interesse blir føretrekt av pasientar (van Rijen & ten Hoor, 2022; Searle et al., 2011), og det kan dei få hjelp til på frisklivssentralen (Helsenorge, 2022). Pasientar vil også få hjelp til å sette mål og få støtte. Aktivitetsglede og sosialt fellesskap er i fokus, og alle kan delta uansett kva helseutfordringar dei står ovanfor (Helsenorge, 2022).

7 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på faktorar som påverkar bruk av fysisk aktivitet ved depresjon i kommunehelsetenesta. Eg har fokusert på faktorar som hemmar og fremmar. For å gjere dette fant forskning om pasientar og helsepersonell sine erfaringar. Eg analyserte desse, før eg drøfta funna med relevant teori.

Depresjonen sin natur, samt dei individuelle forskjellane på pasientar er viktig å ta i betraktning før sjukepleiar nyttar fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Sjukepleiarar har kunnskap om at det er eit forhold mellom fysisk aktivitet og mental helse, men fleire er usikre på korleis dei skal gå fram. Ein inaktiv behandlingkultur hemmar bruken av fysisk aktivitet.

Motivasjon kjem igjen som både ein hemmar og ein fremmar. Ein hemmar dersom pasient ikkje er motivert, men med hjelp av ein sjukepleiar som sjølv er motivert, kan pasienten etter kvart få indre motivasjon. Dette gjer motivasjon til ein fremmar. For at sjukepleiaren skal klare å hjelpe pasienten, er det viktig at han har kunnskap om motivasjonsstrategi. Å motivere pasienten til å motivere seg sjølv, ved å nytte sjølvbestemmelsesteorien, vil vere ein nyttig metode i kommunehelsetenesta. Pasienten får da støtte, men autonomi og indre motivasjon vert fremma.

Viktigheita av aktivitet basert på interesse gjentar seg gjennom oppgåva, og er ein fremmar for å oppretthalde fysisk aktivitet. Oppleving av meining vert fremma av at pasienten sjølv kan velje aktivitet som opplevast som handterbar og meningsfull. Dette gjer det viktig å ha tilbod i kommunen som kan vere av interesse for forskjellige individ. På frisklivssentralar kan pasienten få hjelp til å finne aktivitet som er av interesse, og få støtte til å gjennomføre.

Å ha kunnskap om kva som hemmar og fremmar vil vere nyttig i praksis. Helsepersonell i kommunehelsetenesta kan nytte kunnskapen ved bruk av fysisk aktivitet som tiltak ved depresjon. Kommunehelsetenesta er ein viktig arena for folkehelsearbeid. Dei hemmande og fremmande faktorane kan legge til rette for korleis helsepersonell skal gå fram for å ta i bruk fysisk aktivitet i førebyggjande folkehelsearbeid, samt behandling.

I arbeidet med denne oppgåva har eg sett behovet for meir forskning om temaet fysisk aktivitet ved depresjon. Det fins ein del forskning om effekten, men mindre knytt til pasientar og helsepersonell sine erfaringar, spesielt i kommunehelseteneste.

Litteraturliste

- Borge, L. (2018). Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn* (s. 19-33). Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal.
- Danielsen, K. K. (2021). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid – En oppsummering av kunnskap* (oppsummering nr;24). Senter for omsorgsforskning.
<https://hdl.handle.net/11250/2771773>
- FHI. (2021, 25. februar). *Fysisk aktive mer enn 150 minutter per uke (L)*. Norgeshelse statistikkbank. <https://norgeshelse.no/norgeshelse/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Garvey, L., Benson, A. C., Bengler, D., Short, T., Banyard, H. & Edward, K.-L. (2022). The perceptions of mental health clinicians integrating exercise as an adjunct to routine treatment of depression and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing* 32(2), 502–512. <https://doi.org/10.1111/inm.13089>
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C. & Nankivell, J. (2012), Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 202-210.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. September). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#>
- Helsedirektoratet. (2021, 13. desember). *Årsrapport for Kompetanseløft 2020 for 2020 – Avsluttende oppsummering for planperioden*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-for-kompetanseloft-2020-for-2020-avsluttende-oppsummering-for-planperioden#referere>
- Helsedirektoratet. (2022, 18. november). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling: Nasjonale faglige råd*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

- Helsedirektoratet. (2023, 20. april). *Avpublisering av Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/avpublisering-av-nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon#referere>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsenorge. (2022, 15. september). *Frisklivssentral*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/frisklivssentral/>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt: ikke stykkevis og delt*. (7.utg). Gyldendal.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 157-178). Fagbokforlaget.
- Machaczek, K. K., Allmark, P., Pollard, N., Goyder, E., Shea, M., Horspool, M., Lee, S., de-la-Haye, S., Copeland, R. A., & Weich, S. (2021). Integrating physical activity into the treatment of depression in adults: A qualitative enquiry. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 1006–1017. <https://doi.org/10.1111/hsc.13283>
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn* (s. 155-171). Fagbokforlaget.
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (5.utg). Universitetsforlaget.
- NAV. (2023, 16. mars). *Sykefraværstatistikk – Årsstatistikk: statistikk for året 2022*. NAV. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>
- NHI. (2022, 10. februar). *Depresjon*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/?page=all>

- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/etikko/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ondrckova, C. (2023, 8. mai). Vil ha fysisk aktivitet inn i retningslinjer for depresjonsbehandling. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/depresjon-psykiatri-psykisk-helse/vil-ha-fysisk-aktivitet-inn-i-retningslinjer-for-depresjonsbehandling/562521>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Rådet for psykisk helse og Fagrådet – Rusfeltets fagorganisasjon. (2021). *Den gode hjertebanken*. Psykiskhelse. https://psykiskhelse.no/wp-content/uploads/Nettversjonen_av_Den_gode_hjertebanken_originalen_Versjon18092018.pdf
- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A., & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 61(585), 149–156. <https://doi.org/10.3399/bjgp11x567054>
- Searle, A., Haase, A. M., Chalder, M., Fox, K. R., Taylor, A. H., Lewis, G. & Turner, K. M. (2013). Participants' experiences of facilitated physical activity for the management of depression in primary care. *Journal of Health Psychology*, 19(11), 1430-1442. <https://doi.org/10.1177/1359105313493648>
- van Rijen, D. & ten Hoor, G. A. (2022). A qualitative analysis of facilitators and barriers to physical activity among patients with moderate mental disorders. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01720-4>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (s. 139-166). Gyldendal.

Vedlegg 1 – Søkeprosessen

Søk nr.	Database	Søkeord/kombinasjon	Avgrensing	Antall treff	Lest abstract	Valgte artikler
1	MEDLINE CINAHL Academic Search Elite	TI (Depression OR depressive disorder) AND TI (physical activity OR exercise OR physical health) AND TI (nurse OR mental health clinician OR mental health nurse) AND TI (perceptions OR views OR experiences) AND AB (qualitative)	2010-2023 Peer Reviewed	7	4	1) Garvey et al. (2022) 2) Happell et al. (2012)
2	MEDLINE CINAHL	TI (depression OR depressive disorder OR mental disorder) AND TI (physical activity OR exercise OR physical health) AND TI + AB (patients OR participants) AND TI (views OR experiences OR perceptions) AND TX qualitative	2010-2023 Peer Reviewed	11	6	1) Garvey et al. (2022) 5) Searle et al. (2011) 6) Searle et al. (2013)
3	MEDLINE Academic Search Elite	TI (depression OR depressive disorder OR mental disorder) AND TI (physical activity OR exercise OR physical health) AND TX (patient OR participant) AND TX qualitative	2010-2023 Peer Reviewed	29	6	1) Garvey et al. (2022) 3) Machaczek et al. (2021) 4) van Rijen & ten Hoor (2022) 6) Searle et al. (2013)



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	05-06-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	214
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7895
----------------------	------

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	<input type="checkbox"/> Ja	Egenerklæring *:	<input type="checkbox"/> Ja
Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	<input type="checkbox"/> Ja	Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:	<input type="checkbox"/> Nei
		Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:	<input type="checkbox"/> Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	68
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