

BSYBAC Bacheloroppgave i Sykepleie



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Depresjon og fysisk aktivitet

[Stavanger, 05.05.22]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Depresjon er en psykisk sykdom som rammer millioner av mennesker over hele verden. Utfra et helsefremmende perspektiv er det nødvendig å iverksette tiltak. Eksempel på tiltak er fysisk aktivitet, som kan bidra til å fremme mestringsfølelse. Mennesker med depresjon kan oppleve liten mestringsfølelse og være mer fysisk inaktive, sammenlignet med resten av befolkningen. Dette er verken positivt for pasienten selv eller samfunnet, og vi vil derfor se på effekten av fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Sykepleieres oppgave i dette arbeidet vil være å støtte pasienten, og skape gode relasjoner som resulterer i helsefremmende arbeid.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til økt mestring, og fremme fysisk aktivitet i behandling av depresjon hos voksne ved en psykiatrisk sengepost.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon?

Metode: Denne oppgaven er en litteraturoversikt. For å besvare problemstillingen har vi brukt fem vitenskapelige studier, både kvalitativ og kvantitativ metode. Vi har også anvendt relevant pensum og faglitteratur.

Resultater: Resultater viser at fysisk aktivitet har positiv effekt som behandling av pasienter med depresjon på psykiatrisk sengepost. Best effekt har det sammen med andre klassiske behandlingsformer som medikamentell og psykologisk behandling samt samtaleterapi. Resultater viser at dette kan hjelpe pasienten til å kjenne på mestring og øke livskvalitet. Funn viser at sykepleiers holdninger henger tett sammen med pasienters holdninger. Gjennom individuell tilnærming til fysisk aktivitet, kombinert med en personlig tro på at det gir helsefremmende fordeler, viser forskning at det kan påvirke pasienten positivt.

Nøkkelord: Fysisk aktivitet, depresjon, sykepleier, mestring, psykisk helse.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt	6
2.0 Teori	6
2.1 Depresjon.....	6
2.2. Fysisk aktivitet	7
2.3. Mestring	8
2.4 Salutogenese	8
2.5 Sykepleie-pasient-fellesskapet, Jan Kåre Hummelvoll	9
3.0 Metode	10
3.1 Valg av metode.....	10
3.2 Søkeprosessen	11
3.2.1 Valg av søkestrategi	11
3.2.2 Valg av databaser	11
3.2.3 Valg av søkeord	11
3.2.4 Valg av artikler	12
3.2 Analyse av artikler	12
4.0 Resultater	13
4.1 Fysisk aktivitet en del av behandling	13
4.1.1 Positiv effekt av regelmessig trening	13
4.1.2 Trening sammenlignet med andre behandlingsformer	14
4.2 Sykepleier som støttespiller	15
4.2.1 Sykepleiers holdninger.....	15
4.3 Mestring	16
4.3.1 Fysisk aktivitet bidrar til økt mestringfølelse	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17

5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.1 Fysisk aktivitet bidrar til økt mestring.....	19
5.2.2 Sykepleier som støttespiller.....	20
5.2.3 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon	24
6.0 Anvendelse i praksis	25
Litteraturliste	27
Vedlegg	30
<i>Vedlegg 1: Søkelogg</i>	<i>30</i>
<i>Vedlegg 2: Litteraturmatrise</i>	<i>30</i>

Antall ord: 7988

1.0 Innledning

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene, og er i stadig økning. I Europa har en til to av ti personer behov for behandling mot depresjon, i løpet av livet. Nesten halvparten av verdens befolkning vil en eller annen gang erfare en form for psykisk lidelse. (Norsk Helseinformatikk, 2022). Ifølge Verdens helseorganisasjon utgjør depresjon 4,4% av den totale globale sykdomsbyrden, og vil i løpet av de neste 20 årene være blant de to mest belastede sykdommene, når det gjelder økonomiske konsekvenser for samfunnet. Depresjon er etter koronare hjertelidelser, den sykdommen hvor forebygging vil ha mest avgjørende effekt for folkehelsen, utfra samfunnets totale sykdomsbyrde (Norsk Helseinformatikk, 2022). WHO har et rangeringssystem på de ti lidelsene i verden som fører til størst tap av leveår og livskvalitet, hvor depresjon kommer på en fjerdeplass. Depresjon virker å spille en sentral rolle i forhold til uførhet, som kan føre til store samfunnsmessige og økonomiske omkostninger. (Helsedirektoratet, 2009, s. 1).

Depresjon behandles ofte medikamentelt og i kombinasjon ved samtaleterapi. Medikamentell behandling må ikke nødvendigvis være førstevalget, man må også tilstrebe andre behandlingsmetoder som fysisk aktivitet, eller støtte og hjelp til pasienter via samtaler som kan øke mestringsfølelse, motivasjon, glede og velbehag, som gir anledning hjelp til selvhjelpen. Det er viktig at pasienten ønsker å ivareta sin egen helse. Trening har vist seg å ha en positiv effekt på pasientens mestringsfølelse knyttet til stress, bedre livskvalitet og selvstendighet i hverdagen. (Lien, 2020). Trygghet, identitet, motivasjon og selvfølelse vil også være nødvendige faktorer for å oppnå mestringsfølelse, og som sykepleier tenker vi at dette er temaer som er nødvendige å inneha kunnskaper om.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi ønsker å skrive bacheloroppgaven vår ut ifra et tema vi har stor interesse for. Fysisk aktivitet har lenge vært en interesse for begge, mens nysgjerrigheten og tilegnelsen av kunnskap knyttet til depresjon og psykiske lidelser, har økt med jobberfaring og praksisperioder.

1.2 Problemformulering

Vi har kommet frem til følgende problemstilling; Hvordan kan sykepleier bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon? Vi har valgt å legge

hovedfokus på voksne med depresjon, som er frivillig innlagt på psykiatrisk sengepost. Oppgaven er begrenset til innlagte pasienter som er i bedring, samarbeidsvillige og behandlingsmottagelige. Grunnen til at vi velger denne vinklingen er at nylig innlagte pasienter med alvorlig depresjon, mest sannsynlig vil være i behov av mer krevende behandling enn kun fysisk aktivitet alene. På grunnlag av alvorlighetsgradene, og at det er mange ulike psykiske sykdommer på en psykiatrisk avdeling, har vi valgt å fokusere kun på depresjon, spesifisert til mild og moderat depresjon.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon på psykiatrisk sengepost.

2.0 Teori

2.1 Depresjon

«Depresjon er en tilstand kjennetegnet av senket sinnsstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledesfølelse.» (Aarre, 2018, s. 136). Depresjon har flere kjennetegn, som kan påvirke individet negativt som; Søvnforstyrrelser, senket sinnsstemning, lav selvfølelse, nedsatt interesse, angst, redusert energi, lite matlyst og glededefølelse, fortvilelse og lite håp for fremtiden. Selvmordstanker kan også forekomme i forbindelse med depresjon. (Aarre, 2018). Utløsende årsaker til depresjon kan være traumatiske, vanskelige og stressende opplevelser, som for eksempel dødsfall i familien, økonomiske problemer eller samlivsbrudd. Det kan også skyldes genetiske og biologiske forhold, sosial ensomhet eller en utfordrende oppvekst. Sårbarhetsfaktoren og de utløsende årsakene vil variere fra individ til individ. (Helsenorge.no, 2021).

Depresjon og bipolar lidelse anses som hovedgruppene i det som defineres som affektive lidelser. Affektiv lidelse kjennetegnes av sykkelig endringer i stemningsleie, og depresjon er den aller vanligste psykiske lidelsen. Unipolar depresjon er en betegnelse for personer med depresjon, som ikke har maniske episoder (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Hummelvoll (2014) kan depresjon deles inn i mild, moderat og alvorlig depresjon. Ved forbigående mild depresjon har man ofte ingen problem med realitetsorientering, og pasienten er klar over det som skjer rundt seg. Man kan føle på nedtrykthet, tristhet og nedstemthet, som for eksempel dyp sorg etter tap av en nærstående person, samlivsbrudd eller andre kriser. Pasienten kan

ønske å trekke seg tilbake fra sosiale samlinger og aktiviteter, og tankeprosessen kan bli påvirket og ha negativ innvirkning på oppmerksomhet og konsentrasjon, i de tyngste periodene. (Hummelvoll, 2014, s.199).

Ved moderat depresjon kan pasienten ofte vise tegn til forvrengt virkelighetsoppfattelse. Man sliter med å skille hva som er virkelig og ikke, og kan trekke feilaktige konklusjoner i situasjoner. Svekket dømmekraft kan føre til mistolkninger, og for eksempel feilaktig tro at andre personer misliker dem eller har en negativ oppfatning av dem. Selve depresjonsfølelsen er sentral, og man sliter med å føle noen form for glede. Man sitter med en tomhetsfølelse, og at noe er galt med de essensielle behovene. Tankeprosessen er langsom, og konsentrasjonsevnen og fokuset er redusert. Man tilegner seg ofte et negativt selvbilde, trekker seg unna sosiale aktiviteter og har mange negative tanker om meningen med livet (Hummelvoll, 2014, s. 199-200).

2.2. Fysisk aktivitet

Folkehelseinstituttet (FHI) definerer fysisk aktivitet slik; «Fysisk aktivitet er definert som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå.» (Nystad, 2021). Menneskekroppen er skapt for å være i bevegelse. Man kan ofte tenke at trening kun innebærer hard fysisk aktivitet, men i hovedsak inkluderer det alle former for fysisk utfoldelse og kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur, som øker energiforbruket. Eksempler på fysisk aktivitet kan være håndball, fotball, turgåing, hagearbeid, trening på helsestudio osv (Nystad, 2021).

FHI anbefaler voksne å være fysisk aktive i 150 til 300 minutter hver uke, med en intensitet tilsvarende rask gange (Nystad, 2021). Kroppslig bevegelse kan være med på å øke livsgleden, og det fysiske og psykiske velværet. Ifølge Hummelvoll (2014) er det gjennomført solid dokumentasjon på at fysisk aktivitet og trening har en egenverdi i seg selv, og kan forbygge depresjon, spesielt mild og moderat. Å være i bevegelse og ha god fysisk helse er ikke bare gunstig for den fysiske helsen vår, men bidrar også til opplevelsen av en mer meningsfull hverdag, bedre selvfølelse, mer energi og velvære for mange. (Hummelvoll, 2014, s. 210).

Nyere forskning viser at fysisk aktivitet er en god behandlingsmetode når det gjelder depresjon. En studie basert på data fra HUNT-undersøkelse (Helseundersøkelsen i Nord-

Trøndelag), har sett på fysisk aktivitet som en beskyttelsesfaktor. Studien tyder på at all regelmessig trening uavhengig av intensitet, har en beskyttende og forbyggende effekt mot depresjon, spesielt mild og moderat. Resultatene tyder også på at trening kan ha like god effekt som farmalogisk og psykologisk behandling av deprimerte. Fysisk aktivitet kan derfor ses på som en virksom kognitiv atferdsterapi. Dette er en form for behandling, som rettes mot problemløsning og innsikten i sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger. (Lien, 2020). En behandling uten bivirkninger, og med lav kostnad for individet og samfunnet.

2.3. Mestring

I løpet av livet er det mange som opplever å befinne seg i vanskelige situasjoner, og man blir nødt til å utvikle metoder og strategier for å mestre de ulike problemene. Mestring er mye brukt i moderne psykologi, og betyr at en person klarer å håndtere utfordringer og oppgaver som vedkommende støter på i livet. For å takle de ulike utfordringene, er man avhengig av å utarbeide gode personlige mestringsstrategier og rutiner som passer hver enkelt. Det å måtte holde ut med en psykisk lidelse som påvirker ens liv i stor grad, er svært utmattende for mange og krever mestringsstrategi i seg selv. Dette kan medføre isolering, passivisering og motsettelse av helsehjelp, noe som gjør det vanskelig for dem å oppleve noen form for mestring og bedring. Alle mennesker har individuelle oppfatninger av en utfordring, det blir derfor viktig å finne mestringsstrategier som er tilpasset hvert enkelt individ (Hummelvoll, 2014).

Den deprimerte pasienten lider ofte av en følelse av meningsløshet, og å ha mistet kontrollen over sitt eget liv. Om noe oppleves meningsløst vil dette påvirke innsatsen av å makte og mestre utfordringene. Som sykepleier, i møte med pasienter som er i behov av hjelp til mestring, har man en viktig rolle ved å støtte og motivere den deprimerte til å holde ut, samt styrke følelsen og opplevelsen av kontroll og styring i livet. Sykepleier må ha tålmodighet, respekt og forståelse for situasjonen pasienten befinner seg i. Evne tilstedeværelse, og bidra til håp med en positiv innstilling til at lidelsen kan lindres og livssituasjonen kan mestres (Hummelvoll, 2014).

2.4 Salutogenese

«Salutogenese er læren om hva som gir god helse.» (Walseth & Malterud, 2004), og tar utgangspunkt i hva som gir individer økt velvære og mestring. Sosiologen Aaron Antonovsky

utviklet teorien om salutogenese, som en motsatsteori til patologien. Han ønsket å sette fokuset på hva som kan fremme helse, fremfor forebygging og behandling av sykdom, gjennom fokus på pasientens egne resurser og muligheter. Ikke på hva man ikke får til. (Walseth et al., 2004).

Som sykepleier møter man stadig pasienter i livssituasjoner berørt av trussel, endring og tap. I disse møtene blir et helsefremmende fokus avgjørende i forhold til at sykepleier hjelper pasienten å oppnå mestring av egen helse. Dette kan minske sjansen for sykdom og reduserer helseproblemer. Salutogenese fokuserer på faktorer som kan danne økt velvære, helse og mestring, uten å legge skjul på problemer og utfordringer som kan oppstå underveis. Antonovsky ønsker med sin teori å fremme fokuset rundt at en person ikke nødvendigvis er frisk eller syk, men at en opplevelse av sammenheng (OAS) er avgjørende for at personen kan beholde sin plass i et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. Hovedfokuset rettes med dette mot mestringsressurser (Lindström & Eriksson, 2015). Fysisk aktivitet er eksempel på en god mestringsstrategi, da pasienten kan oppleve mestring ved å se meningen gjennom selve aktiviteten.

2.5 Sykepleie-pasient-fellesskapet, Jan Kåre Hummelvoll

Vi har valgt å bruke Jan Kåre Hummelvoll sin teori for å belyse tema i oppgaven. Hummelvoll beskriver sin teori som eksistensiell og helhetlig, gjennom en humanistisk tenkning. Sykepleie-pasient-fellesskapet baserer seg på to mennesker som møtes som hele mennesker uavhengig av roller, og skaper en felles opplevelse. Møte mennesket i deres livsverden for å bli sett på som et fritt subjekt i deres eksistensielle situasjon, ved å kunne ta ansvar for egne valg og handlinger. Synet ses fra et sykepleieperspektiv, med mål om å forstå pasienten som mennesket bak lidelsen eller sykdom. Å la seg belære med evne til å kunne gå inn i et felles arbeidslandskap, med utgangspunkt i hva pasienten ønsker og har behov for (Hummelvoll, 2014).

Teorien til Hummelvoll (2014) tar utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming, som betyr å forstå pasientens subjektive erfaringer og aktuelle situasjon utfra hver enkeltes perspektiv. Hummelvoll har lite fokus på årsaksforklaring av pasientens handlinger, men heller hjelpe pasienten basert på personlige egenskaper. Han ønsker å belyse viktigheten av samarbeidet

mellom sykepleier og pasient, for å skape best mulig relasjonsbygging og kommunikasjon (Hummelvoll, 2014, s. 38).

I arbeid med psykiatriske pasienter spiller sykepleier-pasient-felleskap en sentral rolle i forhold til bedringsprosessen. Sykepleie-pasient-fellesskapet er delt inn i fire faser med karakteristiske kjennetegn; Forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. For at disse fasene skal ha effekt, avhenger det av at de utvikles på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet (Hummelvoll, 2014). For å besvare problemstillingen i forhold til innlagte psykiatriske pasienter med depresjon, vil det være hensiktsmessig å ta i bruk Hummelvoll (2014) sine fire faser som et rammeverk for arbeidet. Vi vil også ta i bruk Joyce Travelbee sitt syn på menneske-til-menneske forhold, i betydningen av å bruke seg selv terapeutisk ved hjelp av egne personlige egenskaper og interesser i samhandling med pasienten.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Bruk av forskningsmetode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å innhente data, og etterprøve kunnskap om gitte problemstillinger og fenomen. Innen forskning skiller man hovedsakelig mellom kvantitative og kvalitative data med tilsvarende metoder. En kombinasjon av disse benyttes også. Valg av metode avgjøres på bakgrunn av studienes hensikt (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18).

En kvantitativ tilnærming tar utgangspunkt i data som målbare enheter som tall, tabeller og gjennomsnitt. Resultatene har hensikt er å få en bred og representativ oversikt over forskningsområdet (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Ved kvalitativ tilnærming innhentes data basert på brukeropplevelser, tanker og meninger via samtale, tekst, bilde eller lyd. En slik fleksibilitet kan åpne for flere spørsmål som kan bidra til dypere og bredere forståelse av menneskelige fenomen. Resultatene fremkommer i form av deltakernes egne beskrivelser og opplevelser av det undersøkte fenomenet (Christoffersen et al, 2015, s. 19).

Svakheter ved kvantitativ metode kan være at man ikke har videre bakgrunnsinformasjon for svarene, og forsker tolker resultater etter egen forforståelse. Ved kvalitativ metode kan

pålitelighet være en utfordring da ingen andre forskere kan tolke informasjonen lik som annen kvalitativ forsker. På bakgrunn av dette kan overføringsverdien variere ved begge metoder (Christoffersen et al, 2015, s. 22 - 24).

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Valg av søkestrategi

Den svenske sykepleieforskeren Febe Friberg har formulert litteraturoversikt som metode hvor innsamling av data om problemstillinger og fenomen kan ta utgangspunkt i allerede publisert og anvendt forskning. Videre skiller hun mellom allmenn og integrativ litteraturoversikt. Begge metoder analyserer og sammenligner artikler. Resultater fra studier sammenlignes og sammenholdes, og man kan på denne måten få en oversikt over kunnskap innen et gitt kompetanseområde. Forskjellen er at i sistnevnte trekker man egne konklusjoner basert på resultatene. Sett i lys av det kan man gjenkjenne mønstre, og forstå hvordan informasjonen som fremkommer, henger sammen (Friberg, 2017, s.141).

Vår metodiske tilnærming i denne oppgaven baseres på Fribergs modell for integrativ litteraturoversikt. Vi har innhentet og gjennomgått publiserte artikler og studier som dekker vårt tema, fysisk aktivitet og depresjon. Basert på resultatene fra artikkelutvalget har vi skaffet en oversikt ut ifra systematisk analyse som kan besvare vår problemstilling hensiktsmessig (Friberg, 2017, s. 143).

3.2.2 Valg av databaser

For å finne relevant forskning benyttet vi databaser gjennom universitetet sine hjemmesider. Vi søkte i tilgjengelige databaser som Pubmed, Cinahl, Academic Search Ultimate, British Nursing Index, Cochrane library, Oria og Idunn. Disse inneholder relevant forskning relatert til sykepleie og temaet vårt. Etter å ha søkt i de ulike valgte vi artikler fra henholdsvis Pubmed, Idunn, Academic Search Ultimate og Oria. Med et bredt utvalg av databaser har man gode utsikter for best mulig grunnlag.

3.2.3 Valg av søkeord

Vi startet med et generelt søk for å skaffe en oversikt med søkeord som sykepleier, mestring, depresjon og fysisk aktivitet. Søket førte til mange artikler som omhandlet depresjon og trening, men ikke traff vinklingen av problemstillingen slik vi ønsket. Vi inkluderte norsk og

engelsk forskning for et bredt utvalg, og fire av fem artikler var publisert på engelsk. Engelske søkeord vi benyttet: exercise, depression, therapy, psychiatric, patient, nursing.

3.2.4 Valg av artikler

For å avgrense søket brukte vi eksklusjonskriterier som fagfelleverderte artikler publisert etter 2012 samt IMRaD – struktur. En slik standardisering av artikler bidrar til kvalitetssjekk i form av gyldighet og holdbarhet. (Dalland, 2012, s.79-80). Vi valgte å ikke ta hensyn til geografi i første omgang da dette kunne ekskludere artikler av interesse.

Vi ønsket derimot et størst mulig representativt utvalg, med fellestrekk og forskjeller for hvordan sykepleiere innenfor ulike helsevesener bruker fysisk aktivitet til å øke mestringsfølelse hos pasienter med depresjon. De valgte artiklene er hentet fra forskning gjort i Norge, Sverige, Danmark, Belgia, England, Spania og USA.

For videre kvalitetssjekk utførte vi et sekundærsøk på forfattere. Samtlige hadde utdanning i psykologi og sykepleie, og noen mastergrad blant annet innenfor rus og psykiatri. Flere forfattere på hver av de fem artiklene har andre fagfelleverderte, publiserte forskningsartikler. Dette forsterker vår tro på at artiklene bærer en akseptabel holdbarhet og kvalitet.

3.2 Analyse av artikler

Analysearbeidet av artiklene startet med å lese gjennom hensikt, resultater og konklusjon. Likheter og ulikheter ble sammenlignet for å se om helheten kan svare hensiktsmessig på vår problemstilling. En positiv konsekvens av dette er å kunne forklare artiklenes hovedtrekk, ifølge Friberg (Friberg, 2017, s.148). Drøfting og diskusjon av artiklenes funn tok utgangspunkt i om de hadde betydning for vår oppgave, samt hvilken grad. Basert på resultatene avgjorde vi om artiklene var relevant nok for oppgavens hensikt.

Videre leste vi gjennom artiklene flere ganger der vi vektla deres metode, teori, analysestrategi, formål og hensikt. Ved å gå fra en generell til en detaljert oversikt, kan vi sette sammen en ny helhet og kunnskap (Friberg, 2017, s. 149). Fremgangsmåten støtter vår integrative metode. For en god oversikt satte vi analysert data og resultater i tabell 1. Slik kommer hensikt og resultat tydelig frem.

4.0 Resultater

I tabellen under har vi kategorisert funn fra forskningsartiklene i hoved – og underkategorier. Vi presenterer inkluderte funn som svarer på problemstillingen vår: «Hvordan kan sykepleier bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon?»

Tabell 1: Oversikt over hovedkategori og underkategori

Hovedkategori	Underkategori
Fysisk aktivitet som del av behandling	<ul style="list-style-type: none">- Positiv effekt av regelmessig trening- Trening sammenlignet med andre behandlingsformer
Sykepleiers holdninger	<ul style="list-style-type: none">- Sykepleier som støttespiller
Mestring	<ul style="list-style-type: none">- Fysisk aktivitet bidrar til økt mestringsfølelse

Alle analyserte artikler viser at fysisk aktivitet som behandling har positiv effekt hos pasienter med depresjon (Nystrøm et al., 2015, Knapen et al., 2014, Grønnestad et al., 2013, Kvam et al., 2016, Esposito et al., 2011).

Inkluderte studier tyder på at blant annet sykepleiers holdninger kan påvirke pasienters gjennomføringsevne og mestringsfølelse relatert til fysisk aktivitet og mestring (Nystrøm et al., 2015, Esposito et al., 2011, Knapen et al., 2014, Grønnestad et al., 2013).

4.1 Fysisk aktivitet en del av behandling

4.1.1 Positiv effekt av regelmessig trening

Funn i studien til Nystrøm et al. (2015) fremhever viktigheten av å være generelt aktiv i hverdagen fremfor en spesifikk form for aktivitet. Studien viser at trening eller annen fysisk aktivitet har størst effekt om det gjøres regelmessig. Anbefalt mengde fysisk aktivitet i behandling av depresjon er minst 30 min 3 ganger i uken. Studien viser at fysisk aktivitet er en behandling som har fått stor interesse, og generert god forskning. Ytterligere funn viser at fysisk aktivitet øker kondisjon, kognitiv funksjon og velvære, samt har en forebyggende effekt på mentale og fysiske forhold og lidelser som angst og depresjon. (Nystrøm et al., 2015).

I studien til Knapen et al. (2014) blir fysisk trening presentert som sammenlignbar med antidepressiv medikament og psykoterapi ved mild og moderat depresjon. Studien tyder på at næringsfattig kosthold og mangel på fysisk aktivitet har en betydningsfull rolle i utvikling og behandling av depresjon. Det påvirker kroppens fysiologi sett i sammenheng med depresjon og psykiske lidelser (Knapen et al, 2014). Deltakerne i studien til Grønnestad et al (2013) rapporterte også positive forandringer i kroppen relatert til fysisk aktivitet, noe følgende sitat sier noe om:

«...Før var jeg veldig lutrygget, mens nå er jeg rakere og senker skuldrene litt mer enn jeg gjorde før, klarer å slappe mer av» (Grønnestad et al., 2013).

Ytterligere funn fra studien tyder på at mestring gir bedre selvtillit. Dette beskriver en deltaker i følgende sitat:

«Har merket at jeg ikke er så redd lenger. har blitt mer tøff. Å gå turer alene i mørket. Det har jeg merket at jeg ikke har den angsten; «kommer det noen bak meg?» ...Har bedre selvtillit». (Grønnestad et al., 2013).

Basert på alle 23 studier i artikkelen til Kvam et al., (2016) fant man en reduksjon av symptomer relatert til depresjon etter behandling, som viste en betydningsfull stor effekt av fysisk aktivitet (Kvam et al., 2016, s. 67-86). Sammenlignet med ingen behandling viser studien at fysisk aktivitet har positiv effekt (Kvam et al., 2016). Studien til Esposito et al. (2011) støtter også dette. Studien viser at eksperter anbefaler 30 minutter med fysisk aktivitet med moderat intensitet de fleste dager i uken (Esposito et al., 2011).

4.1.2 Trening sammenlignet med andre behandlingsformer

Studien til Knapen et al. (2014) viser at fysisk aktivitet som behandling ved mild til moderat depresjon, kan ha tilsvarende effekt som klassisk behandling med legemidler og kognitiv terapi (Knapen, et al., 2014).

I studien til Kvam et al. (2016) fremkommer det at trening alene hadde liten effekt sidestilt med psykologisk behandling og antidepressiv medikament. Studien viser derimot at trening i tillegg til behandling med antidepressiv medikament, ga en moderat effekt. Å være fysisk aktiv fremfor ingen fysisk aktivitet viser en betydningsfull effekt (Kvam et al., 2016).

Hovedanalysen indikerer at trening som behandling for unipolar depresjon, har moderat til stor effekt sammenlignet med kontrollforhold. Kontrollforholdene her spenner fra venteliste til valg av behandling mot depresjon, som kognitiv atferdsterapi eller medisinerer (Kvam et al., 2016). Dermed kan trening tjene som et alternativ for pasienter som ikke svarer på den gitte behandlingen, pasienter som venter på behandling, eller de som av ulike årsaker ikke mottar eller ønsker tradisjonell behandling (Kvam et al., 2016).

4.2 Sykepleier som støttespiller

4.2.1 Sykepleiers holdninger

Studien til Nystrøm et al. (2015) tyder på at sykepleiere bør komme i posisjon til å drøfte ulike former for fysisk aktivitet med pasienten. Dette for å tilpasse aktiviteten til den enkelte, og skape varig endring gjennom kartlegging av pasientens ønsker og mål (Nystrøm et al., 2015).

Studien til Esposito et al. (2011) fokuserer på forholdet mellom sykepleieres tro på fordeler rundt fysisk aktivitet og trening, deres treningsatferd, samt deres anbefalinger om fysisk aktivitet som en helsefremmende del av en behandlingsplan (Esposito et al., 2011). Det fremkommer at man som sykepleier har større sannsynlighet for å være og opptre som en positiv rollemodell for pasienter, om man selv har et sunt og helsefremmende perspektiv. Det å ha en personlig tillit til fordelene med fysisk aktivitet, viser en klar sammenheng mellom sykepleiers anbefalinger om regelmessig fysisk aktivitet gitt til pasientene (Esposito et al., 2011).

Videre i studien ble variabelen "anbefaling av regelmessig trening til pasienter" vurdert ved hjelp av to uttalelser, designet for å fange opp et annet aspekt av pasientundervisningen. Uttalelsen «Jeg anbefaler regelmessig trening til pasienter for helsefremming», ble brukt til å vurdere anbefaling om helsefremmende trening. Den andre uttalelsen «Jeg anbefaler trening til pasientene mine som en del av deres behandlingsplan for tilstanden», ble brukt til å bestemme anbefaling om trening som en del av en behandlingsplan. Svaret på uttalelsene om undervisning i helsefremmende trening, og undervisningsøvelse som en del av en behandlingsplan, ble scoret på en 1-10 responsskala. 1 representerer en svak respons og 10 representerer en sterk respons. Resultatet indikerte et positivt forhold med et gjennomsnitt på 7 (Esposito et al., 2011).

4.3 Mestring

4.3.1 Fysisk aktivitet bidrar til økt mestringsfølelse

I studien til Nystrøm et al. (2015) fremkommer det at flere forskere har frarådet å sette strenge krav til aktivitet i forhold til intensitet, varighet og frekvens. Dette begrunnes med at man oppnår motsatt av ønsket effekt - at fysisk aktivitet blir et område de heller ikke mestrer. Fordi inaktivitet henger tett sammen med depresjon, kan all form for aktivitet utgjøre forskjell og bidra til mestring (Nystrøm et al., 2015). Studien tyder på at det ikke er det fysiske treningselementet ved fysisk aktivitet som har størst effekt på depresjon, men snarere andre konsekvenser av det. Blant forklaringene som tilbys er økt selvtillit, forbedrede mestringsferdigheter og sterkere sosial støtte (Nystrøm et al., 2015). Resultatene tyder også på at styrt aktivitet, som gruppetrening eller lagidrett, øker sannsynligheten for et vellykket resultat. Dette for å holde pasientens motivasjon oppe, heller enn å redusere symptomer på depresjon (Nystrøm et al., 2015).

I studien til Knapen et al. (2014) fremkommer det at konsekvenser av depresjon, som lite motivasjon og interesse samt lav gjennomføringsevne, påvirker pasientenes deltakelse i fysisk aktivitet. Studien tyder på at motivasjonsstrategier innen trening bør implementeres for å styrke pasientens gjennomføringsevne (Knapen et al., 2014). Studier innen metaanalysene viser at fysisk trening bidrar til økt selvtillit og livskvalitet, samt forbedre mestringsstrategier i forhold til stress og sosialt samvær. Det viser også økt selvstendighet og livskvalitet i hverdagslige gjøremål (Knapen et al., 2014). Funn i studien tyder også på at pasienter har ulike hindere som må kartlegges for å få det bedre med seg selv. Artikkelen tar for seg ulike løsningsstrategier for hindrene, og at disse strategiene kan baseres på prinsippene om motiverende intervju. Forskerne anbefaler tette samarbeid med pasienten, hvor den enkeltes hindre kartlegges (Knapen et al., 2014).

Studien til Grønnestad et al. (2013) viser at deltagerne taklet utfordringer på ulike måter gjennom karatetreningen, og at det bidro til trygghet, mestring og bedre selvfølelse. Funn tyder på at depresjonen tok fra dem opplevelsen av mestring, og førte til redusert selvfølelse. At deltakerne har en strukturert form for trening, kan bidra ytterligere til økt mestringsfølelse. For at det skal ha hensikt å utfordre dem og krysse grenser, er det viktig at aktiviteten oppleves som meningsfull. Resultatene tyder på at fysisk aktivitet hadde en positiv effekt på personenes trygghet, og at de taklet ulike utfordringer på en bedre og annerledes måte enn tidligere (Grønnestad, 2013). Dette kommer frem i følgende sitat:

«Du føler deg liksom mer trygg, at du mestrer noe og at du får god trim. Bare det jeg føler for å gå turer nå og få enda mer trim, samt at du gjør noe som kroppen har godt av» (Grønnestad et al., 2013).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I vårt analysearbeid med artiklene har vi hatt fokus på det vi mener er relevant for vår problemstilling. Dette innebærer en risiko for å tolke innhold ut av den opprinnelige konteksten. Vår fremstilling av forskningsresultatet kan også ha blitt påvirket av egne holdninger, forforståelse, og erfaringer relatert til oppgavens tema (Friberg, 2017, s.168). Utvalgte artikler kan gi systematiske skjevheter, og kan påvirke resultatene. Fire av fem artikler er publisert på engelsk, og i oversettelsen kan innhold blitt feiltolket og misoppfattet.

Artiklene baserer seg på studier gjort i land der man kan anta at de har helsesystemer tilsvarende som i Norge. Vi har inkludert forskning utført i Norge og skandinaviske land, USA, Spania og Belgia. Dette kan representere et bredt geografisk utvalg av oppfatninger rundt fysisk aktivitet og mestring, knyttet til behandling av depresjon. Det geografiske utvalget kan også gi rom for et ukorrekt resultat, basert på forskjeller i helsesystemene.

Forskning er ferskvare, og man anbefales på dette grunnlag å ikke benytte artikler eldre enn 10 år. En av våre artikler som handler om sykepleiers holdninger, er derimot publisert juli 2011. Med Covid-19 tatt i betraktning har vi vurdert den som holdbar da den traff vår problemstilling hensiktsmessig hva angår sykepleierperspektivet- og holdninger. Det kan tenkes at forskning de to siste årene har vært en utfordring, og redusert med tanke på pandemien.

Alle valgte artikler viste at fysisk aktivitet har effekt som behandling av depresjon (Nystrøm et al., 2015, Knapen et al., 2014, Kvam et al., 2016 & Grønnestad et al., 2013). Sykepleierperspektivet i oppgaven ble hovedsakelig ivaretatt av artiklene til Esposito et al. (2011) & Kvam et al. (2016).

Funn fra studien til Nystrøm et al. (2015) baserer seg på 12 studier av kvantitativ metode. I 11 av de 12 inkluderte studiene, ble deltakerne diagnostisert ut i fra et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser utgitt av den amerikanske psykiaterforening; Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Deltagerne er mellom 12 og 84 år, noe som gjør at det kan bli et skjevt gjennomsnittssvar i og med at vårt fokus er på voksne (Nystrøm et al., 2015).

I studien til Knapen et al. (2014) ble fire metanalyser av kvantitativ metode analysert. Her presenterte forskerne utdrag fra studier i et eget resultat. Resultater kan misoppfattes når det blir overført til egen fremstilling. Alle 39 studier måtte inkludere voksne diagnostisert med en depresjon, og den fysiske aktiviteten som ble utført måtte passe til kriterier for å sikre at den oppfylte en definisjon av "trening". Totalt 2326 deltakere ble inkludert i den systematiske oversikten. Det innebærer en risiko for at individuelle definisjoner av «trening» kan påvirke hvordan deltakerne definerer spørsmålene.

I studien til Kvam et al. (2016) baserer resultatene seg på 23 studier og 977 deltakere av kvantitativ metode. Alle deltakerne var 18 år eller eldre, av begge kjønn og med en diagnose av unipolar depresjon definert av overnevnte klassifikasjonssystem; Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Noen av studiene inkluderte en liten del av deltakerne diagnostisert med kronisk senket stemningsleie, men som ikke er alvorlig nok til og defineres som depresjon (dysthymi). Dette kan påvirke validiteten til forskningsresultatet.

I studien til Grønnestad et al. (2013) ble 8 kandidater intervjuet. Kriterier var blant annet at de skulle være i en stabil fase, slik at de fungerer under fokusgruppeintervju, med evne til å uttrykke seg. Deltakerne hadde ulike psykiske lidelser, og dette kan dermed redusere validiteten av resultatene sett i sammenheng med vår problemstilling. Ved kvalitativ metode må man ta høyde for at deltakerne kan unngå å uttrykke egne meninger, og i større grad si det de tenker.

Funn fra studien til Esposito et al. (2011) baserer seg på utfylte spørreskjema fra 112 sykepleiere på et sykehus i New York, av kvantitativ metode. Alle jobbet på avdelinger hvor helsefremming var i fokus. Det er sannsynlig at resultatene fra denne studien kun representerer det respektive sykehus sine holdninger, og en mulighet for at det ikke er representativt under forhold på andre sykehus.

Siden vår oppgaven er en litteraturstudie, som baserer seg på andres litteratur, er det viktig å henvise korrekt slik at forfatterne krediteres for sitt arbeid. Dette er noe vi er svært bevisst på å etterstrebe. I eksempler fra praksis som vi presenterer senere i oppgaven har vi anonymisert, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne pasienter. Dette ifølge lov om taushetsplikt, som sier at helsepersonell skal forhindre at andre får kjennskap til opplysninger om folks sykdoms- eller andre personlige forhold som de får vite om gjennom sitt arbeid som helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til økt mestring, ved å fremme fysisk aktivitet i behandling av depresjon hos voksne ved en psykiatrisk sengepost. Vi vil i denne delen diktere funn fra valgte artikler, teori, egne erfaringer og refleksjon fra praksis for å besvare problemstillingen: Hvordan kan sykepleier bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon?

5.2.1 Fysisk aktivitet bidrar til økt mestring

Den vitenskapelige artikkelen av Grønnestad et al. (2013), er en kvalitativ studie hvor det undersøkes hvilken effekt deltakelse i et kurs i karate og sosial ferdighetstrening, kan ha på selvfølelsen til personer med psykiske lidelser. Studien viser at denne formen for fysisk aktivitet har positiv effekt på opplevelsen av økt selvfølelse og mestring, og minske skamfølelse. Ved å delta på aktiviteter man mestrer og interesserer seg for, øker motivasjonen til å fortsette med aktiviteten. Ifølge Hummelvoll (2014) er det godt dokumentert at fysisk aktivitet og bevegelse ikke bare er i favør fysisk helse, men at det kan gi bedre selvfølelse, meningsfull hverdag og økt energi for mange. Derfor er det viktig å finne mestringsstrategier innen fysisk aktivitet som er tilpasset hver enkelt pasient (Hummelvoll, 2014). Funn i studien til Grønnestad et al (2013) sier noe om hvilke aktiviteter som bidrar til mest motivasjon og glede, som vil variere fra individ til individ med bakgrunn i interesser, alder, mosjonsvaner osv. Alle er i behov av å få individualiserte tilbud (Grønnestad, et al., 2013).

Under utførelse av ulike former for fysisk aktivitet må det vurderes om aktiviteten er god eller dårlig, betydningsfull og gunstig. Som sykepleier er man nødt til å «trå» varsomt, og starte i det små. Det er viktig at man i starten anbefaler og hjelper pasienten gjennom utvalgte aktiviteter det er sannsynlig at de mestrer. Dette kan øke sannsynligheten for positive

opplevelser av aktiviteten, som igjen kan føre til positiv effekt på opplevelsen, samholdet, mestringen, motivasjonen og selvfølelsen (Hummelvoll, 2014). Dette kommer til syne i studien til Grønnestad og Vevatne (2013); «Samtlige av deltagerne viste til økt selvfølelse, redusert skamfølelse, sterkere identitetsfølelse og økt mestring i hverdagen.» (Grønnestad, et al., 2013).

Deltakeren i studien til Grønnestad et al (2013) rapporterte økt følelse av tilhørighet og samhold, og at fysisk aktivitet har stor sosial betydning, noe følgende sitater sier noe om; «Du har et samhold her som gjorde at vi skulle klare det alle sammen.» «For meg har det hatt stor betydning i sosiale sammenhenger» (Grønnestad et al., 2013). Felleskap og samhold kan være positive faktorer som følge av det å drive fysisk aktivitet. Dette er svært viktig hos deprimerte pasienter, da denne pasientgruppen kan ha store sosiale utfordringer. Deprimerte tar ofte avstand fra sosiale settinger, og dette kan ha stor negativ innvirkning på motivasjon i fysisk aktivitet. Funn fra studien til Grønnestad og Vevatne (2013) tyder på at fysisk aktivitet hadde en positiv effekt på opplevelsen av trygghet, og at de taklet ulike utfordringer på en bedre og annerledes måte enn tidligere (Grønnestad et al., 2013).

Deprimerte pasienter kan oppleve ulike utfordringer i oppstartsfasen av fysisk aktivitet, slik studien til Knapen et al. (2014) tyder på. Her fokuserer forskerne på at motivasjonsstrategier som utarbeides for mennesker med depresjon, bør ha ulikt utgangspunkt enn for friske mennesker. Fordi depresjon har en del signifikante trekk, som svekket motivasjon, redusert selvfølelse og interesse. Salutogenese fokuserer på mestringsressurser, og forbindelsen mellom mestring, helse og den enkeltes opplevelsen av sammenheng (Lindström & Eriksson, 2015). Funnene i studien til Knapen et al. (2014) tyder på faktorer som kan ha innvirkning på den deprimerte pasients engasjement, når det gjelder fysisk aktivitet. Motivasjonsstrategiene bør inkluderes i treningsintervensjoner for bedre og opprettholde pasientens motivasjon og langsiktige opprettholdelse av fysisk aktivitet (Knapen et al., 2014).

5.2.2 Sykepleier som støttespiller

Ifølge Norsk sykepleierforbund skal man som sykepleier fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016). På bakgrunn av dette spiller sykepleiere en avgjørende rolle i helsevesenet vårt. Oppstart av fysisk aktivitet fører ofte til endring av levevaner. Dette kan føre til ulike utfordringer hos pasienter med depresjon. Det kan i starten være utfordrende å lære om sunn atferd. Sykepleier har en viktig rolle som støttespiller og motivator, noe som

kan oppnås gjennom godt relasjonsarbeid og en salutogen tilnærming. En del av dette arbeidet er å bli godt kjent med pasienten, særlig i oppstart av noe nytt. Det er nødvendig å kjenne til deprimertes sykdomsbildet, blant annet i forhold til manglende motivasjon. Det krever tid og engasjement fra sykepleieren å bygge en god og trygg relasjon med pasienten (Hummelvoll, 2014).

Som sykepleier har man en viktig rolle som støttespiller i prosesserer hvor pasienten føler utfordringer. Oppgaven kan være å støtte pasienten, og lede de bort fra feiltolkende stimuli som kan oppstå hos deprimerte. Feiltolkninger som kan oppstå i forbindelse med fysisk aktivitet kan være frykt for hjerte- og lungeproblemer, grunnet økende puls og pust (Martinsen, 2018). Annet eksempel kan være stølhet eller muskelømhet, etter utført fysisk aktivitet. Det blir derfor viktig at sykepleier har tett dialog med pasienten, og forklarer at dette er normalt etter fysisk aktivitet man ikke pleier å utføre, og at dette er et sunt og normalt tegn på dannelsen av muskelvekt.

Hummelvoll sin teori om sykepleier-pasient-felleskap er inndelt i fire faser.

Forberedelsesfasen er den første fasen, som omhandler nødvendigheten av at sykepleier legger til rette for aktiviteter som ikke er for arbeidskrevende og avanserte, slik at pasient har større sjans for å lykkes. Om dette overholdes, er det gode muligheter for å oppnå økt selvsikkerhet, selvfølelse, mestring og fremtidig håp. Hummelvoll uttrykker at både erfarne og uerfarne sykepleiere trenger forberedelse. Han fokuserer på viktigheten av å stoppe opp og stille spørsmål angående egen oppfatning av psykiske lidelser og mennesket bak dem (Hummelvoll, 2014).

Det salutogene perspektivet tilstreber et skreddersydd behandlingsopplegg, med fokus på å redusere pasientens hindre og styrke de eksterne og interne ressursene. Samt fremme selvfølelse og mestring for å gi velvære (Langeland, 2009). I studien til Nyström et al (2015) argumenterer forskerne for at sykepleiere bør drøfte forskjellige typer av fysisk aktivitet med pasienten. Ved å gjøre dette kan man oppnå at aktiviteten best mulig tilpasses hver enkelt pasients målsettinger, hensikt og ønsker. Dette kan også øke sjansen for at aktiviteten opprettholdes som en varig endring (Nyström et al., 2015). Dette kan gjelde alle mulige former for aktiviteter hver enkelt ønsker eller interessere seg for. Eksempler kan være håndball, fotball, jogging og turgåing til mindre anstrengende aktiviteter som golf og rolige spaserter. Lagidretter kan spesielt øke følelsen av felleskap og tilhørighet for pasienten.

Den andre fasen er orienteringsfasen, med hovedfokus på å bygge en relasjon med pasienten. Denne fasen dannes den terapeutiske relasjonen og samspillet (Hummelvoll, 2014). Det første møtet avhenger av at sykepleier møter pasienten med åpenhet og respekt, slik at en føler seg komfortabel og sett. Hvordan man gjør dette er opp til hver enkelt, men etter egen erfaring kan det være lønnsomt og ta utgangspunkt i noe en har til felles med pasienten. Dette kan være interesser eller temaer som gjør at pasienten får en følelse av å bety noe, og en gjensidig respekt. I orienteringsfasen ønsker man å danne seg et bilde av pasienten, personlighetstrekk, tanker, følelser, utfordringer og behov. Videre ønsker man å fremme pasientens ressurser, og hvordan disse kan brukes for å oppnå mestringsfølelse. Selv om depressive pasienter kan føle seg hjelpeløse, har alle sine unike ressurser. En bevisstgjøring omkring egne ressurser er avgjørende for å oppnå mestringsfølelse. Dette oppnår sykepleier gjennom å lytte både til pasientens verbale og nonverbale språk, og vise respekt for den andres meninger og opplevelser uansett (Hummelvoll, 2014, s. 210).

Gjennom opparbeidelse av gjensidig tillit og respekt mellom pasient og sykepleier, skapes grunnlaget for formidling av råd og veiledning om helsefremmende atferd og fysisk aktivitet. Sykepleier bør informere pasient om fordeler ved mosjon, og sette fokus på løsninger som er tilpasset den enkelte pasientens mål. Informasjon om fordelene ved å drive fysisk aktivitet, vil sannsynligvis ha positiv effekt på pasienten. Studien til Knapen et al. (2014) undersøker en slik helsefremmende tilnærming. Forskerne ønsker å undersøke om det er lønnsomt å gi pasienten informasjon om de fysiske og psykiske fordelene ved regelmessig trening (Knapen et al., 2014)

I den tredje fasen kalt arbeidsfasen, skal sykepleier og pasient jobbe sammen for å øke pasientens selvinnsett. Det vil si at man har forståelse for og erkjenner egne utfordringer, og måter å håndtere disse på. Innsikt må gjøres om til handling for å kunne bli en del av pasientens erfaring. Da kan pasienten evne å kartlegge egne ressurser og muligheter. Det er viktig at det som blir snakket om og gjort i arbeidsfasen, evalueres med pasienten i ettertid. Nye aktiviteter kan føre til nye utfordringer. Dette kan igjen føre til vekst og progresjon ved å prøve og feile, for så å oppnå mestring (Hummelvoll, 2014, s. 436). Av erfaring bør man sette seg ned sammen med pasienten etter utført aktivitet, og sjekke ut deres opplevelse av situasjonen. At pasienten kartlegger og setter ord på sine opplevelser og tanker, kan være svært hensiktsmessig i forhold til utarbeidelse av gode tilnæringsmåter. Eksempelvis kan pasienten føre logg.

Når man har oppnådd et godt samspill med pasienten, vil det være naturlig å legge fokuset på fysisk aktivitet som en del av behandlingen. I den siste fasen, avslutningsfasen, bør det fokuseres på hva pasienten har fått ut av samarbeidet, og videre mål for å kunne fungere selvstendig i hverdagen (Hummelvoll, 2014). Første skritt kan være økning av aktiviteter i hverdagen, som turgåing. Det er noe folk flest kan gjøre uavhengig av fysisk nivå (Martinsen, 2018, s. 166). Som sykepleier kan man føle at man «presser» og «maser» på pasienten ved å spørre eller tilby dem aktiviteter som tur gjentatte ganger. Av erfaring fra psykiatrisk praksis har «maset» noen ganger hatt positiv effekt, og pasienten har satt pris på at noen bryr seg. Samtalen flytter lettere ute på tur, kontra inne på institusjonen. Dette har en relasjonsbyggende effekt, som kan føre til at pasienten blir mer mottagelig for hjelp og videre motivasjon.

I boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie», skriver Joyce Travelbee om et menneske-til-menneske forhold. Hun tar for seg viktigheten av det å bruke seg selv terapeutisk. «En profesjonell sykepleiepraktiker må ha fagkunnskaper og evne til å anvende denne kunnskapen i praksis. Hun må ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk, noe som igjen krever at hun har god innsikt i det å være menneske.» (Travelbee, 1999). Det å bruke seg selv terapeutisk er kjennetegnet på en profesjonell sykepleier. En motiverende og tilstedeværende sykepleier, som legger til rette for fysisk aktivitet med fokus på mestring og læring, som selv tar del i aktiviteten. Slik kan man ha større sannsynlighet for å oppnå motiverte pasienter. Hovedmålet er å skape en ønsket endring hos pasienten. Sykepleieren bør ha positiv innstilling, faglig kunnskap og mestre ulike motivasjonsstrategier (Travelbee, 1999).

For at man som sykepleier skal kunne videreføre kunnskap omkring viktigheten av regelmessig fysisk aktivitet, er man selv nødt til å inneha kunnskaper og erfaringer om dette. Det er avgjørende med god pedagogisk tilnærming, med mål om at pasienten skal oppleve mestring, glede, motivasjon, et bedre selvbilde og trygghet. Man må se hele mennesket, og ivareta kropp, ånd og sjel i det psykiske helsearbeidet (Aarre, 2018). Vi er selv opptatt av å være fysisk aktive, og på grunnlag av dette har det flere ganger falt naturlig å fremstille fysisk aktivitet og trening som noe positivt i møte med pasienter. Ved å ha et sunt og godt forhold til fysisk aktivitet og helse som sykepleier, ved en psykiatrisk sengepost, er det større sannsynlighet for at vår innstilling «smitter» over på pasientene.

Deprimerte pasienter kan slite med håpløshet og lav selvtillit. Sykepleieren har en forbyggende og helsefremmende funksjon, som omfatter å fremme helse og støtte pasientens

ressurser. Det er derfor viktig å skape en sterk terapeutisk relasjon med pasienten. Man bør begynne å hjelpe pasienten med de mest krevende problemene, da fremgang vil motivere både sykepleier og pasient i det videre arbeidet. En individuell plan og grundig diskusjon av målene for innstasen, er nødvendig å prioritere. Det blir lagt mye fokus på viktigheten av sykepleiers rolle i å opptre støttende, og ha en sunn og helsefremmende fremtreden i den vitenskapelige artikkelen til Esposito og Fitzpatrick (2011). Studien viser at sykepleiere med slike holdninger, har større sannsynlighet for å ha positiv innvirkning på pasientene, og fremstå som gode rollemodeller når det gjelder fysisk aktivitet. Å ha et sunt forhold til fysisk aktivitet og tro på fordelene med trening, har en klar og tydelig sammenheng med et godt resultat (Esposito & Fitzpatrick, 2011).

5.2.3 Fysisk aktivitet som behandling av depresjon

I Folkehelsemeldingen fra 2015 angående mestring og motivasjon ønsker Regjeringen å iverksette ulike tiltak som kan legge mer til rette for fysisk aktivitet for befolkningen. Det blir blant annet skrevet at ulike former for fysisk aktivitet kan virke forbyggende i behandling av depresjon; «fysisk aktivitet skal vektlegges mer i forebygging, behandling og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Det er god dokumentasjon for at fysisk aktivitet er viktig i forebygging og behandling av depresjon og angst.» (Regjeringen, 2014-2015). Meta-analysen til Kvam et al. (2016) støtter Folkehelsemeldingen. I studien fremkommer det at fysisk aktivitet har god effekt på mild og moderat depresjon, på samme måte som medikamentell behandling og kognitiv terapi. Studien har også andre interessante funn, som sammenligning av fysisk aktivitet og ingen behandling. Dette resulterte i store ulikheter, til fordel for fysisk aktivitet som viste å ha betydelig effekt på depresjon (Kvam et al., 2016). Det kan se ut til at fysisk aktivitet og trening har positiv innvirkning på depresjon, men at det ikke er implementert som en anerkjent og akseptabel behandling.

Mange deprimerte som ikke har drevet noen form for fysisk aktivitet tidligere, kan oppleve oppstartsfasen som tung og utfordrende. Man bør spille mest på de ytre motivasjonene i startfasen som mer energi og helsemessige goder. Slik kan pasienten over tid føle på gleden av mestring og ønske å drive fysisk aktivitet (indre motivasjon), uten å tvinge eller diskriminere. Studien til Knapen et al. (2014) tar for seg ulike løsningsstrategier for ulike barrierer. Utarbeidelse av en prioriteringsliste med fordeler og ulemper ved å delta på fysisk aktivitet, kan være hensiktsmessig. Man bør ha tett samarbeid med pasienten under

utarbeidelsen, og fokusere på faktorer som validering, oppmuntring, empati og ros i faser hvor pasienten føler på ambivalens, og tviler på egen evne til å oppnå endring og mestring (Knapen, et al., 2014).

Vi tenker at utarbeidelse av en prioriteringsliste kan være en god måte for pasienten å styrke egen refleksjon rundt temaet på. Videre kan sykepleier og pasienten sammen bagatellisere og nøytralisere hindrene ved å sette ord på dem, og etterhvert eliminere de. Trening bør bli en vane, og alt som blir en vane for oss mennesker er lettere å opprettholde. Tiden en bruker på dette vil være individuelt, og vi mener derfor at det er svært viktig med individuell behandling og se hver pasient som fullverdige enkeltindivider.

Medikamentell behandling av depresjon har tidligere vist seg å ha bivirkninger som vanskeliggjorde utførelsen av fysisk aktivitet, som økt svetteproduksjon og pulsfrekvens, hypotensjon eller hypertensjon. I dag har antidepressiva færre bivirkninger, og påvirker ikke den fysiske treningen i like stor grad. Dette tenker vi gjør det enklere å nyttiggjøre fysisk aktivitet i behandling av depresjon. Studien til Knapen et al. (2014) viser at fysisk aktivitet har en betydelig rolle til den klassiske behandling av depresjon (Knapen, et al., 2014).

Våre erfaringer fra jobb og praksis er at det fysiske aktivitetsnivået er ulikt på institusjonene, og i hvilken grad det er tatt med i behandlingen av depresjon. Selv har vi opplevd bedring av pasienters stemningsleie ved utførelse av fysisk aktivitet. Blant annet ved turgåing hvor man kommer seg ut fra institusjonen, og enklere flytter fokus bort fra sykdommen og negative tanker. Både ledelsen og helsepersonell generelt, tenker vi bør ha et mer åpent sinn til inkludering av fysisk aktivitet i behandlingsforløpet. Fysisk aktivitet bør aksepteres som en god og strukturert del av behandlingen av psykiske lidelser.

6.0 Anvendelse i praksis

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til økt mestring og fremme fysisk aktivitet i behandling av depresjon hos voksne på en psykiatrisk sengepost. Basert på funn i litteraturoversikten og egne erfaringer har vi formulert noen forslag til anvendelse i praksis.

Funn fra litteraturoversikten vår viser at fysisk aktivitet har positiv effekt som behandling av depresjon. Særlig effekt har den sammen med andre behandlingsformer, hvor det vises til resultater som er sammenlignbare med de klassiske behandlingsformene. Funn tyder på at ulike former for fysisk aktivitet er bra, fremfor spesifikke aktiviteter. Trening og aktiviteter tilpasset pasientens behov, kan gi økt mestring og øke livskvaliteten. Ytterligere funn viser at depresjonens konsekvenser som lav selvtillit og gjennomføringsevne oppleves som barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet. Dermed mener vi at en individuell tilnærming er i favør pasienten. Ved å kartlegge pasientens forståelse for egen situasjon, kan man sammen finne gode løsninger, som trening i grupper eller selvstendig.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått økt forståelse for betydningen av relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Fokuset i sykepleier- pasient- fellesskapet er at sykepleier og pasient får en felles oppfatning av pasientens situasjon som to likeverdige mennesker. I en studie fremkommer det at sykepleiere som tror på effekten av fysisk aktivitet, har større sjans til å være gode støttespillere som kan påvirke pasienter positivt. Kunnskap hos sykepleier har direkte innvirkning på sykepleierens anbefalinger om trening til pasienter, og kan støtte hver enkelt pasient ut ifra ønsker, behov og mål. Eksempelvis kan prioriteringsliste og loggføring, som tidligere nevnt, være gode tiltak.

For at fysisk aktivitet skal lykkes som en implementert behandlingsform på institusjon, mener vi at det vil det kreve endringer på systemnivå. Med støtte og tilretteleggelse fra ledelsen er det bedre utsikter for at fysisk aktivitet anerkjennes som behandling (Martinsen, 2018, s.165-166). Vi mener at tiltak kan være personell som har fysisk aktivitet som sitt hovedfokus, med fortrinnsvis kunnskap om depresjon og mestringsstrategier. Dette er noe vi har erfaring med fra jobb på psykiatrisk sengepost. Aktivitetspsykologisk rådgiver sitt hovedfokus er å aktivisere pasienter både alene og i grupper. Dette viser seg å ha god effekt etter tilbakemelding fra pasienter.

Ved å igangsette disse tiltakene mener vi at sykepleiere har et bedre grunnlag for å bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon på psykiatrisk sengepost. Vi tror at videre forskning på dette temaet kan avdekke mangler slik at man kan skaffe seg mer god og riktig kompetanse. Dette kan føre til at fysisk aktivitet i større grad anerkjennes som en behandlingsform, og bidrar til å forhindre depresjon samt redusere tilbakefall.

Litteraturliste

Aarre, T, F. (2018). *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. E. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Esposito, E. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011, juli 22). *Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise*. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2011.01951.x>

Friberg, F. (Red). (2017). *Dags för uppsats*. (3.utg). Lund: Studentlitteratur AB

Grønnestad, T. & Vevatne K. (2013). *Karate som virkemiddel i bedringsprosessen – Hvordan påvirker karate og sosial ferdighetstrening selvfølelsen til personer med psykiske lidelser?* Hentet fra: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1892-2686-2013-01-05>

Helsedirektoratet (2016). *Affektiv lidelse (P73)* Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 12. mai 2017).

Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/psykisk-p/affektiv-lidelse-p73>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.

Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-fordiagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsenorge.no (2021, 9.mars). Depresjon hos voksne.

Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kandidatnummer: 5126 + 5294

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

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

Kvam, H., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. & Hovland, A. (2016). *Exercise as a treatment for depression: A meta analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67-86.

Hentet fra: [https://www.sciencedirect-com.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S0165032715314221](https://www.sciencedirect.com.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S0165032715314221)

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse.

Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>

Lien, M. (2020, 19.mars). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser.

Hentet fra: <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-psykisk-lidelser/>

Lindström, B & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese* (utg.1). Oslo: Gyldendal.

Norsk Helseinformatikk (2022, 10.februar). Depresjon, en oversikt.

Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/>

Norsk Helseinformatikk (2022, 10.februar). Forekomst av depresjon.

Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nystad, W. (2021, 03.desember). Fysisk aktivitet i Norge.

Kandidatnummer: 5126 + 5294

Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

Nyström, M. B. T., Neely, G., Hassmen, P. & Carlbring, P. (2015). Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 341-352.

Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1015440>

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Regjeringen.no (2014-2015). Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?ch=3>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv.

Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmennt-medisinsk-perspektiv>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord + kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	Academic Search Ultimate	Psychiatric AND motivation AND exercise	År: 2012-2022 Peer reviewed / Fagfelleverdert	222	5	2	1
14.03.22	Academic Search Elite	Depression AND exercise AND therapy	År: 2012-2022 Peer reviewed/ Fagfelleverdert Academic journal	225	6	3	1
14.03.22	Idunn	Mestring OG Fysisk aktivitet OG Psykiske lidelser OG sykepleier	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	101	5	3	1
15.03.22	Pubmed	Exercise AND depression	År: 2012-2022 Peer reviewed/ Fagfelleverdert Meta-analysis	421	6	4	1
15.03.22	Oria	Patient AND exercise AND nurses AND benefits	År: 2011-2022 Peer reviewed/ Fagfelleverdert	291	8	4	1

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
---	----------------	-----------------------	------------	-------------------	-----------------------	--------------------------

<p>Nyström, Neely, Hassmen & Carlbring . (2015). <i>Taylor & Francis Online</i> USA</p>	<p>Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge mengde, hyppighet og intensitet av fysisk aktivitet som kan vise seg effektiv i behandling mot depresjon.</p>	<p>Pasient-perspektiv</p>	<p>Kvantitativ studie. 23 studier.</p>	<p>Kvinner og menn mellom 12 og 84 år.</p>	<p>Fremhevet viktigheten av generell aktiv hverdag fremfor type aktivitet som kan forklares med økt selvtillit og mestringsfølelse. Anbefalt mengde fysisk aktivitet i behandling av depresjon var 30 min minst 3 ganger i uken.</p>
<p>Knapen, Vancampfort, Moriën & Marchal. (2014). <i>Taylor & Francis Online</i> Belgia</p>	<p>Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke den fysiske og psykiske effekten av trening i behandling av depresjon.</p>	<p>Pasient-perspektiv</p>	<p>Kvantitativ studie. 4 metanalyser. 39 studier.</p>	<p>2336 deltakere.</p>	<p>Det fremkommer at depresjonens egenskaper som lite motivasjon og interesse samt lav gjennomføringsevne påvirker pasientenes deltakelse i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet som behandling for mild til moderat depresjon kan ha tilsvarende effekt som klassisk behandling med legemidler og kognitiv terapi.</p>

						Fysisk aktivitet som et tillegg til klassisk behandling kan ha effekt ved alvorlig depresjon.
Kvam, Kleppe, Nordhus & Hovland. (2016). <i>ScienceDirect</i> Norge Studier publisert på norsk, svensk, dansk, engelsk og spansk.	Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis	Hensikten med studien var å undersøke effekten av fysisk aktivitet som et supplement til farmakologiske behandlinger og som en individuell behandlingsform for mennesker med depresjon.	Pasientperspektiv	Kvantitativ studie. 23 randomiserte kontrollstudier.	977 deltakere. Menn og kvinner over 18 år diagnostisert med unipolar depresjon i henhold til DSM- eller ICD-kriterier.	I studiene fremkommer det at fysisk aktivitet som behandlingsform hadde en positiv effekt sammenlignet med ingen behandling. Basert på resultater har fysisk aktivitet effekt på depresjon.
Grønnestad & Vevatne. (2013). <i>Nordisk sygeplejeforskning</i>	Karate som virkemiddel i bedringsprosessen – hvordan påvirker karate og sosial ferdighetstrening til personer	Hensikten med studien var å se hvordan sosial ferdighetstrening ved karate påvirket selv – og mestringsfølelse blant 8 deltagere.	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie.	8 deltakere intervjuet.	Studiens resultater viser at deltagerne møtte utfordringer på ulike måter gjennom karatetreningen, og at det bidro til

Norge	med psykiske lidelser?					trygghet, mestring og bedre selvfølelse.
Esposito og Fitzpatrick. (2011). <i>International Journal of Nursing Practise</i> USA	Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their behaviour and their patient teaching regarding exercise	Undersøke forholdet mellom sykepleierens oppfatning av treningsfordeler, treningsfordeler og deres anbefaling om regelmessig trening til pasienter samt sykepleiers treningsatferd.	Sykepleier - perspektiv	Kvantitativ studie.	112 sykepleiere på et sykehus i New York	Det fremkommer i studien at man som sykepleier har større sannsynlighet for å være og opptre som en positiv rollemodell for pasienter om man selv har et sunt og helsefremmende perspektiv. Ved å ha en personlig tillit til fordelene med fysisk aktivitet viser en klar sammenheng mellom anbefalingene gitt om regelmessig fysisk aktivitet til pasientene.