



# Høgskolen Betanien

## ***BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE***

Tittel på norsk:

Motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar med depresjon

Tittel på engelsk:

Motivation for physical activity among patients with depression

Kull: 2011

Kandidatnummer: 30

Antall ord: 8800

Innleveringsdato: 11.04.2014

Veileder: Britt Sætre Tingvatn

# **Sammendrag**

## **Bakgrunn:**

Val av tema er basert på den stadig aukande forekomsten av depresjon, egne interesser for temaet og erfaringar gjort i praksis. Depresjon medfører stor lidelse både for den som er ramma, og dei nærmaste rundt. Omfanget av lidelsen er så stort at helsevesenet aldri kan dekke behandlingsbehovet i befolkninga. Fysisk aktivitet er eit billig, enkelt og lett tilgjengeleg tiltak som er vist seg å ha betydning i arbeidet med psykiske lidelsar. Utfordringane ligg imidlertid i motivasjonsarbeidet mot ein meir aktiv livsstil.

## **Hensikt:**

Hensikta med studien er å belyse korleis ein som sjukepleiar kan motivere til fysisk aktivitet hos pasientar som lider av depresjon. Det vil også bli redegjort for kvifor det er ønskeleg å motivere til fysisk aktivitet ved å vise til kva effekt fysisk aktivitet har på mennesker med depresjon.

## **Metode:**

Oppgava er ein litteraturstudie. Det er gjennomgått ei rekkje vitenskaplege artiklar, og anna relevant litteratur til besvarelsen av problemstillinga. Eigne erfaringar frå praksis er også inkludert.

## **Resultat:**

Forskinga viser til at mennesker som lider av depresjon er meir inaktive enn befolkninga generelt, og at dei opplev fleire barrierar i forhold til fysisk aktivitet. Til tross for dette er det mange pasientar som uttrykker tru på dei helsemessige fordelane ved trening, og ønsker å bli meir fysisk aktive. Fysisk aktivitet viser seg å ha positive effektar på både psykisk og fysisk helse. Viktige faktorar for motivasjon synes å vere sosial støtte, oppfølging frå helsepersonell og lystbetonte aktivitetar som fremmer meistring.

# Summary

## **Background:**

The choice of theme is based on the increasing incidence of depression, my own interest for the topic and experiences made in practice. Depression is causing great suffering both for those directly affected, and the closest people around. The range is so large that the health care can never meet the treatment needs of the population. Physical activity is cheap, simply and a readily available measure that are shown to be important in dealing with mental disorders. The challenge however, lies in the motivational work towards a more active lifestyle.

## **Purpose:**

The purpose of this study was to see how a nurse can motivate patients suffering from depression, to take part in physical activity. It will also be explained why it is desirable to motivate for physical activity. This is done by showing the impact of physical activity in depressed people.

## **Method:**

This thesis is a literature study. It consists of three scientific articles and other relevant literature used in answering the research question. Own experiences are also included.

## **Results:**

The research shows that people who suffer from depression are less active than the general population. They also experience more barriers to physical activity. Despite this, many patients do believe in the health benefits of exercise, and express a desire to be more active. Physical activity is shown to have positive effects in both mental and physical health. Important factors for motivation seems to be social support, follow-up from health professionals and enjoyable activities that promote self-efficacy.

# INNHALD

<b>1.0 INNLEIING</b> .....	5
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.2.1 Begrepsavklaring.....	6
1.2.2 Avgrensing.....	6
<b>2.0 METODE</b> .....	7
2.1 Kva er metode?.....	7
2.2 Litteraturstudie.....	7
2.3 Søkehistorikk.....	8
2.4 Kildekritikk.....	9
2.5 Etske aspekt.....	10
<b>3.0 TEORI</b> .....	10
3.1 Depresjon.....	10
3.1.1 Å leve med depresjon.....	11
3.2 Motivasjon.....	12
3.2.1 Albert Bandura - Meistringsforventning.....	13
3.2.2 Deci & Ryan - Sjølvbestemmelsesteorien.....	15
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	16
4.1 Presentasjon av forskingsartiklar.....	16
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	17
5.1 Kva innverknad har fysisk aktivitet på depresjon?.....	17
5.2 Barrierar for fysisk aktivitet.....	19
5.3 Korleis fremme motivasjon til fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon?.....	22
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	27
<b>7.0 REFERANSELISTE</b> .....	28

# 1.0 INNLEIING

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Depressive lidelsar er eit av dei største helseproblema i vår tid. Ifølge Verdens Helseorganisasjon ligg depresjon på fjerdeplass på lista over lidelsar som utgjer den største samfunnsmessige byrden, både i tap av livskvalitet og leveår, men også samfunnsøkonomisk i form av redusert produktivitet, fravær frå arbeid og tapte skatteinntekter (WHO, 2001, referert i Berge, Ekelund & Skule, 2008, s. 320). Ein reknar med at lidelsen i år 2020 vil rykke opp på ein andre plass (Berge, Ekelund & Skule, 2008, s. 320).

Omlag halvparten av den norske befolkninga vil iløpet av livet bli ramma av ein psykisk lidelse. Dei tre vanlegaste gruppene psykiske lidelsar i den norske befolkninga, er; angstlidelsar, depressive lidelsar og alkoholavhengighet/misbruk. Psykiske lidelsar har alvorlege konsekvensar som nedsatt arbeidsførhet og auka dødelighet. Konsekvensane er ofte meir alvorlege enn plagene i seg sjølv, både for den enkelte og for samfunnet (Knudsen, Mathiesen & Mykletun, 2009). Samtidig som kostnadane for behandling av psykiske lidelsar aukar, gjer omfanget av lidelsane at helsevesenet aldri kan dekke behandlingsbehovet i befolkninga. Fysisk aktivitet er eit billig, enkelt og lett tilgjengeleg tiltak (Martinsen, 2000), og per i dag fins det god dokumentasjon på at regelmessig fysisk aktivitet, både som forebyggings- og behandlingsstrategi, er virksomt ved enkelte former for psykiske lidelsar og problem (Helsedirektoratet, 2010).

Psykiske lidelsar er noko som interesserer meg, og som eg synes er spennande i og med at det er knytta ein del utfordringar til desse lidelsane. I psykiatripraksis var eg utplassert i kommunehelsetenesta, der dei hadde åpent tilbod om ulike aktivitetar. Brukarane av tilbodet var mennesker med ulike psykiske lidelsar, inkludert depresjon.

Forhold ved psykiske lidelsar kan gjer det vanskeleg å starte med fysisk aktivitet, og dei fleste mennesker med psykiske lidelsar er derfor inaktive. Mange føler seg resignert og har lita tru på å kunne endre situasjonen sin (Moe, 2011, s. 197). Eg ønsker derfor å undersøke kva eg som framtidig sjukepleiar kan bidra med for å fremme motivasjon hos denne pasientgruppa, og då spesielt pasientar med depresjon.

## 1.2 Problemstilling

”Korleis fremme motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar som lider av depresjon?”

### 1.2.1 Begrepsavklaring

*Fysisk aktivitet:* Kvar kroppsleg bevegelse forårsaka av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk. Dette måles vanlegvis i antall kilokalorier som forbrukes per tidsenhet (Caspersen, Powell & Christenson, 1985, referert i Martinsen, 2011, s. 35).

*Depresjon:* Tilstand kjenneteikna av redusert energi, senka sinnsstemning og nedsatt interesse eller gledesfølelse (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 80). Begrepet blir brukt både som adjektiv (depressiv/deppa), for å beskrive ein tilstand tilsvarande det å vere litt nedpå, sliten, ute av slag, og som substantiv for å betegne ei gruppe psykiske lidelsar (Martinsen, 2011, s. 65).

*Motivasjon:* Stammer opprinneleg frå det latinske ordet ”movere”, og betyr ”å bevege.” Definisjon av motivasjon: ”Prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd” (Kaufmann, 2003, referert i Renolen, 2008, s. 41). Vi kan bli styrt av tilstandar i kroppen og i vår bevissthet/ubevissthet, altså indre tilstandar som driv oss til handling, men også av tilstandar i vårt sosiale miljø, referert til som ytre tilstandar (Renolen, 2008, s. 41).

### 1.2.2 Avgrensing

Problemstillinga er avgrensa til å gjelde pasientar med depresjon. Kva type depresjon vil det ikkje bli gått nærmare inn på i oppgåva, det vil bli satt fokus på depresjon generelt. Fleirtalet av pasientane får behandling på døgningstusjonar, og alderen på deltakarane varierar frå under 30 til over 65 år.

## 2.0 METODE

### 2.1 Kva er metode?

Metode blir av Vilhelm Aubert (1985, referert i Dalland, 2000, s. 71) definert som: ”... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

Innan forskninga har vi to tilnæringsperspektiv; kvalitative og kvantitative design. Kva ein ønsker å vite, har betydning for val av metode (Olsson & Sörensen, 2003, s. 16). Når ein ønsker å undersøke subjektive menneskelege erfaringar, opplevingar, holdningar og oppfatningar, bruker ein kvalitativt forskningsdesign. Ved bruk av kvalitative forskningsmetodar, foregår datasamlinga hovedsakeleg gjennom intervju, observasjon eller gjennom lesning av dokument (Nortvedt et al., 2012, s. 72). Dei kvantitative metodane tar sikte på å forme informasjonen om til målbare einingar, og beskriv fenomen ved hjelp av tal. Felles for både kvalitativ og kvantitativ metode, er at begge tar sikte på å bidra til betre forståelse av samfunnet vi lev i, og for korleis enkeltmennesker, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2000, s. 72).

### 2.2 Litteraturstudie

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. I ein litteraturstudie studerer ein litteratur som er undersøkt og skreve av artikkelforfattarar. Litteraturen er empirisk, det vil sei at den har feste i verkeligheita (Støren, 2013, s. 16). Ein litteraturstudie bygger på allereie eksisterande kunnskapar, og skaper ingen ny kunnskap. Ved å sette saman kunnskap frå fleire undersøkelser, kan ein imidlertid komme fram til nye erkjennelsar (Magnus & Bakketeig, 2002, referert i Støren, 2013, s. 17). Innsamlingsdata blir i drøftingsdelen satt i dialog med ”bakgrunns litteraturen”, og ein drøftar ut frå formål og spørsmålsstillingar (Olsson & Sörensen, 2003, s. 91).

For å sikre seg mot andre sine feiltolkningar og unøyaktighet, bør ein tilstrebe å bruke primærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelege publikasjonen av eit verk. Nokre forfattarar er imidlertid lite tilgjengelege og må derfor lesast i andre sine bearbeidingar. I

tilfeller der forfattarar henviser til den opprinnelege publikasjonen, har ein sekundærlitteratur (Dalland, 2000, s. 261).

## 2.3 Søkehistorikk

I søket etter artiklar har eg brukt CINAHL, Cochrane Library, PubMed og Swemed+. Utifrå problemstillinga valde eg å ha fokus på søkeorda "depression", "motivation" og "physical exercise." Desse søkeorda kombinerte eg i dei ulike databasane, med ulikt treffresultat. For å finne MeSH-termar som eg kunne søke vidare med, brukte eg SweMed+. Eg fann alle artiklane i CINAHL. Denne databasen inneheld ein del kvalitativ forskning og pasienterfaringar, noko eg ser som relevant for problemstillinga mi.

Felles for søka var at eg avgrensa til artiklar på engelsk, dei måtte vere publisert mellom 2006 – 2014, og vere kvalitetssikra. Søket blei utvida ved at eg tillot beslektta ord av søkeorda, det blei og søkt etter orda i heile artikkelteksten. På søkemodus valde eg "find all my search terms."

Søkeorda eg brukte i CINAHL:

"Depression", "motivation" og "exercise." Då eg kombinerte desse fekk eg 57 treff, og fann "Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise. Nordic Walking."

"Mental illness", "physical activity" og "barriers." Eg kombinerte desse, fekk 21 treff og fann artikkelen "Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom."

"Mental disorders", "physical activity" og "motivation." Då eg kombinerte desse fekk eg 22 treff, og fann "Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment."



## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr at ein vurderar og karakteriserar den litteraturen ein benyttar seg av (Dalland, 2000, s. 68).

I søket etter artiklar fekk eg mange treff som ikkje hadde relevans for problemstillinga, desse blei ekskludert. For å sikre mest mogleg oppdatert forskning på området, avgrensa eg søket til å gjelde artiklar som ikkje var eldre enn åtte år. Det blei søkt etter artiklar på engelsk sidan eg fann lite vitenskapleg forskning om det aktuelle temaet på norsk. Det at artiklane var på engelsk, kan imidlertid ha ført til feiltolkingar av teksten frå mi side.

Den første artikkelen omhandlar deprimerte pasientar og deira motivasjon for å trene, noko som gjer den relevant i besvarelsen av problemstillinga. Artikkel nummer to tar for seg interesser og barrierar for aktivitet blant personar med alvorlege psykiske lidelsar. Studien inkluderer andre lidelsar i tillegg til depresjon, men sidan pasientane med depresjon var den nest største gruppa i studien, valde eg å inkludere den. Dessutan anser eg interesser og barrierar for fysisk aktivitet av betydning for motivasjonsarbeidet. Den siste artikkelen tar sikte på å finne samanhengen mellom motivasjon og fysisk aktivitet hos psykiatriske pasientar. Utvalet i studien var ikkje meint å vere representativt for den generelle populasjonen av psykiatriske pasientar, da desse pasientane hadde erfaring med fysisk aktivitet som ein del av behandlinga. Eg har likevel valgt å ta med artikkelen fordi den viser til forhold mellom motivasjon og fysisk aktivitet hos pasientar med psykiske lidelsar. Resultata i studien samsvarer også med resultat frå andre studier som er gjort, noko som styrker validiteten. To av artiklane er frå henholdsvis Estland og Storbritannia. Eg har vurdert desse til å ha overførbarhetsverdi til forhold i Noreg.

I tillegg til dei tre hovedartiklane, har eg brukt to andre vitenskaplege artiklar til fagleg argumentering i drøftingsdelen. Det er berre hovedartiklane som vil bli presentert i resultatdelen. Det teoretiske perspektivet i oppgåva vil vere sentrert rundt Albert Bandura sin teori om forventning om meistring, og Deci og Ryan med sjølvbestemmelsesteorien. Eg har valt dette perspektivet utifrå artiklane, og fordi eg ser det som relevant i forhold til problemstillinga.

## **2.5 Ethiske aspekt**

Etikk dreier seg først og fremst om relasjonen mellom mennesker, og kva vi kan, og ikkje kan gjer mot kvarandre. Etikken handlar også om prinsipp, reglar og retningslinjer for riktig og god livsførsel, og skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderingar når vi står ovanfor vanskelege avgjersler i livet (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011, s. 89; Dalland, 2000, s. 215). I forhold til egne erfaringar frå praksis har eg tatt hensyn til personvern ved å ikkje utgi personopplysningar, eller andre sensitive opplysningar som gjer det mogleg å kjenne att vedkomande brukt i pasienthistorier.

## **3.0 TEORI**

### **3.1 Depresjon**

Følelse av tristhet eller nedstemthet kan komme av belastningar, tap eller skuffelsar, og er ein naturleg del av vårt følelsesliv. Slike periodar med tristhet varer vanlegvis ikkje lenge. Det er først når plagene er vedvarande, fører til betydeleg ubehag og gir vanskar med å fungere sosialt og i forhold til forpliktelsar, at det blir kalla ein depresjon (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 5). Depresjonar er vanlege (Berge, 2008, s. 286). Sjansen for å utvikle ein depresjon iløpet av livet, er ca. 10 % for menn og ca. 20 % for kvinner (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 6).

Depresjonssjukdomane blir også omtala som affektive lidelsar eller stemningslidelsar, og kan kategoriserast i to hovedgrupper; bipolare lidelsar og reine depresjonslidelsar. Ved bipolar lidelse varierar sjukdomsforløpet mellom depresjon/nedstemthet, og mani/oppstemthet. Reine depresjonslidelsar, også omtala som unipolare depresjonar, rammar omtrentleg 20% av alle mennesker i løpet av livet (Martinsen, 2011, s. 65-66).

Depresjon kjenneteiknast av negative forestillingsbilder og tankar (Berge, 2008, s. 288).

Vanlege symptom ved depresjon er senka stemningsleie, redusert interesse og glede, redusert energi, svekka konsentrasjon, redusert appetitt, søvnproblem og indre uro/angst. Mange slit også med meir negativt sjølvbilde, grublar rundt det å vere verdiløst og har tankar om døden

eller sjølv mord (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 6). Livet blir opplevd som meningslaust og ein ser ikkje noko håp for framtida. Desse negative tankane og følelsane bidrar til handlingslammelse og ubesluttosomhet (Berge, 2008, s. 288). Årsaker til depresjon kan knytast til sterke opplevingar, erfaringar og belastningar. Fysisk sjukdom, arv og mestringsstil kan også ha ei betydning for utvikling av depresjon (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 6).

Det fins ulike behandlingsmetodar for depresjon. Medikament eller samtalebehandling, og kombinasjonar av desse, er dei mest vanlege (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 6). Dishman (1986, referert i Leith, 2010, s. 25) antyder at psykoterapi er det beste behandlingsalternativet ved mild til moderat depresjon, og at det ofte blir supplert med antidepressiver. Alvorleg depresjon krev nesten alltid behandling med legemidler. Samtalebehandlingar som blir brukt i behandling av depresjon, er kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi, interpersonleg terapi og korttids psykodynamisk psykoterapi. Andre behandlingar som har vist seg effektive, er fysisk trening, og elektrokonvulsiv terapi. Deprimerte menneske sliter ofte med håplausheit og lite tru på seg sjølv, noko som gjer behandling av depresjon krevande både for pasienten og terapeuten (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 85-87).

Felles for pasientar med depresjon, er at dei ofte er i dårleg fysisk form. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet er effektivt i behandlinga av depresjon. Å finne fram til treningsmetodar som passar til kvar enkelt og vedkomandes livsstil, er viktig i arbeidet med å gi pasientane gode vanar som dei held fast ved i ettertid av behandlinga (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 91).

### **3.1.1 Å leve med depresjon**

For den som aldri før har opplevd det, vil det vere vanskeleg å sette seg inn i den smerten ein djup depresjon medfører. Erik Damman (2005, referert i Martinsen, 2011, s. 67) gir i sin sjølvbiografi ei sterk skildring av korleis depresjon pregar heile tilværelsen. ”...De sier det er en fin dag. Sol fra skyfri himmel og gnistrende høstfarger. Men sola hjelper meg lite. Inne i mitt hode er det like grått som vanlig. Fargeløst, dødt og mørkt.”

Depresjonssjukdomane påverkar heile mennesket (Martinsen, 2011, s. 66). Når ein er deprimert mister ein motivasjon, livsglede og evna til å vere glad. Mange trekker seg tilbake

og deltar lite i aktivitetar saman med andre, noko som igjen fører til redusert sosialt nettverk og einsemd (Berge, 2008, s. 289). Mange opplever også nedsatt funksjonsnivå i arbeidslivet (Kjellman et al., 2008, s. 277). Mykje av tida blir brukt til grubling og bekymringar som fører til stort fokus på dei mørke og triste følelsane, og bringer ein djupare inn i depresjonen (Berge, 2008, s. 289). Fortvilelse og tap av motivasjon er to av dei mest øydeleggande aspekta ved depresjon (Buckman & Charlish, 2002, s. 58). Mennesker med depresjon vil ofte oppleve at sjølv små krav kan føles store i forhold til kva dei har energi til (Berge, Ekelund & Skule, 2008, s. 336). Livet består imidlertid av dei små øyeblikka. Når desse øyeblikka blir meistra gir det meir rom for glede, energi og mot (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 24).

Depresjon resulterer i mykje lidelse også for pårørande (Kjellman, 2008, s. 277). I vanskelege tider forventar ein gjerne støtte og sympati frå dei som står ein nærmast. Ein bør likevel ikkje forvente meir frå partner og familie, enn kva ein gjer frå andre. Det er ikkje enkelt å leve saman med nokon som er deprimert, og kanskje kjenner dei nærmaste på skyldfølelse. Mange deprimerte kan ha vanskar med å vise at dei set pris på familie og partner, noko som kan vere vanskeleg for dei berørte å tolerere (Buckman & Charlish, 2002, s. 56).

Vil det skje igjen? Nokre har eit enkeltståande tilfelle av depresjon iløpet av livet, og aldri igjen. For dei fleste er depresjon imidlertid ein kronisk sjukdom. Mistenker ein eit ytterlegare tilfelle av depresjon, er det viktig at ein tar kontakt med lege. Struktur og balanse i kvardagen bør også tilstrebast, da dette kan motverke nokre av dei negative effektane depresjon har. Ein har sjølv mulighet til å redusere sjansen for tilbakefall, og muligheten for at ein kan, og vil bli frisk igjen, er der (Buckman & Charlish, 2002, s. 74-75).

## **3.2 Motivasjon**

Motivasjon blir av Kaufmann (2003, referert i Renolen, 2008, s. 41) definert som: ”Prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd.”

Utifrå behov, målsettingar og underliggende interesser, kan ein skille mellom ulike typar motivasjon. Motivasjon kan vere styrt innanfrå, eller av ytre forhold. Indre motivasjon kan definerast som ein aktivitet ein utfører for å oppnå indre tilfredsstillelse. Indre motivasjon kan også sjåast som noko som eksisterar i relasjonen mellom individet og aktiviteten, da ein ikkje

er like indre motivert for alle aktivitetar ein engasjerar seg i. Kva vi er motivert for, heng ofte saman med kva vi interesserer oss for. Ytre motivasjon kan forklarast som krefter utanfor oss sjølve som set i gang handling. Indre motivasjon er betrakta å ha større kraft enn ytre motivasjon (Renolen, 2008, s. 42-43).

Å ta steget å komme i gang med fysisk aktivitet innebærer endring (Moe, 2011, s. 200).

Overtaling og argumentasjon for endring kan lett gi auka motvilje. Motivasjonen må hentast ut frå pasienten sjølv (Berge et al., 2008, s. 38). Ein motivasjonssamtale mellom helsepersonell og pasient kan vere med å bevisstgjere rundt fysisk aktivitet, og vere starten på ein endringsprosess. Motivasjonssamtalen er basert på Proschasca og DiClementes teoretiske modell for endring, og består av ulike fasar: Føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen, vedlikehaldsfasen og tilbakefallsfasen.

Motivasjonsstrategien må tilretteleggast utifrå kva fase personen befinn seg i. Motivet med samtalen er å få i gang ''endringsnakk'' og at brukaren sjølv tar initiativ basert på egne beslutningar. I ein slik samtale er det viktig å unngå motstand. Ein skal lytte aktivt til brukers meiningar og løysingar, og gjennom opne spørsmål, refleksjonar og samanfatingar hjelpe vedkomande til eigenmotivasjon. Det er lettare for helsepersonell å tilrettelegge for pasientane når holdningar og motivasjon er kartlagt (Moe, 2011, s. 200-202).

### **3.2.1 Albert Bandura - Meistringsforventning**

Den kanadiske psykologen Albert Bandura (1925-), utvikla sosial-kognitiv-teori som ei vidareutvikling av den sosiale læringsteorien. I sosial-kognitiv-teori, der han legg større vekt på kognitive prosessar i menneskets læring og motivasjon, introduserer han fenomenet *meistringsforventning* (''self-efficacy''), også oversatt som sjølveffektivitet i Wormnes & Manger (2005, s. 102). Meistringsforventning kan forklarast som den trua på i kva grad ein er i stand til å nå eit mål, men også meistre ulike utfordringar. Ein må imidlertid merke seg skillet Bandura gjer mellom sjølveffektivitet som forventningar om meistring, og forventningar om resultatet av ei gitt meistring (resultatforventning). Resultatforventning er definert som ein persons vurdering og beregning av korleis ein gitt atferd vil føre til bestemte resultat (Wormnes & Manger, 2005, s. 103). Kombinasjonar av ulike forventningar om meistring og resultat av aktivitet, vil skape ulike responsar (Mostad et al., 2013, s. 32). Forskjellen mellom meistringsforventning og resultatforventning forklarar godt

motivasjonsforskjellar mellom mennesker (Wormnes & Manger, 2005, s. 103). Lave forventningar om meistring kombinert med negative forventningar om resultat vil kunne gi utslag i resignasjon og apati. Lav meistringsforventning og positiv forventning om resultat av aktiviteten, leier mot sjølvforakt og håplausheitsfølelse. Dette er i tråd med Bandura å betrakte som ein kombinasjon av oppfatningar nært forbunde med ei depressiv innstilling. Protest eller aktivisme kan sjåast ved høg meistringsforventning i samanheng med negativ forventning om resultat. Høge forventningar om meistring kombinert med positiv forventning om resultat av aktiviteten viser til optimal motivasjon for aktiviteten, og vedkomande deltar med engasjement, viser ambisjonar og opplev aktiviteten som tilfredsstillande og meiningsfull (Bandura, 1997, referert i Mostad et al., 2013, s. 32).

Ulike faktorar kan påverke meistringsforventningane. *Tidlegare erfaringar* er den viktigaste faktoren. Mennesker som har positive meistringserfaringar frå før, vil ha styrka tru på å lukkast igjen. Omvendt vil tidlegare nederlag svekke trua på å lukkast (Renolen, 2008, s. 156). Ein anna viktig faktor for meistringsforventning, er *modellæring*. Å observere andre som lukkast i det dei foretar seg, vil kunne styrke eiga meistringsforventning. Spesielt vil det styrke tru på meistring i forhold til dei same aktivitetane, om vedkomande som lukkast, er lik ein sjølv (Bandura, 1997, s. 87). *Verbal støtte* kan styrke trua på at ein har dei evnene som skal til for å oppnå det ein søker å oppnå. Når viktige andre uttrykker tru på eins evner, er det enklare å oppretthalde tru på meistring enn om dei formidlar tvil. Verbal støtte åleine er ikkje nok til å opprettalde meistringsfølelse, men kan gi endringar i atferd om vurderingane som blir gjort av ein, er realistiske (Bandura, 1997, s. 101). *Fysiologisk og emosjonell tilstand* har også betydning for meistringsforventning. Mennesker bedømmer sine evner utifrå fysiologisk og emosjonell status. Situasjonar der dette er spesielt relevant, er situasjonar som involverer fysiske prestasjonar og meistring av stressfaktorar. Fysiologisk aktivering i stressande situasjonar blir ofte tolka som teikn på sårbarhet. Dette fordi stress og opphisselse svekkar yteevna. I aktivitetar som krev styrke og utholdenhet, blir teikn på tretthet og smerte ofte tolka som teikn på udugelighet. Forventning om meistring er størst når ein ikkje er prega av stress og motvilje (Bandura, 1997, s. 106). Motsatt vil godt humør og optimisme styrke meistringsforventning (Renolen, 2008, s. 156). Forventning om meistring handlar ikkje om antal ferdigheiter ein innehar, men kva ein trur ein kan utrette med dei ferdigheitane ein har under gitte forhold (Bandura, 1997, s. 37).

### 3.2.2 Deci & Ryan - Sjølvbestemmelsesteorien

Sjølvbestemmelsesteorien (''self-determination-theory''), utvikla av Deci og Ryan, fokuserer på menneskets indre motivasjon. Denne teorien legg vekt på at opplevinga av atferd er sjølvbestemt. Teorien vektlegg energikomponenten, det som set i gang og vedlikeheld aktiviteten. Ifølge Deci og Ryan har vi tre medfødte psykologiske behov; behovet for kompetanse, tilhørighet og autonomi. Behovet for kompetanse henspeler på oppfattelse av seg sjølv som effektiv i samhandling med omgivelsane. Behovet for tilhørighet handlar om å utvikle relasjonar og oppleving av tilhørighet til andre mennesker. Å vere sjølvigangsettande og sjølvregulerande når det gjeld handlingar, dekkar behovet for autonomi. Ved imøtekommelse av desse behova, vil ein oppleve styrka sjølvmotivering og velvære (Renolen, 2008, s. 49-50).

Deci og Ryan skil mellom fem typar motivasjon; fire typar ytre motivasjon, og ein indrestyrt motivasjon (Renolen, 2008, s. 43). I henhold til sjølvbestemmelsesteorien kan desse ulike typane motivasjon organiserast på ei linje der ein går frå at opplevinga av atferd ikkje er sjølvbestemt, til at den blir sjølvbestemt. Den mest ytrestyrte motivasjonen er *ytre regulering*. Atferd styrt av ytre regulering er utført for enten å oppnå belønning, eller unngå straff. Mennesker som er ytre regulert vil ha vanskar med å starte på ei oppgåve om der ikkje foreligg ytre stimuli (Reeve, 2009, s. 132-133). Neste motivasjonstype er regulering gjennom *introjeksjon*, der ein følger ytre krav om handling, men samtidig opplev eit indre press. Handling blir utført for å unngå dårlig samvittighet, skyld- eller skamfølelse. Ved regulering gjennom *identifisering* blir handlinga i større grad oppfatta som sjølvbestemt. Normer og reglar blir oppfatta som fornuftige og viktige, og vi vel å følgje dei. Regulering gjennom *integrering* er den siste typen ytre motivasjon. Handlinga samstemmer med våre verdiar og behov og vert opplevd som sjølvbestemt. Til tross for at integrert motivasjon vert opplevd som sjølvbestemt, er det forskjell på denne typen motivasjon og indre motivering. Når ein er indre motivert kjem motivasjonen frå eigne behov og interesser. Ein er engasjert for sin eigen del og deltek av eigen fri vilje i aktivitetar ein interesserar seg for, opplev som tilfredsstillande, utfordrande eller fornøyelege. Ein er engasjert i aktiviteten for aktivitetens skuld og er ikkje opptatt av å oppnå noko uavhengig av den (Renolen, 2008, s. 43). Den indre motivasjonen er naturleg og oppstår spontant utifrå våre psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Reeve, 2009, s. 112). Jo meir sjølvbestemt motivasjonen vert opplevd, jo meir innsats legg ein i utførelsen av aktivitetane.

## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Presentasjon av forskingsartiklar

**”Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice”**, av Suija et al., (2009):

Hensikta med studien var å undersøke kor motiverte deprimerte pasientar er til å trene regelmessig, måle kor fysisk aktive dei er og korleis Nordic Walking påverka humør og fysisk form hos denne pasientgruppa. Nordic Walking, som kan oversettast med stavgang, er ein mosjonsidrett som kan utførast av dei som kan gå, det er billig og har lav risiko. Tilsaman 106 pasientar blei intervjuet, 48 av pasientane var deprimerte, dei resterande 58 pasientane hadde ingen depresjon. Pasientane som var deprimerte ved oppstart av studien, var fortsatt deprimerte da studien blei avslutta etter 24 veker, men det var ingen teikn til forverring i depresjonen. Av pasientane som ikkje lei av depresjon, var det ingen som hadde utvikla depresjon. Resultata frå studien viste at stavgang kan brukast i rehabiliteringsarbeidet med deprimerte pasientar, men at det trengs meir forskning på kva effekt treningsprogram har på mental helse. Studien konkluderar med at dei deprimerte pasientane var lite fysisk aktive og lite motiverte for aktivitet før studien begynte. Etter Nordic Walking var pasientane meir fysisk aktive, og dei opplevde betring i humøret. Artikkelen seier også noko om faktorar som kan ha fremma motivasjon for fysisk aktivitet hos deltakarane, deriblant bruken av treningsdagbok, og muligheten dei hadde til å kontakte legen som fulgte dei gjennom studien.

**”Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom”**, av Ussher et al., (2007):

Studien vurderer interesser innanfor fysisk aktivitet hos psykiatriske pasientar. Pasientane vurderte kva dei foretrakk av fysisk aktivitet, oppfatta barrierer for aktivitet og andre psykososiale faktorar knytta til trening. Funna frå studien viser at fleirtalet uttrykte tru på dei helsemessige fordelane ved trening, og at turgåing var den mest populære aktiviteten. Lave forventningar om meistring var imidlertid ein av hovedgrunnane til inaktivitet. Forventning om meistring viste seg å vere lavara hos pasientar med depresjon, enn hos pasientar med andre psykiske lidelsar. Fleirtalet var einige om at dei ville ha trent meir om dei hadde hatt ein instruktør å snakka med, eller hadde blitt anbefalt å trene av ein lege. Deltakarane rapporterte om lita tru på å kunne trene i periodar der dei følte seg triste og stressa. Andre barrierer for trening var lite sosial støtte frå andre. Til tross for dette, var det stor interesse for fysisk



aktivitet blant deltakarane, og mange hadde ønske om å vere meir aktive. Studien konkluderar med at personar med alvorlege psykiske lidelsar er mindre aktive enn befolkninga generelt, og at for å kunne fremme fysisk aktivitet hos denne pasientgruppa, bør ein tilby trening som gir auka forventning om meistring, gi tilstrekkeleg støtte til fysisk aktivitet, og ta hensyn til pasientane sine egne interesser innan trening.

**”Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment”, av Sørensen (2006):**

Studien undersøker motivasjonsvariablar, sjølvbestemmelse og sjølv-skjema relatert til fysisk aktivitet, blant psykiatriske pasientar med erfaring frå fysisk aktivitet som ein del av behandlinga. Deltakarane var pasientar frå 15 psykiatriske sjukehus og institusjonar med døgnopphald. Hensikta med studien var å undersøke samanhengen mellom nivået på fysisk aktivitet og sjølvbestemmelse, og å finne ut om sjølv-skjemaer var tilstede hos psykiatriske pasientar som hadde erfaring med trening som ein del av behandlinga. I studien kom det fram at indre motivasjon og utarbeiding av sjølv-skjema var av stor betydning for om pasientane fortsatte med fysisk aktivitet. Aktivitetsnivået var høgare ved indre motivasjon, enn ved ytre motivasjon. Resultata viste at psykiatriske pasientar ikkje avviker frå normalbefolkninga med tanke på motivasjonsmekanismer, dette til tross for at dei på grunn av sin sjukdom, kan oppleve fleire barrierar for fysisk aktivitet. I arbeidet med å motivere psykiatriske pasientar er det viktig å skape ein indre motivasjon for fysisk aktivitet ved å fokusere på positive opplevingar ved sjølve aktiviteten, og saman med pasientane arbeide med sjølv-skjema for fysisk aktivitet ved å hjelpe dei til å sjå seg sjølv som aktive personar. Det er også av betydning at aktivitetane er lystbetonte og hyggelege å vere med på.

## **5.0 DISKUSJON**

### **5.1 Kva innverknad har fysisk aktivitet på depresjon?**

Fysisk aktivitet er eit billig, enkelt og lett tilgjengeleg tiltak (Martinsen, 2000). Til tross for metodiske begrensingar og få langtidsstudiar, har fysisk aktivitet ved lett og moderat depresjon vitenskapeleg støtte for behandling av depressive episodar akutt så vel som på

lengre sikt. Fysisk trening reduserer også risikoen for tilbakefall, og representerer ein stor gevinst både for enkeltmennesket og for samfunnet (Kjellman et al., 2008, s. 275).

Samanlikna med normalbefolkninga, har mennesker med psykiske lidelsar ein meir usunn livsstil, noko som gir auka forekomst av somatiske sjukdomar og dødelighet (Martinsen, 2011, s. 43). Fysiske helseeffektar av trening blir derfor også viktig å ha fokus på (Kjellman et al., 2008, s. 275). Fysisk aktivitet reduserer blant anna sjansen for å utvikle overvekt, hjerte- og karsjukdomar og kreft. Forebygging av fysiske sjukdomar er imidlertid ein langvarig prosess som skjer over år (Martinsen, 2011, s. 40-42, 45). Generelle psykologiske verknadar av fysisk aktivitet er livsutfoldelse, glede, auka velvære, overskudd og energi, betre søvnkvalitet og mindre stress-symptom. Andre virkningar er auka optimisme og meir pågangsmot, betre sjølvfølelse og betre forhold til eigen kropp (Helsedirektoratet, 2010). Psykologiske verknadar av fysisk aktivitet kjem ofte ganske raskt, men det er først når fysisk aktivitet blir ein del av kvardagen, at helsegevinsten er størst (Martinsen, 2011, s. 45).

Deprimerte mennesker har ofte redusert energi og føler seg slitne, noko som resulterer i at dei ikkje deltar i aktivitetar (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 6). Å skulle starte opp med fysisk aktivitet, kan for mange derfor virke utenkeleg. Som sjukepleiar blir det viktig å informere pasientane om effektar ved fysisk aktivitet, kor mykje aktivitet som skal til og kva type aktivitetar som er gunstige. Det er ikkje slik at ein må trene hardt og lenge for å hente ut helsegevinsten ved fysisk aktivitet, kondisjonstrening er like effektivt som styrketrening. Ein halvtime rask gange kvar dag, vil for inaktive vaksne, gi betydeleg helsegevinst. Ifølge Aarre, Bugge & Juklestad (2009, s. 91), har det ikkje noko å sei korleis treninga foregår, så om ønskeleg, kan aktiviteten delast opp i mindre økter utover dagen (Martinsen, 2011, s. 41). Ein tidlegare studie gjort av McDevitt et al. (2006, referert i Lund & Haugstad, 2013, s. 33) viser til at informantane var opptekne av effekten fysisk aktivitet hadde på den mentale helsa. I møte med den deprimerte pasient, kan ein med fordel derfor framheve den gode opplevinga fysisk aktivitet kan gi. Informasjonen som blir gitt, må formidlast på ein slik måte at vedkomande blir i stand til å oppfatte og forstå betydninga av atferdsending, og eventuelle konsekvensar ved å ikkje starte med fysisk aktivitet.

I ein kvalitativ studie gjort av Searle et al. (2011, s. 152), undersøkte dei deprimerte pasientar sitt syn på fysisk aktivitet som behandling for depresjon. Dei fleste som deltok i studien meinte at fysisk aktivitet var ei akseptabel behandling. To av deltakarane meinte imidlertid at

fysisk aktivitet åleine ikkje var godt nok i behandlinga av depresjon, og at fysisk aktivitet kombinert med anna terapi i tillegg, ville gi betre effekt. I følgje Kjellman et al. (2008, s. 275) er det ein fordel at fysisk trening foregår parallelt med vanleg behandling som medisiner og samtaleterapi. Klinisk erfaring viser at fysisk aktivitet åleine ikkje er eit reelt behandlingalternativ for depresjon (Helsedirektoratet, 2010). Rapporterte effektar av fysisk aktivitet var distraksjon frå negative tankar, betre søvnregulering, og betre kostholds- og vektregulering. Treninga var med på å gi dei ein følelse av meining, og deltakarane meinte også at fysisk aktivitet var bra for det sosiale livet. Desse fordelane under eitt, ville i sin tur kunne forbetre sjølvtiliten og sjølvfølelsen (Searle et al., 2011, s. 153). I studien til Sørensen (2006, s. 394) oppgir også fleirtalet av deltakarane at fysisk aktivitet fekk tankane over på noko anna, noko som igjen førte til opplevd symptomlindring. Treninga førte også til auka velvære og generelt betre form. Betre kondisjon var, i tillegg til betring i humør, ein av hovedeffektane av fysisk aktivitet i studien til Suija et al. (2009, s. 135). Dei same pasientane som var deprimerte i starten av studien, var fortsatt deprimerte då studien blei avslutta, men viste ingen teikn til forverring i depresjonen. Det var heller ingen av dei utan depresjon som hadde utvikla depresjon iløpet av dei 24 vekene treningsprogrammet hadde pågått (Suija et al., s. 135). Depresjon ernærer seg på passivitet, og jo meir alvorleg depresjonen er, desto viktigare blir det å komme i gang med tiltak. Aktivitet vil i tillegg til å avlede oppmerksomheten vekk frå dei smertefulle følelsane og grublinga, vere viktig for å fylle pasientens liv med håp og meining (Berge, 2008, s. 299, 301).

## **5.2 Barrierar for fysisk aktivitet**

I arbeidet med å motivere til fysisk aktivitet, kan det vere nyttig å ha kunnskapar om kva barrierar deprimerte mennesker sliter med, og kva som kan gjerast for å redusere desse. I ein studie gjort av Searle et al. (2011, s. 152) var det mange av pasientane som rapporterte om lav motivasjon som barriere for å delta i fysisk aktivitet. Tap av motivasjon er som tidlegare nemnt, eit av dei mest øydeleggande aspekta ved depresjon (Buckman & Charlish, 2002, s. 58). Noko av mangelen på motivasjon hos deprimerte mennesker kan forklarast ved at dei har lave forventningar om meistring (Mostad et al., 2013, s. 30). Ifølgje Ussher et al. (2007, s. 407) har pasientar med depresjon lavare forventningar om meistring samanlikna med andre psykiatriske pasientar. Bandura framstiller depresjon som forbunde med ein kombinasjon av lav forventning om meistring og positiv forventning om resultat – vedkomande skjønar at

aktiviteten vil vere bra å gjer, men oppfattar seg ikkje i stand til å utføre den (Mostad et al., 2013, s. 32). Samtidig som kartlegging av barrierer kan bidra til betre tilrettelegging for den enkelte, kan fokus på begrensingane også føre til at samarbeidet blir vanskelegare. Kvar enkelt er veldig bevisst på alt dei ikkje klarer (Johannessen, 2011, s. 220), og spesielt mennesker med depresjon, som ofte er veldig sjølvkritiske (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 7). Ein motivasjonssamtale kan vere med å kartlegge tidlegare erfaringar med fysisk aktivitet, holdningar og motivasjon (Moe, 2011, s. 200). Ei viktig sjukepleieoppgåve i denne samanheng, blir saman med pasienten, å leite etter ressursane, og vere positiv til at fysisk aktivitet er noko vedkomande er i stand til å meistre (Johannessen, 2011, s. 220).

Studien til Ussher et al. (2007, s. 405-407) belyser kva barrierar mennesker med psykiske lidelsar opplev i forhold til fysisk aktivitet. Dei mest rapporterte grunnane for å ikkje trene var tretthet, sjukdom og dårleg vêr. Mangel på sosial kontakt syntes å vere ein felles årsak til inaktivitet. Pasientane hadde også lita tru på å kunne trene når dei følte seg nedfor, var stressa og opplevde lite eller ingen støtte frå vener eller familie. Stress og sjukdom er vanlege grunnar til å unngå fysisk aktivitet (Johannessen, 2011, s. 221). Ifølge Bandura (1997, s. 106) vurderer mennesker sine evner utifrå fysiologisk og emosjonell tilstand, og spesielt i situasjonar ein skal prestere fysisk. Stress har vist seg å svekke yteevna, noko som blir oppfatta som teikn på sårbarhet. Jo dårlegare pasienten er, desto større behov har han for informasjon om trening. Som sjukepleiar blir det viktig å informere pasienten om korleis kroppen reagerer under trening (Johannessen, 2011, s. 219), og at fysiologisk aktivering er normalt. Teikn på tretthet og smerte blir ofte tolka som udugeligheit. Dette er teikn ein gjerne ser i aktivitetar som krever styrke og uthaldenhet. Forventing om meistring er størst når ein ikkje er prega av stress og motvilje (Bandura, 1997, s. 106). Med grunnlag i dette, kan det i starten vere hensiktsmessig å foreslå aktivitetar som ikkje er så krevande. Etter kvart som pasienten blir kjent med kroppens reaksjonar under trening, kan ein finne nye aktivitetar. Om mogleg bør ein tilstrebe at pasienten saman med sjukepleiar setter opp personlege mål for aktiviteten. I studien til Suija et al. (2009, s. 136) blei det vurdert at bruken av dagbøker og jevnleg kontakt med lege gjennom treningsprogrammet, hadde positiv effekt på motivasjonen til deltakarane. Ved å sette opp ein plan med mål får ein betre oversikt over pasientens utvikling over tid, noko som kan vere ein motivasjonsfaktor for mange. Personlege målsettingar bidrar også til bevisstgjerung rundt betydninga av å oppretthalde ein aktiv livsstil (Johannessen, 2011, s. 228).

Deprimerte mennesker er ofte einsame som følge av at dei isolerer seg. Å møte andre mennesker er eit av våre mest grunnleggjande behov, og det sosiale fellesskapet er for mange ei kjelde til motivasjon (Lund & Haugstad, 2013, s. 31, 34). Til tross for at mangel på sosial kontakt er ein viktig årsak til inaktivitet (Ussher et al, 2007, s. 407), har observasjonar frå praksis vist at det kan vere vanskeleg å vere fysisk aktiv saman med andre når ein kjenner på ubehag. Vedkomande blir gjerne berre ståande å sjå på, eller gir seg tidleg. Mi vurdering rundt dette, er at det i startfasen kan vere hensiktsmessig å utarbeide ein individuell treningsplan for pasienten, og gi individuell oppfølging. Når pasienten føler seg trygg nok, og er kjent med kroppens reaksjonar under trening, kan ein foreslå gruppeaktivitetar. Dette er sjølvsagt noko sjukepleiar må planlegge saman med pasienten, mennesker er ulike og nokre ønsker muligens å starte med fysisk aktivitet i fellesskap med andre. I studien til Sørensen (2006, s. 394) opplevde fleirtalet av pasientane reduksjon i symptom ved fysisk aktivitet, medan andre ikkje opplevde noko endring. Eit mindretal opplevde derimot at symptoma forverra seg. Sørensen (2006, s. 396) antyder at forskjellane i opplevd symptomredusering viser til viktigheten av individuell oppfølging, og tilpassing av aktivitetar til kvar enkelt. I ei gruppe mennesker med varierende fysisk form, kan det vere utfordrande å tilpasse treninga til kvart enkelt individ (Johannessen, 2011, s. 225). Det viser seg imidlertid at lystbetont fysisk aktivitet som til dømes leik, styrke, koordinasjon og uthaldenhet gir personar med depresjon ei oppleving av at dei meistrar meir enn dei forventar (Mostad et al., 2013, s. 33).

Forventning om meistring handlar om kva ein trur ein kan utrette med dei ferdigheiter ein har under gitte forhold (Bandura, 1997, s. 37). Iløpet av praksisperioden deltok eg i aktivitetar saman med brukarane, og møtte mennesker med ulike lidelsar og funksjonsnivå. Under sirkeltreningane observerte eg at nokre var meir usikre på øvelsane enn andre. Treningsinstruktøren for gruppa starta alltid med å demonstrere kvar øving før vi satte i gang. Vi gikk også rundt og oppmuntra deltakarane, og veileda dei som hadde behov for det. Ein av brukarane, ein eldre mann, hadde vanskar med å utføre nokre av øvelsane. Eg tilbydde meg å veilede og tilpasse øvelsane for han, noko han satte stor pris på. Han fortalte om ei fortid som ivrig mosjonist, og syntes det var godt å kunne få delta i aktivitetar saman med dei andre brukarane. Ifølge Bandura (1997, referert i Lund & Haugstad, 2013, s. 33) har det å delta i ein kjent aktivitet stor betydning for eiga meistringsforventning. Tidlegare erfaringar framtrer som bevis for muligheten til å lukkast. Denne eldre mannen deltok til tross for vanskane han hadde. Han brukte dei ferdigheitane han hadde, og fekk forholda tilrettelagt så det blei mogleg for han å delta og oppleve meistring.

### **5.3 Korleis fremme motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar med depresjon?**

Sjuepleiarar er den største profesjonsgruppa i helsevesenet, og er dei som har mest kontakt med pasientane. Som sjukepleiar skaper ein i relasjonen, tillit mellom seg og pasient. Ein får innsikt i pasientane sine liv, og kan lettare få kjennskap til fysiske helsemessige barrierar, betring i tilstand og kjennskap til pårørande si rolle rundt vedkomande. Som profesjonsgruppe vil ein derfor kunne spele ei viktig rolle i arbeidet med fysisk aktivitet for helse generelt (Happell et al., 2012, s. 5). Mennesker med alvorlege psykiske lidelsar kan, av ulike grunnar, ha behov for hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Som helsearbeidar er motivering av pasientar, brukarar eller klientar, ein stor del av kvardagen (Renolen, 2008, s. 51). Det kan vere vanskeleg å motivere deprimerte mennesker til regelmessig fysisk aktivitet, spesielt om dei har vore deprimerte for ein lengre periode (Suija et al., 2009, s. 133). Mange er ambivalente til å starte med fysisk aktivitet, dei både vil og ikkje vil (Moe, 2011, s. 200). Mine observasjonar og erfaringar med fysisk aktivitet til deprimerte mennesker, er at det er vanskeleg å motivere dei. Har sjølv prøvd å motivere til aktivitet, utan hell. Ein føler seg lett motlaus når ein arbeider med noko som ikkje gir resultat. Samtidig gir det moglegheiter for å kunne reflektere over situasjonen og finne nye tilnæringsmåtar. Mennesker er individuelle, og det som fungerer for nokre, fungerer ikkje for andre. Det er også i relasjonsarbeidet ein blir betre kjent med pasientane, og kan få innblikk i dei små tinga som betyr noko for vedkomande. Desse kan igjen brukast i det individuelle motivasjonsarbeidet. Etter erfaring veit eg at relasjonsarbeid tar tid, ein kan derfor heller ikkje forvente å sjå resultat med det første. Som sjukepleiar i møte med pasientar som lider av depresjon, er det viktig å ikkje gi opp håpet. I tunge og vanskelege stunder der pasienten kanskje ikkje ser noko håp sjølv, er det godt å ha nokon som kan bære håpet for ein. Undersøkelser har vist at helsepersonell er ei viktig kjelde til håp for pasientar (Renolen, 2008, s. 154).

Pasientens tidlegare erfaringar med fysisk aktivitet må takast hensyn til, da dei har betydning for pasientens meistringforventningar (Renolen, 2008, s. 156). Tidlegare negative erfaringar med fysisk aktivitet, kan ha ført til lav meistringstru og lav motivasjon. Dette er ifølge Bandura (1997, referert i Mostad et al., 2013, s. 33) imidlertid ingen hindring for at nye positive erfaringar med meistring i fysisk aktivitet kan gi motivasjon for vidare deltaking. I forbindelse med oppstart eller oppretthaldelse av fysisk aktivitet, kan det vere nyttig med eit

meistringsorientert perspektiv, der ein tar utgangspunkt i vedkomandes egne forutsetningar, mål og behov. Perspektivet er indre motivasjon, der interessa for oppgåva er den viktigaste motivasjonskilda, og aktiviteten i seg sjølv er fokus (Moe, 2011, s. 205-207). Ein motiverande samtale kan bidra til bevisstgjerung rundt vedkomandes situasjon, og vere starten på ein endringsprosess. For å oppnå ønska respons hos den som skal motiverast, er det viktig at sjukepleiar ser vedkomande som det mennesket han er, og forstår han utifrå hans behov. Dette viste seg å vere noko som blei høgt verdsatt av deltakarane i studien til Lund og Haugstad (2013, s. 34). Støtte krever emosjonell tilnærming og empati (House, 1981, referert i Lund & Haugstad, 2013, s. 34). Det er også ein fordel om ein som sjukepleiar har kunnskapar rundt tema, er engasjert og viser vilje og tru på endring (Moe, 2011, s. 199-200).

Motivasjon kan betraktast som styrt innanifrå eller utanfor oss sjølv (Renolen, 2008, s. 42). Eit meistringsorientert perspektiv har i likhet med sjølvbestemmelsesteorien fokus på den indre motivasjonen. I studien til Lund og Haugstad (2013, s. 34) rapporterte deltakarane at å komme i gang med aktivitet var eit samspel mellom ytre og indre eigenskapar. Indre motivasjon blir betrakta å ha større kraft enn ytre motivasjon, og det er helst indre motivasjon ein ønsker å oppnå da det er fleire fordelar med å vere indre motivert (Renolen, 2008, s. 43-44). Fordelar ved indre motivasjon knytta til fysisk aktivitet, blir belyst i studien til Sørensen (2006, s. 396) der resultata viser til samanhengar mellom type motivasjon og aktivitetsnivå. Dei som var indre motivert var meir fysisk aktive enn dei som trente som følgje av ytre stimuli. Det var også berre hos dei som var indre motivert ein såg reduksjon i symptom. Samtidig er det viktig å vere klar over at ein ikkje kan vere indre motivert for alle typer aktivitetar. Om indre drivkraft for aktivitet ikkje er mogleg å oppnå, kan meir sjølvregulert ytre motivasjon vere eit mål (Renolen, 2008, s. 42-43). Det er heller ikkje slik at dei ulike typane motivasjon ekskluderar kvarandre, det er fullt mogleg å ha fleire grunnar til å vere, eller ville vere aktiv (Markland et al., 1992, referert i Sørensen, 2006, s. 395). Eit stort fleirtal av deltakarane i studien til Ussher et al. (2007, s. 405) rapporterte at dei trudde på både dei fysiske og mentale fordelane ved fysisk aktivitet, og at dei likte trening. Halvparten rapporterte også om høg motivasjon for å trene regelmessig. I studien til Suija et al. (2009, s. 136) oppgir pasientane håp om effekt på depresjonen og betre helse som motivasjon for å trene.

I motivasjonsarbeidet er ytre motivasjon gjerne første steget for mange. For å hjelpe pasienten til å komme i gang med fysisk aktivitet, kan ein som sjukepleiar formidle støtte til pasienten

gjennom samtalar, men også ved å delta i aktivitetar saman med vedkomande. Sosial støtte kan sjåast som noko som blir tilført utanfrå, eit ytre stimuli. Sosial støtte kan og forstås som ein personleg eigenskap. Som helsepersonell er det viktig å vere klar over at den støtta vi gir, ikkje nødvendigvis har den tiltenkte effekten. Sosial støtte er avhengig av opplevinga som blir tillagt den. Støtta må opplevast, bli gjort truverdig og gyldig av pasienten (Lund & Haugstad, 2013, s. 32). Veileidar i praksis sa ofte at for å nå fram til brukaren, må ein sjølv ha tru på budskapet ein formidlar. På bakgrunn av dette, kan ein hevde at det er av stor betydning å sjølv vere motivert, for best mogleg å kunne motivere andre. Ifølge Moe (2011, s. 199) fremmes motivasjon best av dei som sjølv er motivert. Om ein som sjukepleiar har tru på at vedkomande vil vere i stand til å meistre, er det mogleg at dette kan påverke pasientens forventning om meistring også. Som sjukepleiar må ein formidle håp, da håp er sentralt for meistring (Renolen, 2008, s. 153). Verbal støtte er ein viktig faktor for meistringsforventning, og kan styrke trua på at ein har dei evnene som skal til for å oppnå det ein søker å oppnå (Bandura, 1997, s. 101). Studien til Ussher et al. (2007, s. 40) belyser viktigheten av verbal støtte. Over halvparten av deltakarane rapporterte at dei ville ha trent meir om dei hadde hatt ein instruktør å snakka med, eller hadde blitt råda av ein lege til å trene. Samtlege av informantane i studien til Lund og Haugstad (2013, s. 32) la vekt på sosial støtte frå både helsepersonell og andre brukarar som ein viktig faktor for å komme i gang med aktivitet. Deprimerte mennesker sliter ofte med tristhet, lite energi og redusert interesse for omgivelsane rundt (Børve, Nævra & Dalgard, 2009, s. 6). Det er liten tvil om at desse symptoma medfører stor lidelse for pasienten, og bidrar til ulike utfordringar i kvardagen. Som sjukepleiar kan det vere vanskeleg å skulle motivere pasientane åleine, og tverrfagleg samarbeid kan derfor bli nødvendig. Ussher et al. (2007, s. 407) foreslår kognitiv atferdsterapi i motivering av pasientar, da dette kan bidra til å fremme pasientens meistringsforventning.

Ytre motivasjon kan vere bra i introduksjonsfasen og ved oppstart av fysisk aktivitet, men på lengre sikt vil indre motivasjon vere meir effektivt og nødvendig for å kunne oppretthalde interessa for aktiviteten. Sørensen (2006, s. 395) konkluderar med at det er viktig å skape ein indre motivasjon for fysisk aktivitet ved å fokusere på positive opplevingar ved sjølve aktiviteten. At aktivitetane er lystbetonte og hyggelege å vere med på, er også av betydning. Når ein har komt dit at pasientane opplev ei indre drivkraft til å vere fysisk aktive, har aktiviteten blitt sjølvforsterkande, og det er ikkje lenger like nødvendig med ytre påvirkning (Martinsen, 2011, s. 197-198).



Ved imøtekommelse av behova for kompetanse, autonomi og tilhørighet vil ein oppleve styrka motivasjon og velvære. Behovet for kompetanse handlar om at ein ser seg som kompetent i samhandling med omgivelsane (Renolen, 2008, s. 49-50). Med grunnlag i dette kan behovet for kompetanse i treningssamanheng forstås som at aktivitetane er tilpassa pasientane sitt funksjonsnivå. Ifølge Ussher et al. (2007, s. 407) vil det kunne vere betre å oppmuntre til aktivitetar som pasienten allereie er kjent med, enn å introdusere dei for nye utfordringar. Det å oppmuntre til aktivitetar pasientane allereie er kjent med, kan etter eigne erfaringar frå praksis, vere greit i starten. Etter kvart som pasientane utviklar ferdigheiter og nivået stig, kan ein foreslå nye aktivitetar. I kommunehelsetenesta hadde dei ulike turtilbod. For dei som syntes det blei for langt med fjelltur, var dei kortare turane eit godt alternativ. Det ein etter kvart erfarte, var at brukarane som starta med dei korte turane, blei i så god form, at dei endte opp med å også delta på fjellturane. Mange av dei same brukarane deltok også på andre tilbod som til dømes ballspel. Variert stimulering er viktig for at aktivitetane ikkje skal bli for einsidige og pasientane går lei. Ein kan også, med bakgrunn i teori om meistringsforventning (Bandura, 1997, referert i Mostad et al, 2013, s. 32), hevde at einsidige aktivitetar gir lite rom for meistring. Resultatet kan isåfall bli nedsatt mosjonsglede (Johannessen, 2011, s. 226). Deltakarane i studien til både Sørensen (2006, s. 394) og Ussher et al. (2007, s. 407) rapporterte turgåing som den mest populære aktiviteten. Også deltakarane i studien til Suija et al. (2009, s. 136) var positive til treningsprogrammet som gikk ut på å gå med staver. Resultata kan tolkast som at turgåing kan vere ein fin aktivitet å starte med for mennesker som er inaktive, eller som ønsker å starte med aktivitetar igjen. Turgåing krever ingen spesielle ferdigheiter og er skånsomt for ein utrent kropp (Moe, 2011, s. 208).

I studien til Lund og Haugstad (2013, s. 31) var det to informantar som meddelte at hensikta med å delta på aktivitetar, var nettopp det sosiale: ”Motivasjonen var fellesskapet.”

Motivasjonen handla om å kjenne kvarandre og delta i felles aktivitet.

Å drive fysisk aktivitet saman med andre har etter mi erfaring frå praksis, mange fordelar. Ein får dekkja behovet for sosial tilhørighet og støtte, og det gir gode moglegheiter for modelløring. Å observere andre som lukkast i det dei foretar seg, vil kunne styrke eiga meistringsforventning, og spesielt om vedkomande har tilsvarende funksjonsnivå lik ein sjølv (Bandura, 1997, s. 87). Å formidle støtte kan vere å gi tilbakemeldingar på noke vedkomande gjer bra. Godt humør og optimisme er med å bidra til meistringsforventning (Renolen, 2008, s. 156). Noko av det første eg erfarte i praksis var det gode samholdet under ballspel, og dets betydning for brukarane. Brukarane visste å sette pris på kvarandre og den enkeltes innsats

ved å gi tilbakemeldingar. Tilbakemeldingane var like gode enten ein sendte laget i leining eller hadde gitt ei god pasning. Ein trengte heller ikkje vere på same lag for å få positive tilbakemeldingar. I fellesskap, la brukarane til rette for meistring for kvarandre. I ein samtale med ein av brukarane om kva som motiverte henne til å delta, blei eg fortalt at ballspelet gav gode minner frå gymtimane i ungdomstida. Brukar la også vekt på det gode samholdet brukarane imellom, men også relasjonen til dei tilsette. Det er ingen tvil om at sosialt fellesskap er viktig for motivasjonen, men for enkelte kan fellesskapet også by på utfordringar. I dagens samfunn handlar det mykje om å vere veltrent og framstå som vellukka på fleire områder. Dette kan for mange vere til hinder for å delta på fysisk aktivitet i ein sosial samanheng. Ikkje berre skal ein mestre aktiviteten, ein skal også mestre den sosiale og kulturelle konteksten som aktiviteten foregår i. Å ta vare på sjølvbildet i ein kultur som stiller krav om å vere sosialt vellukka, vil for deprimerte mennesker som allereie slit med lavt sjølvbilde, kunne by på ekstra utfordringar (Mostad et al., 2013, s. 33). Som helsepersonell er det viktig å vere klar over at ein i møte med pasientane blir ein rollemodell, og får moglegheit til å tilrettelegge for eit godt miljø. Fokus på forutsigbarhet og trygghet er viktig for å fremme deltaking (Lund & Haugstad, 2013, s. 33). Ved å vere ein god rollemodell vil ein kunne styrke pasientanes meistringsforventning gjennom modelløring (Mostad et al., 2013, s. 32).

Ussher et al. (2007, s. 407-408) konkluderar med at det er av betydning å ta hensyn til pasientane sine individuelle ønsker og interesser for fysisk aktivitet, og legge til rette for meistring og sosial støtte. Å legge til rette for meistring er noko pasientane sjølv kan vere delaktige i. Ifølge Martinsen (2011, s. 191) er beste kilda til informasjon om meistring, egne meistringsopplevingar. Hos dei pasientane som treng individuell oppfølging ved fysisk aktivitet, kan ein la pasienten ta del i tilrettelegginga av aktivitetane. Ved å la pasienten vere delaktig, er det også større grunn til å tru at aktivitetane gir positive opplevingar sidan pasienten får moglegheit til å velje aktivitetar utifrå tidlegare erfaringar og interesser. Samtidig er det viktig å vere klar over at mennesker med depresjon ofte er plaga med handlingslammelse og ubesluttsomhet (Berge, 2008, s. 288), og dermed kan ha behov for at nokon støtter og veileder dei. Om pasienten tillet det, kan ein inkludere pårørande i arbeidet. Dei næraste har gjerne informasjon om kva vedkomande liker og har erfaring med. Ei viktig rettesnor mot ein meir aktiv kvardag, er at det skal opplevast godt å vere i fysisk aktivitet (Johannessen, 2011, s. 225).

When I'm exercising it makes you feel up for it. It makes you feel good about yourself as well. When I'm actually exercising no matter what I feel like I don't feel depressed or anything. I always feel good no matter when I'm exercising – just makes me feel good (Carless & Douglas, 2010, s. 76).

## **6.0 KONKLUSJON**

Mitt mål med oppgåva var å undersøke korleis ein som sjukepleiar kan fremme motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar som lider av depresjon. For å belyse kvifor det er ønskeleg å motivere til fysisk aktivitet, har det også blitt satt fokus på effektar fysisk aktivitet har på depresjon. Forsking viser til at fysisk aktivitet har effekt på depresjon, men at effekten er størst om aktiviteten foregår parallelt med vanleg behandling. Ein kan konkludere med at oppleving av meistring under aktivitet, er av stor betydning for pasientens motivasjon. Som sjukepleiar kan ein tilrettelegge for meistring ved individuell oppfølging og tilpassing av aktivitetar til den enkeltes funksjonsnivå, og ved å skape eit godt miljø under gruppeaktivitetar. Sosial støtte, både frå kompetent helsepersonell, næraste omkrets, og andre i liknande situasjon er andre viktige faktorar, da pasientane har behov for nokon som formidlar håp. Som sjukepleiar er det av stor betydning at ein sjølv er motivert i arbeidet med å motivere andre. Motivasjon fremmes best av den som sjølv er motivert.

## 7.0 REFERANSELISTE

Aarre, T.F, Bugge, P & Juklestad, S.I. (2009) *Psykiatrici for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy. The exercise of control*. New York, Freeman and Company.

Berge, T. (2008) Kronisk depresjon. I: Berge, T. & Repål, A. red. *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 286, 288-289, 299, 301.

Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoillow, D.K. (2008) Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: Berge, T. & Repål, A. red. *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 38.

Berge, T., Ekelund, M. & Skule, C. (2008) Kurs i mestring av depresjon. I: Berge, T. & Repål, A. red. *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 320.

Buckman, R. & Charlish, A. (2002) *ALT du trenger å vite om Å leve med depresjon*. Oslo, Notabene Forlag A/S.

Børve, T.A., Nævra, A. & Dalgard, O.S. (2009) *Å mestre depresjon. Kurs i mestring av depresjon (KiD) – revidert utgave*. 2. utg. Oslo, Rådet for psykisk helse.

Carless, D. & Douglas, K. (2010) *Sport and Physical Activity for Mental Health*. West Sussex, United Kingdom, Blackwell Publishing Ltd.

Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C. & Nankivell, J. (2012) Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, volume 5 (1), june, s. 4-12.

Helsedirektoratet (april 2010) *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer* [Internett], Helsedirektoratet. Tilgjengeleg frå:

<<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>> [Lest 19. mars 2014].

Johannessen, B. (2011) Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. I: Martinsen, E.W. red. *Kropp og sinn*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, s. 217-231.

Johannesen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Abstrakt forlag AS.

Kjellman, B., Martinsen, E.W., Taube, J. & Andersson, E. (2008) Depresjon. I: Bahr, R. red. *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet I forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

Knudsen, A.K, Mathiesen, K.S & Mykletun, A. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. [Internett], Nydalen; Norway, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tilgjengeleg frå: <<http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>> [Lest 16. mars 2014].

Leith, L.M. (2010) *Foundations of Exercise and Mental Health*. 2. utg. Morgantown WV, West Virginia University.

Lund, H.T. & Haugstad, G.K. (2013) Erfaringer fra veien ut og inn i fellesskapene. *Ergoterapeuten*, 56 (2), s. 29-35.

Martinsen, E.W. (2000) Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 2000 (25). Tilgjengelig frå: < <http://tidsskriftet.no/article/198276>> [Lest 27. mars 2014].

Martinsen, E.W. (2011) *Kropp og sinn*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

- Moe, T. (2011) Motivasjon for fysisk aktivitet. I: Martinsen, E.W. red. *Kropp og sinn*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, s. 197-215.
- Mostad, M., Skjelbred, M.R., Bråten, V. & Bonsaksen, T. (2013) Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmønstre blant klienter med depresjon. *Ergoterapeuten*. 56 (4), s. 30-34.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo, Akribe AS.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Reeve, Johnmarshall. (2009) *Understanding motivation and emotion*. 5. utg. The United States of America, John Wiley & Sons.
- Renolen, Åse. (2008) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- 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*, volume 61 (585), April, s. 149-156.
- Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo, Cappelen Damm AS.
- Suija, K., Pechter, U., Kalda, R., Tähepõld, H., Maaros, J. & Maaros, H.I. (2009) Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice. *International Journal of Rehabilitation Research*, volume 32 (2), s. 132-138.
- Sørensen, M. (2006) Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, volume 16 (6), December, s. 391-398.

Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, & Faulkner, G. (2007) Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, volume 58 (3), March, s. 405-408.

Wormnes, B. & Manger, T. (2005) *Motivasjon og mestring*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

# Publiseringsavtale fordypningsoppgave/bacheloroppgave Høgskolen Betanien

Tittel på norsk: **Motivasjon til fysisk aktivitet hos pasientar med depresjon**

Tittel på engelsk: **Motivation for physical activity among patients with depression**

Kandidatnummer: **30**

Forfatter(e): **Lena Agledal Nordal**

Årstall: **2014**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Betanien med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen Betanien en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja   
nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

Ja   
nei

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja   
nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja   
nei