



## Fysisk aktivitet og depresjon

*Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med depresjon opplever økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet?*

## Physical activity and depression

*Physical activity as a potential coping mechanism for patients suffering from depression: how can the registered nurse contribute?*

Kandidatnummer: 172

VID vitenskapelige høgskole

Betanien

Bacheloroppgaven

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 10920

28.03.2019



## Obligatorisk erklæring

1	Kandidatnummer: 172
2	Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
3	Navn på eksamen: Bacheloroppgave
4	Emnekode: BISB 3050
5	Innleveringsfrist: 28.03.19 kl 12.00
6	Antall ord: 10920

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

7

### 8 Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.

9

**Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.**

**Kandidatnummer: 172**

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss      Ja:       Nei:

## **Sammenheng**

Hensikten med oppgaven er å undersøke om fysisk aktivitet kan ha effekt som et tiltak i behandlingen hos pasienter med depresjon. Depresjon er en verdensomfattende sykdom som rammer millioner av mennesker, og fra et helsefremmende perspektiv vil det være gunstig å sette fokus på tiltak som kan både forebygge og avhjelpe utviklingen av dette. Et videre mål vil være å undersøke om pasienten kan oppleve økt mestring av sin depresjon ved hjelp av fysisk aktivitet. I dette arbeidet vil sykepleier ha en helsefremmende og støttende rolle, og det vil bli lagt fokus på en god relasjon. Metoden som er brukt for å besvare oppgaven er en litteraturstudie, der både kvalitativt og kvantitativt materiale er inkludert. Resultatene indikerer at fysisk aktivitet har effekt på depresjonen og at det kan øke pasientens følelse av mestring, men at det kreves ytterligere forskning på temaet.

**Nøkkelord:** Depresjon, fysisk aktivitet, mestring, helsefremmende, sykepleier

## **Abstract**

The purpose of this bachelor thesis has been to determine whether physical activity can be used as an intervention for patients who suffer from depression. Depression is a worldwide disease who affects millions of people, and in the matter of promoting public health we should consider different ways of preventative and useful interventions. Furthermore, a purpose will be to study if the patient can use physical activity in a way that increases their coping mechanism towards depression. The registered nurse will take a supportive role in this, and the meaning of good relations will be emphasized. The method used in the thesis is a literature review, and both qualitative and quantitative material have been used. Results indicate that physical activity have positive effects towards depression and can also increase a patient coping mechanism. However, further research is recommended.

**Keywords:** Depression, physical activity, coping, health promoting, registered nurse

## Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Begrunnelse for valgt tema .....	1
1.2	Problemstilling med avgrensning .....	2
2	Metode .....	3
2.1	Litteraturstudie som metode .....	3
2.2	Litteratursøk .....	3
2.3	Presentasjon av forskningsartikler .....	5
2.4	Kildekritikk .....	8
2.5	Etiske overveielser .....	8
3	Teori .....	9
3.1	Depresjon .....	9
3.2	Fysisk aktivitet .....	10
3.2.1	Effekter av fysisk aktivitet .....	11
3.3	Mestring og salutogenese .....	12
3.3.1	Mestring .....	12
3.3.2	Salutogenese .....	13
3.4	Hummelvolls beskrivelse av psykiatrisk sykepleie .....	14
4	Drøfting .....	15
4.1	Kan vi anbefale fysisk aktivitet til en deprimert? .....	15
4.1.1	Vil fysisk aktivitet bidra til økt mestring for alle? .....	17
4.2	Hvordan kan sykepleier støtte pasienten til å starte opp med fysisk aktivitet? .....	20
4.2.1	Barrierer som mestringshinder .....	20
4.2.2	Sykepleier som støttespiller .....	22
4.3	Hvordan kan man få pasienten til å fortsette med fysisk aktivitet? .....	25
5	Konklusjon .....	29
	Litteraturliste .....	30

# 1 Innledning

I denne delen vil jeg underbygge valg av tema og forklare hvordan jeg har kommet frem til den aktuelle problemstillingen som skal besvares. Problemstillingen vil bli presentert med nødvendige avgrensinger grunnet oppgavens omfang.

## 1.1 Begrunnelse for valgt tema

Depresjon er en utbredt sykdom som er i økning både på verdensbasis og nasjonalt. Verdens Helseorganisasjon angir at depresjon er den ledende årsaken til helsesvikt internasjonalt, og over 300 millioner mennesker lever med depresjon. Dette er en økning på over 18% fra 2005 til 2015. (WHO, 2017). Depresjon er oftere kroniske enn forbigående (Snoek & Engedal, 2017, s. 104), noe som ikke bare viser seg i store personlige lidelser, men også store økonomiske og samfunnsmessige kostnader, først og fremst i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter. I tillegg kommer utgifter til behandling av depresjon. Depresjon er etter koronare hjertelidelser den lidelsen der forebygging trolig vil ha størst effekt på folkehelsen målt i samfunnets totale sykdomsbyrde (Helsedirektoratet, 2009 s. 10).

Fysisk aktivitet blir mer og mer anerkjent som en gyldig del i behandlingen av depresjon. Min interesse for temaet bunner i en generell interesse for fysisk aktivitet og det å være i bevegelse, i tillegg til erfaring fra praksisstudier. I helsefremmende praksis fikk jeg se fysisk aktivitet bli aktivt brukt i behandlingen av barn med ulike psykiske utfordringer. Videre i praksis i psykisk helsevern var jeg på en avdeling der en stor del av pasientene var deprimerte. Etter hvert som de var i bedring ble enkelte med på trening og turer, og jeg synes det var svært interessant å se hvordan det å være i aktivitet, med de fysiologiske effektene det innebærer, kunne spille en så stor rolle i pasienters bedringsprosess.

Behandlingen av depresjon består i dag i hovedsak av samtalebehandling og medikamenter (Martinsen, 2018, s. 15). Siden psykiske lidelser trolig vil ramme omtrent halvparten av alle mennesker i løpet av livet ser man behov for enkle og tilgjengelige strategier som man selv kan bruke for å lindre psykisk smerte, mestre plager og i beste fall forebygge psykiske lidelser. Det bør tilstrebes å prøve ut alternativer til medikamenter i behandling av depresjon og fysisk aktivitet er ifølge Martinsen (2018) en slik mulighet for hjelp til selvhjelp (Martinsen, 2018, s. 15).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) står det at «sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom», samt at «sykepleier understøtter livsmot, håp og mestring hos pasienten» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Med dette forstår man at sykepleier spiller en stor rolle for det forebyggende helsearbeidet i dagens helsetjenester. Regjeringen har også dette på agendaen med et ønske om å likestille psykisk og fysisk helse i folkehelsearbeidet, og skriver at de ønsker å skape et samfunn som skal fremme psykisk helse ved å legge mer vekt på forhold i omgivelsene som kan fremme mestring, tilhørighet og opplevelse av mening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ved all behandling er en god terapeutisk allianse viktig for å sikre godt utbytte av behandlingen (Helsedirektoratet, 2009, s. 39), og dette er noe som vil bli fokusert på videre i oppgaven.

## **1.2 Problemstilling med avgrensning**

*«Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med depresjon opplever økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet?»*

Oppgaven avgrenses til å gjelde voksne mennesker med depresjon. Jeg skiller ikke videre mellom depressive lidelser, depressive episoder, unipolare depresjoner eller depresjoner som forekommer som en svingning i bipolar lidelse. Oppgavens drøftingsdel er skrevet med et utgangspunkt i deprimerte pasienter som er innlagt på institusjon, men som er i bedring og trolig nærmer seg utskrivningsklar. Dette er en antagelse jeg tar med forbehold om at det å være i fysisk aktivitet når man har en så alvorlig depresjon at man er innlagt trolig vil kreve at pasienten er i god bedring og på vei ut av den verste fasen. I den grad det er nødvendig å skille mellom de ulike gradene av depresjon nevner jeg her derfor at det trolig er de pasientene med mild til moderat grad av depresjon som hovedmålgruppen for min oppgave og som man kan ha suksess med å få i gang med fysisk aktivitet. Det fokuseres heller ikke på potensielle negative effekter av fysisk aktivitet, og oppgavens omfang gjør at jeg velger å ikke fokusere på pårørende, men de kan bli nevnt i form av sosial støtte i drøftingsdelen.

## 2 Metode

I dette kapitlet blir det redegjort for hvilken metode og vitenskapelig posisjon som er brukt i oppgaven, i tillegg til hvordan jeg har søkt etter, funnet og vurdert materiale. Deretter presenteres mine valgte forskningsartikler. Kildekritikk og etiske overveielser runder av kapitlet.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Metoden brukt i oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer, det vil si at man samler inn litteratur, foretar en kritisk vurdering av litteraturen og til slutt skaper en sammenfatning av det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2015, s. 79). Målet med denne systematiske tilnærmingen er å gi leseren en oppdatert og god forståelse på det området som undersøkes, i tillegg til å tydelig vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen som legges frem (Thidemann, 2015, s. 80).

I oppgaven min bruker jeg ulike vitenskapelige metoder. Kvantitativ metode representerer det naturvitenskapelige. Det er eksakt faktakunnskap som kan måles og forklares, som for eksempel i systematiserte spørreskjema, og fremstilles ofte som tall og tabeller. Kvalitativ metode hører til det humanvitenskapelige, og metoden har en forstående tradisjon der meninger, opplevelser og erfaringer står sterkt, noe som gir et større rom for nyanser (Thidemann, 2015, s. 77-78). Jeg benytter meg av forskning som kan settes inn under begge disse metodereiningene, og min vitenskapelige posisjon er derfor en blanding av naturvitenskap og humanvitenskap.

### 2.2 Litteratursøk

For å skaffe litteratur til oppgaven har jeg benyttet meg av litteratursøk i ulike databaser via skolens nettbibliotek. Jeg har søkt systematisk i noen av de store og anbefalte databasene for helsefag og funnet publisert forskning i henholdsvis PubMed, SweMed+, Cinahl, Cockrane og PsychInfo. Jeg har brukt både emneord som MeSH (Medical Subject Headings) (Thidemann, 2015, s. 87) og tekstord og satt meg godt inn i de ulike databasenes måter å søke på. Jeg satte meg også noen kriterier for søket og da temaet fysisk aktivitet og depresjon finnes en del

forskning på bruker jeg ikke artikler som er eldre enn fra 2012. Søkene har blitt kombinert med OR og AND for ytterligere avgrensing.

Jeg har også benyttet meg av manuelle søk, som innebærer at når jeg har funnet spesielt interessante artikler har jeg gått til artikkelens referanseliste for å finne andre relevante artikler (Thidemann, 2015, s. 83). Den samme strategien har jeg brukt i noe av faglitteraturen. Det er brukt flere ulike bøker i oppgaven, både pensumlitteratur og annen faglitteratur. Dette er funnet gjennom nettjenesten Oria og på skolens bibliotek.

I prosessen med å søke etter relevant teorigrunnlag falt valget på Jan Kåre Hummelvoll etter å ha blitt kjent med hans litteratur underveis i utdannelsen. Hummelvoll er professor i psykiatrisk sykepleie og doktor i folkehelsevitenskap, og har gitt ut en rekke bøker innenfor sitt fagfelt. Selv om ikke Hummelvoll kaller sitt arbeid for en teori har han en særdeles god beskrivelse av hvordan man yter god sykepleie til psykiatiske pasienter, og Hummelvoll har selv mange års erfaring som psykiatrisk sykepleier. Han er spesielt god på å vektlegge viktigheten av det å skape en god allianse mellom sykepleier og pasient, og dette er essensielt dersom man skal lykkes med å få pasienten til å aktivt bidra i sin egen bedringsprosess, og for at pasienten skal kunne klare å åpne seg for sin behandler. Jeg har valgt å bruke Hummelvoll som en middle- range theory da hans fokus på oppfølging av psykisk syke pasienter er grundig, godt nyansert og inndelt i ulike faser som passer godt til arbeidet med deprimerte. Middle- range theories omfatter et mindre område av sykepleiens fagfelt og har derfor noe mindre rekkevidde enn en grand theory, men kan være gunstig å bruke innenfor fenomener i sykepleiens spesialiteter (Kirkevold, 2001, s. 50).

Også egen erfaring, annen teoretisk kunnskap og praksiskunnskap tilegnet over tre år på sykepleierstudiet i bruk gjennom hele oppgaven. Jeg har brukt forskningsbasert kunnskap fra flere ulike nivåer i kunnskapspyramiden for å sikre et godt spenn i oppgaven. Modellen som viser kunnskapspyramiden er hentet fra Helsebiblioteket (2016).

Det er også referert til lovverk, retningslinjer og stortingsmeldinger for å gi ytterligere tyngde og nyansering til oppgaven.



## 2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Mine utvalgte forskningsartikler er et resultat av systematiske søk i relevante databaser og blir herunder presentert med kritisk vurdering der det er hensiktsmessig.

### *1. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis.*

Dette er en oversiktsartikkel som viser en meta-analyse av 23 randomiserte kontrollstudier med 977 deltagere. Randomisert kontrollert studie (RCT) blir sett på som forskningens «gullstandard» da dette ansees å være den mest pålitelige måten å se effekten av tiltak på (Thidemann, 2015, s. 73). Studien undersøker effekten av fysisk aktivitet som behandling for depresjon både som en selvstendig intervensjon men også i tillegg til antidepressiva. Et interessant funn i undersøkelsen var at dersom man sammenlignet behandling med fysisk aktivitet med ingen behandling i det hele tatt var det stor positiv behandlingseffekt i favør fysisk aktivitet. Resultatene viser at fysisk aktivitet har effekt på depresjonen (Kvam, Kleppe, Nordhus & Hovland, 2016, s. 67-86).

### *2. Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations.*

Artikkelforfatterene presenterer en systematisk oversikt med hensikt å finne ut hvor mye fysisk aktivitet, og hvilken intensitet, som viste seg effektiv i behandlingen av depresjon. Oversikten er basert på randomisert kontrollerte studier, og strenge inklusjonskriterier førte til at de endte opp med 12 artikler som gjenstand for oversikten, noe som kan påvirke hvor store konklusjoner man kan trekke ut fra resultatene. Interessante funn som presenteres var at type aktivitet er mindre viktig enn det å bli fysisk aktiv på generell basis. Forklaringer på dette kan være forbedret selvtillit, økte mestringsevner og sosial støtte. Konklusjonen av oversikten var at individuelt tilpasset fysisk aktivitet utført minimum 30 minutter og minst 3 ganger i løpet av en uke er anbefalt mengde i behandlingen av depresjon (Nyström, Neely, Hassmen & Carlbring, 2015, s.341-352).

### ***3. Effects of a 9-month resistance training intervention on quality of life, sense of coherence, and depressive symptoms in older adults: randomized controlled trial.***

Artikkelen er basert på en sekundær analyse av et randomisert kontrollert studie. Hensikten med studiet var å undersøke effekten av styrketrening etter henholdsvis 3 og 9 måneder målt i parameterne livskvalitet, opplevelse av sammenheng og depressive symptomer hos en eldre gruppe mennesker i Finland. Det totale antallet deltagere ved start var 104 og studien hadde lite frafall underveis. Hovedfunnene viser at styrketrening har effekt på livskvalitet og opplevelse av sammenheng i tillegg til økt psykisk velbefinnende. (Kekäläinen, Kokko, Sipilä & Walker, 2017, s. 455-465). Det kan være greit å merke seg at studien er gjennomført i et begrenset både geografisk og demografisk område noe som kan gi mindre generaliserbarhet.

### ***4. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression.***

Artikkelforfatterne har analysert fire meta- analyser om effekt av fysisk aktivitet både på den fysiske og psykiske helsen hos deprimerte pasienter. Noen av funnene er at fysisk aktivitet spiller en stor rolle for kroppsbilde, mestringsstrategier og livskvalitet hos pasientene. Det blir konkludert med at mange av depresjonens karakteristika, så som tapt interesse, lite motivasjon og lav selvaktelse påvirker pasientens deltagelse i fysisk aktivitet. For mild til moderat depresjon kan behandling med fysisk aktivitet kontra klassisk depresjonsbehandling med medikamenter og kognitiv terapi ha samme effekt, og det viser seg også at fysisk aktivitet kan være et nyttig supplement i tillegg til klassisk behandling ved mer alvorlig depresjon. (Knapen, Vancampfort, Moriën & Marchal, 2015, s. 1490-1495). Artikkelen er i utgangspunktet laget av og publisert i tidsskrift for fysioterapeuter men tar opp mye aktuelt for sykepleiefaget og jeg har derfor vurdert den til å være overførbart.

### ***5. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta analysis.***

Systematisk oversikt med metaanalyse er regnet som «gullstandard» innenfor kvantitativ forskning (Cooke mfl., 2012, referert i Thidemann, 2015, s. 98). Forskerne har laget en oversikt over studier som ser på kvantitative data og viser motivasjonsfaktorer og barrierer sett i sammenheng med fysisk aktivitet. 12 ulike studier med en total på 6431 psykiatriske pasienter er med i oversikten. Funnene indikerer at fysisk aktivitet har en markant virkning på

psykisk velbefinnende og kan redusere depresjonen, samtidig som den poengterer at stress, depresjon og lite energi er barrierer for å drive med fysisk aktivitet. Det blir også fremhevet at sosial støtte og veiledning er gunstig for å oppnå målene innenfor fysisk aktivitet (Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorczynski, Yung & Vancampfort, 2016, s. 2869-2881). Det er verdt å merke seg at studien undersøker personer med forskjellige typer alvorlig psykisk lidelse, ikke bare depresjon.

#### ***6. How to motivate depressed adult clients to engage in physical activity.***

Dette er en doktoravhandling i psykologi fra USA utgitt i 2012. Målet med prosjektet var å øke forståelsen hos helsearbeidere på alle fordelene ved fysisk aktivitet for deprimerte, og også hvordan helsearbeidere kan motivere disse til å delta i regelmessig fysisk aktivitet. Forfatteren identifiserer faktorer som får de med depresjon til å unngå deltagelse i aktivitet og foreslår skreddersydde opplegg for individuell motivasjon og oppfølging. Noen av funnene forfatteren presenterer er at fysisk aktivitet, til tross for at det er barrierer, bør inngå i behandlingen av deprimerte (Chronister, 2012).

#### ***7. Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon.***

Avslutningsvis har jeg valgt å inkludere en norsk fagartikkel som ser på mestringsforventning og motivasjon hos pasienter med depresjon som skal starte opp med fysisk aktivitet. Artikkelforfatterene gir eksempler på aktuelle barrierer, hvordan man kan bidra til å redusere disse og gi mulighet for gode mestringserfaringer ved hjelp av å delta i fysisk aktivitet. (Mostad, Skjelbred, Bråten & Bonsaksen, 2013, s. 30-34). Denne artikkelen er i utgangspunktet skrevet av og for ergoterapeuter. Den bringer heller ikke noe ny forskning frem, men ser på allerede eksisterende resultater for å foreslå implikasjoner for praksis. Jeg vurderer den likevel til å ha overføringsverdi til sykepleiefaget.

## **2.4 Kildekritikk**

I mitt analysearbeid med artiklene har jeg i hovedsak plukket ut det som er relevant for min problemstilling. Dette innebærer at det er en viss fare for at noe er tatt ut av kontekst. Forskningsartiklene er skrevet på engelsk og dette vil alltid innebære en risiko for misforståelser i oversettelsesarbeidet. Jeg har benyttet meg av sjekklister for å kritisk vurdere forskningsartiklene, disse er hentet fra Folkehelseinstituttet (2019).

Alle forskningsartiklene jeg har brukt er fagfellevurdert, noe som er en kvalitetssikring da flere eksperter innenfor faget vurderer disse før publisering, men dette er heller ikke en feilfri prosess og feil kan forekomme (Svartdal, 2018).

Jeg har også benyttet meg av bøker og annen faglitteratur. Jeg er klar over at sekundærlitteratur er en tolket versjon av primærlitteraturen, noe som kan resultere i at tolkingen blir ulik og gir rom for feil. Jeg er også observant på hvem litteraturen er skrevet for, for eksempel om boken er skrevet til leger, andre faggrupper eller pårørende, og at dette kan påvirke vinklingen.

## **2.5 Etiske overveielser**

De stedene der pasientsituasjoner og opplevelser fra praksis er brukt som eksempel har jeg sørget for å anonymisere slik at det ikke er mulig å gjenkjenne enkeltindivider eller situasjon. Dette er i henhold til hovedregel om taushetsplikt som sier at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks sykdoms- eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

Siden oppgaven er basert på en litteraturstudie betyr dette at man bruker andres litteratur. Derfor er det viktig å henviser riktig slik at rette vedkommende får anerkjennelse for sitt arbeid, og dette er noe jeg har etterstrebet.

# 3 Teori

I denne delen av oppgaven vil hovedtemaene depresjon, fysisk aktivitet, mestring og salutogenese utdypes og danne rammen for videre drøfting. Avslutningsvis presenteres Hummelvolls beskrivelse av psykiatrisk sykepleie.

## 3.1 Depresjon

Depresjon er spådd til å bli en av de ledende årsakene til sykdom i den vestlige verden, og Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Helsedirektoratet, 2009, s. 1). Depresjon kan skape stort lidelsestrykk hos dem som rammes, og i ytterste konsekvens kan depresjon føre til selvmordsforsøk og selvmord (WHO, 2018). I følge Folkehelseinstituttet (2015) har 6 til 12 prosent av befolkningen i Norge depresjon til enhver tid, og betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2015).

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking (Hummelvoll, 2012, s. 193).

Tilstanden kan karakteriseres ved en uttalt tristhet, lav selvfølelse, pessimisme og lite håp for fremtiden, i tillegg til at det oppleves en form for kraftløshet der man har nedsatt kapasitet både fysisk og psykisk til å utføre selv de letteste gjøremål. Depresjonen gir også kroppslige symptomer som nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser, smerter og generelt kroppslig og psykisk ubehag (Hummelvoll, 2012, s. 198).

Depresjonslidelser er affektive lidelser, det vil si lidelser som påvirker stemningene våre (Snoek & Engedal, 2017, s. 96). Ut i fra symptombilde og varighet av disse kan depresjoner grovt sett deles inn i tre; mild, moderat og alvorlig (Hummelvoll, 2012, s. 199).

Ved *mild depresjon* vil pasienten oppleve tristhet og nedtrykthet, men denne vil samsvare med realitetene i pasientens liv, for eksempel at man er i dyp sorg grunnet tap, og disse følelsene vil forsvinne med tiden. Pasienten kan trekke seg bort fra andre mennesker og sosiale settinger, og kan bli ekstra var på avvísninger fra andre. Evne til konsentrasjon og oppmerksomhet kan bli forstyrret, og fysiske ubehag kan forekomme (Hummelvoll, 2012, s. 199).

Ved *moderat depresjon* kan pasienten vise tegn på fordreid oppfattelse av virkeligheten. Dømmekraften kan svekkes, og mistolkninger i egen virkelighetsoppfatning kan føre til at pasienten tolker kroppslige stimuli feil, noe som kan resultere i at pasienten tror det er noe galt med kroppslige funksjoner som hjerterytme og pust. Selvaktelse og selvbilde er negativt, og pasienten vil ha en utpreget depresjonsfølelse med betydelig redusert evne til å føle på glede. Det er vanskelig å konsentrere seg om noe, pasienten blir ofte grublende og initiativløs og er sterkt tilbøyelig til å trekke seg unna sosiale settinger (Hummelvoll, 2012, s. 199).

*Alvorlig depresjon* gir en så redusert realitetsorientering at vrangforestillinger forekommer. Pasienten overveldes av følelser av skyld og verdiløshet. Drifter og impulser er undertrykte og viser seg enten i en katakon tilstand der motorisk aktivitet er nesten stillestående, eller en tilstand preget av raske og hensiktsløse bevegelser. Tankeprosessene blir ulogiske, og konsentrasjon og oppmerksomhet er i høy grad svekket. Stumhet kan inntre, og evnen til å registrere stimuli kan være borte (Hummelvoll, 2012, s. 200).

## **3.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet kan defineres som «enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energibruk over hvilenivå» (Martinsen, 2018, s. 34). Dette kan favne over et bredt spekter av ulike aktiviteter, eksempelvis turgåing, svømming, arbeid i hagen, i tillegg til alle former for trening og idrettsaktiviteter (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 163). Det er vanlig å dele inn fysisk aktivitet i aerob og anaerob, der aerob representerer trening av kondisjon og utholdenhet, og anaerob går mer på muskulær styrke (Martinsen, 2018, s. 69). Begrepene fysisk aktivitet og trening har ofte en tilnærmet synonym betydning for folk flest, og jeg vil bruke begrepet fysisk aktivitet som et samlebegrep som omfatter alle de ulike formene for aktivitet som nevnes i oppgaven.

Nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet kan oppsummeres slik: «Alle mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette.» (Jansson & Anderssen, 2009, s. 37).

Martinsen (2018) hevder at fysisk aktivitet er en virksom behandlingsmåte ved milde til moderate former for depresjon, og at virkningen er i samme størrelsesorden som ved samtalerapi og behandling med medikamenter (Martinsen, 2018, s. 80). Pasienter med de

alvorligste depresjonsformene, psykotisk depresjon og melankoli er i mindre grad undersøkt når det kommer til fysisk aktivitet. Dette er alvorlige og potensielt livstruende lidelser og fysisk aktivitet alene vil ikke være tilstrekkelig behandling, men tilpasset fysisk aktivitet kan være et nyttig supplement i tillegg til medikamentell behandling (Martinsen, 2018, s. 73).

### **3.2.1 Effekter av fysisk aktivitet**

Helsegevinstene av fysisk aktivitet er størst når man implementerer aktivitet som en del av hverdagen og ikke bare som skippertak (Martinsen, 2018, s. 40). Fysisk aktive personer har halvparten så stor risiko for å dø av hjerte-karsykdom som sine inaktive jevnaldrende. Fysisk aktivitet reduserer risikoen for å få høyt blodtrykk, aldersdiabetes og tykktarmskreft. Det er videre dokumentert at fysisk aktive personer har lavere risiko for å rammes av beinskjørhet, beinbrudd forårsaket av fall, blodpropp, fedme og psykiske lidelser. Livskvaliteten blir også bedre av fysisk aktivitet på grunn av økt psykisk velvære og bedre fysisk helse (Jansson & Anderssen, 2009, s. 39).

Fysisk aktivitet kan også ha en positiv innvirkning på selvfølelse, selvpoppfatning og kroppsbilde, og det har innvirkning på vårt mentale velvære (Martinsen, 2018, s. 55). Fysisk aktivitet kan videre bidra til et bedre søvnmønster, reduksjon av muskelspenninger og øke en persons kreativ tenkning (Martinsen, 2018, s. 57). Flere forklaringsmodeller ser på de positive effektene av fysisk aktivitet som et resultat av at hjernens innhold av endorfiner, som kan sies å være kroppens egen morfin, øker under fysisk aktivitet (Martinsen, 2018, s. 57) og at disse endorfinene skaper en naturlig oppfriskningsfølelse, eller et «kjemisk løft» (Hummelvoll, 2012, s. 210).

En annen godt utprøvd hypotese tar utgangspunkt i det at fysisk aktivitet har vist seg å fremme positive tanker og følelser, økt tro på problemløsning og bedre selvkontroll og selvtillit. Ut fra dette kan fysisk aktivitet ses som en form for atferdsterapi, og kognitiv atferdsterapi er en allerede godt dokumentert behandlingsmåte ved depresjon (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2009, s. 280).

## 3.3 Mestring og salutogenese

I en oppgave som ønsker å ha en helsefremmende vinkling vil det være naturlig å trekke inn hvordan personer kan oppnå økt mestring. Mestringsbegrepet har flere ulike vinkler for forståelse, og jeg vil i det følgende sette begrepet inn i en kontekst for oppgaven, samtidig som jeg vil se på mestring i lys av Antonovsky og hans salutogenese.

### 3.3.1 Mestring

Mestring i psykologien er knyttet til individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene (Renolen, 2015, s. 166). Mestring kan ifølge Eide & Eide (2017) forklares som en «generell betegnelse for ulike måter å forholde seg til helsebelastninger og utfordrende endringer i livet på» (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Mestring innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere påkjenninger og resulterer i begrepet vi kjenner som mestringsstrategier. Disse strategiene er personlige og kan være både hensiktsmessige men også mindre heldige. Typiske mestringsstrategier som man kan se hos deprimerte, som for eksempel passivisering, isolering og det at man ikke ønsker å ta imot hjelp kan være helt normalt men er ofte lite hensiktsmessig for å oppleve en følelse av mestring (Eide & Eide, 2017 s. 52).

Når man møter pasienter som trenger hjelp til mestring må personen selv utføre mestringsarbeidet. Sykepleier sin viktigste oppgave i dette vil være å medvirke til at pasienten lykkes, og dette kan dreie seg rundt at man gir kunnskap og informasjon, men i hovedsak handler det om å støtte den andre til å komme i gang med mestringsarbeidet (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Videre er det å ha et håp vesentlig for mestring, og gjør det meningsfullt for de som sliter med sykdom å hente frem sine ressurser (Renolen, 2015, s. 174). Også sosial støtte er sentralt i mestring av ulike livshendelser, og man vil hele livet trenge andre å støtte seg til (Renolen, 2015, s. 175). Det å ha en salutogenesisk tilnærming til menneskets helse kan videre vise oss en dypere forståelse over hva som bidrar i retning mestring av helseproblemer (Renolen, 2015, s. 173).



### 3.3.2 Salutogenese

Teorien om salutogenese er utviklet av sosiologen Aaron Antonovsky, og er en viktig teori innenfor helsefremmende sykepleie. Den tar for seg både fysisk og psykisk helse og fokuserer på hva som fremmer god helse og hva som gir individer økt mestring og velvære fremfor det som gjør oss syke (Lønne, 2019).

Helsefremming i sykepleie handler om alle de tiltak som rettes mot at mennesket oppnår mestring av egen helse, slik at man enten kan unngå sykdom eller redusere helseproblemer, eller at personen hjelpes til å mestre langvarige helseproblemer med konsekvenser på best mulig måte (Lerdal & Fagermoen, 2011, referert i Tveiten, 2012, s. 173). Hovedvekten i salutogenese hviler på faktorer som kan skape økt mestring, velvære, helse eller bedring men uten å fornekte motgang og negative følelser (Langeland, 2012, s. 230).

Begrepet salutogenese innebærer at mennesket forstås fra Antonovskys perspektiv som ikke enten friske eller syke, men kan plasseres i et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. I stedet for å se på hva som gjorde at en person ble rammet av en spesiell sykdom ser man heller på hvordan personen nå kan beholde sin plass i dette kontinuumet, eller skape en bevegelse i retning helse. Oppmerksomheten rettes altså mot mestringsressurser (Antonovsky, 2012, s. 36).

Det sentrale i den salutogeniske modellen er opplevelse av sammenheng, heretter kalt OAS. Et menneskes evne til å møte utfordringer er avhengig av den enkeltes OAS, og OAS er avgjørende for vellykket mestring av livets utfordringer og for å opprettholde en god helse (Martinsen, 2018, s. 30). Et av Antonovskys hovedfunn gjennom sin forskning var at hvordan en person opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening, som til sammen utgjør de tre komponentene i OAS, påvirker denne personens grad av mestring, helse og velvære (Langeland, 2011, s. 211).

Hovedmålet for en salutogen tilnærming vil være at personen skal få økt innsikt i sin egen evne til mestring ved å øke bevissthet om ens eget potensial, hvilke ressurser vedkommende har til rådighet, og det at man bruker disse ressursene ved passende utfordringer. Dette vil da føre til et konstruktivt samspill mellom mestringsressurser og OAS (Langeland, 2011, s. 214). I et salutogent perspektiv kan man også se på fysisk aktivitet som en god ressurs i det at pasienten selv kan ta i bruk egen mestring og finne mening gjennom aktiviteten (Martinsen, 2018, s. 31).

### **3.4 Hummelvolls beskrivelse av psykiatrisk sykepleie**

Jan Kåre Hummelvoll baserer seg på en fenomenologisk og holistisk – eksistensiell tilnærming til pasientens opplevde situasjon. I dette synet blir mennesket sett på som et fritt subjekt som står i posisjon til å ta ansvar for egne valg og handlinger (Hummelvoll, 2012, s. 32). En psykiatrisk sykepleie som er eksistensielt orientert vil prøve å forstå pasientens aktuelle situasjon ut fra vedkommendes perspektiv, ved bruk av fenomenologisk tilnærming da denne aksepterer gyldigheten av pasientens levde erfaring med sykdom og lidelse, og representerer pasientens virkelighet (Hummelvoll, 2012, s. 32).

Hummelvoll er ikke så opptatt av å årsaksforklare menneskelige handlinger, men heller å forstå personers subjektive erfaringer. Dette er en tilnæringsmåte som innebærer at man yter hjelp basert på personens verdier, og forutsetter aktiv medvirkning fra den som søker hjelp sin side (Hummelvoll, 2012, s. 8). Hummelvoll legger stor vekt på det relasjonelle mellom to mennesker, og lanserer begrepet «sykepleier- pasient- fellesskapet», der ordet fellesskap bygger på møtet mellom to mennesker mer enn på rollene disse menneskene har. Disse to møter hverandre som hele mennesker, uavhengig av roller, og dermed gis det muligheter for felles opplevelser (Hummelvoll, 2012, s. 38).

Sykepleier- pasient- fellesskapet kan videre beskrives som det terapeutiske forhold som dannes som følge av at pasienten har et behov for hjelp og sykepleierens svar på dette behovet. Forholdet preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap med mål om å øke pasientens selvinnsikt og situasjonsforståelse, og ut i fra dette gjøre pasienten rustet til å bearbeide og løse sitt helseproblem, eller finne en måte å leve med helseproblemet på (Hummelvoll, 2012, s. 38). I samhandlingen med psykisk syke pasienter, i dette tilfellet pasienter med depresjon vil det være fornuftig å nytte Hummelvoll (2012) sine ulike faser som en ramme rundt arbeidet. Disse deles inn i orienteringsfase, arbeidsfase og avslutningsfase, og de to første fasene brukes mest i min oppgave (Hummelvoll, 2012, s. 433).

## 4 Drøfting

I denne delen har jeg formulert noen sentrale spørsmål som ramme for drøfting, med utgangspunkt i problemstilling, teori og forskningsartikler. Målet er å skape et nyansert bilde av temaet. Man kan trolig ikke få pasienten til å starte opp med fysisk aktivitet uten å også ta hensyn til depresjonens uttrykk, som uttalt kraftløshet, nedsatt fysisk og psykisk kapasitet og generelt kroppslig ubehag (Hummelvoll, 2012, s. 198). Selv om spørsmålene er delt inn og fremstår avgrenset kan det være greit å merke seg at enkelte tema vil tas opp igjen der det er hensiktsmessig for drøftingen. Det kan være fornuftig å ta fatt på denne delen med problemstillingen friskt i minne, og jeg gjentar den derfor her: «Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med depresjon opplever økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet?»

### 4.1 Kan vi anbefale fysisk aktivitet til en deprimert?

I den følgende delen vil jeg drøfte om det finnes grunnlag for å anbefale fysisk aktivitet til pasienter med depresjon, underbygget av forskning på temaet. Det presenteres også et tilleggsspørsmål der det blir rettet et litt mer kritisk blikk på om fysisk aktivitet vil bidra til økt mestring for alle.

Depresjon er en av de viktigste grunnene til sykemeldinger, arbeidsfravær og uførhet, og ifølge Verdens Helseorganisasjon er depresjon en av de ledende årsaker til sykdom på verdensbasis (Helsedirektoratet, 2016, s. 2). Fra et helsefremmende perspektiv vil det lønne seg å fokusere på å øke aktivitetsnivået i befolkningen generelt da fysisk aktivitet gir stor gevinst både for den enkelte og for samfunnet (Kjellman et al., 2009, s. 275). En studie fra 2016 støtter dette, og viser at fysisk aktivitet i tillegg til å ha direkte virkning på depresjon også har stort kostnadsbesparende potensiale i samfunnet da det indirekte bidrar til at færre får behandlingskrevende livsstilssykdommer (Firth et al., 2016, s. 2878). Den samfunnsmessige virkningen er kanskje ikke interessant for pasienten i en depresjonsperiode, men sykepleier bør bidra til å skape en positiv utvikling i retning helse både for enkeltindividet og samfunnet ved å støtte sine pasienter på veien mot å bli mer fysisk aktive.

I yrkesetiske retningslinjer kan man lese at sykepleier har plikt til å ta ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger ytterligere sykdom (NSF, 2016). Mange psykisk syke pasienter er lite aktive og får i tillegg ofte somatisk sykdom. Det viser seg også at pasienter

som er under langvarig behandling på institusjon i psykisk helsevern er i dårligere fysisk form ved utskrivelse enn de var i utgangspunktet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 61). Når man vet hvilken helserisiko det innebærer å være fysisk inaktiv blir det vanskelig å forsvare (Martinsen, 2018, s. 156), og erfaringsmessig vet jeg at dette har grunner som kan strekke seg forbi depresjonens klassiske karakteristikker, for eksempel ser man uheldige medikamentbivirkninger som kan gi vektøkning. Det bør likevel ses på som en sykepleieoppgave å forhindre ytterligere forverring og helsesvikt.

I Folkehelsemeldingen (2015) blir det skrevet at ulike former for fysisk aktivitet bidrar til forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser, depresjon inkludert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 61). Mange ulike studier støtter dette, og i en meta-analyse utført av Kvam et al. (2015) kommer det frem at fysisk aktivitet kan ha effekt hos de som lider av mild og moderat depresjon på lik linje som ved klassisk behandling med medikamenter og kognitiv terapi (Kvam et al., 2015, s. 81). Et annet interessant funn i denne studien som trekker slutninger mot at fysisk aktivitet er viktig er at forskerne sammenlignet fysisk aktivitet og ingen behandling i det hele tatt. Resultatene viste store forskjeller i klar favør for at fysisk aktivitet hadde en god effekt ved depresjon (Kvam et al., 2015, s. 79). Det kan virke som det er en økende bevisbyrde for at fysisk aktivitet kan virke positivt inn på en depresjon, men at vi kanskje ikke helt har klart å implementere det som en gyldig og anerkjent behandling.

Fysisk aktivitet kan anbefales på grunnlag av at det gir økt velvære, bedret søvnmønster, reduksjon av muskelspenninger, bedre selvbilde og kan videre fungere som en buffer mot stress (Martinsen, 2018, s. 54-56). Det er en kjent sak at deprimerte sliter med søvn, og det vanligste er redusert søvnmengde og kvalitet (Martinsen, 2018, s. 59), noe som vises igjen i høyt forbruk av ulike medikamenter for søvn hos mange med depresjon. Når vi da vet at fysisk aktivitet kan bidra til et forbedret søvnmønster bør sykepleiere informere pasienten om dette, og om de positive virkningene fysisk aktivitet kan ha på søvnkvaliteten. Istedenfor at vi som sykepleiere allierer oss med legen og tyr til sovetabletter med en gang pasienter forteller oss om søvnevansker, kan man kanskje foreslå at man prøver ut fysisk aktivitet i en periode, enten alene eller i kombinasjon med de vanlige medikamentene.

Depresjon gir også ofte kroppslige utslag, eksempelvis i form av muskelspenninger (Martinsen, 2018, s. 55) og et generelt kroppslig ubehag (Hummelvoll, 2012, s. 198). For pasienten er dette smertefullt, i tillegg fører det til både økt sykefravær og økte kostnader til

behandling. Her har man også en voksende enighet om at fysisk aktivitet hjelper, og forsøk har vist at fysisk aktivitet faktisk kan gi omtrent samme reduksjon av muskelspenninger som medikamenter (De Vries, 1968, referert i Martinsen, 2018, s. 55). Dette vil trolig også gjelde flere ulike typer medikamenter, da spesielt de klassiske smertestillende stoffene. Dersom fysisk aktivitet kan ha en virkning som kan måle seg opp mot medikamentbruk bør sykepleier virkelig etterstrebe at man forsøker dette.

#### **4.1.1 Vil fysisk aktivitet bidra til økt mestring for alle?**

Det finnes belegg for å anbefale fysisk aktivitet for pasienter med depresjon, men erfaring viser at det kan ta tid og ressurser, samt kreve mye av pasienten. Om fysisk aktivitet bidrar til mestring eller ei vil også avhenge av hvor pasienter er i depresjonen, og hvor fremtredende og belastende de nåværende symptomene er.

Veien til bedring er individuell og må derfor defineres av hver enkelt. Bedringsprosesser er et komplekst samspill mellom både kropp og sinn, personens livshistorie og omgivelser (Langeland, 2012, s. 220). Mange som er deprimert bruker lite tid på aktive handlinger, men når de først er aktive opplever de ofte litt mer glede og mestring, og det kan derfor være gunstig å redusere tiden pasienten er passiv og øke tiden i aktivitet for å øke mestringsfølelsen (Martinsen, 2018, s. 78). Dette trenger ikke nødvendigvis kreve så mye av sykepleier selv om det kan virke uoverkommelig for pasienten. Økning i aktiviteten, for eksempel ved at man tar pasienten med et par runder på korridoren istedenfor at vedkommende holder sengen hele dagen kan faktisk medføre reduksjon i depresjonen da all økning i aktivitet over personens nåværende aktivitetsnivå kan ses på som trening (Martinsen, 2018, s. 40). Personen kan sitte igjen med verdifull læring om at det de gjør påvirker følelser og tanker og videre tilegne seg en opplevelse av økt kontroll i eget liv (Martinsen, 2018, s. 78). Disse påstandene åpner muligheten for å tolke dithen at pasienten har høyere sannsynlighet for å oppleve økt mestring av depresjonen dersom vedkommende er fysisk aktiv, uten at man kan trekke ytterligere konklusjoner.

I psykisk helsevernlov står det at «*Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet*» (Psykisk Helsevernlov, 1999, §1-1) Alle mennesker er ulike, og samme diagnose, sykdom eller lidelse arter seg ulikt fra person til person. En person med depresjon er ikke lik en annen, og det må

være aksept for at fysisk aktivitet ikke nødvendigvis fungerer for alle. For noen er det, og vil alltid være helt urealistisk å bedrive fysisk aktivitet. Det handler ikke minst om respekt for hva som er viktig for den enkelte og hva vedkommende føler behov for. Å utvikle struktur og rutiner i hverdagen kan være en mestringsressurs for noen, mens for andre kan det å være ute i naturen eller å bevege seg fysisk være den beste mestringsmåten (Hummelvoll, 2012, s. 388), og det viktigste sykepleier kan gjøre er å sørge for at pasienten ivaretar sin verdighet gjennom hele bedringsprosessen, at vi ikke krenker noen rettigheter, samtidig som vi på vår side vet at vi har gjort alt vi kan for å foreslå god helsehjelp for pasienten.

Sosial støtte og at man har et nettverk som bidrar til positive opplevelser er også av betydning for om man vil oppleve økt mestring (Renolen, 2015, s. 175). Jeg har selv hørt pasienter fortelle om opplevelser i forbindelse med fysisk aktivitet tidligere i livet, der aktiviteten gjerne har hatt preg av konkurranse og resultater fremfor det lystbetonte. Erfaringsmessig opplever disse pasientene gjerne lav grad av mestring når de skal starte opp igjen med fysisk aktivitet i en depresjonsperiode, og her bør kanskje sykepleier gripe inn for å enten hjelpe pasienten med å tilpasse sine forventninger til aktiviteten, eller eventuelt tilpasse selve aktiviteten til pasientens forutsetninger. Erfaringer fra Mostad et al. (2013) er at lystbetont fysisk aktivitet, som lek, styrke, utholdenhet og koordinasjon gir personer med depresjon en opplevelse av at de klarer mer enn forventet (Mostad et al., 2013, s. 33). Fysisk aktivitet, enten det er systematiske opplegg eller mer spontane aktiviteter muliggjør en følelse av økt velvære, kontroll og mestring, samt at det bedrer selvfølelsen, og alle disse faktorene bidrar til bedre psykisk helse (Snoek & Engedal, 2017, s. 62).

Når man skal diskutere hvorvidt alle vil oppleve mestring bør man også ta i betraktning at endring stort sett ikke skjer over natten. Sentralt i Antonovskys teori om salutogenese finner man et fokus på ressurser og faktorer som fremmer helse istedenfor å fokusere på mangler, uhelse og lidelse. De tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet henger som vi har sett nøye sammen og påvirker hverandre (Renolen, 2015, s. 173). Høy opplevelse av sammenheng korrelerer med høyere opplevd livskvalitet, noe den følgende studien kan bekrefte. I en studie utført i Finland i 2017 ble det over en 9- måneders periode forsket på hvilken effekt fysisk aktivitet i form av hovedsakelig styrketrening spilte inn på deltagerens opplevelse av sammenheng, livskvalitet og depressive symptomer. Det ble funnet bedring innenfor alle disse parameterne (Kekäläinen et al., 2017, s. 461). Relevant for spørsmålet er at det tok omtrent 3 måneder med aktiv styrketrening før deltagerens opplevelse av sammenheng

økte (Kekäläinen et al., 2017, s. 461), noe som bekrefter at det kan ta tid å implementere nye og helsefremmende vaner. Dette er informasjon som må videreformidles til pasienten, både slik at det kan settes realistiske mål men også som en bekræftelse på at det er normalt å ikke føle seg like motivert hver gang. Kunnskap om at det kan ta tid kan også hjelpe pasienten på dårlige dager. Det kan være godt å vite at det kan ta tid før det virkelig oppleves mestring, på tross av at det også kan komme umiddelbare positive følelser når man utfører fysisk aktivitet.

Den deprimerte lider under en følelse av meningsløshet og kan ha mistet kontroll over hva som skjer i livet. Antonovsky (1996, referert i Hummelvoll, 2012, s. 211) mener at opplevelse av mening og sammenheng i livet er avgjørende for å mestre livssituasjonen og for å fremme helse. Sykepleier har en sentral oppgave i å støtte den deprimerte i å gjenvinne kontrollen og finne et mål pasienten kan jobbe mot (Hummelvoll, 2012, s. 211). Det å ha oppnåelige mål, med passende utfordringer er trolig essensielt for å lykkes i prosessen med å inkludere elementer av fysisk aktivitet i sin hverdag. Det er lett å gå i «nybegynnerfellen», og det finnes nok av eksempler på de som går ut for hardt i begynnelsen ender opp uten motivasjon og med et årsmedlemskap på treningssenter som ikke blir brukt. Man kan med fordel sette seg delmål, og ikke forvente at all endring skal skje over natten. Det er ikke usannsynlig at man får seg noen tilbakeslag underveis, og det kan ta tid og flere forsøk for å lykkes med å endre en vane eller starte med noe nytt.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere leser man at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Med denne forståelsen i bakgrunn tror jeg noe av det viktigste arbeidet man gjør er å sørge for at pasienten er bevisstgjort om sine muligheter, og om de mulig positive virkningene man kan få av fysisk aktivitet, uten å være moraliserende. På denne måten får pasienten mulighet til å ta et velinformert valg.

## **4.2 Hvordan kan sykepleier støtte pasienten til å starte opp med fysisk aktivitet?**

I det følgende vil jeg se på hvordan sykepleier kan støtte pasienten i den prosessen det er å starte med fysisk aktivitet. For å gjøre dette er det nødvendig med en god, terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient. Hummelvoll (2012, s. 435-436) sin orienterings- og arbeidsfase vil bli brukt som ramme rundt drøftingen. For å støtte pasienten i denne prosessen blir det også naturlig å ta hensyn til noen potensielle hindringer som kan dukke opp. Jeg introduserer derfor innledningsvis et underkapittel som tar for seg vanlige barrierer en deprimert kan slite med når det kommer til oppstart av fysisk aktivitet.

### **4.2.1 Barrierer som mestringshinder**

Et fremtredende trekk ved depresjonen er en dominerende kraftløshet med nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre dagliglivets gjøremål. Konsentrasjon om selv de enkleste oppgaver blir vanskelig, og den deprimerte ser ingen grunn til å anstrenge seg for å mestre depresjonen (Hummelvoll, 2012, s. 198). For deprimerte mennesker vil et av de største helsehindrene være lav selvaktelse, noe som gir opphav til andre hindringer som manglende mestring av livssituasjon, hjelpeløshet, håpløshet og meningsløshet (Hummelvoll, 2012, s. 206). Disse trekkene ved depresjonens patofysiologi er en barriere som må tas hensyn til. Erfaringsmessig er det både slitsomt og vanskelig å forsøke å motivere pasienten til å bli med ut på tur når han helst vil ligge under dyna i et mørkt rom. Min erfaring er at mange pasienter kan oppleve en stor barriere når det gjelder å komme i gang, men at de i etterkant av aktiviteten sitter igjen med en positiv opplevelse. Det skal ofte ikke så mye til, og noen ganger er det effektivt bare å komme ut av rommet. Jeg tror det kan være nyttig å ta det stegvis, neste dag kan man gå noen runder på korridoren, og kanskje om en uke eller to er pasienten klar for å bli med ut på en liten spasertur. Det er viktig å ikke undervurdere hvor belastende det kan være å slite med en depresjon, og selv om det for en frisk person virker lite og ubetydelig kan disse små stegene utgjøre store forskjeller.

Både forskning og praksis viser at en deprimert pasient gjerne er preget av flere ulike barrierer på veien mot oppstart av fysisk aktivitet. I en forskningsartikkel fra 2015 blir noen av disse barrierene vektlagt, og forskerne poengterer at det å utarbeide aktivitetsplaner for deprimerte må ta andre forbehold enn for friske personer. Dette begrunner de med at karakteristikken ved



depresjon, som tap av interesse, motivasjonssvikt og lav selvfølelse gjør det vanskeligere for deprimerte å engasjere seg i fysisk aktivitet (Knapen et al., 2015, s. 1493). De kommer også med en anbefaling for hvordan man kan ta hensyn til barrierene, noe som i hovedsak består av at man i samarbeid med pasienten kartlegger det som kan være mulige hinder for fysisk aktivitet, og foreslår også at pasienten kan skrive ned det han tror kan være fordeler og ulemper ved deltagelse i fysisk aktivitet (Knapen et al., 2015, s. 1493). Fra mitt ståsted høres dette ut som en hensiktsmessig måte å skape refleksjon over temaet på, og pasienten vil forhåpentligvis oppdage flere fordeler enn ulemper. I det videre arbeidet kan sykepleier og pasient samarbeide om å begrense og kanskje til og med ufarliggjøre disse barrierene ved å sette ord på dem og etter hvert prøve seg i aktivitet.

I en annen studie ble vanlige barrierer hos deltagerne angitt å være nedstemthet, lite energi, stress, mangel på sosial støtte og mangel på treningspartner (Firth et al., 2016, s. 2878). Den samme studien konkluderer med at det bør utvikles individuelle treningsprogrammer slik at pasientene får økt sin fysiske kapasitet samtidig som det tar hensyn til de opplevde barrierene. Dette vil føre til at pasientene kan nå sine mål innenfor aktivitet, få flere til å bli med, samt føre til bedring av den psykiske lidelsen (Firth et al., 2016, s. 2879). Har man en pasient med lignende barrierer bør sykepleier undersøke om vedkommende har noen i sitt miljø eller i sin omgangskrets som kan brukes til dette. Man har for eksempel treningskontaktordningen, der frivillige hjelper de som trenger det å bygge opp gode aktivitetsvaner (Martinsen, 2018, s. 170). Noen ganger kan det også være nyttig å inkludere medpasienter, og Hummelvoll (2012) skriver at når disse kan hjelpe og støtte hverandre kan dette gi en reell følelse av fellesskap og tilhørighet (Hummelvoll, 2012, s. 209).

Mostad et al. (2013) nevner også et annet poeng, nemlig presset i dagens samfunn om å ha de «riktige» klærne og allerede være veltrent før man kan gjennomføre fysisk aktivitet i en sosial sammenheng. Dette kan vise oss at det ikke bare er aktiviteten som skal mestres, men at det også er en sosial og kulturell kontekst som aktiviteten går inn i (Mostad et al., 2013, s.33). Sykepleier kan tjene på å være klar over dette, og kanskje moderere seg litt dersom man selv er både sprek og har de nyeste treningsklærne for å minske gapet mellom seg selv og pasienten. Det finnes også ulike treningsarenaer med både ulikt prestasjonsnivå og ulikt klientell, og man kan hjelpe pasienten i å sonde dette terrenget av muligheter.

Chronister (2012) tar opp et annet tema, og det er at sykepleier bør gå inn og aktivt korrigere eventuelle negative og devaluerende tanker pasienten kan få om seg selv og sine prestasjoner i

fysisk aktivitet. Det kan skade selvbildet og skape negativt fokus for pasienten dersom vedkommende tenker at man alltid må være best, få resultater fort eller må utføre aktiviteten for å få aksept fra andre (Chronister, 2012, s. 26). Sykepleier bør hjelpe pasienten til å forstå at dette er noe pasienten gjør for seg selv og sin egen helse, og at det er innsatsen og de oppnådde helsefordelene som er det viktigste med å bedrive fysisk aktivitet. Noe lignende bekreftes av Martinsen (2018) da han sier at treningsmiljøet som den deprimerte skal engasjere seg i med fordel er mestringsorientert fremfor resultatorientert. Dette gir rom for å tilpasse aktiviteten individuelt, og det at man prøver verdsettes høyere enn resultat og sammenligning med andre (Martinsen, 2018, s. 165).

Personalets generelle holdninger til fysisk aktivitet vil også påvirke pasientene, og dette kan være både positivt og negativt (Martinsen, 2018, s. 157). Dersom sykepleier og annet personale ikke har fokus på eller selv er interessert i å drive fysisk aktivitet kan dette oppleves som en barriere i seg selv. Ved å være bevisst på hvordan man snakker om fysisk aktivitet kan vi bidra til å skape en positiv og mindre prestasjonspreget kontekst rundt begrepet.

#### **4.2.2 Sykepleier som støttespiller**

Det å starte opp med fysisk aktivitet er for mange en endring av levevaner, noe som kan gi ulike utfordringer hos en deprimert. Det vil også kreve en del fra sykepleier å støtte noen som tilsynelatende ikke er interessert eller bryr seg til å starte med noe nytt og potensielt utmattende. Å lære seg sunn helseatferd fordrer engasjement og personlig medvirkning fra den det gjelder, slik at man kan få et slags eierskapsforhold til den. På denne måten kan man utvikle atferden til å faktisk bli en del av personens naturlige væremåte og livsstil (Gammersvik, 2012, s. 143). Tidligere i drøftingen har vi sett på noen av de barrierene som kan dukke opp hos en deprimert, og det kan være nyttig å ha i bakhodet at mangel på interesse og motivasjon er en del av sykdomsbildet til disse pasientene.

For å i det hele tatt kunne stille seg i posisjon til å støtte noen til å gjøre endringer i livet sitt er det nødvendig å bli kjent med vedkommende. Dette krever tid og innsats fra sykepleier. Hummelvoll (2012) beskriver orienteringsfasen som en fase der møtet mellom pasient og sykepleier skjer, og det er her rammen for det videre samarbeidet og den gode terapeutiske alliansen blir satt. Pasienten er i det første møtet gjerne ekstra var for sykepleiers holdninger, og det kan ha kostet mye personlig for pasienten å søke hjelp. Derfor er det essensielt for at pasienten skal klare å bidra og åpne seg selv at sykepleier møter pasienten med en åpen og

aksepterende holdning (Hummelvoll, 2012, s. 435). Akkurat hvordan dette gjøres vil være individuelt for den enkelte sykepleier, men selv har jeg fokusert på å dele noe om meg selv med pasienten. Det trenger verken å være spesielt personlig eller stort, men for å få noen til å åpne seg for deg tror jeg det krever at man gir noe i gjengjeld.

I denne fasen ønsker man å bli kjent med pasientens tanker, følelser og væremåte, og videre kartlegge vedkommendes behov og problemer. Deretter vil man hjelpe pasienten med å forstå hvilke ressurser som allerede finnes hos vedkommende, og hvordan disse ressursene kan brukes på en måte som kan skape økt mestringfølelse (Hummelvoll, 2012, s. 210). Alle har sine unike ressurser selv om depresjonen kan få det til å virke håpløst. Det å gjøre pasienten oppmerksom på egne ressurser og muligheter er viktig og gjør veien mot mestring lettere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 60). Denne prosessen vil også kreve at sykepleier lytter aktivt til hva pasienten formidler både med og uten ord.

En forutsetning for et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient er altså at det utvikles på grunnlag av gjensidig tillit, og det viser seg at helsepersonell er den gruppen fagfolk som møter størst tiltro fra befolkningen når det kommer til det å endre levevaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 60). Ved at man som pasient får et tillitsfullt forhold til den som skal hjelpe skaper dette grunnlag for samtaler der sykepleier kan gi råd, kunnskap og veiledning om helsefremmende atferd som igjen kan gi rom for egeninnsats innenfor fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 60).

Pasienten må derfor, når det passer seg, informeres om fordelene ved fysisk aktivitet sett opp mot sin tilstand. Sykepleier bør være varsom og sette fokus på at man ikke må overtale pasienten til løsninger som representerer sykepleiers egne verdier, men at målene gjenspeiler det pasienten selv ønsker å arbeide mot og realisere (Hummelvoll, 2012, s. 148). Det å fortelle pasienten, på en ikke- belærende måte at virkninger som bedret fysisk form, økt velvære, økt glede, bedre søvn og et bedre kroppsbilde kan oppnås, og at dette kan resultere i en raskere heving av depresjonen vil sannsynligvis være positivt (Hummelvoll, 2012, s. 210). Et slikt helsefremmende perspektiv blir også vektlagt av Knapen et al. i det de fokuserer på at det er hensiktsmessig at pasienten får informasjon om både fysiske og psykiske fordeler ved det å drive med regelmessig fysisk aktivitet. (Knapen et al., 2015, s. 1493).

Først når man har skapt en god samarbeidsallianse med pasienten og lært vedkommende å kjenne vil det bli naturlig å bevege fokuset over på å prøve fysisk aktivitet. Økning i

pasientens hverdagsaktivitet kan være første skritt på veien, og det å gå en tur er et tiltak som kan gjennomføres av de fleste uansett nivå (Martinsen, 2018, s. 166). Det kan oppleves vanskelig å spørre og man føler gjerne at man «maser» på pasienten. Dette er erfaringsmessig et nødvendig onde og jeg har flere ganger opplevd at maset har hatt positivt utfall og at pasienten setter pris på at man tar seg bryet med å spørre flere ganger. Dersom man etterhvert lykkes i å få pasienten med ut på tur åpner dette også for en naturlig samtalearena. Min erfaring er at man får en litt mer «lett og ledig» tone i samtalen med pasient når man er i bevegelse og har muligheten til å fokusere på andre ting enn innsiden av en institusjon. Her kan man snakke med pasienten om tidligere erfaringer med fysisk aktivitet og finne ut om det kanskje er noe fra barndom eller ungdomstid som kan være interessant for pasienten å ta opp igjen.

Sykepleier bør foreslå aktiviteter som ikke er for krevende eller langvarige i oppstartsfasen. Dette øker sannsynligheten for at pasienten lykkes med det han starter opp med, noe som i sin tur kan bidra til å styrke selvfølelse, tro på at ting kan bedres og et håp for fremtiden (Hummelvoll, 2012, s. 210). I en studie fra 2015 kom forskerne med anbefalinger om at sykepleier bør diskutere ulike varianter av fysisk aktivitet med pasienten. På denne måten kunne aktivitetene skreddersys i tråd med pasientens ønsker, behov og mål, og bidra til at aktiviteten kunne bli et varig innslag i pasientens liv (Nyström et al., 2015, s. 349). Her er det bare fantasien som setter grensene, og aktiviteten kan være alt i fra turgåing, sykling, ski og rulleskøyter til mindre krevende spaserturer, å dra på fisketur og så videre.

I det Hummelvoll (2012) kaller for arbeidsfasen jobber sykepleier og pasient i fellesskap med å øke pasientens selvinnsett. Dette innebærer blant annet at man ser på tidligere problemer og måter å løse disse på, og supplerer med en forståelse av hvilke muligheter og ressurser en har (Hummelvoll, 2012, s. 436). For at denne økte innsikten skal bli til en erfaring som pasienten kan dra nytte av må den først omsettes til handling. Man må altså prøve ut det man har snakket om i orienteringsfasen, og reflektere sammen med pasienten i etterkant. Utfordringer, som det å prøve ut en ny aktivitet gir mulighet for utvikling og vekst, og inkluderer prøving, feiling og til slutt mestring. (Hummelvoll, 2012, s. 477).

Når aktiviteten er gjennomført, for eksempel når man kommer tilbake fra tur, bør man snakke om hvordan pasienten opplevde situasjonen. En form for kartlegging av hvilke følelser og tanker pasienten sitter igjen med i etterkant kan være et nyttig verktøy når man skal finne riktig tilnæringsmåte for den aktuelle pasienten. For noen kan det også hjelpe å skrive det

ned i en dagbok. Her ønsker jeg å trekke frem et godt eksempel fra min helsefremmende praksis i barne- og ungdomspsykiatrien. På avdelingen bestod behandlingstilbudet av et 10 ukers tilrettelagt opplegg med fysisk aktivitet og trening sammen med andre, og en stor del av deltagerne var deprimerte. Både i forkant og i etterkant av aktivitetene fikk deltagerne utdelt et skjema hvor de skulle vurdere grad av angst, sinne, glede, tristhet og om de følte på mestring eller ei. Denne formen for evaluering var svært nyttig i arbeidet med disse pasientene, da det viste både den umiddelbare effekten av fysisk aktivitet på humøret, men også effekt på lang sikt siden denne evalueringen ble gjennomført hver gang. En lignende form for evaluering med relevante modifikasjoner kan trolig ha overføringsverdi også til voksne pasienter.

Det er viktig at sykepleier støtter pasienten i den prosessen der ny helseatferd, i dette tilfellet fysisk aktivitet, læres. Et eksempel er at man bidrar til korrigerende av feiltolkede stimuli som kan oppstå ved depresjon, og at man støtter og er tilstede når pasienten har spørsmål. En relativt vanlig misoppfattelse her er at hurtig puls kan tolkes som hjerteproblem, men i virkeligheten er en naturlig effekt av den fysiske anstrengelsen (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 33). En annen ting er det fenomenet som man kjenner som gangspærre. Dette er helt normalt når man er i aktivitet igjen etter tid uten, og man må kunne forsikre pasienten om at dette er en bivirkning som er ønsket og som stimulerer til muskelvekst (Martinsen, 2018, s. 175).

### **4.3 Hvordan kan man få pasienten til å fortsette med fysisk aktivitet?**

Vi har sett på hvordan man kan få pasienten til å starte opp med fysisk aktivitet, og i dette avsluttende delkapittelet vil jeg gå dypere inn i hvordan man kan hjelpe pasienten til å fortsette å være fysisk aktiv. Et mål vil være at pasienten inkluderer fysisk aktivitet som en mestringsressurs i sitt liv, ikke utelukkende når ting er vanskelig men også som en livsstil. Jeg vil også komme med forslag til aktiviteter basert både på forskningsfunn og egen erfaring.

Hummelvoll (2012) definerer en siste fase i samarbeidet mellom pasient og sykepleier, nemlig avslutningsfasen. Her undersøker man i fellesskap hvordan man ligger an i prosessen mot de målene man satt seg i orienterings- og arbeidsfasen. I tillegg rommer avslutningsfasen

nettopp dette – en slags avslutning av kontaktforholdet mellom pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2012, s. 436). Man kan tenke seg at pasienten på dette tidspunktet er klar for utskrivelse og skal ta fatt på livet hjemme.

Hummelvoll (2012) angir noen punkter som hovedmål for samarbeidet med deprimerte pasienter, blant annet «å styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over sin livssituasjon – og å finne ulike måter å håndtere depresjonens ulike konsekvenser» (Hummelvoll, 2012, s. 206). Med utgangspunkt i dette kan målet med at pasienten skal fortsette med fysisk aktivitet også når han kommer hjem være at vedkommende bruker dette for å mestre depresjonens utfordringer. Fokus på helsefremmende atferd i befolkningen er gunstig både for enkeltindividet men også i et stort og samfunnsøkonomisk bilde. Dersom pasienten skal lykkes med å holde på denne nye livsstilen som fysisk aktivitet innebærer fordrer det at aktiviteten gir pasienten en eller annen form for positive følelser, at det føles hjelpsomt og lindrende. Hvordan man skal gjøre dette vil være avhengig av pasientens interesser og ressurser.

Erfaring med fysisk aktivitet utført i praksis hos deprimerte pasienter har vist at dersom det innarbeides en rutine med fysisk aktivitet i behandlingen så må også mulighetene og utfordringene i hjemmemiljøet kartlegges dersom målet er å opprettholde aktivitet (Mostad, Skjelbred, Bråten & Bonsaksen, 2013, s. 32). Dette er også min erfaring rundt temaet. Dersom en går daglige turer i tilrettelagte stier og fjell når man er innlagt i institusjon, og kommer hjem til en bygårdsleilighet der man må ta buss i 30 minutter for å finne tilsvarende kan dette bidra til å heve terskelen for å ta med seg sine nye vaner hjem. Disse erfaringene bekrefter viktigheten av at sykepleier i samarbeid med pasienten etterforsker mulighetene rundt pasienten før hjemreise. Jeg tror det er viktig at man ikke begrenser pasienten, men heller hjelper vedkommende å se det store bildet og at det finnes utallige arenaer for aktivitet. Pasienten må kanskje prøve ut et par treningsstudioer før det riktige dukker opp, og for noen vil trening på Friskis- og Svettis føles tryggere enn trening på Barrys Bootcamp eller byens crossfitsenter. Internett har også utallige muligheter for trening, både kostnadsfrie og betalingskrevende, man kan for eksempel følge systematiserte treningsopplegg for enhver smak på gratiskanalen YouTube.

En oversiktsstudie utført i 2015 peker på at det ikke nødvendigvis er aktiviteten i seg selv som gir utslag i redusert depresjon, men at det kan være andre faktorer som spiller inn, som endret selvtillit, bedre mestringsstrategier og økt sosial omgangskrets som følge av det å være i

fysisk aktivitet som utgjør forskjellen (Nyström et al., 2015, s. 347). Både anaerobe og aerobe former for fysisk aktivitet viser seg å være effektive, og type aktivitet bør derfor komme i andre rekke. Fokuset bør være på å komme i aktivitet i det hele tatt (Nyström et al., 2015, s. 347). Med denne forskningen i bakhodet har man faktisk belegg for å fortelle pasienten at alt hjelper, mer spesifikt at valg av aktivitet spiller liten rolle, og pasienten kan derfor i stor grad velge fritt og likevel få positive helseeffekter.

Selv om forskning kan vise at valg av aktivitet ikke er like viktig som det å være i aktivitet generelt, er det likevel en faktor som spiller inn i om pasienten klarer å opprettholde aktivitet da individuelle interesser og preferanser alltid vil være til stede. For noen kan det å ha en hund stimulere både til fysisk aktivitet og sosial omgang med andre, da hunder stort sett krever daglige turer og ulik grad av mosjon. Det er også en kjent sak at det å omgi seg med dyr kan gjøre at mennesker føler på glede, i tillegg til at man kan oppleve både sosialisering og tilknytning da man ofte også treffer andre med hund (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 54). Denne typen aktivitet som Martinsen (2018) refererer til som et «treningsapparat med pels» kan beskrives som en forpliktende aktivitet, da den kan bidra til å holde på gode vaner da hunden alltid vil være i behov av tur (Martinsen, 2018, s. 167). Dette er selvsagt ikke noe som passer for alle, og ulike faktorer som interesse, økonomi og tid vil selvsagt spille en rolle for valget om å skaffe seg hund.

Det kan også være en idé at pasienten lager avtaler med en venn, nabo eller et familiemedlem da det ligger i menneskets natur at det blir en litt høyere terskel for å avlyse avtaler med andre enn det er når man står alene om avgjørelsen. Da får man også det sosiale aspektet. Personlig har jeg god erfaring med aktivitetsarmbånd eller skritteller, for eksempel FitBit. Dette gir muligheten til å se fremgang, heie på andre og konkurrere med både deg selv og andre. Den kan også programmeres til å gi deg en ekstra dytt på de dagene der dørstokkmila virker uoverkommelig. Lignende tiltak er også systematisk i bruk på Modum Bad, der de har hatt god erfaring med bruk av pulsklokker under aktivitet for deprimerte pasienter (Mostad et al., 2013, s. 33).

På landsbasis er det flere ulike lavterskeltilbud for personer som har behov for å vedlikeholde eller komme i gang med aktivitet, for eksempel frisklivssentraler og aktivitetshus (Martinsen, 2018, s. 169-170). Frisklivssentraler gir tilbud for 12 uker av gangen, og målgruppen er personer som trenger hjelp til å endre levevaner og finne måter å mestre sine helseutfordringer

på (Martinsen, 2018, s. 169), og kan derfor være aktuelt for min målgruppe. For mange er det også en reell mulighet å få oppfølging av psykiatrisk sykepleier hjemme.

Et fornuftig og realiserbart mål i den første tiden hjemme kan kanskje være at personen etterstreber å følge de nasjonale anbefalingene om å være fysisk aktiv 30 minutter daglig (Jansson & Anderssen, 2009, s. 37), så kan enhver aktivitet utover dette være en bonus.

Personlig tror jeg noe av det viktigste vi kan gjøre som sykepleier er å fortelle pasienten at alt er bedre enn ingenting. Avslutningsvis vil jeg nevne at, som poengtert av Martinsen (2018), alt over det aktivitetsnivået vi har til vanlig vil hjelpe. For en person som ligger vil det være trening å sette seg opp, for en person som sitter vil det være trening å reise seg opp og for en person som står vil det være trening å gå (Martinsen, 2018, s. 40). Derfor kan det være verdifullt å legge vekt på små, realiserbare og hårete mål for deretter å øke forventningene og kravene til seg selv i takt med mestringen man opplever.



## 5 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke om deprimerte pasienter kunne oppleve økt mestring av depresjon ved hjelp av fysisk aktivitet, og hvordan sykepleier kunne bidra til dette. Dette ga opphav til et par sentrale spørsmål som jeg har tatt opp og besvart i drøftingen.

Man kan konkludere med at sykepleier med støtte i både forskning, faglitteratur og praksis har grunnlag for å anbefale fysisk aktivitet til en deprimert, og det vises til resultater som er sammenlignbare med de klassiske behandlingsformene. I den grad man kan gi en konklusjon på spørsmålet om fysisk aktivitet vil bidra til økt mestring for alle blir det vanskelig å forsvare et svart-hvitt svar da dette vil avhenge av flere faktorer som individuelle forutsetninger og interesse. Det må også tas høyde for depresjonens uttrykk. Vi ser at det finnes en rekke barrierer man må ta hensyn til, og må akseptere at fysisk aktivitet ikke er for alle. Det er likevel et økende belegg for at fysisk aktivitet for deprimerte har potensiale til å gi økt opplevelse av mestring og nedgang i depresjonssymptomer.

Det ble også drøftet hvordan man kan få pasienten til å fortsette med fysisk aktivitet. Oppsummert kan man se at dette hviler på faktorer som hjemmemiljø, ressurser og interesser. Det finnes trolig en arena for de fleste, og utfordringen blir å hjelpe pasienten å oppdage sine muligheter. Sykepleier har en viktig rolle i å støtte pasienten på veien mot å starte med fysisk aktivitet, og dette krever et godt terapeutisk forhold mellom sykepleier og pasient, noe som tar tid og fordrer åpenhet.

På bakgrunn av konklusjonen ser jeg fram til ytterligere forskning på temaet fysisk aktivitet og depresjon, men også på psykisk helse generelt. Det er viktige tema som kan være av stor betydning i samfunnet vårt. Fysisk aktivitet og psykisk helse er av interesse også i et helsefremmende perspektiv. Sykepleier har en helsefremmende rolle i samfunnet, og vil ha en unik mulighet til å bidra positivt i retning av bedret folkehelse ved å øke sin kunnskap, dele den med andre og gi informasjon om fordelene ved fysisk aktivitet.

Dersom man skal lykkes med å implementere fysisk aktivitet som en del av behandlingen på institusjon vil dette kreve støtte og tilretteleggelse fra ledelsen, og det må anerkjennes som en behandling, ikke bare fritidssysse (Martinsen, 2018, s. 165-166). Det krever også engasjerte og kunnskapsrike sykepleiere innenfor temaet. På dette punktet tror jeg vi har en lang vei å gå, og det kunne vært interessant å gå mer i dybden her.

# Litteraturliste

Chronister, K. (2012). *How to motivate depressed adult clients to engage in physical activity..* (Doktoravhandling). Alliant International University, Los Angeles, California.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fagermoen, M.S. & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I A. Lerdal & M. S Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17-37). Oslo: Gyldendal akademisk.

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, 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, 2869- 2881.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>

Folkehelseinstituttet. (2015, 6. februar). Fakta om depresjon. Hentet fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/depresjon---faktaark/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 28. januar). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler/>

Gammersvik, Å. (2012). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s.141-157). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kildevalg. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsedirektoratet. (2009). *Voksne med depresjon. Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. (IS-1561). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2016, 21. juni). Depresjon. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

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. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jansson, E. & Anderssen, S. (2009). Generelle anbefalinger av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 37-44). Oslo: Helsedirektoratet.

Kekäläinen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Walker, S. (2017). Effects of a 9-month resistance training intervention on quality of life, sense of coherence, and depressive symptoms in older adults: Randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 27, 455-465. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1733-z>

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J. & Andersson, E. (2009). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 275 -284). Oslo: Helsedirektoratet.

Knapen, J., Vancampfort, D., Morien, Y. & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1490-1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>

Kvam, H., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper: En arena for økt mestring og velvære. I A. Lerdal og M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-231). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lerdal, A. & Celius, E. H. (2011). Trening på resept: En hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 161-184). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lønne, A. (2019, 22. januar). Salutogenese. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/salutogenese>.

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

Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nyström, M. B. T., Neely, G., Hassmen, P. & Carlbring, P. (2015). Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 341-352.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1015440>

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>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykometri for helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Svartdal, F. (2018, 22. september). Fagfelleevaluering. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s.173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

WHO. (2017, 7. april). Depression: Lets talk. Hentet fra [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/)

WHO. (2018, 22. mars). Depression. Hentet fra <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/depression>