



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST
Eksamensform:	Bacheloroppgave
Termin:	2024 VÅR
Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2024 VÅR
Intern sensor:	(Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.:	184
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7241
----------------------	------

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:	105
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet i behandling av panikklidelse.

Physical activity in the treatment of panic disorder.

Kandidatnummer: 184

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Innleveringsdato: 10/05/2024

Antall ord: 7241

Abstract

Background

Anxiety disorders are one of the most expensive disorders for our society. They are also one of the most common ones, and drastically reduce the patient's quality of life. Physical activity is an important measure to better people's quality of life, as well as their physical and mental health. It is a convenient and inexpensive measure for fighting mental illnesses. People with panic disorders have shown promising effects from physical activity, although it can be challenging to get started. Through different motivational strategies, nurses can help patients become more physically active.

Research question

How can nurses motivate for physical activity as part of the treatment for patients suffering from panic disorder?

Method

The method used in this bachelor's thesis is literature study. In the study I used five research articles, combined with other relevant literature to answer my research question.

Findings

The findings from the research show that motivational factors for people with mental illnesses are largely similar to the rest of the population. However, they may experience more barriers towards physical activity and need more support. I found that the barriers this group has for

physical activity, often have an equivalent motivational factor. For example, low self-esteem, was seen as both a barrier and a motivational factor.

Conclusion

People with panic disorder can benefit largely from physical activity. Nurses can help motivate patients to be more physically active by supporting their need for autonomy, competence, relationships, and sense of mastery. To do this we need to create a trust-based relationship with the patient and get to know them and their personal barriers, and motivations for physical activity. The nurse must be flexible and creative to find solutions that best suit the patient in question.

Keywords

Mental health, panic disorder, physical activity, motivation, nurse, and nurse-patient relation

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Tema	5
1.2 Panikklidelse	6
1.3 Fysisk aktivitet i behandling av panikklidelse	7
1.4 Motivasjon.....	9
1.5 Relasjonsarbeid	11
2.0 Problemstilling	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie	14
3.2 Fremgangsmåte	14
4.0 Resultater.....	16
4.1 Barrierer for fysisk aktivitet.....	16
4.2 Motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet.....	17
4.3 Preferanser knyttet til fysisk aktivitet.....	18
5.0 Diskusjon.....	19
5.1 Barrierer for fysisk aktivitet.....	19
5.2 Motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet.....	20
5.3 Preferanser knyttet til fysisk aktivitet.....	23
5.4 Metodediskusjon.....	24
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	25
7.0 Referanseliste	26
8.0 Vedlegg.....	29
Vedlegg 1: PICO	29
Vedlegg 2: Søketablell	30
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	31

1.0 Innledning

1.1 Tema

Overordnet tema i denne oppgaven er psykisk lidelse og fysisk aktivitet. At sykepleier skal yte omsorgsfull hjelp er en lovgitt plikt (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Vi har også yrkesetiske retningslinjer som stadfester at vi har et ansvar for å gi omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Psykiske lidelser er de sykdommene som koster Norge mest (Gonzalez, 2021, s.35). Det også den sykdomsgruppen som i størst grad reduserer pasientens livskvalitet. En vanlig tanke er at det er de alvorligste lidelsene slik som schizofreni, som koster samfunnet mest. Dette stemmer ikke. Det er de vanligste lidelsene, altså angstlidelser og depresjon som koster mest. Angst er blant de største årsakene til sykemeldinger, sammen med ruslidelser og depresjon (Gonzalez, 2021, s.116). Personer som har langvarige psykiske helseutfordringer, har også dårligere fysisk helse enn gjennomsnittsbefolkningen (Gonzalez, 2021, s.254). Dette kan komme av mange faktorer, slik som medikamenteringen, usunne rutiner i dagliglivet, og manglende evne til å oppsøke helsehjelp. Helsemyndighetene fremhever fysisk aktivitet som et viktig tiltak for å bedre livskvalitet, fysisk og psykisk helse (Kristoffersen et al., 2021, s.384). Samt til å styrke behandling, forebygging og mestring av sykdom.

I denne oppgaven skal jeg fokusere på fysisk aktivitet i behandlingen av panikklidelse. Behandling handler om de tiltakene vi setter i gang etter at personen er blitt syk (Gonzalez, 2021, s.36). I teoridelen av oppgaven skal jeg skal se nærmere på hva panikklidelse innebærer, effekten av fysisk aktivitet i behandling av panikklidelse, motivasjonsmekanismer, og viktigheten av relasjonsarbeid i behandlingen av pasienter med psykisk lidelse. Sammen skal dette gi ett teoretisk grunnlag for å drøfte relevante forskningsetikker. Jeg skal også ta utgangspunkt i Travelbee sin sykepleieteori:

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)

1.2 Panikklidelse

Angstlidelser fører til en økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet (Gonzalez, 2021, s.115). Dette fører til at personen som opplever angsten får symptomer som svimmelhet, svetting, ubehag i magen, rask puls, hjertebank, anspenhet, skjelving, rastløshet, og en følelse av å ikke få puste. Vanlige følelsesmessige reaksjoner er uro, engstelse, frykt og panikk. Videre kan atferden deres bli mer unngående og tilbaketrukket. Vi skiller mellom angst og frykt. Frykt er i motsetning til angst, en normal reaksjon på en reell fare. Angst på den andre siden skyldes ikke en reell fare, men gir en tilsvarende reaksjon. Folk flest har opplevd angst, men dette betyr ikke at de er syke. Når angsten medfører lidelse og svekker personens normale funksjon, anses angsten som et problem (Gonzalez, 2021, s.115).

Panikklidelse er når et menneske opplever flere panikkanfall (Gonzalez, 2021, s.116). Et panikkanfall er når en person får et plutselig anfall med rask økning i angst og ubehag. Ett sånt anfall starter med en eller flere kroppslige symptom. Symptomene kan være de samme som nevnt ovenfor ved angstlidelser generelt. Det kan også være vanlig med symptomer som smerter eller ubehag i brystet, en følelse av å være rar i hodet, varme- eller kuldebølger og nummenhet i fingrene og tærne. Det kan også skje at personen hyperventilerer. Da er det spesielt vanlig med nummenhet i fingre og tær, samt rundt munnen. Når en person opplever ett slikt anfall fortolkes symptomene som at noe livsfarlig skal skje. Når de opplever panikkanfallet er de ofte redde for at de skal besvime, dø, miste kontrollen, eller at de blir gale. For at det skal omtales som panikklidelse må det ha vært mer enn et anfall, og det må ha gitt vedvarende frykt for å oppleve flere (Gonzalez, 2021, s.115).

Ved angstlidelser er de vanligste behandlingsformene samtaleterapi og medikamentell behandling (Gonzalez, 2021, s.117). Ved medikamentell behandling er antidepressiva den viktigste legemiddelgruppen (Martinsen, 2018, s.85). De kan redusere antall panikkanfall og intensiteten på symptomene (Helsenorge, 2023). Positivt med denne gruppen medikament er at de ikke er vanedannende og ikke svekker læreevnen. (Martinsen, 2018, s.85). En annen viktig gruppe som brukes mot panikkanfall er beroligende medikament av typen benzodiazepiner (Helsenorge, 2023). Det er med legemiddelgruppe er effektiv til å dempe angsten og har rask effekt (Martinsen, 2018, s.85). Minuset er at de er svært vanedannende og

kan misbrukes. Vi kan dessverre i dag ikke forutse hvem som potensielt kan bli avhengige av medikamentet. Dermed skal alle andre behandlingsmetoder være utprøvd før man behandler panikkangst, og angstlidelser generelt, med beroligende ledemidler.

1.3 Fysisk aktivitet i behandling av panikklidelse

Samtaleterapi og medikamentering er ikke alltid tilstrekkelig (Gonzalez, 2021, s.253). Noen ønsker ikke å ta medisiner, for eksempel dersom bivirkningene blir for plagsomme. Det er også dessverre lang ventetid på å få samtaleterapi som følge av mangel på kvalifisert personell. Vi ser dermed et behov for lett tilgjengelige, billige og enkle tiltak for å bekjempe psykiske lidelser (Gonzalez, 2021, s.254). Fysisk aktivitet er et slikt tiltak. For fysisk aktivitet bruker vi følgende definisjon: «all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energibruket utover hvilenivå» (Kristoffersen et al., 2021, s.384).

I 2020 testet en norsk studie gjennomførbarheten av å kombinere fysisk aktivitet med internettbasert kognitiv atferdsterapi i behandlingen av pasienter med panikkangst (Johansen et al., 2020). De konkluderte med at det var både gjennomførbart, og minst like gunstig som internettbasert kognitiv atferdsterapi i seg selv. Forsøkspersonene omtalte det som gunstig og sa at det var hardt arbeid, men de opplevde at det var verdt det.

Mange som sliter med angst kan oppleve at angsten blir sterkere under fysisk aktivitet. (Martinsen, 2018, s.92). Dette kommer av at når vi mennesker er i fysisk aktivitet, aktiveres det sympatiske nervesystemet vårt. Da får personen symptomer som svetting, økt respirasjon, hjertebank og rask puls. Disse symptomene kjennetegner også sterk angst. Mange mennesker med angst, spesielt panikkangst, vil dermed ikke ønske å være i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet har vist spesielt god effekt ved behandling av angstlidelser hos personer som utvikler unngåelsesatferd som følge av angsten (Martinsen, 2018, s.84). Unngåelse er en naturlig reaksjon på situasjoner som fremkaller angst. Selv om dette på kort sikt er en effektiv forsvarsmekanisme, er det ikke gunstig i lengden. På sikt vedlikeholder det angstreaksjonen, og fører til at personen blir isolert og fungerer dårligere i hverdagen.

Vi kan forstå effekten av fysisk aktivitet på ulike måter (Gonzalez, 2021, s.255). Vi har generelt sett manglende kunnskap om hvorfor psykiske lidelser oppstår, og hvordan behandlingene vi setter i gang fungerer. Men vi har likevel klart å utvikle noen hypoteser. Noen områder i hjernen vår kan endre størrelse som følge av for eksempel langvarig stress, slik som ved psykiske lidelser. Hippocampus er et område i hjernen som har blitt vist at kan krympe ved slikt langvarig stress. Hippocampus er viktig for ting som læring og hukommelse. Fysisk aktivitet er vist å kunne stimulere celleveksten i hippocampus, og dermed økning av volumet til dette området (Gonzalez, 2021, s.255). Fysisk aktivitet kan også påvirke viktige signalstoffer i hjernen, på lignende måte som medikamentell behandling. Eksempel på viktige signalstoff som påvirkes er endorfiner, dopamin, serotonin og noradrenalin. Disse stoffene kan være forklaringen på de psykologiske virkningene som fysisk aktivitet medfører.

En annen effekt av fysisk aktivitet er det vi kaller distraksjon, en mye brukt måte å håndtere vanskelige følelser på (Gonzalez, 2021, s.256). Da engasjerer vedkommende seg i aktiviteter, slik som fysisk aktivitet, for å tenke på noe annet enn de vanskelige følelsene. En annen hypotese handler om positiv avhengighet. Det er en hypotese om at en del folk har det bedre dersom de har noe de kan være avhengig av. Da gjelder det å finne en avhengighet uten store negative virkninger. Slik som fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan også gi mestringsfølelse som kan overføres til andre deler av livet, og gjøre det lettere å håndtere utfordrende situasjoner i hverdagen (Gonzalez, 2021, s.256).

Den siste hypotesen jeg skal ta for meg for hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse, omtales som kognitiv rekonstruering (Gonzalez, 2021, s.256). Dette er en mekanisme vi ser ved en del angstlidelser slik som panikkangst. Av alle angstlidelsene er det panikkangst vi forstår best, og har den beste kognitive modellen til (Martinsen, 2018, s.93). Kognitiv teori er mest opptatt av hva som vedlikeholder angsten, og ikke hva som får angsten til å oppstå. Ifølge denne teorien vedlikeholdes angsten under panikkanfall ved at personen tolker symptomene de opplever på en katastrofal måte. I tillegg til at trygghetsatferden som følger med, forhindrer at personen får testet ut disse katastrofetankene. Svimmelhet kan bli fortolket som at en mister kontrollen eller skal besvime. Rask puls og hjertebank kan fortolkes som noe livsfarlig, slik som hjerteinfarkt. Kognitiv rekonstruering er en slags eksponeringsterapi der

personen lærer å ikke fortolke symptomene som kommer ved trening og angst på en katastrofal måte (Gonzalez, 2021, s.256). Personen vil etter hvert tolke symptomene som normale reaksjoner på stress, slik at de blir mindre utfordrende og skremmende.

En tysk studie fra 2018 undersøkte tilleggseffekten av moderat-intens aerob trening hos pasienter som mottok eksponerings-basert kognitiv adferdsterapi (Bischoff et al., 2018) Alle som mottok behandling, hadde god effekt. Rett etter studien hadde de med moderat-intens trening bedre effekt enn de som hadde mindre intens trening. Denne forskjellen avtok med tid, da de som hadde lavere intensitet sin effekt fortsatte å stige jamt. Til slutt var det tilnærmet ingen forskjell mellom gruppene. Den vitenskapelige dokumentasjonen av effekten til fysisk aktivitet i behandling av panikkangst er ikke overveldende, men det er mange erfaringer som bekrefter at fysisk aktivitet kan være til god nytte (Martinsen, 2018, s.97). Reduserte angstnivåer under treningen, og en stund etter trening, er i dag godt dokumentert. For å oppnå en beroligende effekt kan trening være et godt alternativ, fremfor beroligende legemiddel og alkoholinntak (Martinsen, 2018, s.84).

1.4 Motivasjon

De fleste vet at fysisk aktivitet er sunt, på tross av dette er fortsatt mange mennesker inaktive (Gonzalez, 2021, s.255). Å endre livsstil er en svært utfordrende oppgave. Det finns ulike definisjoner for ordet motivasjon og en av de lyder slik: «en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd» (Renolen, 2015, s. 65). Når vi snakker om motivasjon, skiller vi mellom drifter og behov. Drifter er konkrete fysiologiske reaksjoner som iverksettes i kroppen. Slik som når vi har mangel på søvn eller mat. Et behov på den andre siden er ikke-fysiologiske mangeltilstander. Eksempel på dette kan være mangel på ros eller oppmerksomhet. Drifter og behov kalles energikomponenten i motivasjon. Det er dette som starter og opprettholder aktivitet hos personer. Retningskomponenten i motivasjon, handler om hvorfor noen foretrekker en handling fremfor en annen (Renolen, 2015, s. 66). Vi skiller også mellom ulike typer motivasjon. En grunnleggende inndeling er indre og ytre motivasjon. Personen sine opplevelser og prestasjoner kan variere mye utfra om den stammer fra indre eller ytre motivasjon. Indre motivasjon er når vi gjør noe for å oppleve en indre tilfredsstillelse. Vi opplever ulik grad av indre motivasjon til ulike oppgaver, dette handler i

stor grad om hva vi synes er interessant. Indre motivasjon anses ofte som mer effektivt enn ytre motivasjon.

Vi kan dele ytre motivasjon inn i fire kategorier (Renolen, 2015, s. 67). Den typen som er mest styrt utenfra, er den vi kaller ytre regulering. Da er det krefter utenfor oss som motiverer. Eksempel på dette kan være det å skulle oppnå en belønning, eller unngå en straff. Videre har vi motivasjonstypen introjeksjon. Her påvirkes vi av en ytre kraft, men kjenner også på et slags indre press. Da utfører vi gjerne aktiviteten for å unngå en følelse av skyld, skam eller dårlig samvittighet. Den tredje motivasjonsformen kaller vi identifisering. Her ser vi at aktiviteten i større grad er selvbestemt. Altså oppfattes normer og regler som fornuftige, og vi kjenner ikke direkte motstand mot å følge dem. Den siste ytre motivasjonsformen kalles integrering. Da oppleves handlingen som selvbestemt, som følge av at det er i tråd med våre behov og personlige verdier. På tross av at denne typen motivasjon oppleves som selvbestemt, er det ikke det samme som indre motivasjon (Renolen, 2015, s. 68). Dette er fordi motivasjonen ikke kommer fra egne interesser og behov. Når personer er indre motiverte, er de engasjerte for sin egen del. De motiveres av den spontane tilfredstilteisen de får i utførelsen av aktiviteten, og ikke for å oppnå noe uavhengig av aktiviteten.

Ytre belønning anses til å kunne undergrave indre motivasjon til en viss grad (Renolen, 2015, s. 68). Dette kommer av at belønningen gjør at opplevelsen av kontroll flyttes utenfor individet. Motivasjonen knyttes ikke lenger i like stor grad opp mot aktiviteten i seg selv, men heller det du oppnår med aktiviteten. Om en handling er indre eller ytre motivert er ikke alltid lett å definere. Å si at det er det ene eller det andre blir en forenkling av et kompleks fenomen. Mye av det vi gjør er både indre og ytre motivert. Tross dette er det verdt å være klar over at studier tyder på at når folk som opplever indre motivasjon ofte får mer tilfredsstillende resultat. (Renolen, 2015, s. 68).

Det finnes mange oppfatninger og teorier rundt hva som regulerer motivasjon (Renolen, 2015, s. 69). En mye brukt teori er flyteteori (Renolen, 2015, s. 72). Den fokuserer på en tilstand av flyt. Denne tilstanden går ut på at personen er så oppslukt i en aktivitet at tiden flyr forbi, og alt annet virker ubetydelig. Det er en tilstand der handling og bevissthet smelter sammen.

Denne flyttilstanden inneholder noen kjennetein: oppgaven er gjennomførbar, tidsfølelsen opphører, det er mulig å konsentrere seg om oppgaven, den fører til en følelse av kontroll, innebærer en dyp involvering der de hverdagslige bekymringene er uten betydning, oppgaven gir umiddelbar feedback og har et klart mål, og selvbevisstheten er ikke til stede mens oppgaven gjennomføres, men forsterkes etterpå. For å oppnå flyt må aktiviteten kreve ferdigheter og gi utfordringer. Vi kan ikke knytte denne tilstanden til bestemte aktiviteter. En aktivitet kan gi flyt hos noen, men ikke hos andre. Likevel er flytaktiviteter kjennetegnet av at de har regler, gir feedback, krever innlæring av ferdigheter og er mulige å styre. En aktivitet som gir en person flyttilstand kan også bli kjedelig dersom det ikke kommer nye utfordringer. Livskvalitet og psykisk helse blir påvirket av flytopplevelser (Renolen, 2015, s. 73). Innen psykisk helsevern er flytteori mye anvendt. Når pasienter opplever flyt kan de øke utholdenhet, konsentrasjonsevne og prestasjonsevne. Utfordringen innen psykiatrien er å finne aktivitetene som kan gi flyt hos de enkelte pasientene.

En annen my brukt teori er selvbestemmelsesteori (Renolen, 2015, s. 74). Denne teorien fokuserer på indre motivasjon og den vektlegger at aktiviteten er selvbestemt. De fleste andre teoriene fokuserer på retningskomponenten, mens denne heller vektlegger energikomponenten som setter i gang og vedlikeholder adferden. Ifølge denne teorien har vi tre medfødde psykologiske behov. Altså behovet for kompetanse, autonomi og behovet for tilhørighet. Dersom disse grunnleggende behovene er tilfredsstilt, vil det styrke velvære og selvmotivering. Og tilsvarende svekke velvære og selvmotivering dersom disse behovene ikke møtes. Denne teorien er tett knyttet til teorier om «empowerment». De handler om å motvirke personens følelse av avmakt, og styrke deres krefter til å få kontroll og ansvar over livet sitt. Mye forskning viser at atferdspåvirkning som fokuserer på å styrke pasientens evne til å ta egne valg, på sikt er mer effektiv enn annen type rådgivning (Renolen, 2015, s. 74).

1.5 Relasjonsarbeid

En grunntanke i boken til Travelbee er at det er viktig at sykepleiere etablerer et menneske-til-menneske-forhold til pasienten (Travelbee, 1999, s. 171). En slik relasjon kjennetegnes av at både sykepleier og pasient ser og behandler hverandre som unike mennesker, og ikke «sykepleier» og «pasient». Å oppleve at det er mulig å utvikle gode relasjoner til mennesker

som ønsker å hjelpe de, er en erfaring med stor terapeutisk betydning (Gonzalez, 2021, s.58). Terapeutisk relasjonsarbeid står sentralt i sykepleie. Det vi som sykepleiere sier og gjør blir fortolket av pasienten utfra hvilken relasjon de har til oss (Røkenes & Hanssen, 2012, s.178). Dersom en god og trygg relasjon ligger i grunn kan våre kritiske kommentarer til en pasient sin atferd, tolkes som omsorg og hjelp. På den andre siden kan de samme kommentarene tolkes som sarkasme eller avvising, dersom det ikke ligger en god relasjon i bunn.

Tillitt er en av grunnsteinene i en god relasjon (Gonzalez, 2021, s.59-60). Tillitt er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent. Denne tillitten kan utvikles når helsepersonell har fokus på pasientens ønsker, meninger og behov for håp, når vi viser en grunnleggende respekt og anerkjennelse for pasienten, fremstår pålitelige, tilstedeværende og sannferdige, viser ekthet og omsorg i det vi sier og gjør, viser et genuint ønske om å hjelpe pasienten, og at vi overholder taushetsplikten og holder avtaler. Tillitten er grunnlaget for å lage en allianse med pasienten. Det går ut på at vi har felles langsiktige og kortsiktige mål.

Travelbee var også opptatt av det å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 44). Vi lærer mye av å observere hvordan vår atferd påvirker andre. Å bruke seg selv terapeutisk handler om å bevisst bruke egen personlighet og kunnskaper for å etablere et forhold til individet, for å fremme endringer hos dem. Endringene anses som terapeutiske dersom de lindrer personens lidelse. Dette krever selvinnsikt, evne til å tolke egen og andres atferd, innsikt i drivkreftene til menneskelig atferd, og evnen til å intervensere i sykepleiesituasjoner (Travelbee, 1999, s. 45). Væremåten vår har mye å si for utviklingen av en god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s.180 - 181). Det er mye pasientene legger vekt på når de tolker væremåten vår; om vi virker vennlige, interesserte og imøtekommende, om vi er avslappet, om vi fremstår uredde og kan snakke om det pasienten ønsker, om vi avbryter de, eller om vi lar de komme til orde. Pasienter legger vekt på behovet for at det skal være en autentisk nærhet og empati fra fagpersonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s.185).

2.0 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med panikkelidelse?

3.0 Metode

Den systematiske fremgangsmåten som tas i bruk for å besvare en valgt problemstilling omtales som metode (Thidemann, 2017, s.76). Når metoden gir data i form av målbare enheter kalles de kvantitative, mens kvalitative metoder heller belyser meninger og opplevelser som ikke kan enkelt måles med tall (Dalland, 2017, s.52). I psykiatrien jobber vi ofte med det vi med det vi omtaler som «usynlige lidelser», det handler i stor grad pasientens subjektive opplevelser (Gonzalez, 2021, s.12). Med dette i tankene har jeg i denne oppgaven fokusert på kvalitative studier for å svare på problemstillingen, siden denne metoden i større grad kan belyse de subjektive opplevelsene til deltakerne.

3.1 Litteraturstudie

Metoden jeg har brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie systematiserer relevant kunnskap fra flere ulike kilder (Thidemann, 2017, s.79 - 80). Det innebærer at vi smaler inn litteratur som vi deretter gjør en kritisk gjennomgang av, og til slutt oppsummerer vi det vi har funnet. Hensikten med dette er å gi en oppdatert kunnskap og forståelse om temaet, og gi en tydelig forklaring på kunnskapen som blir innhentet. Med denne metoden har jeg funne forskningsartikler som setter fokus på barrierer og motivasjonsfaktorer til fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser. Fra personene med psykiske lidelser sitt perspektiv, men også fra helsepersonells perspektiv, inkludert deres erfaringer med å motivere denne pasientgruppen. Jeg har også funne annen faglitteratur knyttet til tema, samt noen artikler direkte knyttet til panikkangst og fysisk aktivitet.

3.2 Fremgangsmåte

For å finne relevant faglitteratur begynte jeg med å se på hvilke pensumbøker jeg hadde liggende som kunne være relevant for problemstillingen, her ble blant annet Gonzalez sin bok: «Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming» svært relevant. Videre gjorde jeg søk i HVL sitt bibliotek, med søkeord «fysisk aktivitet» og «psykisk helse» og fant

da Martinsen sin bok: «Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi» som jeg har hentet mye inspirasjon fra. Videre leste jeg på internettet etter relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Deretter gjorde jeg et ustrukturert innledende søk i MEDLINE (ovid) med søkeordene «exercise» AND «panic disorder», for å finne generell forskning om effekten av fysisk aktivitet hos pasienter med panikkelidelse.

Litteratursøket etter relevante artikler som kunne svare på problemstillingen, startet med å finne passende søkeord. Da tok jeg i bruk et PICO-skjema som hjelpemiddel for få struktur på tankene (se vedlegg 1: PICO). PICO er et nyttig verktøy for å indentifisere relevante søkeord ved å gi struktur og sammenheng til problemstillingen (helsebiblioteket, 2021). Jeg endte opp med forskjellige søkeord som for eksempel: «mental illness», «motivation» og «physical activity». Søkeordene kombinerte jeg med «AND» eller «OR» for å avgrense søket, og komme frem til relevante artikler. Så begynte jeg et systematisk søk i søkemotorer som CINAHL, PsycINFO og MEDLINE (ovid). Jeg valgte disse søkemotorene fordi jeg synes de er oversiktlige å bruke, og de gir tilgang svært mange artikler. Artikkene jeg fant i PsycINFO og MEDLINE, fant jeg også i databasen CINAHL.

Jeg avgrenset søket i forhold til blant annet årstall (se vedlegg 2: Søketablell). Jeg valgte også å gjøre en geografisk avgrensning slik at resultatet i størst mulig grad kunne overføres til norske forhold. Inklusjonskriterier jeg valgte ut var at artikkene var fagfellevurdert, tok tilfredsstillende hensyn til etiske overveielser, som at for eksempel at anonymitet var overholdt, og språket måtte være skandinavisk eller engelsk. Eksklusjonskriterier var artikler som var eldre enn 10 år gamle. Til slutt endte opp med 5 artikler som jeg synes var relevant for å besvare problemstillingen min. Jeg fant en systematisk oversikt over 21 tverrsnittstudier, to tverrsnittstudier og to studier med kvalitative intervju. For å kritisk vurdere artikkene brukte jeg helsebiblioteket sine sjekklister for oversiktsstudie, tverrsnittstudie og kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2021). Studiene jeg har valgt ut har fått metodebruken, og selve studien sin etisk godkjent av ulike komiteer.

4.0 Resultater

Jeg fant fem artikler som tar for seg motivasjon til fysisk aktivitet, hos personer med psykiske lidelser (se vedlegg 3: Litteratormatrise). Jeg har delt resultatene opp i tre tema: barrierer for fysisk aktivitet, motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet og preferanser knyttet til fysisk aktivitet. Motivasjonsfaktorer er i stor grad uavhengig av variasjoner i BMI, kjønn, alder og medisiner (Farholm & Sørensen, 2016, s. 121). Også diagnose var i stor grad uavhengig. Personer med alvorlig psykisk lidelse har lavere motivasjon enn den generelle populasjonen. Negative symptom hadde negativ sammenheng med indre motivasjon, og klarhet for fysisk aktivitet, mens andre psykiatriske symptom hadde ingen signifikant sammenheng.

4.1 Barrierer for fysisk aktivitet

Vanlige barrierer til fysisk aktivitet er dårlig fysisk og mental helse, og mangel på ressurser som for eksempel penger (Chapman et al., 2016, s. 450-451). En spørreundersøkelse som kartla mennesker med psykiske lidelser sine holdninger til fysisk aktivitet, viste en klar sammenheng mellom psykisk stress og barrierer som å være for trøtt, å kjenne at trening gav utmattelse, å være for sjenert eller flau, og å ikke være i stand til å organisere det selv.

Stigma rundt det å ha psykiske lidelser, opplever mange som en barriere for å være i fysisk aktivitet (Peddie et al., 2020, s. 2071). Å ha en usynlig lidelse gjorde at de ofte ikke fikk den støtten de trengte. Den manglende kunnskapen rundt psykiske lidelser hos andre mennesker, opplever mange som utfordrende. Dårlig selvbilde er også en vanlig barriere. Dårlige selvtanker gjør at mange ikke vil engasjere seg sammen med andre. Noen forteller at de ikke oppsøker hjelp fordi de fikk dårlig samvittighet av å sette seg selv først. Mange sliter med tillitt og at det kan være utfordrende å få tillitt til de som skal hjelpe. At det noen ganger blir sett mål som ikke er realistiske er også en vanlig barriere og mange sliter med å ha troen på at treningen skal fungere (Peddie et al., 2020, s. 2072). Det kommer frem at dersom målene er urealistiske går dette ut over selvfølelsen. Sosiale barrierer er også vanlig, mange forteller at de er redde for å bli sett og ledd av på treningssenter. Andre sosiale barrierer er dårlige forhold til familie og at ikke alle får den støtten de føler at de trenger der.

4.2 Motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet

Det er tydelig sammenheng mellom indre motivasjon og fysisk aktivitet (Farholm et al., 2017, s. 117 - 118). Tilrettelegging i forhold til pasientens fysiske og psykiske behov er viktig for å legge til rette for indre motivasjon. Indre motivasjon har også vist å ha positiv sammenheng med at pasienter rapporterer at symptom avtar under fysisk aktivitet (Farholm & Sørensen, 2016, s. 121). Vanlige motivatorer for fysisk aktivitet er å ønske om å få bedre mental helse, å bli sterkere, komme i bedre form, ha mer energi, å komme seg ut av huset og å takle stress bedre (Chapman et al., 2016, s. 451).

Å lære noe nytt er en motivator for mange og å være fysisk aktiv i hverdagen kan være noe helt nytt for mange med psykiske lidelser (Peddie et al., 2020, s. 2064). Andre motivasjonsfaktorer er for eksempel å bli veiledet under treningen av noen som har tilstrekkelig kunnskap. Mange forteller også at trening er bra for selvtilliten og tiltroen til egen evne (Peddie et al., 2020, s. 2068). Viktigheten av å ta ting i eget tempo for å opprettholde motivasjon kommer også tydelig fram. Mange forteller at de gjennom treningen har lært å være «snillere» og mer tålmodig med seg selv. Fysisk aktivitet kan skape et felleskap som igjen hjelper å skape en optimisme for fremtiden, noe deltakerne satte stor pris på. Å merke fremgang i den fysiske formen gav motivasjon og en prestasjonsfølelse. Andre motiverende faktorer for fysisk aktivitet er at det gir mange en følelse av mening, en struktur i livet og motivasjon til å forlate huset. Mange forteller at den fysiske aktiviteten har positiv effekt på andre aspekter av livet. Noen opplever hvordan treningen gjorde det lettere å håndtere følelsene sine og at dette igjen styrket de sosiale forholdene i livet deres. Videre lærte mange det å lage seg mål og jobbe mot dem. Det er også stor fokus blant personer med psykiske lidelser, på at relasjonen til hjelperen er viktig (Peddie et al., 2020, s. 2071).

Helsepersonell som jobbet i boliger eller ved offentlige dagaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser, ble intervjuet for å få frem deres erfaringer med å motivere denne gruppen (Lassenius et al., 2014, s. 714). Da kom det frem viktigheten av å inspirere de, å se etter muligheter istedenfor barrierer, og å hjelpe de å se at de har muligheter (Lassenius et al., 2014, s. 716). For å kunne inspirere må helsepersonellet være genuint interessert og ha troen på at individet kan klare endring. Det er også viktig å holde håpet i livet, og ikke miste troen

på pasienten. Å se og anerkjenne potensialet for forandring er viktig for å holde i gang håpet hos både pleier og pasient. Det er også viktig med realistiske mål og forventninger.

Helsepersonellet må være fleksible, og gripe muligheter i hverdagen etter hvert som de viser seg. Fysisk aktivitet kan forsterke de sosiale bandene til pasienten. Det ble sett fokus på å bruke tid til å skape en relasjon basert på trygghet og tillitt. Å kjenne pasienten og ha en god relasjon, gjør det lettere å vite hvordan man best kan motivere og hvilke barrierer hver enkelt har. Det er viktig at helsepersonellet har god kunnskap til de aktuelle diagnosene og hvordan disse kan arte seg fysisk, for at de ikke skal bli frustrert i arbeidet (Lassenius et al., 2014, s. 717). Vi må også ha forståelse for sammenhengen mellom det fysiske, eksistensielle og psykiske. Det er ikke nok at sykepleieren har kunnskap om tema, motiveringen krever en dypere forståelse av menneskene og en genuin interesse av å motivere de.

Den systematiske oversikten viste også at høyrere mestringsfølelse har positiv sammenheng med økt fysisk aktivitet (Farholm & Sørensen, 2016, s. 121). Kropps-aksept, planlegging og intensjon om å trene, var positivt relatert til mestringsfølelse. Videre var handlingskontroll og forventninger til utfall, positivt relatert til fysisk aktivitet. Mennesker som spiste frukt og grønt, og generelt hadde sunne matvaner var i større grad klare for å trene.

4.3 Preferanser knyttet til fysisk aktivitet

Populære aktiviteter blant personer med psykiske lidelser i Australia var turgåing, styrketrening, svømming og sykling (Chapman et al., 2016, s. 450). Den mest populære formen for støtte var personlig trener, selv om mange ikke hadde erfaring med dette. De fleste foretrakk aktiviteter som kunne utføres nærme hjemmet, ute, med menneske på likt fysisk nivå, med noen de kjenner, med profesjonell instruksjon, med et sosialt aspekt eller som del av et livsstilsprogram. To tredjedeler ville ha en instruktør som kunne guide de gjennom øktene, eller som kunne fortelle de hvordan de skal gjøre ting (Chapman et al., 2016, s. 450).

5.0 Diskusjon

Det er lite forskjell mellom mekanismene for å motivere noen med og uten psykiske lidelse (Farholm & Sørensen, 2016, s. 122). Dermed kan det tenkes at motivasjonsteorier som alt er etablert kan brukes i denne sammenhengen. Likevel kan vi møte flere barrierer i denne pasientgruppen enn ellers. Både barrierer som er generelle av natur som manglende selvtillit, struktur og planlegging. I tillegg til mer spesifikke barrierer for pasienter med psykiske lidelser som for eksempel bivirkninger av medisiner, negativ holdning fra personalet eller symptomer fra lidelsen. De enkeltes barrierer burde tas med i betraktning når vi tar i bruk et teoretisk rammeverk. Hvilken diagnose de hadde utgjorde også lite forskjeller i motivasjonsmekanismene hos pasientene. (Farholm & Sørensen, 2016, s. 121). Noe som kan tyde på at fokuset burde være mer på individet enn på diagnosen. Å forstå hva personer med psykiske lidelser opplever som barrierer og motivasjonsfaktorer, samt hvilke preferanser de har, kan være svært nyttig kunnskap for sykepleiere som skal prøve å motivere til fysisk aktivitet (Chapman et al., 2016, s. 450).

5.1 Barrierer for fysisk aktivitet

Sammenhengen mellom psykisk stress og barrierer knyttet til tretthet, utmattelse og manglende evne til å organisere, kan blant annet være resultat av at mange medikamenter som brukes ved psykiske lidelser, er beroligende og kan ha en viss sederende effekt (Chapman et al., 2016, s. 452). Dette kan blant annet gjelde ved medikamentell behandling av panikkangst (Martinsen, 2018, s.85). Det kan også være direkte symptom fra sykdommen (Chapman et al., 2016, s. 452). Dårlig fysisk helse ble også nevnt som en vanlig barriere (Chapman et al., 2016, s. 450-451). Forskningen har vist at mennesker med psykiske lidelser, har ofte flere fysiske helseutfordringer også (Gonzalez, 2021, s.254). Dette kan gjøre det ekstra utfordrende å komme i gang med fysisk aktivitet.

Barrierer i form av sosiale faktorer er mye rapportert (Peddie et al., 2020, s. 2071 - 2072). Vi ser da betydningen av å ta hensyn til det sosiale aspektet i motiveringen av denne pasientgruppen. Forskningen har vist at å skape en relasjon preget av trygghet og tillitt er

svært viktig i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser (Gonzalez, 2021, s.58 - 60). For å oppnå denne relasjonen må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk, og opptrå med ekthet (Travelbee, 1999, s. 45; Gonzalez, 2021, s.60). Dette fokuset i sykepleien bygger på Travelbee sin teori om at sykepleie er en mellommenneskelig prosess (Travelbee, 1999, s.29).

Det er også verdt å nevne at mange av barrierene som kom fram i studien fra Skottland, ble tatt opp før gjennomføringen av treningsprogrammet, og var ikke lenger en faktor etter gjennomføring (Peddie et al., 2020, s. 2072). Dette kan i seg selv være motiverende informasjon for pasienter som kvir seg på å komme i gang med fysisk aktivitet. Ofte kan ting virke overveldende, men i praksis ikke være så skremmende som tankene man har på forhånd. Det er svært naturlig for et menneske som har opplevd et panikkanfall, å prøve å unngå lignende situasjoner som kan utløse dette (Martinsen, 2018, s.94-95). Denne unngåelsen kan ta form i at de prøver å unngå alt som fremkaller hjertebank, rask puls, tungpustethet og svetting. Altså unngår de alt som aktiviserer det sympatiske nervesystemet, inkludert fysisk aktivitet. Slik unngåelse stopper personen i å få undersøke sannheten i disse katastrofetankene, og dermed forsterkes de. Når personen dermed ikke får testet ut tankene sine, blir de på en måte bekreftet i deres øyne. De kan for eksempel tenke at «dersom jeg ikke hadde sett meg ned nå, ville jeg fått hjerteinfarkt.». Å gi pasienten med panikk lidelse informasjon om dette, kan være et viktig grep for å trygge dem og motivere til fysisk aktivitet. Som sykepleiere burde vi prøve å legge til rette for at de får teste ut disse katastrofetankene slik at de kan avkrefte. Denne fremgangsmåten er effektiv for mange, men utfordrende for personen som skal gjennomføre det (Martinsen, 2018, s.84).

5.2 Motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet

Forskningen har vist at det er en klar sammenheng mellom indre motivasjon og fysisk aktivitet, og at indre motivasjon generelt sett er mer effektivt enn ytre (Farholm et al., 2017, s. 117 – 118; Renolen, 2015, s. 66). Farholm mener at vi kan legge til rette for indre motivasjon ved å sikre at pasientens psykologiske behov for autonomi, kompetanse og relasjon, blir ivaretatt (Farholm et al., 2017, s. 119). Dette er i tråd med selvbestemmelsesteorien, som har fokus på indre motivasjon og at aktiviteten er selvbestemt (Renolen, 2015, s. 74). Denne teorien bygger på at disse behovene må være tilfredsstillt for å styrke velvære og

selvmotivering. For å støtte opp under pasientenes autonomi kan sykepleiere ha fokus på å støtte pasientens egne initiativ (Farholm et al., 2017, s. 119). Vi kan komme med ulike forslag knyttet til fysisk aktivitet, slik at pasienten selv får velge. Vi støtter også autonomien deres når vi gir meningsfulle begrunnelser til meningene vi uttrykker. Sykepleiere kan også være bevisste på å bruke et språk som støtter opp under autonomien deres. Da kan vi for eksempel bruke ord som «velge» istedenfor «burde» og «må». Videre kan det også være smart å unngå eksterne belønninger da dette som nevnt tidligere kan undergrave den indre motivasjonen (Renolen, 2015, s. 68).

Mestringsfølelse og vellykkede opplevelser knyttet til fysisk aktivitet, er viktige moment for å få dekket kompetansebehovet til pasienten (Farholm et al., 2017, s. 119). Dermed er det viktig at vi som sykepleiere har fokus på å finne gode aktiviteter som kan tilpasses til den enkeltes behov. Vi må gi gode instruksjoner og setter av tilstrekkelig tid. Vi burde også hjelpe de å fokusere på individuell utvikling fremfor sosial sammenlikning. Det siste behovet for relasjon er også i tråd med det vi vet om den terapeutiske betydningen av relasjonsbygging (Gonzalez, 2021, s.58). Dermed er det viktig at vi fremstår tilstedeværende, viser genuin interesse og prøver å se deres perspektiv (Gonzalez, 2021, s. 60; Farholm et al., 2017, s. 119).

Indre motivasjon hadde sammenheng med at pasienter rapporterer at symptom avtar under fysisk aktivitet (Farholm & Sørensen, 2016, s. 121). Dette stemmer godt med det vi vet om at folk som er indre motivert, motiveres av den spontane tilfredstillelsen de får i utførelsen av aktiviteten, uavhengig av det de oppnår fra aktiviteten (Renolen, 2015, s. 68). Dersom personen kjenner at symptomene avtar under treningen, er det mer sannsynlig at de kjenner denne spontane tilfredstillelsen. Vi vet trening kan redusere angstnivåer under treningen, og en stund etter avsluttet treningsøkt (Martinsen, 2018, s.97). Men vi vet også mange med panikkangst kan oppleve at angsten blir sterkere under fysisk aktivitet, som følge av at det sympatiske nervesystemet aktiveres (Martinsen, 2018, s.92). Dette vil da motarbeide sjansen for å oppleve indre motivasjon i starten. Hvordan det enkelte individet opplever den fysiske aktiviteten, er relevant for oss å vite. Dersom de opplever denne økningen av angst vil informasjon til pasienten om mekanismene bak dette, og at de fleste vil oppleve at denne angsten avtar etter hvert være svært viktig (Martinsen, 2018, s.93). Spesielt i starten kan det da være gunstig å legge til rette for motivasjonsfaktorer, som er litt mer styrt utefra, men

fortsatt strekker seg mot å være mest mulig selvbestemte, slik som identifisering og integrering (Renolen, 2015, s. 67). Vi må også huske på at hva som motiverer oss alltid består av mange faktorer som jobber sammen, vi må dermed ikke bli for lås i å tilstrebe en form for motivasjon (Renolen, 2015, s. 68).

Vi ser i resultatdelen at mange barrierer vi har hatt fokus på, henger sammen med tilsvarende motivasjonsfaktorer. I Chapman sin studie ble dårlig psykisk og fysisk helse nevnt som barrierer (Chapman et al., 2016, s. 450-451). Samme studien trekker frem at vanlige motivasjonsfaktorer blant deltakerne var ønske om bedre psykisk og fysisk helse. Dette paradokset om at faktorene som motiverer til fysisk aktivitet, også fungerer som en av barrierene mot fysisk aktivitet, kan være utfordrende å forholde seg til. Her tenker jeg at sykepleieren og pasientens fokus vil ha mye å si. I den svenske studien der helsepersonell ble intervjuet, kom det frem viktigheten av å lete etter muligheter og ikke barrierer (Lassenius et al., 2014, s. 716). Og at dette er nødvendig for å holde håpet for endring i livet. Videre er det viktig å anerkjenne pasientens evne til endring. Denne innstillingen i kombinasjon med det å ha en god relasjon til pasienten, tenker jeg er avgjørende for å kunne få pasienten til å la seg motivere.

Behovet for kunnskap kommer også tydelig frem, både kunnskap hos personalet, men også pasientenes behov for å lære (Peddie et al., 2020, s. 2064). Pasientene satt pris på å bli veiledet av noen som tydelig hadde kunnskap (Peddie et al., 2020, s. 2071). At de selv fikk muligheten til å lære noe nytt ble også sett pris på (Peddie et al., 2020, s. 2064). Jeg tenker at å kombinere fysisk aktivitet, med å lære pasienter med panikkangst, om effektene av, og mekanismene bak fysisk aktivitet kan være svært gunstig. For eksempel kan kunnskap rundt kognitiv rekonstruering ha en motiverende, og tryggende effekt (Gonzalez, 2021, s.256). For å unngå at mennesker med panikkangst tolker de kroppslige symptomene under fysisk aktivitet som skremmende, kan det være lurt å informere pasienten om de på forhånd (Martinsen, 2018, s.92 - 93). Å kombinere fysisk aktivitet med undervisning knyttet til de kroppslige reaksjonene, er en gunstig måte å gjøre fysisk aktivitet mindre skremmende. Det er viktig at de får erfare at angsten avtar når man står i situasjonen, tross ubehaget.

Ikke alle med panikkangst vil oppleve angsten under fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s.96). Da har vi muligheten til å bruke dette pedagogisk, ved å påpeke at personen opplever de samme symptomene som skremmende i en situasjon, og ikke skremmende i en annen. For eksempel dersom personen opplever symptomene mens de sitter i et klasserom, tenker de kanskje at de holder på å få et hjerteinfarkt. Men de er ikke redd for hjerteinfarkt når de opplever det samme symptomene på trening. Da kan vi stille spørsmål til den tankegangen. Er ikke trening mer belastende for hjerte enn å sitte i et klasserom? Slike samtaler kan få personen til å stille kritiske spørsmål til krisetankene sine.

Behovet for mestring kommer også tydelig frem i form at mange blir motiverte av å føle at de klarer noe, og kommer i bedre form (Peddie et al., 2020, s. 2064). Denne mestringen gav bedre selvtillit. De lærte å være tålmodige med seg selv, og ta ting i eget tempo. Det ble att frem at en app som dokumenterer fremgangen deres, hadde motiverende effekt (Peddie et al., 2020, s. 2071). Noe vi sykepleiere kan ta med oss videre, i form av at det finnes teknologi vi kan ta i bruk for å motivere der det lar seg gjøre.

Fra helsepersonell sitt perspektiv var det også fokus på mestring i form av at det er viktig med realistiske mål og forventninger (Lassenius et al., 2014, s. 716). De snakket videre det å være fleksibel og gripe muligheter som viser seg gjennom dagen. Dette tenker jeg kan være med å styrke pasientens autonomi, at sykepleieren ikke er for låst i en spesifikk plan. Dette kan nok oppleves som en utfordring i en travel hverdag, med tidvis for lite tid og ressurser. Men jeg tenker likevel at en slik holdning til fleksibilitet hos sykepleieren er noe å tilstrebe. Helsepersonellens synspunkter legger i stor grad vekt på mye av de samme aspektene, som pasientene. Som at relasjonen mellom pasient og pleier, og kunnskap hos den som skal hjelpe er viktige moment (Lassenius et al., 2014, s. 717). Ikke mist hvor viktig pleier sin genuine interesse for å motivere pasienten er.

5.3 Preferanser knyttet til fysisk aktivitet

Preferanser knyttet til type aktivitet hos mennesker med psykiske lidelser, er ganske lik som befolkningen ellers (Chapman et al., 2016, s. 451). Folk er ulike, her tenker jeg det gjelder å

finne ut hva den enkelte foretrekker. Vi vet at intensiteten ikke nødvendigvis trenger å være så stor for å ha god effekt (Johansen et al., 2020). I tråd med flytteori burde målet være å finne en aktivitet som gjør at pasienten opplever en flyttilstand, selv om dette kan være en utfordring (Renolen, 2015, s. 72). Mange foretrekker å trene sammen med andre, som er på samme fysiske nivå (Chapman et al., 2016, s. 451). Dette kan være for å unngå negative sammenligninger. Mange blir motivert at å trene sammen med andre, det å ha forpliktet seg til en avtale kan gjøre det lettere å komme seg ut døren (Gonzalez, 2021, s.255). Mange kommuner har lavterskeltilbud slik som frisklivsentraler, som mennesker som ønsker å være mer fysisk aktive kan oppsøke. Som sykepleiere er dette noe vi burde ha kjennskap til, hvilke tilbud finns i nærområdet som pasienten kan ta i bruk?

5.4 Metodediskusjon

To av studiene brukte spørreskjema (Chapman et al., 2016; Farholm et al., 2017). Det kan i slike studier hende at noen deltakere ikke har forstått alle spørsmålene, uten at det blir fanget opp. Selvrapportering av psykisk lidelse og fysisk aktivitet kan også potensielt føre til feilkilder. Flere av studiene kan ha et utvalg som ikke fullt og helt er representativt. Kanskje er det ikke de minst motiverte som blir med på slike studier. En av studiene tok utgangspunkt i mennesker som alt var fysisk aktive (Farholm et al., 2017). Fokusgrupper var utfordrende fordi mange ikke ville delta som følge av angst knyttet til gruppesituasjonen (Peddie et al., 2020, s. 2073). Er det da de som er minst angstpreget som faktisk stiller opp?

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Gjennom denne litteraturstudien ser vi at fysisk aktivitet kan være et meget gunstig tiltak for mennesker med panikklidelse. Dessverre er det slik at mange med panikklidelse, synes det er utfordrende å være i fysisk aktivitet. Som sykepleiere skal vi lindre lidelse, og hjelpe pasientene mestre erfaringer med sykdom. Dermed er det viktig at vi setter oss inn i hvordan vi kan motivere denne pasientgruppen til fysisk aktivitet. Først og fremst må vi etablere en god relasjon til pasienten. Dette innebærer at vi skaper et menneske-til-menneske-forhold. Vi må være genuine, empatiske og bygge tillitt med pasienten. Vi må lære å kjenne den enkeltes barrierer og motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet, samt hvilke preferanser de enkelte har. Barrierene de opplever har ofte en tilsvarende motivasjonsfaktor, da er det viktig at vi som sykepleiere er løsningsorienterte og ser etter muligheter. Vi kan styrke pasientens indre motivasjon med å fremme deres behov for autonomi, kompetanse, relasjon og mestringsfølelse. Da kan for eksempel sykepleier gi informasjon knyttet til effektene av trening, og forberede de på de kroppsligereaksjonene som de med panikkangst kan oppleve som skremmende. Vi kan hjelpe de med å sette realistiske mål, og vise at vi har troen på dem. Videre må vi ha fokus på pasientens ønsker og preferanser, og hjelpe de finne passende aktiviteter. Da må vi være fleksible og kreative for å finne løsninger som passer pasienten.

7.0 Referanseliste

Bischoff, S., Weider, G., Einsle, F., Petzold, M. B., Jansen, C., Mumm, J. L. M., Wittchen, H. U., Fydrich, T., Plag, J & Strohle, A. (2018). Running for extinction? Aerobic exercise as an augmentation of exposure therapy in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Psychiatric research*, 101, 34-41.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.03.001>

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

<https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167847>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Farholm, A., Sørensen, M. & Halvari, H. (2017). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4): 914-921.

<https://doi.org/10.1111/scs.12413>

Farholm, A. & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(2), 116–126.

<https://doi.org/10.1111/inm.12217>

Gonzalez, M, T. (2021). *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsebiblioteket. (2021, 17. Desember). *4.1 Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsenorge. (2023, 18. August). *Panikkanfall*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/panikkanfall/>

Johansen, H., Vollestad, J., Sjobo, T., Nordhus, I. H., Pallesen, S., Havik, O. E., Martinsen, E. W., Nordgreen, T. & Hovland, A. (2020). To make a run for IT - A feasibility study of ICBT combined with physical exercise for patients with panic disorder. *Psychiatry research*, 293, 113381.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113381>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E. A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov og helse* (4.utg.). Gyldendal Norsk Forlag 2021.

Kunnskapsbasert praksis: PICO. (2021, 30 september). I *Helsebiblioteket*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Lassenius, O., Arman, M., Söderlund, A. & Wiklund-Gustin, L. (2014). Motivation Does not Come with an Ending-It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9): 713-720.

<https://doi.org/10.3109/01612840.2014.901448>

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi* (3.utg.). Vigmostad & Bjørke AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2023, mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-01/nsf-1361841-v1-ny_pdf_til_nettsidene_yrkesetiske_retningslinjer_for_sykepleiere.pdf

Peddie, N., Westbury, T. & Snowden, A. (2020). 'Nobody will put baby in the corner!': A qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health. *Health & Social Care in the Community*, 28(6): 2060-2075.

<https://doi.org/10.1111/hsc.13017>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Thidemann, I, J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999)., (til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Åse, R. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: PICO

	P Populasjon/prosjekt	I Intervensjon/tiltak	C Sammenlikning	O Utfall
Norske begrep	Psyisk helse Psykiske lidelser Psykiatrisk-behandling Pasient	Fysisk aktivitet Motivasjon Sykepleie	Barrierer	Mindre angstsymptom
Engelsk oversettelse	Mental health Mental illness Psychiatric care Patient	Physical Activity Motivation Nurse	Barriers	Signs and Symptoms

Vedlegg 2: Søketabell

CHINAL. 01.04.2024

Søkeord	Avgrensning i søket	Resultat	Utvalgte artikler
((MH "Motivation") OR "motivation") AND ((MH "Physical Activity") OR "physical activity") AND ((MH "Mental Health") OR "mental health") OR "mental illness" OR (MH "Psychiatric Care") OR "psychiatric") AND ("experiences" OR "barriers" OR "nurs*" OR "patient")	Årstill: 2014-2024 Kilder: Akademiske journaler Geografisk avgrensning: Canada, Australia, New Zealand, USA og Europa	85	Nr. 2: Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. Nr. 4: Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. Nr. 5: Physical activity preferences, motivators, barriers and attitudes of adults with mental illness. Nr. 6: 'Nobody will put baby in the corner!': A qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health. Nr. 18: Motivation Does not Come with an Ending-It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity.

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Forfattere Publiseringsår Land	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat
Farholm, Anders; Sørensen, Marit 2016 Norge	Gjennomgå litteratur om motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykisk lidelse	Systematisk oversikt. Systematiske søk ble gjort i 7 ulike databaser.	Personer med alvorlig psykisk lidelse Totalt 21 artikler ble inkludert	Høyere nivåer av følelse av mestringsevne , indre motivasjon og klarhet for fysisk aktivitet hadde positiv sammenheng med økt fysisk aktivitet.
Farholm, Anders; Sørensen, Marit; Halvari, Hallgeir 2017 Norge	Undersøke motivasjon for fysisk aktivitet hos fysisk aktive personer med alvorlig psykisk lidelse.	Tverrsnittsde sign ble brukt. (kvantitativ) Spørreskjema	88 fysisk aktive personer med psykisk lidelse.	- Sammenheng mellom indre motivasjon og fysisk aktivitet. - Tilrettelegging i forhold til pasientens fysiske og psykiske behov - Legge til rette for indre motivasjon.
Lassenius, Oona; Arman, Maria; Söderlund, Anne; Wiklund- Gustin, Lena 2014 Sverige	Undersøke betydningen av å motivere personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet ifølge erfarne helsepersonell.	Intervju. Kvalitativt. Åpne spørsmål.	14 Helsepersone ll som jobbet i boliger eller med offentlige dagaktiviteter for psykisk syke.	Muligheter, genuin interesse, tro og holde håp i livet, anerkjenne potensial for endring, realistiske mål og forventninger, være fleksibel, gripe muligheter, relasjoner og kunnskap knyttet til diagnosene

<p>Peddie, Nicola; Westbury, Tony; Snowden, Austyn 2020 Skottland</p>	<p>Å forstå fasilitatorene og barrierene for deltakelse og gjennomføring av et støttende, personlig tilpasset, fysisk aktivitetsprogra m for pasienter med psykiske lidelser.</p>	<p>Kvalitativ gjennomført tre «focus groups»/grup pe intervju.</p>	<p>14 inaktive personer med lett til moderat psykisk lidelse som ble henvist til treningsprogr am</p>	<p><u>Fasilitatorene:</u> Lære noe nytt, selvtillit, eget tempo, tålmodighet til seg selv, fellesskap, optimisme for fremtiden, bedre fysisk form, mestring og mening, struktur, følelse regulering, sette mål, relasjon og motiverende app <u>Barrierer:</u> Stigma, manglende kunnskap, dårlig selvbilde, samvittighet, manglende tillitt, urealistiske mål og manglende støtte. Barrierene nevnt før oppstart av programmet var ofte ikke sett som en barriere lenger etter programmet</p>
<p>Chapman, Justin J.; Fraser, Sarah J.; Brown, Wendy J.; Burton, Nicola W. 2016 Australia</p>	<p>Å undersøke holdningene til personer med ikke- institusjonalisert e pasienter med psykisk lidelse sine holdninger til fysisk aktivitet.</p>	<p>Tversnittdesi gn ble brukt. (kvalitativt). Spørreskjema</p>	<p>142 personer over 18, som ikke er innlagt, men selv rapporterer at de har vært plaget med psykisk lidelse.</p>	<p>- <u>Preferanser:</u> Personligtrener, aktiviteter nærme hjemme, sammen med andre på samme nivå, noen de kjenner, og med veiledning - <u>Barrierer:</u> Dårlig fysisk og mental helse, økonomi, trøtt, utmattet, sjenerert, flau, vansker med å organisere - <u>Motivatorer:</u> Mental helse, fysisk form, energi, komme seg ut av huset, takle stress og bedre fysisk holdning</p>