



Hvordan kan sykepleier bidra til økt motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter

Kandidatnummer: 208
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8557
Dato: 18.04.2017



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato
Tittel: Hvordan kan sykepleier bidra til bedre motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter.	
<p>Problemstilling Hvordan kan sykepleier bidra til økt motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter</p> <p>Teoretisk perspektiv Teori om depresjon og om fysisk aktivitet diskuteres sammen med motivasjons- og sykepleieteori. Deci & Ryans selvbestemmelsesteori er teoretisk modell for motivasjon. Selvbestemmelsesteorien deler motivasjon inn i ulike kvaliteter, og tar sikte på å gi forklaring på hvordan man kan legge til rette for motivasjon av høy kvalitet. Travelbees teori om sykepleiers mellommenneskelige aspekter brukes for å gi en klar sykepleiefaglig relevans. Jus, etikk og sykepleierens funksjonsområder trekkes inn.</p> <p>Metode Oppgaven er en litterær oppgave basert på pensum-, fag- og forskningslitteratur. Forskningslitteratur er funnet i databasene Cinahl og Google scholar.</p> <p>Drøfting Problemstillingen drøftes ut i fra selvbestemmelsesteorien, en motivasjonsteori med lang historie i psykologien. Den tar for seg hvordan sykepleier kan bidra til motivasjon av høyere kvalitet gjennom å støtte de psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Motivasjon Selvbestemt Travelbees sykepleieteori viser hvorfor dette er innenfor sykepleiers fagområde. Relevant forskningslitteratur brukes i begrunnelser.</p> <p>Konklusjon Selvbestemmelsesteorien er en teori for menneskelig motivasjon der støtte for behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet er sentrale. Sykepleierrollen kan benyttes til å ivareta disse behovene. Selvbestemmelsesteorien gir en forståelse og innsikt som kan gjøre sykepleieren bedre rustet til arbeid med motivasjon for fysisk aktivitet.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Kontekst og rammefaktorer	2
1.3.1 Brukermedvirkning	2
1.4 Sykepleierens funksjonsområder	2
1.4.1 Forebyggende og helsefremmende funksjon	3
1.4.2 Behandlende funksjon	3
1.4.3 Lindrende funksjon	3
1.4.4 Rehabiliterende funksjon	3
1.4.5 Undervisende og veiledende funksjon	3
2. Metode	4
2.1 Litteratursøk	4
2.2 Faglitteratur	5
2.3 Kildekritikk	5
3. Teori	7
3.1 Depresjon	7
3.1.1 Symptomer	7
3.1.2 Diagnoser	8
3.1.3 Forklaringsmodeller	8
3.1.4 Behandling	9
3.2 Fysisk aktivitet	9
3.2.1 Fysisk aktivitet og helse	10
3.2.2 Fysisk aktivitet og depresjon	10
3.3 Motivasjon	10
3.3.1 Motivasjon til fysisk aktivitet ved depresjon	10
3.4 Selvbestemmelsesteorien	12
3.4.1 Indre motivasjon	13
3.4.2 Ytre motivasjon	13
3.4.3 Vitenskapelig grunnlag for selvbestemmelsesteorien for å øke motivasjon til fysisk aktivitet	15
3.5 Sykepleiefaglige perspektiver: Joyce Travelbees sykepleierteori	15
4. Hvordan kan sykepleier bidra til bedre motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter	18
4.1 Selvbestemmelsesteorien	18
4.1.1 Indre motivasjon	18
4.1.2 Ytre motivasjon	19
4.1.3 Autonomi	20
4.1.4 Kompetanse	21
4.1.5 Tilhørighet	22
4.2 Selvbestemmelsesteori og sykepleierrollen	23
4.2.1 Brukermedvirkning	23
4.2.2 Sykepleierens undervisende funksjon	23
4.2.3 Menneske-til-menneske-forhold	24
4.2.3 Den profesjonelle sykepleier	24
5. Avslutning	26
Referanseliste	28

1. Innledning

I følge Verdens helseorganisasjon er depresjon den største kilden til uførhet i verden. Over 300 millioner mennesker lider av depresjon (WHO, 2017). I Norge er depresjon også et utbredt problem hvor anslagsvis seks til 12 prosent av befolkningen til en hver tid er rammet (Helsedirektoratet, 2016). Gjennom min egen praksis i psykiatrien har jeg sett hvor utbredt symptomer på depresjon er hos pasienter i psykiatrien på tvers av en rekke ulike diagnoser. For å nevne noen kan jeg trekke frem lite energi, mangel på livsglede og nedsatt stemningsleie.

Fysisk aktivitet er noe som kan hjelpe mange. Det er vitenskapelig belegg for å si at fysisk aktivitet kan ha en god effekt på depresjon og i motsetning til medikamentell behandling, som er assosiert med uønskete bivirkninger, er fysisk aktivitet koblet til en rekke andre helsegevinster, og knyttet til økt velvære, bedret selvfølelse, og økt energinivå (Moe & Martinsen, 2011). Studier tyder også på at et lavt nivå med fysisk aktivitet er en indikator på depressive symptomer i fremtiden. (Yang et al, 2014).

Som snart ferdigutdannet sykepleier som skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom er det tydelig at fysisk aktivitet er et viktig område å fokusere på.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Depresjonslidelsene karakteriseres blant annet av lite energi, lavt aktivitetsnivå, lav selvtilit og mangel på håp for fremtiden, alle symptomer som kan stå i veien for motivasjonen for fysisk aktivitet. Firth et al. (2016) viser at depresjonssymptomene kan være en direkte hindring for motivasjonen til fysisk aktivitet. På bakgrunn av slike observasjoner har jeg fattet interesse for motivasjon og hvordan man som sykepleier kan støtte opp og gi næring til motivasjon for fysisk aktivitet. Travelbee (1999) legger vekt på sykepleierens rolle for å bidra til endring hos pasienten. For å oppnå dette mener jeg det er vesentlig for sykepleier å ha kjennskap til mekanismer bak pasientens vilje til endring og til ny atferd. Jeg har derfor valgt en problemstilling knyttet til motivasjon for å forsøke å finne kunnskap og teorier som kan bidra til å ruste sykepleieren til å møte utfordringen med å legge til rette for motivasjon hos pasienten. Under lesning av motivasjonsteori fattet tidlig interessen for psykologene Ryan & Decis selvbestemmelsesteori. Den er et grundig rammeverk basert på forskning gjennom flere år. Fokuset deres på autonomi gjorde at teorien føles relevant i en tid hvor det er stadig økt fokus på brukermedvirkning.

1.2 Problemstilling

Jeg har følgende foreløpige problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til bedre motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter.

1.3 Kontekst og rammefaktorer.

I oppgaven begrenser jeg til pasienter i døgnopphold, både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten. I en slik setting møter sykepleier pasienten over tid og man kan jobbe med motivasjon og med å oppnå endring i atferd knyttet til fysisk aktivitet. Her er sykepleierens rolle særlig godt egnet til å kunne bruke trening som en del av behandlingsopplegget for deprimerte pasienter. I egen erfaring fra akuttpsykiatrisk post har jeg erfart at psykiatere og psykologer ikke har mulighet til å følge opp fysisk aktivitet i det daglige og tilgang til fysioterapeut er begrenset. Det er miljøarbeiderne, i stor grad sykepleiere, som har anledning til å veilede og følge opp pasientens deltagelse i fysisk aktivitet over tid.

Oppgavens pasientgruppe er deprimerte pasienter. Det er ikke min hensikt å begrense oppgaven til en spesifikk diagnose. Alle pasienter med flere depressive symptomer over tid vil være i målgruppen. Dette er fordi fysisk aktivitet vil kunne ha en helsebringende effekt på en bred gruppe pasienter. Jeg tar utgangspunkt i at pasientene er frivillig innlagt. Litt fordi disse har en viss motivasjon for bedring, men først og fremst fordi pasienter innlagt på tvang er underlagt omfattende juridiske føringer som det ikke er rom for i denne oppgaven.

1.3.1 Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er et viktig prinsipp for sykepleiere. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser og respektere pasientens valg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Brukernes rett til medvirkning finner vi også i lovverket. I pasient og brukerrettighetsloven (1999) heter det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og at det skal legges vekt på brukerens mening ved utforming av tjenestetilbud. Pasienten har i loven også rett på informasjon om egen behandling.

1.4 Sykepleierens funksjonsområder

I lovverket finner vi at helsepersonell skal yte faglig forsvarlig helsehjelp. Helsehjelp defineres som alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (Helsepersonelloven, 1999).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår fast at sykepleier har ansvar for praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleier skal også understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Å fremme helse innebærer å styrke pasientens egne ressurser, enten til vekst og utvikling, eller for å opprettholde funksjonsnivå (Nortvedt & Grønseth, 2013).

Med utgangspunkt i utdanning, lover, regler og yrkesetikk er sykepleierrollen en mangfoldig rolle. Denne oppgaven vil diskutere følgende av sykepleierens funksjonsområder:

1.4.1 Forebyggende og helsefremmende funksjon

Sykepleier skal fremme helse ovenfor pasienter, eller friske utsatt for sykdom. Dette innebærer å styrke pasientens egne ressurser (Nortvedt & Grønseth, 2013).

1.4.2 Behandlende funksjon

Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg. En del av rollen er å assistere legens arbeid. Sykepleier kan gjennomføre og følge opp behandling forordnet av lege, samt evaluere effekten av behandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2013).

1.4.3 Lindrende funksjon

Sykepleier skal begrense pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Dette innebærer både å redusere smerter og ved å øke velvære (Nortvedt & Grønseth, 2013).

1.4.4 Rehabiliterende funksjon

Sykepleier skal bidra til å styrke pasientens evne til å kompensere for konsekvenser av sykdom og funksjonssvikt. Dette innebærer både å støtte pasienten gjennom sykdom, eller tilrettelegge og forebygge ved varig sykdom eller skade (Nortvedt & Grønseth, 2013).

1.4.5 Undervisende og veiledende funksjon

Sykepleier har ansvar for å undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter.

2. Metode

Metode kan beskrives som strategien man bruker for å undersøke noe. Målsetningen med metoden dreier seg om hvordan vi kan gå frem for å finne ny kunnskap, eller for å etterprøve eksisterende kunnskap. For å besvare min problemstilling har jeg benyttet meg av en litterær oppgave. Dette innebærer at en baserer seg på skriftlige kilder innen fagområdet. (Dalland, 2012).

2.1 Litteratursøk

Jeg har ønsket å innhente forskningsartikler om effekten av fysisk aktivitet på depresjon, samt om hvilke motivasjonsutfordringer som finnes for deprimerte personer med tanke på deltagelse i fysisk aktivitet. Dette har jeg gjort ved søk i databasen cinnahl og via søkemotoren google scholar.

Fordi oppgaven min ikke har fokus på spesifikke intervensjoner innen motivasjon og fysisk aktivitet har jeg benyttet meg av flere review-artikler. Disse sammenfatter ulike forskningsartikler innenfor tema, og egner seg til å vise generelle tendenser

I Cinnahl søkte jeg med søkerodene ”physical activity” AND ”depression”. For å få oppdatert forskning begrenset jeg søket til artikler fra 2012. I tillegg valgte jeg fulltext og major heading ”depression”. Dette ga 34 treff og jeg har valgt artikkelen til Yang et al. og Danielsson et al. Jeg valgte førstnevnte fordi den fokuserer på effekten av fysisk aktivitet på depresjon over tid, noe som er interessant med tanke på forebygging og livskvalitet. Danielsson et al. ble valgt fordi den er en reviewartikkel som sammenfatter forskning på bruk av fysisk aktivitet i behandling av depresjon.

Jeg gjentok søket med ”mental disorders” i stedet for ”depression”. Begrenset til fulltext og artikler fra 2012 og nyere. Dette søket ga 20 treff. Jeg valgte Farholm & Sørensen fordi de diskuterer ulike intervensjoner basert på motivasjonsteori, deriblant selvbestemmelsesteorien.

Jeg gjorde også søk i google scholar på forskjellige emneord. Ved søk på ”mental illness” ”barriers” ”exercise”, fant jeg artikkelen til Firth et al. som syntes veldig relevant for min problemstilling.

Artikler og forskning innen selvbestemmelsesteori har hovedsakelig vært hentet på teoriens nettside, selfdeterminationtheory.org der forskning og litteratur på teorien er samlet. For å gi en innføring i teorien har jeg hovedsakelig brukt artikkelen *Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being* (Ryan & Deci, 2000). Denne artikkelen presenterer teorien og gjennomgår forskning innen teorien. For å få med nyere forskning rettet opp mot problemstillingen min supplerte jeg med en artikkel om selvbestemmelsesteori knyttet til endring helseatferd (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008) og en artikkel som omhandler bruk av selvbestemmelsesteorien for å oppnå endringer i fysisk aktivitet (Teixeira, Carraça, Markland, Silva, & Ryan, 2012).

2.2 Faglitteratur

Jeg har også søkt etter litteratur i skolens fagbibliotek, samt orientert meg i pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen. For kunnskap om fysisk aktivitet har jeg brukt kapittelet *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid* (Moe & Martinsen, 2011) fra boka *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Boken er en fagbok beregnet profesjonsgrupper innen mental helse. Kunnskap om depresjon er hentet fra pensumbøkene *Psykiatriboken* (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011), og *Helt - ikke stykkevis og delt* (Hummelvold, 2016). Jeg har brukt Joyce Travelbee sykepleieteori ved å ta utgangspunkt *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Trabelbee, 1999), støttet av tolkning fra boken *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (Kirkevold, 1998). Andre betydelige kilder har vært *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norges sykepleierforbund, 2011), Helsedirektoratet (2010; 2016) og WHO (2016).

2.3 Kildekritikk.

Det har vært en utfordring å benytte engelskspråklige artikler da disse krever oversetting. Dette kan gi rom for misforståelser. Oversettingen krevde også at jeg måtte ta en del valg som vil kunne ha en effekt på hvordan litteraturen presenteres. Dette har først og fremst vært en utfordring i presentasjonen av selvbestemmelsesteorien. Jeg håper likevel å gi en presentasjon av teorien som ligger tett opp til forfatterens syn.

Med unntak i artiklene om selvbestemmelsesteorien har jeg brukt forskning fra peer-reviewed tidsskrifter som er fra de siste 5 årene og er derfor relevant og aktuell. Artiklene om selvbestemmelsesteorien er noe eldre, men er også fra peer-reviewed tidsskrifter. Ryan & Deci (2000) begynner å bli en noe gammel artikkel. Jeg valgte den fordi den gir en grunding innføring i selvbestemmelsesteorien og i forskningen som bygget opp teorien. Den er også en

svært hyppig sitert artikkel innen litteratur om selvbestemmelsesteorien. Den er også en primærkilde skrevet av teoriens to opphavsmenn. For å holde meg oppdatert har jeg supplert med to nevnte nyere artikler (Ryan et al., 2008 : Teixeira et al. 2012).

Firth et al. (2016), samt Farholm & Sørensen (2016) har forskning jeg har vurdert som relevant for problemstillingen. En utfordring med disse er at de ikke har gått igjennom forskning som kun omhandler depresjon, men som inneholder forskning på *severe mental illness*. Studienes resultater tar sikte på å være generelle for mental sykdom og er følgelig relevante for problemstillingene, selv om de ikke går spesifikt på depresjon.

Boken til Jocye Travelbee (1999), kom ut i siste utgave i 1971. Jeg opplever teorien som relevant for min problemstilling, og den er mye brukt i sykepleielitteratur. For å oppdatere sykepleieteorien har jeg valgt å supplere i oppgaven med yrkesetikk og sykepleierens funksjonsområder.

3. Teori

I dette kapittelet presenteres først sykdomslære om depresjon med fokus på symptomer og aktuelle diagnoser. Deretter presenteres litteratur om fysisk aktivitet og spesielt om fysisk aktivitets effekt på depresjon. Litteratur om selvbestemmelsesteorien får en sentral plass hvor teorien forklares og sentrale begreper etableres. Til sist presenterer jeg relevante deler av Joyce Travelbees teori om sykepleierens mellommenneskelige aspekter.

3.1 Depresjon.

Verdens helseorganisasjon anslår at 300 millioner mennesker lider av depresjon (WHO, 2017).

I Norge er det gjort anslag på at mellom seks og 12 prosent av befolkningen til en hver tid har depresjon, og at langt flere rammes i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2016).

Personer som har stemningslidelser har økt risiko for å rammes av angstlidelser og andre psykiske lidelser. Risikoen for ulykker og selvmord er også økt hos denne gruppen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

Begrepet depresjon omtaler ikke nødvendigvis én konkret lidelse, men kan omhandle sinnsstemninger, syndrom eller en gruppe sykdommer. I dagligtalen brukes begrepet om nedstemthet over tid (Malt, 2016).

Nedstemthet over tid kan være vanlig og naturlig, gjerne i forbindelse med en sorgprosess knyttet til opplevelsen av en negativ hendelse. I ordet sorgprosess ligger det at det foregår en bearbeiding der en går igjennom sorg og nedstemthet for å igjen finne tilbake til håp og livsglede. Ved depresjon kan man si at denne prosessen ikke fullføres, man blir værende i en nedstemt tilstand. I slike tilfeller kan man snakke om nedstemtheten som psykisk lidelse (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

3.1.1 Symptomer

Diagnostisering av depresjonstilstander hos en pasient gjøres ut i fra funn av en rekke symptomer. Disse inkluderer nedstemthet, mangel på glede, nedsatt aktivitetsnivå og lite energi. Personer i en depressiv tilstand har ofte lite håp for fremtiden og opplever liten mening med tilværelsen. Rammede personer kan være preget av skyldfølelse, selvbebreidelse og redusert selvbilde. Tanker om å skade seg selv, og om selvmord kan forekomme.

Depresjonstilstander kan videre gi utslag i atferd som tiltaksløshet, innesluttethet, demping av mimikk og redusert kraft i handlinger. Kroppslige funksjoner påvirkes også av depresjon. Somatiske symptomer er nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser og forstoppelse (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

3.1.2 Diagnoser.

Begrepet depresjon er ikke navnet på én diagnose, men kan sies å være tilstedeværelse av de nevnte symptomene i ulikt omfang. Uti fra grad av symptomer kan flere psykiatriske diagnoser være aktuelle. I diagnosemanualen ICD-10 finner vi disse hovedsakelig innen kategorien *Stemningslidelser* (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

Når depressive symptomer er tilstede i en avgrenset periode kalles det *depressiv episode*. En gjentakende depressiv tilstand kalles *tilbakevendende depressiv lidelse*. Disse to diagnosene graderes ut i fra symptomtrykk til *mild*, *moderat* eller *dyp* depresjon. Tilfeller som klassifiseres med *dyp* kan også være ledsaget av psykotiske symptomer.

En annen gruppe diagnoser er ulike former for *bipolar lidelse*. Disse har til felles at de er karakterisert av perioder der aktivitets- og energinivå kan sies å være forstyrret. Periodene deles inn i perioder med nedsatt aktivitet og energi, ofte med flere av symptomene knyttet til depresjon. Disse periodene avløses av tilstander, *mani*, der pasienten er svært aktiv, med høyt energinivå og ofte svært godt humør.

Dystymi er en tilstand av varig nedsatt humør, men uten sterke nok symptomer til å kunne klassifiseres som depressiv episode eller depressiv lidelse.

Cyklotymi er en tilstand med ustabil humør og energinivå, men der svingningene ikke er like store som ved bipolare lidelser (World Health Organization, 1992).

3.1.3 Forklaringsmodeller

Negative livshendelser kan være en utløsende faktor for en depressiv lidelse. Depressive tilstander kan skyldes somatisk eller psykiske lidelser, bivirkning fra medikamenter eller som følgetilstand ved rusmisbruk (Store Medisinske Leksikon, 2016).

Historisk finnes det en rekke psykologiske forklaringsmodeller for mekanismene bak stemningslidelser. De psykologiske modellene ser i stor grad på lidelsen som et utslag av indre konflikter, samt vårt følelsesliv og hvordan vi håndterer dette. Psykodynamisk teori har det vært lagt vekt på barndom og tidlige opplevelser. Aaron Becks utvikling av kognitive terapiformen markerer en annen retning. Her er fokus ikke på livshistorien til pasienten, men på strategier i pasientens tenkning (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

Det er teorier knyttet til at faktorer i samfunnet kan påvirke forekomst av stemningslidelser. Dette kan være knyttet til dramatiske samtidshendelser som krig og konflikt, eller naturkatastrofer, men også strukturelle faktorer som normer og roller i samfunnet, og om krav til prestasjon (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

Genetikk og nevrovitenskap er de siste årene i stadig større grad anvendt til å belyse årsaker til depresjon (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

2.1.4 Behandling

Ved behandling av stemningslidelser brukes medikamentell behandling og ulike former for psykologisk behandling.

Depresjon behandles hovedsakelig medikamentelt med antidepressiva, men også stemningsstabiliserende legemidler. Antidepressiva kan ha bivirkninger som kvalme, uro, søvnvansker, magebesvær og nedsatt seksuell funksjon (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011). Ved alvorlig depresjon er det ofte hensiktsmessig med innleggelse for å forhindre selvmord. I noen tilfeller benyttes ECT – elektrokonvulsiv behandling (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

3.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres på ulike måter. Det er vanlig å skille mellom fysisk aktivitet og fysisk trening, selv om disse brukes om hverandre dagligtale. Med fysisk aktivitet menes da alle bevegelser med kroppen som resulterer i økt energiforbruk. Fysisk trening sikter til planlagte, strukturerte aktiviteter som utføres systematisk for å forbedre eller opprettholde funksjonsnivå og fysisk form (Moe & Martinsen, 2011).

Jeg har i oppgaven forholdt meg til denne ganske vide definisjonen til fysisk aktivitet da oppgaven tar sikte på å undersøke faktorer knyttet til motivasjon og ikke spesifikke former for trening og aktivitet.

3.2.1 Fysisk aktivitet og helse

Fysisk aktivitet er noe som har en rekke veldokumenterte effekter på kroppen. Blant de positive effektene er det godt dokumentert at fysisk aktivitet bidrar til å regulere blodsukker og vekt, reduserer risiko for en rekke kreftsykdommer og hjerte- og karsykdommer, bedrer søvn, bedrer mage og tarmfunksjon og reduserer ryggplager (Moe & Martinsen, 2011). Helsedirektoratet viser til beregninger som har funnet at fysisk aktive mennesker i gjennomsnitt vinner åtte leveår med god helse (Helsedirektoratet, 2016).

En sunn kropp er påvirket sinnets tilstand i positiv retning. Det reduserer faren for å utvikle depresjon og demens (Moe & Martinesen, 2011).

3.2.2 Fysisk aktivitet og depresjon.

Fysisk aktivitet reduserer risiko for å utvikle depresjon og er godt dokumentert som virksom behandlingsmetode på linje med samtalerapi og medikamentell behandling. Fysisk aktivitet kan med fordel også kombineres med disse behandlingsmåtene (Helsedirektoratet, 2010).

Lavt nivå av fysisk aktivitet på fritiden kan være en viktig predikator for høyere depressive symptomer hos ungdom og voksne. Moderat til høye doser med fysisk aktivitet kan redusere risiko for depressive symptomer. (Yang et al, 2014).

I en nyere forskningsgjennomgang er det funnet støtte for at fysisk aktivitet er et gunstig supplement til medikamentell behandling. Funn tilsier at aerobisk trening ikke er mer effektiv enn andre typer fysisk aktivitet (Danielsson, Noras, Waern & Carlsson, 2013).

3.3 Motivasjon

Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning (Håkonsen, 2014, s. 89)

Teorier knyttet til motivasjon omhandler årsakene bak våre handlinger. Motivasjonsteori undersøker og beskriver indre og ytre prosesser som setter mennesker i bevegelse mot et mål (Håkonsen, 2014).

3.3.1 Motivasjon til fysisk aktivitet ved depresjon.

Psykisk syke mennesker er ofte slitne, trette og har lite energi, noe som kan hindre gleden ved og interessen for fysisk aktivitet. Tilpasset ytre motivasjon kan lede til endret adferd hos

personer med psykisk sykdom. Mange responderer på gode relasjoner, og det sosiale elementet har stor betydning. God planlegging, gjennomføring og oppfølging øker motivasjonen for fysisk aktivitet. Mange vil ha utbytte av at deltakelse vektlegges fremfor prestasjon, og det er viktig at aktivitetene oppleves som meningsfulle (Moe & Martinsen, 2011).

Et nyttig hjelpemiddel for å øke motivasjon kan være å utføre en motivasjonssamtale der målet er å kartlegge pasientens ønsker, preferanser og ressurser. Kontakt med pårørende og venner kan være relevant i denne prosessen (Moe & Martinsen, 2011).

Holdningene til fysisk aktivitet hos psykisk syke kan ofte være preget av depresjonssymptomer. Håpløshet, lite energi og lav selvtillit kan hindre troen på at fysisk aktivitet skal gi positivt utbytte. Mennesker i dårlig form kan også assosiere fysisk aktivitet med slit og ubehag. Dette gjør at psykisk syke kan ha fravær av indre motivasjon for fysisk aktivitet, og personen vil kunne trenge hjelp og oppfølging for å begynne med fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011).

Firth et al (2016) har funnet at det mest betydningsfulle insentivet for å delta i fysisk aktivitet hos mennesker med betydelige psykiske lidelser (severe mental illness) var ulike former av å ønske bedre fysisk helse. Andre motiverende faktorer som viste seg betydelige er ønsket om stressreduksjon og bedret humør (Firth et al., 2016).

Farholm & Sørensen (2016) undersøker i en review-artikkel forskning om hvordan litteratur om motivasjon for fysisk aktivitet hos mennesker med mental sykdom kan brukes av sykepleiere til å legge til rette for økt fysisk aktivitet. Denne artikkelen finner at motivasjonsprosessene ikke er forskjellige hos folk med mental sykdom og normalbefolkningen. De finner også ikke betydelige forskjeller knyttet til diagnoser, alder, kjønn og vekt i hvordan mennesker oppnår økt motivasjon.

Når det gjelder barrierer til fysisk aktivitet er de mest rapporterte årsakene knyttet til sykdommens symptomer. Stress, depresjonssymptomer og mangel på energi var blant disse grunnene. Den mest prevalente barrieren knyttet til ytre faktorer var mangel på støtte ("lack of support"). Artikkelen viser videre til andre studier som argumenterer for at profesjonelle

støtte og veiledning under fysisk aktivitet sikrer høyere etterlevelse og større forbedring av fysisk form (Firth et al., 2016).

3.4 Selvbestemmelsesteorien.

”Self determination theory” (SDT) er en teori utviklet av de amerikanske psykologene Richard M. Ryan og Edward L. Deci. På norsk oversatt til selvbestemmelsesteorien.

Teorien tar utgangspunkt i at mennesket på sitt beste selv-motivert. Vi er nysgjerrige, vitale og selv-drevne. Mennesket synes å ha en naturlig streben mot utvikling, for å lære nye ferdigheter og for å utnytte sine evner. På tross av disse iboende kvalitetene kan mange mennesker være preget av apati, uansvarlighet og ha en uvilje mot utvikling: Det forfatterne oppfatter som ikke-optimal funksjon (Ryan & Deci, 2000).

Selvbestemmelsesteorien søker å finne svar på hvilke forhold og rammer som gir næring til optimal funksjon, og hvilke rammer som hindrer dette. I forskningen sin har de funnet tre psykologiske behov som er essensielle for å oppnå optimalt funksjonsnivå i mennesket, og for å få ut menneskets naturlige tilbøyeligheter for vekst og utvikling. Disse tre behovene er også viktige for personers sosiale utvikling og velvære. De tre behovene er autonomi (autonomy), tilhørighet (relatedness), og kompetanse (competence). (Ryan & Deci, 2000).

Selvbestemmelsesteorien har kommet frem til at det finnes ulike typer motivasjon, som er av ulik kvalitet og som gir forskjellig resultater. Sammenlikninger mellom ulike typer motivasjon har vist seg å gi ulike utslag i ytelse, prestasjon og velvære hos individer.

Resultater tyder på at de som i stor grad er selv-motiverte, det vil si de som er selvdrevne og styrt av egne verdier, mål og ønsker, har de beste resultatene i den aktuelle aktiviteten eller atferden som motivasjonen er rettet mot. Personer der motivasjonen er drevet av eksterne rammer har dårligere resultater. Forskjellene i prestasjon viser seg å være konsistente, selv når gruppene som sammenliknes har samme nivå av selvpoplevd grad av kompetanse i aktiviteten som måles (Ryan & Deci, 2000). God motivasjon, altså i stor grad selvmotivert, har også vist seg å øke sannsynligheten for at atferden motivasjonen rettes mot følges opp på egenhånd (Ryan et al., 2008).

På bakgrunn av dette identifiserer selvbestemmelsesteorien ulike typer for motivasjon, som hver for seg har ulike implikasjoner for læring, ytelse, personlig opplevelse og velvære. Den typen motivasjon som i størst grad er selvdrevet er indre motivasjon og holdes frem som den motivasjonen som gir best resultater i ytelse, prestasjon og velvære. Ytre motivasjon, kan

varierte veldig hvor selvdrevet og autonom den oppleves, og kvaliteten på ytre motivasjon vil variere (Ryan & Deci, 2000).

For å opprettholde og styrke motivasjon, både indre og ytre, spiller de tre psykologiske behovene en viktig rolle.

3.4.1 Indre motivasjon.

Den motivasjonstilstanden der mennesket er selvdrevet og hvor motivasjonen for handlingen kommer fra en selv kalles *intrinsic motivation*, indre motivasjon. Dette er tilstanden der en person kun drives av ens naturlige tendens mot læring og utvikling. Typisk har man denne motivasjonen for aktiviteter som er morsomme og interessante i seg selv, uten at man vektlegger at en skal oppnå noe i fremtiden. Da dette er en naturlig tilstand argumenterer forfatterne for at indre motivasjon *vil* oppstå om omstendighetene tillater det (Ryan & Deci, 2000).

Flere ulike ytre faktorer har vist seg å påvirke den indre motivasjonen. Tilbakemelding og belønning som skaper en økt følelse av mestring (competence), kan øke den indre motivasjonen for en handling. Forskingen har vist at denne tilbakemeldingen kun har effekt på indre motivasjon dersom den er ledsaget av en følelse av autonomi hos personen. Man må føle at atferden er selvdrevet. Denne opplevelsen av autonomi er helt sentral, forsøk har vist at ytre belønning kan undergrave den indre motivasjonen, noe som forklares med at aktiviteten nå i større grad oppleves som styrt av ytre faktorer. Andre ytre rammer, som tidsfrister, krav, ulike former for press og ytre mål, har også vist seg å kunne redusere indre motivasjon. En styrkning av autonomien, gjennom valgfrihet, hensyn til personens følelser og liknende, har vist seg å ha positiv effekt på indre motivasjon. Den tredje faktoren tilhørighet har i noen undersøkelser synes å kunne påvirke indre motivasjon, men den synes å ha mindre effekt enn autonomi og mestring (Ryan & Deci, 2000).

3.4.2 Ytre motivasjon.

Mange aktiviteter og gjøremål sees ikke på som først og fremst interessante og givende i seg selv, likevel gjør vi dem. Disse er altså ikke motivert gjennom en indre motivasjon, men gjennom en ytre motivasjon. *Extrinsic motivation* er motivasjon som kommer utenfra. Den kan oppstå i forbindelse med plikter og oppgaver i arbeidslivet, eller være noe du gjør fordi det leder til en belønning i fremtiden. Dette betyr ikke at ytre motivasjon ikke kan være selvbestemt motivasjon. Den ytre motivasjonen deles inn etter graden av opplevd autonomi og selvbestemmelse. Den graden av ytre motivasjon som har høyest grad av autonomi kalles

Integrated regulation. Ved en slik type motivasjon forstår personen meningen, samt rammene og målene for aktiviteten som skal utføres. Videre må denne forståelsen internaliseres inn i ens egne verdier og holdninger, og ideelt sett integrert i personens selv (Ryan & Deci, 2000). Denne prosessen med å internalisere ytre faktorer i ens eget selv kalles i teorien for *integration*, jeg har valgt å bruke internalisering på norsk.

Motsetningen til internalisert motivasjon er *controlled motivation*. Ved denne typen motivasjon drives personen som handler kun av ytre rammer som belønning, straff og ulike typer press. Personen har da ingen indre glede av handlingen, og har heller ikke god forståelse for målsetningen eller grunnen bak handlingen (Ryan et al. 2008).

Teorien hevder at personer drevet av en integrert motivasjon viser mer entusiasme, glede, interesse og økt utholdenhet i aktiviteten. En person i andre enden av skalaen, det vil si en som opplever aktiviteten som helt styrt av andre og kun drives av ytre rammer viser mindre interesse og verdsetter aktiviteten mindre. En rekke forsøk underbygger denne tendensen. Det har vist seg at å ha en høy grad av internalisering er assosiert med høyere grad av etterlevelse av medikamentell behandling hos personer med kroniske lidelser, bedre langtidsoppfølging ved vektreduksjon, økt blodsukkerkontroll ved diabetes. Det er også oppnådd gode resultater med fysisk aktivitet (Ryan & Deci, 2000).

På bakgrunn av disse resultatene er et sentralt spørsmål hvordan man kan støtte oppunder autonom regulering av ytre motivasjon. Selvbestemmelsesteorien legger her igjen vekt på de tre psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet (Ryan & Deci, 2000).

De ytre motiverte handlingene er handlinger man ikke gjør fordi de i seg selv er givende eller morsomme. Ofte er det handlinger som utgjøres i kraft av en sosial rolle, som elev, nabo, familiemedlem eller liknende. Tilhørighet er altså en betydelig faktor. Forskningen viser at tilknytning, samt en følelse av at handlingen er ønsket av mennesker rundt deg og i overenstemmelse med din sosiale rolle er viktig for internalisering av ytre motivasjon. Tilhørighetsbegrepet rommer også tryggheten i sosiale relasjoner. (Ryan & Deci, 2000).

Videre er det positivt for kvaliteten på motivasjonen at personer får oppgaver som de har forutsetninger for å beherske, og som de kan oppnå mestring, eller kompetanse innenfor.

Følelsen av autonomi er et kritisk element for at personer kan internalisere verdier og mål knyttet til handlinger, og dermed oppnå en motivasjon av høyre kvalitet (Ryan & Deci, 2000).

3.4.3 Vitenskapelig grunnlag for selvbestemmelsesteorien for å øke motivasjon til fysisk aktivitet.

Texeira et al. (2012) har skrevet en review-artikkel for å undersøke sammenhengen mellom bruk av intervensjoner basert på selvbestemmelsesteori og trening. Artikkelen tar utgangspunkt i 66 studier som analyseres. Artikkelen presenterer flere funn som understøtter at Selvbestemmelsesteorien har en verdi for å forstå motivasjonen bak og for å kunne gi støtte trening og fysisk aktivitet. Artikkelen finner at personer med en motivasjon med høy grad av opplevd autonomi knyttet til den fysiske aktiviteten har større sannsynlighet for å opprettholde treningsatferd over tid. Riktignok var antall studier som undersøkte dette begrenset. Videre gjør de funn som underbygger at internalisering av ytre rammer for eksternt styrt motivasjon i egne holdninger og verdier er en viktig faktor for økt fysisk aktivitet, og særlig for å komme i gang med en ny aktivitet.

Farholm & Sørensen (2016) påpeker hvordan selvbestemmelsesteorien kan brukes til å opplyse om hvordan man kan påvirke motivasjon for trening. Forfatterne etterlyser at denne kunnskapen benyttes til å lage praktiske verktøy til klinisk bruk.

3.5 Sykepleiefaglige perspektiver: Joyce Travelbees sykepleieteori.

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker 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).

Joyce Travelbees teori for sykepleie er sentrert rundt mellommenneskelige forhold, og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Hvordan dette forholdet utvikler seg, og hvilke følger det kan få for pasienten (Kirkevold, 1998). Et sentralt spørsmål er hvordan sykepleieren kan bidra til *endring* hos pasienten.

Sykepleieren har forandring som et vesentlig anliggende, og i en viss forstand kan vi si at hun uopphørlig søker å forandre eller påvirke andre (Travelbee, 1999, s. 30).

Travelbee skriver om viktigheten av at sykepleieren har en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte i sitt virke. Dette innebærer at sykepleieren bruker en logisk metode, at han har teoretiske kunnskaper om begreper og prinsipper fra fysikk, biologi, atferdsvitenskaper, sykepleievitenskap og medisin, samt innehar evnen til å ta i bruk denne kunnskapen i praksis (Travelbee, 1999).

En viktig rolle sykepleieren har for å danne grunnlag for endring er gjennom helsefremmende undervisning. Hun legger vekt på at det ikke holder å kun lære bort instrumentelle teknikker og prosedyrer for helse. Hun understreker at personen må oppleve en mening bak tiltakene.

Kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe syke mennesker til å finne en mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene (Travelbee, 1999, s. 34).

Et begrep Travelbee vektlegger som betydningsfullt for å oppnå hensikten med sykepleie er å etablere menneske-til-menneske-forhold. I dette begrepet legger Travelbee en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk. I disse opplevelsene og erfaringene er pasientens behov for sykepleie ivaretatt. Travelbee bruker begrepet menneske-til-menneske også for å markere et skille fra sykepleier-pasient-forholdet, hun fremholder at identifiseringen med disse rollene kan være et hinder for å se hverandre som unike individer. I utviklingen av Menneske-til-menneske-forholdet går relasjonen gjennom flere faser. Til sist karakteriseres forholdet av gjensidig forståelse og kontakt. Et forhold som er i denne siste fasen er et trygt forhold og et forhold som verdsettes av begge parter (Kirkevold, 1998).

Alt sykepleier og pasient gjør sammen kan defineres som sykepleieprosess. Travelbee tillegger denne prosessen fire stadier sykepleieren går igjennom; (1) å observere for å finne ut om en pasient har sykepleiebehov, (2) å få bekreftet/avkreftet sine antakelser om behov med pasienten selv, (3) å avgjøre om sykepleieren kan oppfylle behovene selv, (4) å planlegge forløp av sykepleiehandlinger og (5) evaluere om behovet er i ivaretatt (Travelbee, 1999).

Sykepleiebehov defineres som ethvert behov hos en syk person som, innenfor lovverk og rammer, kan oppfylles av sykepleieren, og som dersom det blir oppfylt hjelper den syke personen til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999),

4. Hvordan kan sykepleier bidra til bedre motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter.

Jeg vil i dette kapittelet drøfte problemstillingen ”hvordan kan sykepleier motivere pasienter til fysisk aktivitet ved behandling av depresjon”. Jeg tar utgangspunkt i motivasjonsteorien til Ryan & Deci, og diskuterer hvordan sykepleier kan legge til rette, og støtte oppunder motivasjonen hos pasienten. Først diskutertes indre og ytre motivasjon, samt hvordan støtte opp rundt de tre psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet. Deretter trekkes Travelbees sykepleieteorier, og andre sykepleieperspektiver inn for å vise hvordan sykepleierollen egner seg for å støtte opp rundt den deprimerte pasientens motivasjon for fysisk aktivitet. Forskning og annen faglitteratur vil brukes for å begrunne valg, og belyse på det vitenskapelige grunnlaget for bruk av fysisk aktivitet.

4.1 Selvbestemmelsesteorien

I følge selvbestemmelsesteorien er ikke motivasjon en éndimensjonal størrelse som kun måles i styrke. Her skilles det mellom ulik kvalitet av motivasjon. Graden av hvor selvbestemt motivasjonen for en atferd er påvirker kvaliteten på atferden. God motivasjon leder til gode resultater målt i prestasjon, ytelse og i kvaliteten på opplevelsen av aktiviteten. Kvaliteten på motivasjonen styrker også sannsynligheten for at atferden opprettholdes over tid (jf kap 3.4). For sykepleieren blir da spørsmålet hvordan vi kan støtte og bygge opp rundt motivasjon av høyest mulig kvalitet.

4.1.1 Indre motivasjon

I følge selvbestemmelsesteorien er indre motivasjon den motivasjonen som gir best resultater av fysisk aktivitet. Ytelse og innsats, prestasjonsnivå viser seg å være på et høyest nivå ved indre motivasjon, og det samme gjelder pasientens personlige opplevelse av aktiviteten velvære. Kvaliteten på motivasjonen er også vesentlig for hvordan atferden kan opprettholdes over tid av pasienten (Ryan og Deci, 2000).

Konsekvensen av dette er at det er vesentlig at sykepleier indentifiserer og støtter oppunder indre motivasjonen knyttet til fysisk aktivitet dersom en slik motivasjon finnes hos pasienten. En viktig ferdighet for yrkesutøvere som jobber med å motivere for fysisk aktivitet er å ha evnen til å observere og oppdage tegn på indre motivasjon hos pasienten (Teixiera et al. 2012).

Indre motivasjon er som nevnt den motivasjonen man har for aktiviteter der man setter pris på selve aktiviteten i seg selv, og ikke styres av hva aktiviteten kan lede til i fremtiden (Ryan & 18

Deci, 2000). I følge selvbestemmelsesteorien har et menneske som er rent indre motivert i en aktivitet tilfredsstilt sine psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilknytning. For å opprettholde den indre motivasjonen må man opprettholde denne tilstanden ved å gi støtte de tre psykologiske behovene hos pasienten.

Pasienten må ha en følelse av aksept og trygg tilknytning i forbindelse med aktiviteten, men ved indre motivasjon spiller imidlertid tilhørighet en mindre rolle enn ved ytre motivasjon. Når aktiviteter er meningsfulle i seg selv for pasienten er menneskene rundt deg, og den enkeltes sosiale rolle, av mindre betydning for motivasjonen enn ved eksternt motivert atferd (Ryan & Deci, 2000).

Teixeira et al. (2012) hevder at treningsformer som nevnes i helsesammenheng i stor grad er ulike varianter av styrketrening og kondisjonstrening. De mener det vil være hensiktsmessig med et bredere fokus på aktiviteter som ballspill, friluftsliv, dansing som i større grad er aktiviteter som sees på som morsomme og verdifulle i seg selv, og ikke bare noe som gjøres for å oppnå bedre helse.

Ved autonomistøtte er det også for indre motivasjon svært viktig å unngå kontrollerende rammer. Ytre påvirkning i form av straff og belønning har vist seg å kunne undergrave indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

4.1.2 Ytre motivasjon.

En helsemessig positiv atferdsendring dreier seg både om å få en person til å sette i gang med ny atferd, og med å få personen til å opprettholde denne (Ryan et al. 2008). Fysisk aktivitet hos deprimerte er i all hovedsak noe som styres av ytre motivasjon. For personer som ikke er vant med trening og fysisk aktivitet kan slik aktivitet være assosiert med slit og fysisk ubehag (Moe & Martinsen, 2011). Pasienter styres også av ytre mål fremfor indre, for eksempel av ønsket om å komme i form eller å få bedring fra sine plager, noe som understøttes av Firth et al. (2016).

Travelbee skriver at sykepleierens rolle er å forsøke å påvirke andre og å skape forandring (Travelbee, 1999). Det er dette ytre motivasjon dreier seg om. Det handler om å skape rammer rundt, og legge til rette for motivasjon knyttet til en ønsket aktivitet (Ryan & Deci, 2000). Tilpasset ytre motivasjon kan føre til atferdsendringer hos mennesker som får føle at de har kontroll og tar egne valg (Moe & Martinsen, 2011). I følge selvbestemmelsesteorien er det å imøtekomme tre bestemte psykologiske behov hos pasientens essensielt. Å gi støtte for opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet vil legge til rette for internalisering av

verdier, målsetninger og rasjonale for atferden hos pasienten. En slik internalisering gir høyere grad av selvbestemmelse i motivasjonen. En person med en høy grad av opplevd selvbestemt motivasjon presterer bedre, opprettholder i større grad atferden over tid og opplever større grad av velvære i atferden (Ryan & Deci, 2000).

4.1.3 Autonomi

Å gi støtte til autonomi er helt sentralt i selvbestemmelsesteorien. For å oppnå høy grad av selvbestemt motivasjon må ytre rammer og reguleringer internaliseres. For å oppnå dette er autonomi helt sentralt (Ryan & Deci, 2000).

For å styrke graden av selvopplevd autonomi knyttet til å utføre en aktivitet er det viktig at pasienten forstår, og i den grad det er mulig internaliserer, motivet og grunnen for økt fysisk aktivitet (Ryan & Deci, 2000). For å legge til rette for internalisering av rammene for en atferd kan sykepleier bidra med relevant informasjon og meningsfulle grunner for endring (Ryan et al., 2008). Konkrete tiltak kan være å regelmessig sette av tid og gi informasjon og veiledning til den enkelte pasient om fysisk aktivitet. Informasjonsmaterieell kan gjøres tilgjengelig på avdelinger (Helsedirektoratet, 2010).

En måte å gi støtte til autonomi er ved å involvere pasienten i beslutningsprosesser og i å finne løsninger, samt å la pasienten være med på å begrunne fysisk aktivitet (Farholm & Sørensen, 2016). Det å gi pasienten ulike alternativer å velge i vil også kunne støtte opplevelsen av autonomi (Ryan & Deci, 2000).

Helsedirektoratet (2010) påpeker viktigheten av å finne riktig aktivitet som pasienter liker og der muligheten for mestring er stor. Pasienten kan selv, eller sammen med sykepleier finne én eller flere ønskede aktiviteter som pasienten kan tenke seg å holde på med over tid.

Aktiviteter som egner seg for mennesker med psykiske plager er aktiviteter som er lystbetonte og morsomme, og som kan gjøres i felleskap. Det er en fordel om aktiviteten gir gode muligheter for mestring, og om pasienten har gode erfaringer med aktiviteten fra tidligere (Moe & Martinsen, 2011). Tilgang på utstyr og fasiliteter er av betydning for pasientens mulighet til å være fysisk aktiv (Helsedirektoratet, 2010).

Informasjon om fysisk aktivitet kan gjøre pasienten i bedre stand til å gjøre valg knyttet til fysisk aktivitet, og det kan bidra til at pasienten oppnår forståelse av hvorfor fysisk aktivitet er ønskelig.

Selvbestemmelsesteorien er klar på at belønning og straff kan undergrave følelsen av autonomi og graden av selvbestemmelse. Høy grad av ytre kontroll bidrar til *controlled motivation*, som er en kvalitativt dårligere form for motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

Sykepleiere må ikke bruke ytre kontroll og press som går på bekostning av følelsen av valg (Ryan et al., 2008).

Deci og Ryan poengterer at autonomi ikke må forstås som individualitet og uavhengighet fra andre mennesker. Det vil være en misforståelse. Autonomi handler om en følelse av fri vilje opp mot atferden man utviser. Å få veiledning og støtte er ikke en motsetning til dette, men hjelpen må være ønsket av pasienten, og av en slik type som støtter opp rundt autonomi, tilhørighet og kompetanse (Ryan & Deci, 2000).

4.1.4 Kompetanse

Fra yrkesetiske retningslinjer har blant annet at sykepleier skal bidra til at pasienten opplever mestring (Norsk sykepleierforbund, 2011). For deprimerte personer er ofte selvtilliten og troen på egne ferdigheter lav (Moe & Martinsen, 2011). Å gi støtte til kompetanse er derfor en viktig utfordring for sykepleieren. I følge selvbestemmelsesteorien er det nødvendig for en person å oppleve å ha nødvendige selvtillit og kompetanse for å oppnå endring. For gi støtte til en persons kompetanse må sykepleier gi relevant tilbakemelding og input (Ryan & Deci, 2000). Tilbakemeldingene og responsen bør være knyttet til personens mål og være ikke-dømmende (Ryan et al. 2008). Negative tilbakemelding bør unngås (Teixeira et al., 2012). For å oppnå internalisering er det ønskelig at målsetningene og forventinger for aktiviteten ligger tett opp til personens egne verdier. Målsetningen bør være realistiske og oppleves som relevante av pasienten (Ryan & Deci, 2000). Firth et al. peker på hvordan det er uheldig for motivasjonen når målsetninger ikke kan innfris. I deres undersøkelse var den mest rapporterte konkrete motiverende faktor. Artikkelen påpeker to ulemper med å ha vektreduksjon som motivasjon; (1) at fysisk aktivitet ofte bare har en moderat effekt på vekttap utover det som oppnås gjennom intervensjoner knyttet til kosthold og (2) at forbedringer i fysisk og psykisk helse som følge av fysisk aktivitet ofte oppnås uavhengig av vektreduksjon. Andre varianter av svar knyttet til bedring av fysisk form ser forfatterne som positivt, da fysisk aktivitet i stor grad vil kunne gi slike forbedringer (Firth et al. 2016). Det kan være hensiktsmessig å utforske ulike begrunnelser for fysisk aktivitet utover de assosiert med bedre form. Dette for å finne frem til målsetninger som betyr mer for pasienten. Målsetningene bør være knyttet til faktorer som kan gi høyere grad av selvbestemt motivasjon, som for eksempel faktorer relatert til sosialt samvær, utfordringer eller det å tilegne seg ferdigheter (Teixeira et al., 2012).

Nivået av utfordring kan med fordel justeres og tilpasses den enkelte. Ambisjonsnivået må ikke legges for høyt, helsepersonell bør legge opp aktiviteten på et realistisk nivå og sørge for progresjon når det blir aktuelt (Helsedirektoratet, 2010).

4.1.5 Tilhørighet

Å gi støtte til tilhørighet har stor betydning på ytre motivasjon. Det å føle tilhørighet og tilknytning til andre mennesker er sentralt for å at internalisering kan forekomme (Ryan & Deci, 2000). Det er kjent at følelsesmessige belastninger, og usikker tilknytning trolig er av betydning for depresjon som voksen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011).

Så hvordan kan sykepleier bidra til å bygge opp rundt en pasients følelse av tilhørighet?

Psykiatrisk sykepleiers evne til å utvikle et terapeutisk forhold til pasienten er et glimrende utgangspunkt for å jobbe med tilhørighet. Dette kan gjøres gjennom å gi annerkjennelse og støtte til pasientens følelser, synspunkter og holdninger knyttet til fysisk aktivitet og ved å organisere aktiviteten på en måte som gjør det mulig for pasienten å utvikle og styrke tilknytning til andre (Farholm & Sørensen, 2016).

At pasienten opplever en følelse tilhørighet og tillit er nødvendig for at internalisering kan skje hos pasienten. For å oppnå tillit og tilhørighet er det viktig at pasienten opplever at personalet bryr seg og at han bli respektert og forstått (Ryan et al.,2008). Det sosiale elementet ved fysisk aktivitet kan ha betydning for mange pasienter. Å delta i gruppeaktiviteter kan bidra til økt felleskap og dannelse av sosiale nettverk. Ved kartlegging av pasientens ønsker, preferanser og ressurser kan det være relevant å involvere pårørende og venner i prosessen (Moe & Martinsen, 2011).

Helsepersonells støtte kan være av stor betydning for mange brukere for å få brukeren til å finne frem til egne ressurser. Helsepersonell som følger opp brukere over tid har ofte en veldig god sjanse til å kunne påvirke og veilede med utgangspunkt i brukerens livssituasjon. Det å tilpasse opplegg for fysisk aktivitet individuelt til den enkelte kan gjøre aktiviteten lettere å komme i gang med, og lettere å opprettholde over tid (Helsedirektoratet, 2010).

Firth et al (2016) finner at mangel på støtte er en betydelig barrierene for mennesker med psykiske lidelser med tanke på å skulle være fysisk aktiv. På bakgrunn av dette hevder artikkelen at kan det argumenteres for at fysisk aktivitet med veiledning kan være mer kostnadseffektivt enn mindre ressurskrevende metoder som å gi pasientene opplæring og

teknikker de kan bruke på egenhånd. Artikkelen viser videre til andre studier som argumenterer for at profesjonelle støtte og veiledning under fysisk aktivitet sikrer høyere etterlevelse og større forbedring av fysisk form (Firth et al., 2016).

4.2 Selvbestemmelsesteori og sykepleierrollen

Sykepleieren forebyggende og helsefremmende funksjon omfatter å fremme helse og støtte pasientens egne ressurser. Den behandlende funksjonen innebærer å gjennomføre pleie og behandling av lidelse. Den lindrende handler om å redusere belastning og øke velvære (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Å hjelpe deprimerte pasienter med å oppnå økt fysisk aktivitet har positive effekter på depresjon (Danielsson et al, 2013), det bidrar til velvære og med andre positive helseeffekter (Helsedirektoratet, 2010) og det kan redusere sjansen for depressive symptomer over tid (Yang et al, 2014). Det å styrke den deprimerte pasientens motivasjon for fysisk aktivitet (og med det oppnå en økning i fysisk aktivitet) kan derfor sies å være forebyggende, helsefremmende, og behandlende. Følgelig kan det sies at det å bygge opp motivasjon til fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter er en viktig sykepleieoppgave.

4.2.1 Brukermedvirkning

Av de sentrale begrepene i selvbestemmelsesteorien er autonomi det av mest betydning for motivasjon (Ryan & Deci, 2000). For sykepleieren er dette også et viktig begrep. Autonomi og selvbestemmelse er helt sentralt i sykepleierrollen, både yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 1999) og regulerende lovverk legger vekt på pasientens selvbestemmelse og medvirkning i helsehjelpen de mottar (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Å støtte opp rundt autonomi kan derfor sies å være en juridisk og etisk plikt for sykepleieren. I praksis vil det å støtte autonomi kunne by på utfordringer. Deprimerte pasienter er ofte lite motiverte for fysisk aktivitet, de har lite energi og lav selvtillit (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2011). Dersom en slik pasient ikke ønsker å delta på fysisk aktivitet har sykepleieren et dilemma. På den ene siden er hun ut i fra pliktetikk krav om å respektere autonomi, men på den andre siden kravet om å fremme helse. Selvbestemmelsesteorien sier at for å oppnå varig endring er følelsen av selvbestemmelse helt sentral, og man må være varsom med å presse pasienten til noe han ikke er motivert for (Ryan & Deci, 2000).

4.2.2 Sykepleierens undervisende funksjon

Sykepleierens undervisende funksjon kan være av betydning for å motivere deprimerte pasienter til økt fysisk aktivitet. For å støtte under graden av selvbestemt motivasjon er det viktig at pasienten forstår og internaliserer grunner til å endre atferd (Ryan & Deci, 2000).

Dette er i tråd med Travelbee, som skriver at det ikke holder å kun lære bort hvordan pasienten skal utføre helsebringende handlinger, men pasienten må forstå meningen bak og årsaken til den ønskede atferden (Travelbee, 1999).

4.2.3 Menneske-til-menneske-forhold

Det neste sentrale begrepet som er særlig relevant i en sykepleiesammenheng er tilknytning. I Travelbees sykepleieteori er en av sykepleierens viktigste oppgaver å hjelpe pasienten å finne mening i sine erfaringer med sykdom og lidelse. Travelbee knytter det å oppleve mening opp mot det å føle seg nødvendig for noe eller noen. For å oppnå dette er relasjonen mellom sykepleier og pasient helt sentralt (Kirkevold, 1998). Travelbee (1999) skriver at det å oppnå et menneske-til-menneske forhold er prosessen eller midlet til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Ryan & Deci (2000) skriver at for å oppnå tillit og tilhørighet er det viktig at pasienten opplever at personalet bryr seg og at han bli respektert, forstått samt opplever tillitt og trygghet. Dette er i tråd med Travelbee sitt begrep om menneske-til-menneske forhold der målsetningen er gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 1998). For helsepersonell som jobber med mennesker med psykiske utfordringer er det viktig å ha *en terapeutisk holdning*, helt sentralt for dette er å få pasienten til å føle trygghet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stånicke, 2011). Å ha en god relasjon med pasienten kan være viktig for å kunne gi støtte til motivasjon. Å kjenne pasientens preferanser, ønsker og verdier kan gjøre det lettere å finne egnede aktiviteter, samt tilpasse informasjon og veiledning. Ut i fra dette kan vi si at sykepleierollen kan sies å være særlig egnet til å imøtekomme behovet for tilhørighet, og dermed bidra til å støtte opp og bygge motivasjon for endring.

4.2.3 Den profesjonelle sykepleier

En av utfordringene ved bruk av selvbestemmelsesteorien er mangelen på konkrete kliniske verktøy med utgangspunkt i teorien (Farholm & Sørensen, 2016). Travelbee (1999) beskriver hvordan den profesjonelle sykepleier benytter en disiplinert intellektuell tilnæringsmetode hvor teoretisk fagkunnskap fra en rekke fagområder er nødvendig. Sykepleieprosessen er metodikken for sykepleierens tilnærming, og den krever sykepleiere med kunnskap og forståelse (Travelbee, 1999).

Selvbestemmelsesteorien tilbyr et solid forskningsbasert rammeverk for motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Teorien kan gi verdifull veiledning og innsikt til sykepleieren. Utfordringen for sykepleier er å omsette denne teorien til praktiske handlinger og prosedyrer (Farholm & Sørensen, 2016).

5. Avslutning

Fysisk aktivitet er et viktig tiltak for å fremme helse. Det gir bedre humør, overskudd og reduserer stress. Fysisk aktivitet kan redusere risiko for å utvikle psykisk sykdom og kan med fordel brukes i behandling av psykiske lidelser, deriblant depresjon (Helsedirektoratet, 2010). Deprimerte personer er en gruppe som ofte kan ha et lavere nivå fysisk aktivitet enn befolkningen for øvrig (Yang et al, 2014). Sykdomssymptomene, som lavt energinivå, lav selvtillit, nedstemthet og mangel på tro på fremtiden, er en betydelig hindring for at deprimerte personer deltar i fysisk aktivitet. Et annen grunn kan være mangel på støtte og oppfølging (Firth et al. 2016). Deprimerte kan også ha lav motivasjon grunnet negative holdninger ovenfor trening og fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011). Sykepleieren har ansvar for praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). De positive effektene ved fysisk aktivitet tilsier at dette kan være et viktig tiltak for pasienter med depresjon. Et sentralt spørsmål blir da hvordan sykepleier kan bidra til økt motivasjon for fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter.

Selvbestemmelsesteorien, *self-determination theory*, er et teoretisk rammeverk for menneskelig motivasjon, som tar sikte på å forklare hvordan man kan oppnå motivasjon av høy kvalitet. Teorien bygger på forskning som tilsier at motivasjon finnes i ulike typer, og i ulik kvalitet. Den motivasjonen som gir best resultater i form av prestasjon, etterlevelse, og psykologisk velvære hos personen, er motivasjon som i høy grad er selvbestemt. Dette innebærer at pasienten har en høy grad av opplevd autonomi i aktiviteten og at aktiviteten er selvdrevet. Indre motivasjon er motivasjon som er rent selvdrevet og knyttet til aktiviteter som utføres fordi de er morsomme og givende i seg selv. Ytre motivasjon driver aktiviteter som ikke først og fremst er givende i seg selv, men som drives av ytre rammer og fremtidige konsekvenser. Ytre motivasjon oppnår høyere grad av selvbestemmelse når de ytre rammene rundt aktiviteten *internaliseres*, det vil si at pasienten aksepterer disse rammene som konsistente med egne verdier og holdninger. For å opprettholde selvbestemt motivasjon, eller legge til rette for høyere grad av selvbestemmelse ved internalisering, hevder teorien at man må forsøke å dekke tre psykologiske behov hos den enkelte: Autonomi, kompetanse og tilknytning (Ryan & Deci, 2000).

Støtte til autonomi kan bestå i å hjelpe pasienten finne gode grunner til den nye atferden som er i tråd med egne mål og verdier. Det er viktig å la pasienten få valg og være med på å

utforme treningsopplegget etter egne ønsker. Kontroll i form av belønning av straff og strenge rammer bør unngås (Ryan et al., 2008). Kompetanse kan støttes opp gjennom å sikre mulighet for mestring for pasienten, ved å gi klar og ikke-vurderende tilbakemelding, avstemme og finne realistiske forventninger (Ryan et al., 2008). Tilhørighet bygges opp gjennom å støtte rundt følelse av gode og trygge relasjoner til andre mennesker. (Ryan & Deci, 2000) Gruppeaktiviteter, og støtte og veiledning er måter sykepleier kan legge til rette for tilhørighet.

Sykepleierollen er godt egnet til å bygge opp motivasjon for fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon. Å gi støtte til autonomi er sentralt for sykepleiere som er etisk og juridisk pliktige til å bidra til brukermedvirkning og til å fremme pasientens valg (jamfør kap 4.2).

Sykepleierens oppfølging av pasienter over tid, og oppbyggingen av et menneske-til-menneske-forhold har som mål å oppnå gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999). I en slik relasjon har sykepleier anledning til å jobbe med pasientens tilhørighet.

Selvbestemmelsesteorien tilbyr per i dag ingen konkrete kliniske verktøy, men er et teoretisk rammeverk (Farholm & Sørensen, 2016). Sykepleiepraksis er en disiplinert og intellektuell og forutsetter teoretisk fagkunnskap fra en rekke fagområder er nødvendig. Utfordringen for sykepleieren er å omsette denne kunnskapen i praktiske handlinger (Farholm & Sørensen, 2016).

Referanseliste

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsson, L., Noras, A. M., Waern, M., & Carlsson, J. (2013). Exercise in the treatment of major depression: A systematic review grading the quality of evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(8), 573-585. Doi: 10.3109/09593985.2013.774452
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 25(2), 116-126. doi:10.1111/inm.12217
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881. doi:10.1017/S0033291716001732
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse [brosjyre]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Depresjon*. Hentet 17.04.2016 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvold, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, Ulrik. (2016, 20. september). *Depresjon*. I Store medisinske leksikon. Hentet 20.03.2017 fra <https://sml.snl.no/depresjon>
- Moe, T. & Martinsen, E. W. (2011). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 02.04.2017, fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2013). *Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar*. I H. Almås, D. - G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie – bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2013). *Psykatriiboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ryan, R. M. & Deci, E. M. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European health psychologist*, 10, 2-5.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommennesklige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D. A., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review [Electronic version]. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 78. doi: 10.1186/1479-5868-9-78
- Yang, X., Hirvensalo, M., Hintsanen, M., Hintsala, T., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., & ... Raitakari, O. (2014). Longitudinal Associations Between Changes in Physical Activity and Depressive Symptoms in Adulthood: The Young Finns Study. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 21(6), 908-917. doi:10.1007/s12529-013-9376-0
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- World Health Organization (2017, 03.04) Depression. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>