



*Hvordan kan sykepleier bidra til å øke
motivasjon til fysisk aktivitet blant deprimerte
pasienter?*

Kandidatnummer: 602
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9028
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
<p>Tittel: Motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å øke motivasjon til fysisk aktivitet blant deprimerte pasienter?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Teorikapitlet beskriver depresjon, fysisk aktivitet og motivasjon. Fysisk aktivitet og motivasjon ved depresjon vil utdypes. Ryan og Decis selvbestemmelsesteori er en modell for motivasjon og skal presenteres nærmere. I tillegg forklares bruk av motiverende intervju for å skape motivasjon til endringsarbeid. Videre beskrives sykepleiefaglig rammeverk, herunder sykepleierens funksjonsområder samt etiske og juridiske føringer.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgavens metode er en litteraturstudie. Det vil si at oppgaven tar utgangspunkt i allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Forskningslitteratur er funnet i databasene Cinahl og PubMed. Anvendt teori og forskning presenteres, i tillegg beskrives en kildekritikk til dette.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen drøftes ut i fra valgt teori og forskningslitteratur. Herunder diskuteres hvordan sykepleier kan motivere deprimerte pasienter til fysisk aktivitet med utgangspunkt i ytre- og indre motivasjon, samt hvordan motiverende intervju kan bidra til endringssnakk. I tillegg drøftes sykepleier-pasient-fellesskapet samt hva som kan fremme og hindre relasjonsbygging og samarbeid.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Forskning viser at fysisk aktivitet kan være nyttig som en del av behandlingen ved depresjon. I midlertid er pasienter med depresjon ofte preget av nedstemthet, liten motivasjon og manglende interesse. Av den grunn kan det være utfordrende for sykepleier å motivere pasienten til fysisk aktivitet. Det er viktig at sykepleier ivaretar de psykologiske behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse. Dette er faktorer som kan styrke pasientens motivasjon til endring. I tillegg må sykepleier anvende sine funksjonsområder til å styrke pasientens mestringstillit samt gi økt kunnskap om sykdom og behandling. Andre viktige faktorer for å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet synes å være støtte fra helsepersonell, individuell tilpasning samt en tillitsfull og åpenhjertig samarbeidsrelasjon mellom sykepleier og pasient.</p>	

(Totalt antall ord: 292)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	2
1.4 Avgrensning av oppgaven	2
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2. Teori	4
2.1 Depresjon	4
2.1.1 Symptomer	4
2.1.2 Årsakssammenhenger	5
2.1.3 Behandling	5
2.2 Fysisk aktivitet	6
2.2.1 Helsegevinster	6
2.2.2 Fysisk aktivitet ved depresjon	7
2.3 Motivasjon	7
2.3.1 Motivasjon ved depresjon	7
2.3.2 Motiverende intervju	8
2.3.3 Ryan & Decis selvbestemmelsesteori	8
2.4 Sykepleiefaglig rammeverk	10
2.4.1 Sykepleierens funksjonsområder	10
2.4.2 Etske og juridiske rammeverk.....	11
3. Metode	12
3.1 Valg av metode	12
3.2 Litteratursøk	12
3.3 Valgt teori og faglitteratur	14
3.4 Kildekritikk	14
4. Presentasjon av forskningslitteratur	17
5. Drøfting	19
5.1 Økt motivasjon til fysisk aktivitet	19
5.1.1 Ytre motivasjon	19
5.1.2 Indre motivasjon.....	21
5.1.3 Motiverende intervju	22
5.2 Sykepleier-pasient-fellesskapet	23
5.2.1 Å etablere tillitsskapende relasjon med pasienten	23
5.2.2 Tilrettelegge for trygge rammer	25
5.2.3 Sykepleierfunksjon og brukermedvirkning	26
6. Avslutning	29
Referanseliste	31

1. Innledning

Psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen. En av de vanligste lidelsene blant voksne er depresjon, og vil ramme en av fem i løpet av livet (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). Helsedirektoratet (2016) anslår at henholdsvis 6-12 % av befolkningen har depresjon til enhver tid. Depresjon er en av de viktigste årsakene til sykemelding, arbeidsfravær og uførhet. Behandlingen av depresjon har lenge vært et diskutert tema. I følge retningslinjene skal ikke medikamentell behandling være førstevalget. Før en når dette punktet, er det viktig at pasienten blant annet har blitt tilbudt rådgivning og psykoterapi. I tillegg blir fysisk aktivitet ansett som en nyttig del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2016).

Befolkningsundersøkelser har vist en reduksjon på omtrent 10 leveår ved langvarig depresjon. Dette er fordi disse pasientene ofte har et usunt kosthold og er i lite fysisk aktivitet. Disse faktorene er assosiert med utvikling av sykdom (Martinsen, 2018, s. 39-42). Regelmessig fysisk aktivitet medfører bedret selvfølelse, velvære, mer energi og et bedre forhold til egen kropp. De positive effektene er mange og betydningsfulle. Det foreligger mye forskning på at fysisk aktivitet reduserer faren for å utvikle psykiske lidelser, spesielt depresjon (Moe & Martinsen, 2012, s. 77). De psykologiske effektene av fysisk aktivitet kommer ofte raskt, pasientene opplever mer glede og mindre psykisk ubehag. Disse helsegevinstene er ofte det som er mest motiverende for å starte med fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 39-42).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Depresjon er en psykisk lidelse karakterisert av nedstemthet, mangel på interesse samt lav selvfølelse. Ofte føler pasienten seg verdiløs og har ingen håp for fremtiden. Psykomotoriske hemninger kan oppstå, eksempelvis tafatthet og initiativløshet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016, s. 338). Disse følgende av depresjon rapporteres ofte som barrierer for å starte med fysisk aktivitet. Pasientene forteller om mangel på tillit, selvfølelse og motivasjon som de største utfordringene (Searle et al., 2011). På bakgrunn av dette har jeg fattet interesse innenfor temaet fysisk aktivitet og depresjon, der økt motivasjon vektlegges. Oppgavens formål er dermed å få en forståelse om hvordan en ikke-medikamentell behandling, i dette tilfellet fysisk aktivitet, kan redusere depressive symptomer, og hvordan sykepleier kan bruke sin funksjon til å øke pasientenes motivasjon til fysisk aktivitet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av litteraturgjennomgang har jeg valgt følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier bidra til å øke motivasjon til fysisk aktivitet blant deprimerte pasienter?”

1.3 Begrepsavklaring

Motivasjon: “Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden mening” (Håkonsen, 2015, s. 89).

Fysisk aktivitet: “Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning av energiforbruk over hvilenivå” (Martinsen, 2018, s. 34).

Depresjon: Depresjon er en stemningslidelse karakterisert av nedstemthet, mangel på interesse og glede samt lite energi (Skårderud et al., 2016, s. 338).

1.4 Avgrensning av oppgaven

Oppgavens kontekst er rettet mot psykiatrisk døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Dette er fordi sykepleier kan følge pasientene over tid, og mye forskning omhandler langvarig oppfølging. I dagens samfunn er det et stort fokus på psykisk helse blant unge mennesker. Det legges vekt på økt åpenhet blant psykiske lidelser med mål om å skape mer aksept (Regjeringen, 2017). Likevel baserer mye av forskningen seg på den voksne befolkningen og oppgavens målgruppe er derfor deprimerte menn og kvinner i alderen 18-65 år (Searle et al., 2011; Firth et al., 2016). For optimal og varig endring av aktivitetsvaner og behandling er pårørende ofte sentrale støttespillere (Helsedirektoratet, 2009). I og med at jeg i stor grad fokuserer på sykepleier-pasient fellesskapet unnlates det å omtale pårørende videre i min oppgave.

Pasienter med depresjon har økt sannsynlighet for å utvikle komorbiditet, eksempelvis angst, atferdsproblemer og rusmiddelbruk (FHI, 2018). Det tas ikke hensyn til eventuelle tilleggsdiagnoser og annen samtidig behandling. I tillegg tas det ikke hensyn til depresjonens alvorlighetsgrad fordi forskning har vist at fysisk aktivitet har effekt uavhengig

alvorlighetsgrad (Searle et al., 2011). På grunn av oppgavens omfang tas det utgangspunkt i at pasientene er frivillig innlagt fordi pasienter innlagt på tvang er underlagt omfattende juridiske føringer (Psykisk helsevernloven, 1999).

1.5 Oppgavens oppbygning

I oppgavens teoridel presenteres teori som er avgjørende for å få en forståelse av motivasjon ved depresjon samt hvilke helsegevinster fysisk aktivitet har hos pasienter med depresjon. I tillegg beskrives sykepleierens funksjonsområder samt etisk og juridisk rammeverk. Kapittel tre tar for seg oppgavens metode samt hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur. For å gi en bedre oversikt over litteratursøkene, blir disse presentert i søkematrise. Til slutt i metodekapittelet fremvises en kritisk holdning til egen fremgangsmåte samt til valgt teori og litteratur. I kapittel fire presenteres forskningsartiklene og sentrale funn i en artikkelmatrise. I kapittel fem, oppgavens drøftingsdel, skal problemstillingen diskuteres og besvares med relevant teori og forskning. Avslutningsvis vil kapittel seks oppsummere oppgavens hovedfunn. Til slutt medfølger en referanseliste over kildene som er anvendt i oppgaven.

2. Teori

I dette kapitlet beskrives depresjon, fysisk aktivitet og motivasjon. I tillegg presenteres sykepleiefaglig rammeverk samt ulike lover og retningslinjer som legger til rette for sykepleierens yrkesutøvelse. Den utvalgte teorien belyser problemstillingen, og vil senere benyttes i oppgavens drøftingsdel.

2.1 Depresjon

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr “nedtrykking” (Hummelvoll, 2016, s. 193). Depresjon er en psykisk sykdom som kalles for stemningslidelser, også affektive lidelser. Stemningslidelser skiller seg fra sorg ved at en sorgprosess er kortvarig og livsmotet kommer tilbake. Ved stemningslidelser har nedstemtheten ført til en psykisk lidelse som kan være karakterisert av dyp depresjon og tanker om selvmord (Skårderud et al., 2016, s. 338). Ved en depresjonslidelse blir hele mennesket rammet, ikke bare stemningsleiet. Pasienten opplever lite livsglede og søvnkvaliteten kan bli dårligere. Mangel på energi, konsentrasjon og motivasjon samt negative holdninger til seg selv og omgivelsene er vanlig. I tillegg kan pasienten ha vanskeligheter med å finne meningen med livet, og alvorlige hendelser som selvmord kan oppstå (Martinsen, 2018, s. 58-59).

2.1.1 Symptomer

Karakteristiske symptomer på depresjon er mangel på interesse, lite energi og nedstemthet. Følelse av verdiløshet, utrøstelig tristhet og initiativløshet er andre vanlige kjennetegn. Ut i fra alvorlighetsgraden av opplevde symptomer kan depresjon inndeles i mild, moderat og alvorlig depresjon (Skårderud et al., 2016, s. 338).

Ved mild depresjon opplever pasienten tristhet som samsvarer med realiteten. Dømmekraften påvirkes ikke, men på grunn av redusert selvaktelse kan pasienten ha økt behov for ytre bekræftelse. På grunn av dette kan pasienten være sårbar for avvísninger fra omgivelsene. Dette kan føre til mindre tilstedeværelse rundt andre mennesker og sosiale settinger (Hummelvoll, 2016, s. 198-200).

Moderat depresjon er preget av en viss grad av forvrengt virkelighetsoppfatning, og pasientens dømmekraft er nedsatt. Opplevelse av fysisk ubehag kan oppstå, eksempelvis forstyrrelser i hjerterytme, puls og fordøyelse. I tillegg er evnen til å føle glede tydelig

reduisert samt at tankeprosessen er langsom og distraksjoner oppstår lettere. Ofte kan pasienten ha en grublende og selv-nedvurderende tankegang (Hummelvoll, 2016, s. 198-200).

Ved alvorlig depresjon derimot, er virkelighetsoppfatningen så svekket at vrangforestillinger kan oppstå og pasienten er preget av en utrøstelig tristhet. Pasienten kan ha en følelse av skyld og verdiløshet grunnet “stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være (det moralske selv), og slik vedkommende faktisk opplever seg (selvaktelse)” (Hummelvoll, 2016, s. 200).

2.1.2 Årsakssammenhenger

Det finnes ingen enkeltstående forklaring på hvorfor depresjon oppstår. Årsakene varierer fra individ til individ, og kan være sammensatt av ulike årsaker. Til tross for dette er det en generell enighet om at arv og miljø har en avgjørende rolle ved depresjon. Mye er enda uklart, men forskning har vist at det er en større sannsynlighet for å utvikle depresjon dersom individet har en forhistorie med dette. I tillegg kan tap og separasjon av nære personer være en utløsende faktor, men den individuelle sårbarheten er varierende (Hummelvoll, 2016, s. 202-203). Forskning har vist at individets sårbarhet og stressnivå har innvirkning på depresjon. Dette er på grunn av at stress medfører utskillelse av stresshormonet kortisol. Langvarig høyt kortisolnivå medfører at ulike og viktige nevrotransmittorer hemmes, og dette kan medføre depresjon (Skårderud et al., 2016, s. 349-350).

Et menneske innehar ulike roller. Dette kan eksempelvis være rollen som en forelder, sønn eller datter, elev og venn. Disse rollene innebærer mange krav til mennesket, og en opplevelse av å ikke strekke til kan fort oppstå. Å oppleve skuffelser i forhold til indre krav, og skuffelser utløst i relasjoner kan være en mulig utløsende årsak til utvikling av depresjon (Skårderud et al., 2016, s. 346-347).

2.1.3 Behandling

Utgangspunktet for å arbeide med pasienter som har depresjon er å møte pasientene der de er, se de som et helhetlig menneske og drive hjelpearbeid rettet mot å identifisere og bearbeide problemene pasienten har (Hummelvoll, 2016, s. 205-207). Ved behandling av depresjon kombineres som regel medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Antidepressiva brukes ofte som en del av behandlingen. Dette er et legemiddel som både har stemningshevende-,

psykostimulerende- og angstdempende virkning. En ulempe med disse medikamentene er bivirkninger som selvmordstanker og stemmehallusinasjoner (Spigset, 2013, s. 218-221). I nyere tid har det blitt økt fokus på ikke-medikamentelle tiltak ved depresjon. Eksempelvis brukes psykoedukasjon som innebærer å gi riktig og nødvendig informasjon til pasientene. Dette gjøres for at pasienten skal få en bedre forståelse av hva sykdommen innebærer og for at de skal kunne gjenkjenne ulike faresignaler. Psykoedukasjon fører til bedre forutsigbarhet for pasienten, og kan bidra til å unngå unødvendige stressfaktorer. I tillegg brukes ulike former for samtalebaserte behandlingsformer, eksempelvis motiverende intervju og kognitiv terapi. Dette er samtalemetoder som fokuserer på å motivere til atferdsendring samt å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Skårderud et al., 2016, s. 350-352). Bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved depresjon har fått større oppmerksomhet de siste årene, og det finnes forskning som viser at dette har god effekt (Searle et al., 2011). Dette beskrives videre i neste avsnitt.

2.2 Fysisk aktivitet

I psykisk helsearbeid er målet med fysisk aktivitet hovedsakelig å oppnå bedre helse samt økt livskvalitet. Fysisk aktivitet betegner alle kroppslige bevegelser som medfører økt energiforbruk (Moe & Martinsen, 2012, s. 76-77). Likevel brukes fysisk aktivitet oftest som et paraplybegrep og omfatter alle former for muskellarbeid. Kroppen er skapt for bevegelse og dersom dette ikke utføres kan konsekvenser som osteoporose, skjelett- og hjertemuskelsykdommer samt overbelastningsskader oppstå. Sammenlignet med fysisk inaktive mennesker vil risikoen for tidlig død reduseres med hele 30% ved regelmessig fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 34-39).

2.2.1 Helsegevinster

Helsedirektoratet anbefaler minst 30 minutter fysisk aktivitet hver dag da dette kan forebygge sykdom og gi bedre helse. Fysisk aktivitet gir mange og ulike helsegevinster (Helsedirektoratet, 2009). Blant annet vil regelmessig fysisk aktivitet gi økt velvære, mindre stress, økt selvfølelse og kroppsbilde samt bedret søvn (Martinsen, 2018, 54-57). Det foreligger mye forskning på at fysisk aktivitet fører til bedre regulering av blodtrykk, blodsukker og redusert risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer. Å være i fysisk aktivitet kan redusere utvikling av depresjon, ulike demenssykdommer samt andre psykiske lidelser, og blir derfor ansett som en virksom behandlingsmetode (Moe & Martinsen, 2012, s.

76-77).

2.2.2 Fysisk aktivitet ved depresjon

Ved depresjon er det kjent at atferden er preget av mangel på motivasjon, initiativløshet og passivitet. Å starte med fysisk aktivitet krever en endring i atferden. Atferdsendring er krevende, men positive helsegevinster kommer ofte raskt. I tillegg anbefales fysisk aktivitet som en del av behandlingen dersom medikamentell behandling ikke har tilfredsstillende effekt (Helsedirektoratet, 2009). Ved depresjon er man nødt til å tilpasse den fysiske aktiviteten til pasienten. Treningsøkten skal ikke oppleves som overveldende eller uoverkommelig. Derfor er det en fordel å satse på det pasienten tidligere har hatt interesse for (Hummelvoll, 2016, s. 210-211).

2.3 Motivasjon

Ordet motivasjon kommer fra latin og betyr "å bevege" (Håkonsen, 2015, s. 89). For å skape og opprettholde motivasjon er det viktig å utnytte pasientens sterke sider, opprettholde troen på seg selv samt skape nye utfordringer. En generell utfordring med fysisk aktivitet ved depresjon er manglende motivasjon. Derfor er tilrettelegging av aktiviteten nødvendig. Nøye planlegging og oppfølging gir økt gjennomførelsesverdi og kan øke motivasjonen for fysisk aktivitet. Eksempelvis kan gruppeaktiviteter bidra til glede, fellesskap og nye sosiale nettverk (Moe & Martinsen, 2012, s. 81-82).

2.3.1 Motivasjon ved depresjon

Som tidligere nevnt er motivasjonen ved depresjon svært lav. Flere kan oppleve å være psykisk utmattede og trette (Moe & Martinsen, 2012, s. 81). I tillegg har studier vist at mangel på selvfølelse, profesjonell oppfølging samt tidsbegrensinger er de største og viktigste barrierene for å starte med fysisk aktivitet (Searle et al., 2011). Støtte over tid, stimulering av pasientens ressurser og motiverende samtaler kan derfor bidra til å gi økt motivasjon og indre kraft til å være i regelmessig fysisk aktivitet (Moe i Martinsen, 2018, s. 155-156). I startfasen vil pasienten ofte være drevet av ytre belønninger/motivasjon, eksempelvis støtte fra helsepersonell. På dette tidspunktet er belønningene pasienten får utenfra den viktigste motivasjonsfaktoren. Etterhvert som denne atferden gjentas og pasienten blir mer dreven, vil motivasjonen for fysisk aktivitet være styrt av indre motivasjon. Motivasjonsvanene blir en del av

pasientens identitet og blir drevet av egen lyst (Moe & Martinsen, 2012, s.84-85).

2.3.2 Motiverende intervju

“Motiverende samtaler er en samarbeidsorientert samtalem metode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring” (Miller & Rollnick via Ivarsson, 2017, s. 13). Motiverende intervju innebærer en samtalem metode som øker sannsynligheten for atferdsendring og skaper en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Denne samtalem metoden egner seg godt til røyke- og alkoholslutt samt endring av aktivitetsvaner (Helsedirektoratet, 2017a). I motiverende intervju arbeider sykepleieren målrettet, og pasientens syn på egen situasjon vektlegges. Fokus for samtalen er å utforske pasientens motivasjon for endring, samt tilrettelegge for hva pasienten oppfatter som en positiv utvikling for seg selv (Ivarsson, 2017, s. 13-14). Atferdsendring krever hardt arbeid, og pasientene kan ofte være ambivalente, spesielt ved psykiske lidelser. Av den grunn er det svært viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å ta et velfundert valg i positiv retning (Helsedirektoratet, 2017b).

Holdningen og den refleksive lyttingen er grunnsteiner i MI. Det som kjennetegner en MI-samtale, er at hjelperen bruker den refleksive lyttingen til å fremkalle endringssnakk, samtidig som en henter frem og styrker pasientens mestringstillit.

Hjelperen peker på og styrker det som leder i positiv retning. (Ivarsson, 2017, s. 15)

Det finnes ulike holdningssett som er sentrale for å utvikle et godt samarbeidsklima ved bruk av motiverende intervju. Å vise aksept, tillit og optimisme er fordelaktig. Sykepleieren skal være fordomsfri og ha respekt for pasientens autonomi. Det er ikke sykepleieren som sitter på svaret med hva som kan endre pasientens atferd. Pasienten har svaret, og sykepleieren skal i samarbeid finne den beste løsningen (Ivarsson, 2017, s.16-17).

2.3.3 Ryan & Deci selvbestemmelsesteori

Mennesker er født nysgjerrige og selvmotiverte. På sitt beste er de inspirert, strever etter å lære og viser engasjement for eget liv. Likevel kan mennesker, uavhengig av sosial status og kultur, oppleve fraskrivelse av ansvar og fremmedgjøring. Dette hindrer mennesket i videre vekst og utvikling. Selvbestemmelsesteorien ble utviklet av psykologene Richard M. Ryan og Edward L. Deci (Ryan & Deci, 2000). Teorien beskriver hva som kan fremme og hemme

motivasjon ut i fra de tre medfødte psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet. Disse tre behovene synes å være avgjørende for å muliggjøre optimal funksjon og integrasjon, samt nødvendig for sosial utvikling og personlig trivsel (Ryan & Deci, 2000).

Mennesker kan motiveres fordi de verdsetter en aktivitet, eller på grunn av ytre påvirkning. De kan bli motivert fordi aktiviteten oppleves som morsom og meningsfull, eller på grunn av bestikkelse og frykt. Dette er kontraster på indre- og ytre motivasjon. I følge psykologene vil aktiviteter utført av indre motivasjon og medbestemmelse medføre bedre resultater og økt gjennomførelsesverdi sammenliknet med aktiviteter utført på grunn av ytre påvirkninger. Ut i fra disse faktaene har psykologene kommet frem til at det finnes ulike typer motivasjon; indre- og ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

Indre motivasjon er selvdrevet og basert på selvbestemmelse. Det viktigste ved indre motivasjon er at den er bygget på autonomi. Aktiviteten utføres fordi den oppleves som meningsfull, og representerer en hovedkilde til glede og mening. Til tross for dette krever indre motivasjon støttende forhold og opprettholdelse. Dette kan komme i form av ytre faktorer, eksempelvis positive tilbakemeldinger. Dette er en motsetning til ytre motivasjon som hovedsakelig styres av ytre belønninger eller tilbakemeldinger. Ved indre motivasjon kan de tre behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet bli styrket av tilbakemeldinger og belønninger, men dersom dette blir overdrevet kan det undergrave den indre motivasjonen slik at den i større grad blir drevet av ytre motivasjon. I tillegg kan trusler, fristelser, press og pålagte mål redusere egen motivasjon. Derimot kan medbestemmelse, anerkjennelse av følelser og valgfrihet bidra til å styrke indre motivasjon, da dette gir en større følelse av autonomi (Ryan & Deci, 2000).

Ytre motivasjon inndeles ut i fra grad av opplevd autonomi og selvbestemmelse.

Motivasjonen som hovedsakelig er styrt av ytre forhold kalles for ytre regulering. Ved ytre regulering er opplevelsen av autonomi og selvbestemmelse fraværende, og menneskets atferd og handlinger er styrt av ytre påvirkninger/faktorer. Eksempelvis høyere lønn eller redselen for sanksjoner og straff. Mye av menneskets atferd og handlinger stammer fra ytre motivasjon, ikke fra indre motivasjon. Likevel påvirkes ikke ytre motivasjon utelukkende av ytre faktorer. Mennesket kan utføre handlinger som ikke oppleves som selvdrevet motivasjon for å oppnå et større mål. Denne typen motivasjon kalles for integrert motivasjon. Integrert motivasjon er den mest autonome og selvbestemte graden av ytre motivasjon. Motivasjonen

samsvarer da med menneskets personlige verdier og behov. Integrert motivasjon deler mange likheter med indre motivasjon, men anses likevel som en del av ytre motivasjon på grunn av at atferden og/eller handlingen ikke fullt ut er drevet av egen interesse og selvbestemmelse. Naturligvis er det lettere å skape en endring desto større grad av autonomi og selvbestemmelse, og dette bør tilstrebes ved ønsket om varig endring (Ryan & Deci, 2000).

2.4 Sykepleiefaglig rammeverk

På psykiatrisk døgnopphold arbeider sykepleier tverrfaglig med pasienter som har ulike psykiske lidelser. Det tverrfaglige teamet varierer ut i fra pasientens behov, men består ofte av sykepleier, psykiater, psykolog og miljøarbeider. Disse har et felles ansvar for å utvikle klare mål for det tverrfaglige samarbeidet og for hver enkelt pasient (Hummelvoll, 2016, s. 478-479). I det tverrfaglige teamet fokuserer sykepleier i stor grad på videreutvikling av pasienten fremfor årsaken til lidelsene. Psykiatrisk sykepleie innebærer å identifisere pasientenes individuelle behov for sykepleie samt å utvikle tillit til sykepleier-pasient fellesskapet (Hummelvoll, 2016, s.26-30). Å arbeide med pasienter som har psykiske lidelser er komplekst, og viktigheten av sykepleierens ivaretagelse av pasientens behov for helhetlig omsorg er alfa og omega (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016).

2.4.1 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleierfunksjonen fremkommer i lovverket der det angis at helsepersonell skal yte faglig forsvarlig helsehjelp. Helsehjelp defineres som enhver handling som har forebyggende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (Helsepersonelloven, 1999, §3). I arbeidet med pasienter som har psykiske lidelser vektlegges spesielt sykepleierens helsefremmende, undervisende og veiledende samt behandlende funksjon (Hummelvoll, 2016, s.26-30). Sykepleierens helsefremmende funksjon består i alt arbeid som gjør pasienten i stand til å få økt kontroll over egen kropp samt bedret helse gjennom utvikling av pasientens kompetanse og ferdigheter. Det handler om å styrke faktorene som fremmer helse og velvære, eksempelvis styrke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet for å dempe depressive symptomer. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon består av å bidra til utvikling, læring og mestring. Dette kan være å gi pasienten bedre innsikt og mestring av egen sykdom, symptomer, forebyggende tiltak samt behandling. Eksempelvis kan sykepleier ved hjelp av sin undervisende funksjon hjelpe pasienten til å forstå viktigheten av fysisk aktivitet ved depresjon. Pasientens medbestemmelse bør

vektlegges i stor grad. Medbestemmelse og autonomi er svært viktig i behandling der sykepleier fokuserer på å fjerne eller redusere pasientens problemer og ubehag (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 15-20).

2.4.2 Etske og juridiske rammeverk

I henhold til yrkesetsiske retningslinjer skal sykepleier arbeide for å fremme helse og forebygge sykdom. I tillegg skal sykepleier fremme pasientens håp og mulighet til å ta selvstendige og vel-informerte valg (NSF, 2016). I arbeid med pasienter som har depresjon kan dette være en utfordring fordi pasientene er som regel preget av lite motivasjon, og mottageligheten av ny informasjon er lav. I tillegg har pasienten ofte liten innsikt i egen helsetilstand (Hummelvoll, 2016, s.198-200). Likevel har pasientene rett til medbestemmelse, og kan nekte å ta i mot behandling dersom det ikke er ønskelig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-1, 4-1). I situasjoner der pasienten nekter behandling må det stilles spørsmål om pasienten har fått nok informasjon om sin helsetilstand for å ta et begrunnet valg (Brinchmann, 2016, s. 89). Å gi riktig og nødvendig informasjon er også nedfelt i helselovene (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-2 til 3-4). Mennesker som har fysisk og/eller psykisk sykdom er sårbare, av den grunn er det svært viktig at sykepleier bevarer og styrker pasientens opplevelse av autonomi. Å oppleve autonomi i behandling er helt sentralt for å oppnå et godt resultat (Brinchmann, 2016, s. 89).

3. Metode

En metode beskriver en arbeidsform som er egnet for å anskaffe ny kunnskap, og til å undersøke et tema. Ut i fra valgt problemstilling avgjøres en bestemt metode som egner seg best til å belyse spørsmålet (Dalland, 2018, s. 51).

3.1 Valg av metode

Metoden for denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer at man innhenter data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Dette betyr at det ikke fremkommer ny kunnskap i oppgaven. Å anvende litteraturstudie som metode krever systematisk og kritisk gjennomgang av den valgte litteraturen. Det vil si nøye lesing og bedømming av eksisterende teori i forkant av skrivingen. I tillegg må den utvalgte teorien begrunnes (Dalland, 2018, s. 206- 212).

En litteraturstudie kan inkludere forskning basert på kvalitative og/eller kvantitative metoder. En kvalitativ metode baserer seg på meninger og opplevelser, og kan derfor ikke tallfestes eller måles. En kvantitativ metode gir derimot målbare enheter og kan tallfestes, eksempelvis i form av gjennomsnitt (Dalland, 2018, s. 52). I oppgaven er det brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler slik at jeg får ulik type informasjon og perspektiver rundt problemstillingen.

3.2 Litteratursøk

For å finne relevant forskning har databasene Cinahl og PubMed blitt benyttet. Det er tatt utgangspunkt i oppgavens problemstilling under søkeprosessen, og de brukte søkeordene er funnet gjennom terminologibasen MeSH. Videre har jeg fokusert på at forskningsartiklene har relevans til sykepleiefaget samt omhandler motivasjon og/eller fysisk aktivitet ved depresjon. For å begrense antall søkefunn ble publikasjonsåret angitt til 2008/2009 (ut ifra når søkene er utført), samt at artiklene skulle være fagfelleurdert. At en artikkel er fagfelleurdert betyr at eksperter innenfor fagområdet kritisk har vurdert innholdet før publikasjon (Svartdal, 2018). Gjennom søkeprosessen ble det funnet flere forskningsartikler om temaet. Jeg leste overskrift og abstrakt for hver relevant artikkel og fant til slutt fire artikler som utpekte seg som mest aktuelle. Disse presenteres i søkematrise nedenfor.

Tabell 3.1 Søkematrise

Dato for søk	Forfatter, årstall	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Begrunnelse for valg av artikkel
06.12.18	Yang, Hirvensalo, Hintsanen, Hintsanen, Pulkki-Råback, Jokela, Telama, Tammelin, Hutri-Kähönen, Viikari & Raitakari 2014	Cinahl	År 2008-2018 Fagfelleverdert Full text	“Depression” AND “Depressive symptoms” AND “Physical activity”	37	Artikkelen viser at effekten av langvarig fysisk aktivitet kan gi færre depressive symptomer. Studien er en langtidsforskning som går over 6 år. Det er utført svært få studier som viser hvilken effekt fysisk aktivitet har på depresjon over tid, og derfor er denne artikkelen spesielt relevant for å belyse min problemstilling.
06.12.18	Suija, Pechter, Kalda, Tähepõld, Maaroos & Maaroos 2009	Cinahl	År 2008-2018 Fagfelleverdert	“Depression” AND “Physical activity” AND “Motivation”	38	Artikkelen omhandler både depresjon, fysisk aktivitet samt motivasjon, og inneholder derfor alle aspektene i min problemstilling. I tillegg beskriver artikkelen faktorer som kan fremme motivasjon hos deltakerne, eksempelvis bruken av treningsdagbok.
13.12.18	Searle, Calnan, Lewis, Campbell, Taylor & Turner 2011	PubMed	År 2008-2018 Fagfelleverdert Full text	“Depression” AND “Depressive symptoms” AND “Physical activity” AND “Patient view”	33	Artikkelen tar for seg pasientenes egen oppfattelse og erfaringer av fysisk aktivitet som en del av behandlingen av depresjon. I tillegg beskriver artikkelen barrierer for å starte med fysisk aktivitet. Dette er relevant for min problemstilling da den gir forståelse om hvorfor noen pasienter har vanskeligheter med oppstart av fysisk aktivitet.

03.01.19	Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorczynski, Yung & Vancamp-fort 2016	PubMed	År 2009-2019 Fagfelleverdert Full text	“Depression” AND “Physical activity” AND “Barriers”	36	Artikkelen beskriver ulike motiverende faktorer og barrierer for å starte med fysisk aktivitet. I artikkelen fremkommer det eksempler på hva som oppleves som motiverende og umotiverende. Denne artikkelen kan støtte artikkelen skrevet av Searle et al.

3.3 Valgt teori og faglitteratur

Det teoretiske grunnlaget skaper forståelse av valgt tema samt danner rammeverket for senere drøfting. Av den grunn er det nødvendig å gjøre grundig forarbeid med å velge litteratur som er relevant for min problemstilling. For å belyse problemstillingen har jeg benyttet meg av høgskolens bibliotek samt orientert meg i pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen. Dermed har bøker som omhandler depresjon, fysisk aktivitet og motivasjon vært av særlig interesse. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet sine nettsider har blitt benyttet for å få oppdatert kunnskap og statistikk om temaet. Relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer er også anvendt i oppgaven fordi all sykepleiefaglig yrkesutøvelse er etisk og juridisk bestemt, og kan derfor ikke utelates. I tillegg har internett blitt brukt for søk etter relevante vitenskapelige fagartikler og litteratur. Dette resulterte til funnet av fagartikkelen til Ryan og Deci (2000) som omhandler motivasjon. Denne artikkelen gir en grundig forståelse om hvordan motivasjon fungerer som en drivkraft eller et hinder, og anses derfor som spesielt relevant for min oppgave.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å kritisk vurdere de opplysningene som fremkommer i den valgte litteraturen. Å utøve god kildekritikk vil si at jeg må kunne det som skrives om, i tillegg til at jeg må kjenne til eksisterende litteratur (Dalland, 2018, s. 158-159). Databasene Cinahl og PubMed har blitt benyttet i litteratursøket. Dette er databaser med stor sykepleiefaglig relevans. I forbindelse med søk har det vært utfordrende å finne gode søkeord på grunn av min manglende erfaring med dette. Denne manglende erfaringen kan føre til at faglig sterke

artikler utelates. Av den grunn tok jeg i bruk terminologibasen MeSH for å styrke validiteten av søkeordene. For å anvende kvalitetssikre artikler har kriteriene for valgene vært at de innehar en IMRaD- struktur samt at disse er fagfellevurderte. I tillegg skulle ikke artiklene være eldre enn 10 år, ut i fra når søkene ble utført. Dette er på grunn av at eldre litteratur kan være utgått og validiteten til artikkelen kan derfor være svekket. Det er hovedsakelig etterstrebet å bruke førstehåndskilder. Det vil si at jeg anvender den opprinnelige utgaven av en tekst (Dalland, 2018, s. 162). Sekundærkilder har også blitt anvendt i oppgaven fordi dette gir en vid forståelse av temaet. En forskningsartikkel gir bare en del av helheten, og for å gi et bredere perspektiv på oppgaven har jeg tatt i bruk en systematic review som presenterer helheten på en bedre og mer presis måte. Dette er en styrke fordi artikkelen viser at det er utført tidligere forskning på teamet, og kan se sammenheng ved regelmessig fysisk aktivitet og nedgang i depressive symptomer (Firth et al., 2016).

Det må legges til at det var utfordrende å finne forskningsstudier gjort av sykepleiere. Samtidig var ønsket å finne artikler som belyser effekten av fysisk aktivitet ved depresjon, samt pasientens opplevelse av dette. Dette medførte at jeg fant fire velinformerte forskningsartikler som gir et godt grunnlag til å besvare problemstillingen. En årsak til at det var utfordrende å finne forskning rettet mot sykepleiere, kan være fordi fysisk aktivitet har hatt liten oppmerksomhet som en del av behandling i psykisk helsearbeid. Det er først i senere tid dette har fått større fokus (Martinsen, 2018, s. 24-26).

Artiklene som er anvendt i oppgaven er fra Finland, Estland og Storbritannia. Ettersom studiene er utført i utlandet har disse blitt kritisk vurdert grunnet kulturforskjeller og relevansen til det norske helsevesenet kan være svekket. Artiklene anses likevel å være relevante for min problemstilling fordi de omhandler effekten av fysisk aktivitet ved depresjon samt pasientenes opplevelser av denne effekten. En svakhet med studien utført av Suija et al., (2009) er at flere av deltakerne droppet ut, noe som kan føre til mangelfull data. Likevel opplever jeg at funnene i denne studien er relevant for å besvare min problemstilling. En annen svakhet er at flere av deltakerne brukte antidepressiva under studien, men forskerne mener at medikamentbruken ble redusert etterhvert. Studien utført av Firth et al., (2016) tar for seg motiverende faktorer og barrierer ved oppstart med fysisk aktivitet for pasienter som har ulike psykiske lidelser. Artikkelen rettes dermed ikke direkte til depresjon, men anses likevel som overførbar til min oppgave på grunn av at depresjon inngår i det å ha ulike psykiske lidelser.

Til tross for at artikkelen til Ryan og Deci (2000) er av eldre karakter, er den likevel svært relevant for min oppgave. Dette er fordi selvbestemmelsesteorien beskriver viktige momenter for å forstå hvordan motivasjon påvirker mennesket til endring. I tillegg brukes denne teorien hyppig i litteratur som omhandler motivasjon (Håkonsen, 2015, s. 93-94; Martinsen, 2018, s.157-159). Psykologene har i nyere tid skrevet teorien i en kortere versjon, men jeg velger å ta i bruk teorien fra år 2000 fordi denne beskriver motivasjon i større detalj (Ryan & Deci, 2008). Selv om ingen av mine valgte forskningsartikler henviser til selvbestemmelsesteorien, beskriver artiklene flere relevante momenter for motivasjon slik som Ryan og Deci gjør. Dette medfører at det likevel kan ses sammenhenger mellom disse selv om det ikke er en direkte henvisning.

I denne oppgaven har jeg valgt å ta i bruk litteratur fra bachelor i sykepleie, spesielt bøker fra psykiatri og psykologi. For å anvende litteratur som konkret omhandler mitt tema, er det i tillegg tatt i bruk bøker som finnes på høgskolens bibliotek, eksempelvis bøker som knytter fysisk aktivitet og motivasjon til depresjon. Bøkene som er anvendt i oppgaven er ikke eldre enn 10 år, og jeg har vært påpasselig ved omformulering av litteraturen slik at det ikke fremkommer feilinformasjon.

4. Presentasjon av forskningslitteratur

I dette kapitelet blir data fra forskningsartiklene presentert i en matrise. Dette gir en systematisk og enkel oversikt over innholdet i hver enkelt artikkel.

4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Yang, X., Hirvensalo, M., Hintsanen, M., Hintsala, T., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Telama, R., Tammelin, T., Hutri-Kähönen, Viikari, J., & Raitakari, O (2014)	<i>Longitudinal Associations Between Changes in Physical Activity and Depressive Symptoms in Adulthood: The Young Finns Study.</i>	International Journal of Behavioral Medicine.	Hensikten med studien er å undersøke om fysisk aktivitet og endring av aktivitetsvaner (frekvens, intensitet og varighet) kan ha innvirkning på depressive symptomer over en lenger tidsperiode. Deltakerne følges opp i en periode på seks år.	Kvantitativ metode. Forskerne anvendte et spørreskjema som pasienten fylte ut i forbindelse med en medisinsk undersøkelse.	Resultatene viste at deltakerne som var vedvarende aktive hadde større sannsynlighet for å vise nedgang i depressive symptomer enn deltakere som forble inaktive. Studien viste at det var forskjell på intensitet og varighet per treningsøkt blant kvinner og menn, men begge kjønn viste nedgang i depressive symptomer ved moderat og høy intensitet.
2	Suija, K., Pechter, Ü., Kalda, R., Tähepõld, H., Maaros, J., & Maaros, H (2009)	<i>Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic walking in family practice.</i>	International Journal of Rehabilitation Research.	Studien undersøker hvor motiverte deprimerte pasienter er til å drive med fysisk aktivitet, samt hvordan stavgang påvirker humøret og den fysiske treningen blant pasienter med depresjon.	Kvantitativ metode. Det ble utført intervjuer ved hjelp av et instrument og spørreskjema som deltakerne fylte ut.	Flere av deltakerne brukte antidepressiva i løpet av treningsprogrammet. Likevel viste studien at deltakerne og deres familier var positive til resultatene etter endt studie. Deltakerne viste ingen tegn til forverring, og alle rapporterte om bedre humør. Omtrent halvparten påsto at de var mindre deprimerte etter

						gjennomført treningsprogram.
3	Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A., & Turner, K (2011)	<i>Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study.</i>	British Journal of General Practice.	Hensikten med studien er å undersøke pasientenes syn på fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved depresjon.	Kvalitativ metode. Det er utført dybdeintervju av deltakerne. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og data ble transkribert av tre forskere.	Flere av deltakerne rapporterte lav motivasjon og mangel på tillit som barrierer for å starte med fysisk aktivitet. Likevel var det en generell oppfattelse blant deltakerne at fysisk aktivitet kunne være effektivt for behandling av depresjon.
4	Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D (2016)	<i>Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis.</i>	Psychological Medicine.	Hensikten med studien er å informere om hvilke faktorer som motiverer til fysisk aktivitet, og hvilke barrierer som kan oppstå. Forskerne ønsker å informere om dette for å optimalisere behandlingen av psykiske lidelser.	Systematic review. Forskerne har utført søk i store databaser og sto igjen med 12 kvantitative artikler som omhandlet motiverende faktorer og/eller barrierer for oppstart med fysisk aktivitet. Forskerne brukte et systematisk verktøy for å finne alle relevante data fra hver studie.	Det som oppleves som mest motiverende ved oppstart med fysisk aktivitet var bedret humør og redusert stressnivå. I tillegg var profesjonell støtte svært viktig for motivasjonen. De vanligste opplevde barrierene var tretthet, lavt energinivå, dårlig helse og generell mangel på motivasjon.

5. Drøfting

I dette kapitlet skal følgende problemstilling drøftes: *“Hvordan kan sykepleier bidra til å øke motivasjon til fysisk aktivitet blant deprimerte pasienter?”*. For å besvare problemstillingen diskuteres funn og resultat i lys av valgt teori samt juridisk og etisk kunnskap.

5.1 Økt motivasjon til fysisk aktivitet

Mangel på motivasjon er en av de karakteristiske trekkene ved depresjon. Pasientene kan oppleve å være trette og tom for energi. Av den grunn kan oppstart med fysisk aktivitet være utfordrende, og interessen kan være helt fraværende (Moe & Martinsen, 2012, s.81). Mange pasienter har liten tro på at de kan endre sin livssituasjon, og vegrer seg fra fysisk aktivitet. Uansett syk eller frisk, krever motivasjon kontinuerlig pleie og ofte ved hjelp av andre (Moe i Martinsen, 2018, s.155-156).

5.1.1 Ytre motivasjon

I selvbestemmelsesteorien beskrives ulike faktorer som kan fremme eller hemme menneskets motivasjon. For å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet må sykepleier ha kunnskap om hva motivasjon er, og hvordan man kan påvirke denne (Ryan & Deci, 2000). Pasienter som har depresjon er ofte preget av initiativløshet og lav motivasjon (Martinsen, 2018, s. 58-59). Det betyr først og fremst at sykepleier må tilstrebe å øke den ytre motivasjonen, da fysisk aktivitet i utgangspunktet ikke styres av indre motivasjon i denne pasientgruppen.

Ytre motivasjon er styrt av ytre påvirkninger, ofte i form av belønningsmetoder. Motivasjonen knyttes til konsekvensene av handlingen, og ikke til handlingen selv (Moe & Martinsen, 2012, s. 81-82). I studien utført av Firth et al., (2016) fremkommer det at pasientene i liten grad opplevde at fysisk aktivitet i seg selv var en motiverende faktor. I tillegg opplevde de ofte barrierer som lavt energinivå, dårlig fysisk helse og generell mangel på motivasjon. Den hyppigste rapporterte barrieren var mangel på støtte fra helsepersonell. Disse funnene kan tyde på at pasientene trenger økt tilstedeværelse av sykepleier for å øke motivasjonen, noe som også støttes i Suija et al., (2009) sin studie. Dette er et tydelig eksempel på ytre motivasjon. Dersom sykepleier legger vekt på god planlegging og oppfølging kan dette øke motivasjonen og forutsigbarheten for fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2012, s. 81-82). I tillegg kan det medføre at pasientene føler seg sett og ivaretatt.

For å fremme motivasjon vektlegger Ryan og Deci (2000) de psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet. Dersom behovene er oppfylt skaper dette optimal funksjon og personlig trivsel. Ved ytre motivasjon har pasienten liten opplevelse av at disse behovene er tilfredsstillt. Pasientens atferd er ofte styrt av ytre regulering ved oppstart av fysisk aktivitet. Det betyr at pasienten kun styres av ytre påvirkninger. Sykepleier bør tilstrebe å oppnå integrert motivasjon da dette er den mest autonome og selvbestemte graden av ytre motivasjon. Gjennomførelsesverdien øker jo større grad av autonomi pasienten opplever (Ryan & Deci, 2000). En studie basert på pasienters opplevelse av bruk av fysisk aktivitet ved depresjon, har vist at autonomi og medbestemmelse er svært viktig for å styrke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet. I tillegg viser studien at bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen styrker følelsen av autonomi fordi aktiviteten medfører at pasienten er delaktig i egen behandling (Searle et al., 2011). Disse funnene styrkes i litteraturen som påpeker at opplevelse av brukermedvirkning og autonomi er helt sentralt for motivasjonen (Håkonsen, 2015, s. 93-94).

I forskningen er det tilsynelatende ulike meninger angående hvor høy intensitet treningsøkten behøver å ha for å gi effekt. I følge Yang et al., (2014) gir treningsøkter med moderat til høyt nivå, og med en intensitet som medfører at deltakeren blir svært andpusten og svett, best effekt mot depressive symptomer. Imidlertid viser en annen studie at stavgang i deltakernes eget tempo ga god effekt på deres humør og depressive symptomer. Deltakerne hadde en opplevelse av at dette var en overkommelig treningsmetode som ikke krevde for mye av hver enkelt (Suija et al., 2009). I litteraturen fremkommer det at pasienter med depresjon oftest har best effekt av rolig oppstart med tiltagende økt intensitet, da de sannsynligvis har vært inaktive over en lenger tidsperiode (Moe & Martinsen, 2012, s. 79-80). I og med at motivasjonen påvirkes av ytre forhold og belønning ved ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000), kan det tyde på at sykepleier, helst i samarbeid med pasient, bør tilpasse aktiviteten og intensiteten slik at treningen ikke oppleves som overveldende og voldsom. I tillegg er det viktig at sykepleier viser forståelse for pasientens situasjon, og påpeker at det ikke er et nederlag dersom pasienten ikke oppnådde det han/hun ønsket for den aktuelle treningsøkten. At sykepleier tilpasser den ytre motivasjonen kan bidra til å skape atferdsendring samt følelse av økt kontroll og mestring hos pasienten. Dette er faktorer som kan føre til økt motivasjon og prestasjon (Ryan & Deci, 2000).

5.1.2 Indre motivasjon

Indre motivasjon er selvdrevet motivasjon, og er preget av autonomi og medbestemmelse. Handlingen som utføres oppleves som meningsfull og er en kilde til glede og mestring. Indre motivasjon er den typen motivasjon som medfører best gjennomførelsesverdi (Ryan & Deci, 2000). Det er denne motivasjonen som er hovedmålet ved å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet. Når fysisk aktivitet styres av indre motivasjon medfører det at pasienten opplever glede av å utføre selve aktiviteten, og andre helsegevinster oppleves som et gode (Moe i Martinsen, 2018, s. 156-157). I midlertid er det viktig at sykepleier og pasient er realistiske, og er klar over at å oppnå indre motivasjon krever hardt arbeid over en lenger tidsperiode. Sykepleier må arbeide ut i fra pasientens ståsted, og sette delmål slik at pasienten kan oppleve mestring mot målet om å være i regelmessig fysisk aktivitet (Hummelvoll, 2016, s. 209-210). Pasienter som har hatt fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved depresjon, forteller at de var preget av svært liten motivasjon og selvtillit ved oppstart av fysisk aktivitet. Etterhvert som tiden gikk innså de at helsegevinstene kom raskt og de opplevde økt selvtillit og mestring. Dette medførte at treningen ble en del av deres livsstil, og de opplevde glede av å utføre aktiviteten (Searle et al., 2011). Dette er et eksempel på at motivasjonen gikk fra å være ytre regulert til indre motivert.

Til tross for at målet er oppnådd når pasienten opplever indre motivasjon, kreves det fortsatt støtte og opprettholdelse (Ryan & Deci, 2000). En pasient forteller at hun mistet motivasjonen da hun opplevde å ikke mestre en aktivitet, hun følte seg utilstrekkelig (Searle et al., 2011). Dette viser at pasienter med depresjon er svært sårbare for nederlag, og trenger kontinuerlig oppfølging og støtte (Skårderud et al., 2016, s. 338). Samtidig er det viktig at sykepleier anerkjenner pasientens følelser, selv de negative. Dette kan medføre at pasienten føler seg sett og hørt, som igjen kan bidra til å øke motivasjonen da pasienten innser at det er normalt å oppleve oppturer og nedturer (Ryan & Deci, 2000). En annen studie viser at pasientens nedturer kan oppleves lettere dersom de har profesjonell støtte ved siden av seg, og som var tilstede i stundene som opplevdes vanskelige. Derimot var det svært umotiverende dersom pasientene opplevde mangel på støtte (Firth et al., 2016). Av den grunn kan det være rimelig at den fysiske aktiviteten inngår som en del av avdelingens faste rutiner, slik at pasientene hele tiden har tilstedeværelse av sykepleier eller annet kompetent helsepersonell. Dette skaper også en lav terskel for pasientene til å stille eventuelle spørsmål, og sykepleier har kontinuerlig mulighet til å observere og motivere (Hummelvoll, 2016, s. 209-211).

5.1.3 Motiverende intervju

Ved oppstart av fysisk aktivitet er det viktig å velge en motivasjonsstrategi. Et nyttig hjelpemiddel kan være å gjennomføre et motiverende intervju (Moe & Martinsen, 2012, s. 81). Kjernen i motiverende intervju er å skape endring (Ivarsson, 2017, s. 83). For å øke motivasjonen til fysisk aktivitet er det nødvendig å hjelpe pasienten til og oppdage det meningsfulle ved atferdsendringen. I tillegg er det viktig at pasienten har tiltro til at han/hun klarer å gjennomføre endring, samt at sykepleier fokuserer på å styrke pasientens mestringstillit. Dersom sykepleier viser forhåpning til pasientens evne til endring, kan pasientens tiltro til seg selv styrkes (Ivarsson, 2017, s. 38-41). Imidlertid er det ikke nødvendigvis enkelt å motivere pasienten til endring på grunn av pasientens negative holdningssett. En studie viser at pasienter med depresjon hadde liten tiltro til å klare og gjennomføre atferdsendring på grunn av manglende selvtillit og motivasjon (Firth et al., 2016). På bakgrunn av dette kan det se ut til at pasientene trenger bistand til å skape forpliktelse til endring. For at sykepleier skal stimulere endringsprosessen, er bruk av åpne spørsmål og refleksiv lytting hensiktsmessig. Målet er at pasienten ønsker å starte med fysisk aktivitet ut i fra en indre overbevisning om at dette er det rette å gjøre (Ivarsson, 2017, s. 38-41).

I en motiverende samtale skal sykepleier kartlegge pasientens motivasjon for endring. Det kan være fordelaktig å finne aktiviteter pasienten anser som morsomme, eller som har vært av tidligere interesse (Ivarsson, 2017, s. 34-37). I studien utført av Yang et al., (2014) fremkommer det at deltakerne opplevde best utnytte av aktiviteter som medførte at de hadde brukt kroppen skikkelig. I midlertid forteller en pasient at å gå turer sammen med en venn var til god nytte fordi det fikk pasienten over på andre tanker. I tillegg valgte pasienten bevisst å fokusere på omgivelsene fremfor de negative tankene (Searle et al., 2011). Disse funnene tyder på at pasientene har ulike forutsetninger for fysisk aktivitet, og at aktivitetens intensitet nødvendigvis ikke er av stor betydning. Aktivitetstilbud som baserer seg på trivsel og fellesskap vil ofte styrke motivasjonen og kan være avgjørende for om aktiviteten blir varig (Moe & Martinsen, 2012, s. 87).

For mange er fysisk aktivitet forbundet med glede, sosial kontakt samt økt selvbilde, men for pasienter med depresjon kan fysisk aktivitet oppleves som skummelt og unaturlig (Moe i Martinsen, 2018, s.155-156). I motiverende intervju, og generelt i behandling, bør sykepleier være oppmerksom på når det oppstår motstand. Da er rådet å møte motstand med ikke-

motstand og se løsninger fremfor hindringer (Moe i Martinsen, 2018, s. 160-161). Sykepleieren skal hjelpe pasienten med å vurdere sine valgalternativer samt utforske hva pasienten tenker om sin egen atferd. Pasienten får altså hjelp til å fremkalle endring. Sykepleierens tilnærming bør være preget av optimisme, og tiltro til pasientens evne til endring da dette bidrar til å skape et godt samarbeidsklima samt øker forutsetningen for atferdsendring. For å unngå å skape motstand er det viktig at helsepersonellet unngår å overtale og presse pasienten til å ta beslutninger han/hun ikke er klar for (Ivarsson, 2017, s. 16-17). Til tross for at sykepleier ønsker pasienten beste, vektlegges pasientens autonomi og medbestemmelse i all behandling. Det vil si at sykepleier ikke kan tvinge pasienten til fysisk aktivitet med mindre det foreligger særlige forhold til grunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

5.2 Sykepleier-pasient-felleskapet

For å bedre mulighetene til samhandling og endringsarbeid er det viktig å skape en god samarbeidsrelasjon mellom sykepleier og pasient. Å etablere samarbeid med den deprimerte pasienten kan være en utfordring på grunn av pasientens nedsatte psykiske tempo. Dette krever tålmodighet og toleranse (Hummelvoll, 2016, s. 207). Alle psykiske lidelser kan bidra til å forstyrre relasjoner. Personer med depresjon trekker seg ofte tilbake og kan ha vansker med å regulere/visse følelser. Dette kan bidra til å skade relasjonsbyggingen (Skårderud et al., 2016, s. 119-121). Det er nødvendig med tid og rom for å bli kjent med hver enkelt pasient. Sykepleier må nullstille seg og legge bort alle fordommer samt være bevisst de utfordringer som kan oppstå (Hummelvoll, 2016, s. 431).

5.2.1 Å etablere tillitsskapende relasjon med pasienten

For å i det hele tatt kunne motivere pasienten til fysisk aktivitet er det nødvendig å utvikle en god relasjon og godt samarbeid med pasienten. Relasjonen bør være preget av respekt, tillit og åpenhjertighet samt vilje til å forstå den andre part (Hummelvoll, 2016, s. 207). I midlertid viser en studie at mangel på tillit var en hindring for pasientene (Searle et al., 2011). Dette støttes i litteraturen der det fremkommer at pasienter med psykiske lidelser ofte er preget av manglende tillit og kan være skeptisk til helsepersonell. Det er ikke å forvente at pasienten har tillitt til sykepleieren ved første møte. Sykepleierens bidrag for å utvikle en god relasjon bør skje gjennom en tålmodig og empatisk væremåte til pasienten (Skårderud et al., 2016, s. 86-

87). Selv om pasienter med depresjon kan isolere seg og si lite, har de ofte et avhengighetsbehov. Derfor er det viktig at sykepleier deler tid med pasienten og viser et ønske om å være i pasientens nærvær. Dette kan medføre at pasienten føler seg verdifull. Opplevelsen av å være verdifull kan styrkes ytterligere ved å lytte til pasienten og bekrefte pasientens tilstedeværelse. Samtidig må sykepleier huske at for pasienten selv er depresjonen det eneste virkelige, og håp for fremtiden er en illusjon. Pasienten “vet” at tilstanden er vedvarende. På grunn av dette bør sykepleier gi gjentatte forsikringer om at tilstanden er forbigående men at dette forutsetter egenaktivitet. Sykepleier kan ikke alene fjerne pasientens depressive symptomer (Hummelvoll, 2016, s. 207-208).

På psykiatrisk døgnopphold må pasienten som regel forholde seg til flere helsepersonell samtidig (Hummelvoll, 2016, s. 478). Det kan medføre at pasienten får vanskeligheter med å utvikle tillit til de ansatte, og dette kan påvirke sykepleier-pasient-fellesskapet i en negativ retning. Tillit er et fundamentalt behov for å utvikle fellesskap og samvær. I tillegg er det avgjørende for modning og vekst (Hummelvoll, 2016, s. 91). For at pasienten skal utvikle tillit til sykepleieren er det viktig å møte pasienten som et menneske med et eget levd liv, og ikke bare som et sykdomskasus. Å sette seg inn i pasientens situasjon kan medføre at pasienten føler seg sett og forstått (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 101-102). Likevel er det slik at sykepleier aldri helt sikkert vet hva pasienten tenker og føler. Man er nødt til å tolke pasientens kroppsuttrykk og utsagn. En slik tolkning er utfordrende, og sykepleierens tolkning kan være feil (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 109-110). Dette kan bidra til å skape mistillit som påfølgende kan vanskeliggjøre samarbeid og behandling (Hummelvoll, 2016, s. 103). Av den grunn er det viktig at sykepleier ikke tar for gitt at sin tolkning er rett, og etterspør pasientens tanker og meninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 110). På bakgrunn av det som nå har blitt fremstilt, kan det være rimelig å si at det er avgjørende at sykepleier har respekt for pasientens iboende verdighet (NSF, 2016), og er klar over at alle pasienter er individuelle med ulike livserfaringer. Det finnes ingen enkel oppskrift på hvordan sykepleier kan skape en tillitsfull relasjon til pasienten, og enkelte trenger lenger tid enn andre på å føle trygghet. Sykepleieren bør derfor vise et ønske om å bruke tid til å pleie og styrke sykepleier-pasient-fellesskapet, til tross for at dette kan være tidkrevende.

5.2.2 Tilrettelegge for trygge rammer

For å styrke sykepleier-pasient-fellesskapet og skape trygge rammer det det viktig at pasienten opplever autonomi og tilhørighet samt har kunnskap om sin helsetilstand og behandling (Ryan & Deci, 2000; Hummelvoll, 2016, s. 85-86). Disse tre behovene er også viktige for å bidra til økt motivasjon for fysisk aktivitet (Ryan & Deci, 2000). Samtidig er menneskers autonomi svingene i løpet av livet, og avhenger blant annet av sykdom. Ved depresjon er pasientene svært sårbare for stress og andre belastninger. Av den grunn stilles det høye krav til sykepleiers ivaretagelse av pasientens autonomi og tilhørighet. Eksempelvis bør sykepleier nøye vurdere hvor stor mengde og på hvilken måte informasjon skal gis på, samt hvem som er mottaker av informasjonen (Brinchmann, 2016, s. 89-90). Pasienter med depresjon kan som kjent ha lav konsentrasjonsevne og tankeprosessen er langsom (Skårderud et al., 2016, s. 338). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er viktig med ulike tilnærminger til pasientene på grunn av at de er forskjellige individer med varierende behov. En tilnærming som fungerte svært bra på én pasient, kan passe dårlig til en annen. Dette støttes i forskningen der det fremkommer at pasientene hadde ulike preferanser og behov (Yang et al., 2014; Suija et al., 2009).

Opplevelse av tilhørighet er like sentralt som autonomi i arbeidet med å skape trygge rammer mellom sykepleier og pasient. Tilhørighet kan oppnås ved å anerkjenne pasientens følelser. Som tidligere nevnt er pasienter med depresjon preget av et negativt holdningssett og trenger tid til å uttrykke sine følelser. At pasienten har mulighet til å få utløp for sine følelser kan medføre at følelsens intensitet reduseres. Positive følger av dette kan være at pasienten kjenner seg mer levende og fri. I midlertid er det ikke alltid slik at følelser og tanker kan beskrives. Å ikke få satt ord på tanker og følelser kan føre til en opplevelse av håpløshet og uverdighet. Da kan fysisk omsorg fra sykepleier gi økt opplevelse av bekreftelse og tilhørighet (Hummelvoll, 2016, s. 208-209).

I tillegg til autonomi og tilhørighet er det viktig å kartlegge pasientens kunnskap om sin helsetilstand (Brinchmann, 2016, s. 89). Å gi pasienten økt kunnskap kan bidra til et tettere samarbeid samt gi økt motivasjon for endring. Samtidig bør det være en lav terskel for at pasienten kan uttrykke sine meninger og stille spørsmål. Studien til Searle et al., (2011) viser at pasienter som hadde kunnskap om effekten av fysisk aktivitet ved depresjon medførte økt motivasjon. I og med at økt kunnskap om fysisk aktivitet økte motivasjonen til pasientene kan det også tenkes at økt kunnskap om deres helsetilstand gir større innsikt og motivasjon til

atferdsendring. Likevel kan pasientenes mottagelighet for ny kunnskap være lav slik at de har utfordringer med å forstå nødvendigheten av behandlingen (Hummelvoll, 2016, s. 199-200). Samtidig vises det i litteraturen at kunnskap fører til større opplevelse av kontroll og styring, og kan derfor sies å være svært viktig for å skape relasjon og trygge rammer mellom sykepleier og pasient (Hummelvoll, 2016, s. 211).

5.2.3 Sykepleierfunksjon og brukermedvirkning

I psykisk helsearbeid er sykepleierens helsefremmende, undervisende og veiledende samt behandlende funksjon sentrale (Hummelvoll, 2016, s. 26-30). Disse funksjonene innebærer blant annet å forebygge forverring og lindring av lidelse, samt bidra til utvikling og mestring (Kristoffersen et al., 2016, s. 15-20). I tillegg er det nedfelt i lovverk og yrkesetiske retningslinjer at sykepleier skal gi forsvarlig og nødvendig helsehjelp samt fremme helse og forebygge sykdom (Helsepersonelloven, 1999, §4; NFS, 2016). På bakgrunn av dette kan det være rimelig å si at å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet innebærer flere av sykepleierens viktige funksjonsområder. Hvordan sykepleier utøver sine handlinger påvirker pasientens opplevelse av behandlingen. Ved å arbeide helsefremmende og behandlende vises det at sykepleier ønsker å ivareta og styrke pasientens ressurser samt redusere pasientens lidelser (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Dette til tross for at pasienter med depresjon har liten interesse og motivasjon for endring (Moe & Martinsen, 2012, s. 81). Likevel setter ofte pasientene pris på å få en forespørsel og mulighet til å delta på fysisk aktivitet, selv om de ikke ønsker dette den aktuelle dagen. At muligheten er tilstede kan medføre at pasientene opplever å bli sett og at de har verdi (Hummelvoll, 2016, s. 209). Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon består av å møte pasientens behov for kunnskap og forståelse som er viktig for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Pasienter med depresjon kan ofte ha liten innsikt i egen sykdom og forstår i liten grad hvorfor fysisk aktivitet er en nyttig del av behandlingen. Derfor kan sykepleier med fordel bruke sin undervisende og veiledende funksjon for å øke pasientens kunnskap om egen helsetilstand og behandling (Searle et al., 2011).

Som sagt søker sykepleieren å fremme helse og redusere pasientens lidelse (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). For å gjennomføre dette arbeidet er pasientens opplevelse av autonomi og medbestemmelse viktig (Brinchmann, 2016, s. 89). Uten støtte og motivasjon fra pasienten, kan det være utfordrende å oppnå fremgang. Av den grunn bør sykepleier aktivt søke å

oppretholde pasientens autonomi og brukermedvirkning. For å styrke pasientens opplevelse av selvbestemmelse og medvirkning kan pasienten blant annet velge hva slags aktiviteter han/hun ønsker å utføre (Hummelvoll, 2016, s. 210). En studie viser at pasienter har ulik motivasjon til å starte med fysisk aktivitet. Flere av pasientene rapporterer at vektreduksjon, bedre humør og mindre psykisk stress var deres motivasjon (Firth et al., 2016). Dersom pasientens ønske for fysisk aktivitet er å gå ned i vekt, bør dette aksepteres selv om vektreduksjon i seg selv ikke er sykepleierens intensjon. Samtidig må pasientens helsetilstand tas i betraktning, slik at treningen ikke medfører andre lidelser og plager. I dette tilfellet kan sykepleieren anvende sin undervisende og veiledende funksjon til å fortelle at andre helsegevinster som bedret selvfølelse, økt velvære og mer energi burde veie høyere enn vektreduksjon (Moe & Martinsen, 2012, s. 77). I midlertid har flere pasienter med depresjon vært inaktive over en lenger tidsperiode (Moe & Martinsen, 2012, s. 79-80), og muligheten for at de har hatt en vektøkning er tilstede. På grunn av dette kan det tenkes at vektreduksjon medfører et bedre forhold til egen kropp. Samtidig viser en annen studie at motivasjonen for å starte med fysisk aktivitet var å redusere graden av depresjon. Deltakerne rapporterte om bedre humør og færre depressive symptomer etter endt studie (Suija et al., 2009). Disse positive effektene støttes også av studien til Yang et al., (2014), der deltakerne opplevde at fysisk aktivitet var en nyttig del av behandlingen ved depresjon. Disse funnene tyder på at pasienter har ulik motivasjon for oppstart med fysisk aktivitet. Uansett hva motivasjonen er, kan dette medføre at pasienten opplever økt kontroll og mening i hverdagen.

Det er ikke alltid slik at pasienten ønsker å gjennomføre en del av behandlingen. Selv om sykepleieren gjennom vitenskapelig kunnskap vet at det er for pasientens beste, har pasienten full rett til å nekte å ta i mot behandling med mindre det foreligger et rettsgrunnlag til å gi helsehjelp uten samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-1, 4-1). En slik situasjon utgjør et etisk dilemma for sykepleier. For det første skal pasientens autonomi og brukermedvirkning respekteres, og for det andre har sykepleier et krav om å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2016). I slike tilfeller bør det stilles spørsmål om pasienten har fått nok informasjon om bruk av fysisk aktivitet ved depresjon (Brinchmann, 2016, s. 89). Det er viktig at pasienten får en forståelse av hvorfor og hvordan fysisk aktivitet kan være effektivt som en del av behandlingen. Å gi nødvendig informasjon medfører forståelse og kan bidra til økt motivasjonen (Ryan & Deci, 2000). For å bidra til økt motivasjon til fysisk aktivitet kan det tyde på at pasienten trenger kunnskap om hvorfor fysisk aktivitet har effekt ved depresjon, og ikke bare informasjon om hvordan det skal utføres. I tillegg er det nedfelt i lovverket at

pasienten har rett på “den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Å dekke pasientens informasjonsbehov er derfor svært viktig for å øke pasientens kunnskap om sykdom og behandling.

6. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til økt motivasjon til fysisk aktivitet blant deprimerte pasienter. Det finnes mye god forskning som viser at fysisk aktivitet er en effektiv del av behandlingen ved depresjon (Yang et al., 2014; Suija et al., 2009). Fysisk aktivitet gir mange helsegevinster, og ofte kommer de raskt. Eksempelvis kan fysisk aktivitet medføre bedret selvfølelse og humør, økt kontroll og mestring (Moe & Martinsen, 2012, s.77).

Pasienter med depresjon er ofte preget av nedstemthet, manglende interesse og lav selvfølelse (Skårderud et al., 2016, s. 338). Disse følgende er hyppige rapporterte barrierer for å starte med fysisk aktivitet (Searle et al., 2011). Pasientene har ofte et negativt holdningssett, og dette kan medføre utfordringer for sykepleier med tanke på å motivere pasienten til fysisk aktivitet (Firth et al., 2016). Av den grunn er det viktig at sykepleier har kunnskaper om depresjon, fysisk aktivitet og motivasjon.

For å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet bør sykepleier sikte på å øke pasientens ytre motivasjon. Ytre motivasjon pleies og styrkes gjennom ytre belønninger, eksempelvis støtte fra helsepersonell (Ryan & Deci, 2000). Dette støttes i forskningen som viser at pasientene opplever det som viktig og motiverende å få profesjonell støtte (Firth et al., 2016). I tillegg er det nødvendig at sykepleier tilpasser aktiviteten ut i fra pasientens helsetilstand. Det er fordelaktig at sykepleier i samarbeid med pasienten finner en aktivitet som pasienten har hatt interesse av tidligere (Hummelvoll, 2016, s. 209-210). Samtidig kan støtte over tid, stimulering av pasientens ressurser samt motiverende intervju bidra til å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet (Moe i Martinsen, 2018, s. 155-156). Ved hjelp av motiverende intervju kan sykepleier gjennom samtaler kartlegge pasientens motivasjon samt bidra til å skape endringsarbeid. Blant annet kan dette gjøres ved bruk av refleksiv lytting. I tillegg er det viktig at sykepleier har et holdningssett preget av aksept, tillit og optimisme (Iversson, 2017, s. 16-17).

I prosessen for å øke pasientens motivasjon til fysisk aktivitet bør sykepleier understøtte pasientens autonomi, tilhørighet og kompetanse (Ryan & Deci, 2000; Hummelvoll, 2016, s. 85-86). Det er også nedfelt i lovverk og yrkesetiske retningslinjer at sykepleier skal vektlegge pasientens autonomi og medbestemmelse samt gi tilstrekkelig informasjon om pasientens

helsetilstand og innhold i helsehjelpen (NSF, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1, 3-2). Autonomi er viktig i all behandling der man ønsker et godt samarbeid og resultat. Opplevelse av tilhørighet kan oppnås ved å anerkjenne pasientens følelser samt øke pasientens kunnskapsnivå om sykdom og behandling (Hummelvoll, 2016, 208-209; Brinchmann, 2016, s. 89). For å bidra til økt autonomi, tilhørighet og kompetanse kan sykepleier anvende sin undervisende og veiledende funksjon slik at pasienten i tilstrekkelig grad får en forståelse av hvorfor fysisk aktivitet kan være en nyttig del i behandlingen av depresjon. Dette er også en del av sykepleierens helsefremmende og behandlende arbeid (Kristoffersen et al., 2016, s. 15-20).

Til slutt bør det nevnes at det er ønskelig med mer helsefaglig forskning på dette temaet. Forskningsresultater viser betydningen av fysisk aktivitet som en del av den ikke-medikamentelle behandlingen ved depresjon. Dette er et viktig område for sykepleiere som det bør settes større fokus på.

Referanseliste

Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2018). *Metode for oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Goryczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>

Folkehelseinstituttet. (2018). Psykisk helse i Norge. Hentet fra
<https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

Helsedirektoratet. (2016). Depresjon. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

Helsedirektoratet. (2009). Aktivitetshåndboken. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Helsedirektoratet. (2017a). Motiverende intervju (MI). Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>

Helsedirektoratet. (2017b). Motiverende intervju som metode. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#ambivalens---en-dobbeltholdning-til-atferden>

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

- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI, Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse- og Omsorgssektoren*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G. K. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G. K. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Moe, T., & Martinsen, E. W. (2012). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge., E. W. Martinsen., & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtalerapi* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2017). God psykisk helse handler om å mestre hele livet. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/god-psykisk-helse-handler-om-a-mestre-hele-livet/id2568350/>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182-185. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012801>

Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A., & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 61(585), 149-156. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X567054>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken. Sinn- kropp- samfunn* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Spigset, O. (2013). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng., & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Suija, K., Pechter, Ü., Kalda, R., Tähepõld, H., Maaros, J., & Maaros, H. (2009). Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic walking in family practice. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2), 132-138. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32831e44ef>

Svartdal, F. (2018). Fagfelle vurdering. Hentet fra <https://snl.no/fagfellevurdering>

Yang, X., Hirvensalo, M., Hintsanen, M., Hintsanen, 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. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9376-0>

