

Oana Crisan

Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård

Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, HT2014

Avancerad nivå

Handledare: **Åke Grundberg**

Examinator: **Mats Ewertzon**

Sjuksköterskors uppfattningar av fysisk aktivitet som en del av omvårdnaden av äldre patienter med depressionssjukdom och som vårdas inom psykiatrisk vård

Nurses' perceptions of physical activity as part of the care of the elderly depressed patients who are treated within psychiatric care

Sammanfattning

- Bakgrund:** Depression ses som en del av ett bipolärt syndrom med depressiva och maniska eller hypomana sjukdomsepisoder eller som ett unipolärt syndrom endast med depressionsepisoder. Fysisk aktivitet definieras som kroppens rörelse skapad av skelettmuskulaturens sammandragning. Den leder till att kroppen gör sig av med energi och har kopplats till att minska depressionsrisken, öka välbefinnandet och bryta isoleringen. Att motivera äldre med depressionssjukdom till fysisk aktivitet är inte helt okomplicerat. Sjuksköterskan har en viktig roll i att integrera fysisk aktivitet i omvårdnaden för denna patientgrupp. Det ingår i sjuksköterskeprofessionen att se till att patienten får det stöd som behövs för att främja dennes återhämtning.
- Syfte:** Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av fysisk aktivitet som en del av omvårdnaden av äldre patienter med depressionssjukdom och som vårdas inom psykiatrisk vård.
- Metod:** Det har genomförts sex semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor verksamma på en avdelning med inriktning på att vårda äldre personer med psykiska sjukdomar. Induktiv kvalitativ innehållsanalys inspirerad utifrån Graneheim och Lundman (2012) har tillämpats för att analysera intervjuerna.
- Resultat:** Två kategorier resulterade utifrån analysen: stöd riktat på att främja fysisk aktivitet och inverkan på hälsan. Tre subkategorier ingår i kategorin ”stöd riktat på att främja fysisk aktivitet”: praktiskt, emotionellt och socialt stöd. Subkategorierna ”fysisk inverkan”, ”psykisk inverkan” och ”social inverkan” innefattar kategorin ”inverkan på hälsan”.
- Diskussion:** Resultatet har diskuterats i relation till Barkers tidvattenmodell (2005) med betoning på hans tre begrepp (självdömen, andradömen och världendömen). Psykiatrisjuksköterskan har möjlighet att främja fysisk aktivitet hos denna patientgrupp genom att erbjuda praktiskt, emotionellt och socialt stöd till dem.
- Nyckelord:** depression, fysisk aktivitet, psykiatrisjuksköterska, tidvattenmodellen, äldre patienter.

Abstract

Background: Depression is seen as part of bipolar disorder when the individual suffers from both depressive and manic or hypomanic episodes or as a unipolar syndrome only with depressive episodes. Physical activity is defined as a body movement resulted from the muscles' activity. It leads to increased energy consumption. It has been linked to reducing the risk of depression, of isolation and to improving the feeling of well-being. It is not an easy task to motivate elderly to practise physical activity. The nurse has an important role in implementing physical activity in this patientgroup's care. The psychiatric nurse's responsibility is to ensure that patients are offered the support that can help to their recovery.

Aim: The purpose of this study is to describe the nurses' perceptions of physical activity as part of the care of the elderly depressed patients who are treated within psychiatric care.

Method: Six semi - structured interviews were done with nurses working on a ward specialized on taking care of elderly suffering from mental illnesses. Inductive content analysis inspired from Granheim och Lundman (2012) has been used to analyse the interviews.

Results: Two categories resulted from the analysis: "support based on promoting physical activity" and "health impact". Three subcategories (practical, emotional and social support) are included in the category "support based on promoting physical activity". Subcategories "physical impact", "psychological impact" and "social impact" belong to the category "health impact".

Discussions: The results were discussed in relation to Barker's tidal model (2005) with emphasis on three of his concepts (self-domain, others' domain and the world domain). The psychiatric nurse has the opportunity to promote physical activity for these patients by offering them practical, emotional and social support.

Keywords: depression, older patients, physical activity, psychiatric nurse, tidal model.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	6
2. BAKGRUND	6
2.1 DEPRESSION VID ÅLDRANDE	8
2.2 FYSISK AKTIVITET.....	9
2.3 RELATIONEN FYSISK AKTIVITET OCH DEPRESSION.....	9
2.4 OLIKA ALTERNATIV FÖR ATT FRÄMJA FYSISK AKTIVITET.....	10
2.5 PSYKIATRISJUKSKÖTERSORS ROLL I ATT FRÄMJA HÄLSA OCH DERAS SYN PÅ FYSISK AKTIVITET.....	12
3. PROBLEMFÖRMULERING	13
4. SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	14
5. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	14
6. METOD	16
6.1 URVAL.....	16
6.2 DATAINSAMLING.....	17
6.3 DATAANALYS.....	19
7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	20
8. RESULTAT	21
8.1 STÖD RIKTAT PÅ ATT FRÄMJA FYSISK AKTIVITET.....	21
8.1.1 Praktiskt stöd.....	21
8.1.2 Emotionellt stöd.....	24
8.1.3 Socialt stöd.....	25
8.2 INVERKAN PÅ HÄLSAN.....	27
8.2.1 Fysisk inverkan.....	27
8.2.2 Psykisk inverkan.....	27
8.2.3 Social inverkan.....	28
9. DISKUSSION	30
9.1 METODDISKUSSION.....	30
9.1.1 Giltighet.....	31
9.1.2 Tillförlitlighet.....	32
9.1.3 Överförbarhet.....	33
9.1.4 Delaktighet.....	33

9.2 RESULTATDISKUSSION	34
9.2.1 Praktiskt stöd.....	34
9.2.2 Emotionellt stöd.....	36
9.2.3 Socialt stöd.....	38
9.2.4 Fysisk inverkan.....	39
9.2.5 Psykisk inverkan.....	41
9.2.6 Social inverkan.....	42
9.3 KLINISKA IMPLIKATIONER	43
9.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	44
10. SLUTSATS.....	45
11. REFERENSFÖRTECKNING	46
BILAGA 1. INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEFEN.....	53
BILAGA 2. INFORMATIONSBREV TILL SJUKSKÖTERS KOR	55
BILAGA 3. SKRIFTLIGT SAMTYCKE.....	56
BILAGA 4. TABELL MED EXEMPEL FRÅN ANALYSEN.....	57

1. Inledning

Depression är kanske den vanligaste orsaken till känslomässigt lidande vid hög ålder som minskar livskvaliteten hos äldre människor och som är kopplad till funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar och mortalitet (Djukanović, Sorjonen & Peterson, 2015). En av de största konsekvenser som depressionssjukdomen har är en minskad aktivitetsnivå då individen nästan dagligen inte visar något intresse för alla eller den största delen av aktiviteter (Clignet, Van Meijel, Van Straten, Lampe & Cuijpers, 2012). Äldre med depressionssjukdom har svårt att delta i aktiviteter vilket är relaterat till en sänkt fysisk förmåga och en reduktion av sociala kontakter (Clignet et al., 2012).

I denna magisteruppsats beskrivs sjuksköterskors uppfattningar av fysisk aktivitet som en del av omvårdnaden av äldre patienter med depressionssjukdom och som vårdas inom psykiatrisk vård. Med ”äldre patienter” menas i uppsatsen patienter som är över 65 år. Detta ämne är angeläget för att kunna utveckla i sin roll som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Mitt ämnesval är också relaterat till att jag arbetar på en avdelning där en stor andel av de patienter som vårdas är deprimerade. Mitt intresse väcktes när jag under en föreläsning hörde talas om en studie som är kopplad till detta och som genomförs inom Stockholmsområde. Ämnet är viktigt att studeras med tanke på att det finns ett stort behov av att motivera äldre med depressionssjukdom till fysisk aktivitet.

Den förförståelse som uppsatsens författare hade i början var att informanterna till denna studie skulle kunna understryka i intervjuerna att de inte betraktade att stimulera fysisk aktivitet som en viktig del av omvårdnaden av äldre personer med depressionssjukdomen. Då uppsatsförfattaren tidigt blev medveten om sin förförståelse beaktades den för att inte påverka informanternas svar.

2. Bakgrund

2.1 Depression vid åldrande

Depression förekommer som en del av ett bipolärt syndrom då individen både har depressiva och maniska eller hypomana sjukdomsepisoder eller som ett unipolärt syndrom endast med depressionsepisoder (SBU, 2015). Depressionen hos äldre kännetecknas av olika svårighetsgrader. De mest förekommande formerna av depression är lättare tillstånd som minor depression (Karlsson, 2009). Vid svåra depressionsformer kan sjukdomen leda till suicidhandlingar. Denna sjukdom är kopplad till fördubblad dödlighet. Vid svår depression

kan den äldre individen uppleva depressiva symtom kombinerade med färgade psykotiska vanföreställningar (Karlsson, 2009). Depressionstillstånd är en av de vanligaste sjukdomar som påverkar psykiska funktioner hos äldre människor. Till sjukdomsbilden tillhör en hopplöshetskänsla samt ett lågt stämningsläge (Karlsson, 2009).

Depression kan leda till en försämring av människans fysiska aktivitet samt matintag. (Di Marco et al., 2014). Att beakta den äldre patientens depressionssymtom som leder till att hen får rätt behandling gör att dennes livskvalitet kan förbättras avsevärt. Både Di Marco et al. (2014) och (Djukanović et al., 2015) nämner detta i sina studier. Depressionssymtomen kan vara mindre uttalade hos äldre människor jämfört med yngre personer, men förloppet kan sträcka sig under en längre tid och självmordsrisken är ofta högre hos äldre män (Peterson & Åsberg, 2014). Depressiva symtom vid hög ålder relaterades till ensamhetsproblematiken både hos män och kvinnor och deltagandet i sociala aktiviteter betraktades som en skyddsfaktor (Djukanović et al., 2015). Att upptäcka depressiva symtom hos äldre människor och att erbjuda rätt behandling för att öka deras välbefinnande ansågs vara av stor vikt (Djukanović et al., 2015). Enligt Davison et al. (2009) ansågs att identifiera depression hos äldre personer utmanande med tanke på den höga förekomsten av demenssjukdom, somatiska sjukdomar och försämringar av de fysiska, sociala och kognitiva funktionerna, vilket försvårade för vårdpersonalen att kunna känna igen depressionssymtomen.

Som äldre person som har drabbats av depressionssjukdom är det lätt att hamna i ett tillstånd som kännetecknas av förtvivlan då patienten ofta lägger skuld på sig själv, vilket beskrivs både i Zeng, North och Kents (2012) studie och i Karlssons (2009) artikel. Zeng et al. (2012) skrev i en vetenskaplig artikel där de intervjuade äldre människor med depressionssjukdom att negativa tankar var centrala för dessa patienter i relation till deras upplevelser. Patienterna beskrev ofta smärtproblem och sömnbesvär (Zeng et al., 2012). De äldre personerna hade svårigheter i att röra på sig, vilket gjorde dem beroende av andras stöd (Zeng et al., 2012). Att isolera sig socialt ansågs kunna förvärra reaktionerna på stressfyllda händelser som påverkade den psykiska hälsan. Socialt utanförskap och förlusten av sociala relationer var de faktorer som ledde till förekomsten av depressiva symtom bland äldre människor (Zeng et al., 2012).

Grundberg, Ebbeskog, Dahlgren och Religa (2012) undersökte i en svensk studie hur äldre multisjuka personer upplevde psykisk hälsa. Grundberg et al. (2012) genomförde 13 semistrukturerade intervjuer med äldre personer och använde sig av en fenomenografisk ansats i sin studie. Informanterna tyckte att sociala kontakter, fysisk aktivitet och optimism

skulle kunna förbättra den psykiska hälsan medan social isolering, åldrande samt kronisk smärta skulle kunna påverka den psykiska hälsan negativt (Grundberg et al., 2012).

När det gäller äldre personer är det angeläget att inte glömma bort att depressionssjukdom inte representerar en normal del av åldrandeprocessen utan att individen behöver behandling för detta tillstånd. Enligt Young (2013) söker inte många av de personer som drabbas av depression behandling för sin sjukdom och vid de tillfällen när de gör det upptäcks inte depressionen vilket tillför en ökad risk för försämring av hälsan. Depression kan försämra en samtidig kroppslig sjukdom och kan öka dödligheten vid somatiska sjukdomar (Karlsson, 2013). Depression höjer risken för högt blodtryck, diabetes, hjärtinfarkt, stroke och demens. Det finns en vanlig missuppfattning att depression skulle tillhöra det normala åldrandet (Peterson & Åsberg, 2014). Det är enbart en mindre andel av de äldre som får depressionssjukdom. Det normala och det vanligaste är att inte bli deprimerad när personen blir gammal (Peterson & Åsberg, 2014).

2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras som kroppens rörelse producerad av skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i en ökad energiförbrukning (Phillips, 2015). Fysisk aktivitet minskar påverkan av de biologiska förändringar relaterade till ålder genom sin effekt på utvecklingen av kroniska sjukdomar och genom att främja individens funktionella kapacitet (Phillips, 2015). Fysisk aktivitet är en bestämmande faktor för äldres hälsa och välbefinnande och leder till en reducering av mortalitetsrisken (Harris et al., 2015). Fysisk aktivitet är viktig för att förbättra fysisk och psykisk hälsa och är kopplad till livskvalitet (Happell, Platania - Phung & Scott, 2013a).

Fysisk aktivitet innebär allt från hushållsarbete till intensiv aerob- och styrketräning (SBU, 2015). Aerobträning är relaterad till att öka konditionen genom att under träning aktivera stora muskelgrupper under en lång period vilket varar mer än 10 minuter per period och sammanlagt mellan 30 och 60 minuter (SBU, 2015). Att springa, promenera raskt, dansa och cykla är exempel på aerobträning. Styrketräning innebär övningar där man arbetar mot tyngdkraft. Några exempel på styrketräning är att lyfta vikter och arbeta med olika träningsmaskiner i gym (SBU, 2015). Aktiviteter som innehåller styrketräning hos äldre anses vara så viktiga som aerobträning eftersom de leder till individen bibehåller muskelmassan, att fallolyckorna minskas och att det förebyggs hälsoförsämringen hos denna patientgrupp (Phillips, 2015). För att kunna främja styrketräningsaktiviteter hos äldre personer är det viktigt att det finns tillgång till särskild utrustning som till exempel fria vikter och motstånd

band samt att det finns kvalificerad personal med erfarenhet av denna patientgrupp (Phillips, 2015). Fysisk aktivitet hos äldre människor anses vara en viktig faktor som kan bidra till en minskad förekomst av olika somatiska sjukdomar som till exempel diabetes, hjärtsjukdomar och cancersjukdomar (Souza, Fillenbaum & Blay, 2015).

2.3 Relationen fysisk aktivitet och depression

Fysisk aktivitet har relaterats till att reducera risken för att utveckla depressionssjukdom och träning anses kunna bidra till ökat välbefinnande (Phillips, 2015). I en indisk studie genomförd av Vaishali, Kumar, Kumar och Adhikari (2012) undersöktes förekomsten av depressionssjukdom hos 54 äldre patienter som vårdades på sjukhus. Dessa patienter genomgick olika typer av fysioterapi som till exempel fysisk aktivitet i grupp, yoga samt träningsövningar (Vaishali et al., 2012). Studiens resultat visade att depressionspoängen ansågs vara lägre hos de äldre patienter som genomgick fysioterapi än hos dem som inte följde denna behandling (Vaishali et al., 2012). Utifrån flera psykosociala faktorer uppfattades depressionssjukdomen som den viktigaste barriär som ledde till svårigheter i tillämpningen av terapeutiska program hos äldre personer (Vaishali et al., 2012). Kunskapen kring sambandet mellan fysisk aktivitet och depression är dock begränsad (Karlsson, 2013). Det som är uppenbart är att det finns positiva effekter av fysisk aktivitet vid depression hos äldre och att den bör finnas med bland de terapeutiska strategierna (Karlsson, 2013). Nyboe och Lund (2013) skrev att patienter med svåra psykiska sjukdomar var fysiskt inaktiva och underströk betydelsen av fysisk aktivitet i psykiatrisk vård och behandling.

Enligt SBU (2015) har under lång tid studerats den fysiska aktivitetens effekt som behandling vid depression i olika åldrar. Enligt riktlinjer från det Brittiska Nationella Institutet för Vård och Omsorg rekommenderas cirka en timmes träning tre gånger i veckan i 10-14 veckor vid lindrig eller måttlig depression för att den fysiska aktiviteten skall visa positiva resultat över hälsan (SBU, 2015). Det anses att en viss träningseffekt uppnås efter 12 veckors träning (SBU, 2015). Det finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma påverkan av fysisk aktivitet vid depression eller depressionssymtom hos personer över 65 års ålder (SBU, 2015).

Det som lyftes upp i olika studier (Kjellman, 2003; Karlsson, 2013; SBU, 2015) var att det saknades kunskap om vilken effekt fysisk aktivitet skulle kunna ha på äldre personer med depressionssjukdom. Samtidigt finns det flera studier (Climstein & Egger, 2014; Nyboe & Lund, 2013) som stödjer den positiva betydelse som fysisk aktivitet har för denna patientgrupp. Fysisk träning har i ett flertal studier visat sig ha ett positivt inflytande vid

depression (Kjellman, 2003). Trots att det finns metodologiska luckor samt att det saknas långtidsuppföljning i dessa studier så kan fysisk träning vara ett komplement till annan behandling vid lättare och moderata grader av depression (Kjellman, 2003). Även om det saknas i litteraturen entydiga resultat som stödjer hypotesen att fysisk aktivitet och träning leder till förbättrad kognitiv funktion och minskad depression hos äldre talar mycket av den praktiska erfarenheten för att så är fallet (Lexell, 2003). Fysisk aktivitet och träning bör ses en naturlig del av de rekommendationer som ges till äldre angående förbättrad minne, humör och initiativförmåga (Lexell, 2003). Aktuell forskning tyder på ett nära samband mellan inaktivitet och depression samt en utmärkande effekt av träning som är lika effektiv som medicinering på lång sikt (Climstein & Egger, 2014).

Grundberg et al. (2012) beskrev i sin studie hur äldre människor med flera olika kroniska sjukdomar resonerade kring psykisk hälsa. De intervjuade tyckte att aktivt beteende var kopplat till aktiva val och handlingar som hade att göra med en hälsosam livsstil. Fysiska aktiviteter beskrevs vara viktiga för att förbättra en individs psykiska och fysiska hälsa (Grundberg et al., 2012). Deltagarna svarade att oförmågan att delta i fysiska aktiviteter skulle kunna leda till psykisk sjukdom som till exempel depression. Ett aktivt beteende ansågs vara kopplat till förmågan att uppleva kontroll över sitt liv och leva ett fysiskt aktivt liv (Grundberg et al., 2012). Ett inaktivt beteende var relaterat till oförmågan att ha kontroll över sitt liv och ett fysiskt inaktivt liv ansågs leda till sämre psykisk hälsa (Grundberg et al., 2012).

2.4 Olika alternativ för att främja fysisk aktivitet

I olika studier (Phillips, 2015; Iqbal & Basset, 2008) lyfts upp att vårdpersonalen har flera alternativ/möjligheter för att främja fysisk aktivitet hos äldre med depressionssjukdom som till exempel genom kognitiv beteende intervention eller genom att lägga upp ett schema med aktiviteter tillsammans med patienten. Depression kan svara bra på icke-specifika psykosociala interventioner som till exempel fysisk aktivitet och socialisering (Cahoon, 2012). En intervention med syftet att öka den fysiska och den sociala aktivitetsnivån hos patienter med mild depression ledde till en bättre återhämtning från depressionen i jämförelse med standard omvårdnad (Cahoon, 2012). Att erbjuda deprimerade patienter besök med eller utan fysisk aktivitet kunde ge en förbättring av måendet och en återhämtning av den mentala hälsan i relation till livskvalitet (Cahoon, 2012). Men för de patienter som inte fick positiv effekt efter en sådan behandling behövdes en annan sort av interventioner (Cahoon, 2012). Socialt deltagande kan leda till ökat välbefinnande. Att ha betydelsefulla sociala roller i samhället kan främja självkänslan, tillhörighetskänslan samt leda till ökat socialt stöd

(Kouvonen et al., 2012). Att inte delta i det sociala livet kan leda till ensamhet och social isolering, vilket har kopplats till depression och en låg aktivitetsnivå (Kouvonen et al., 2012).

I Rantakokko, Pakkala, Äyräväinen och Rantanens (2015) artikel beskrivs en finsk studie som hade som syfte att undersöka effekterna av en individualiserad intervention med utomhusaktiviteter. Interventionen genomfördes av 47 volontärer som såg till att ett antal av 121 äldre personer med allvarliga rörelsehinder deltog i olika utomhusaktiviteter (Rantakokko et al., 2015). Studiens resultat visade att denna intervention som hölls under tre månader skulle kunna leda till en förbättring av måendet för äldre personer med allvarliga rörlighetsbegränsningar (Rantakokko et al., 2015). Interventionen betraktades vara effektiv för de äldre som hade lindriga depressionssymtom, men den visade ingen effekt för dem med allvarliga depressionssymtom (Rantakokko et al., 2015). Även om det har upplevts vara svårt att motivera äldre människor till att utöva fysisk aktivitet har flera strategier utvecklats kring det (Phillips, 2015). Att motivera äldre till att delta i kognitivbeteenderelaterade gruppinterventioner där patienterna använde sig av stegräknare bedömdes leda till en ökning av deras nivå av fysisk aktivitet (Phillips, 2015).

Enligt Iqbal och Bassett (2008) upplevdes patienter som var väldigt passiva ha nytta av att ha med aktivitetsschemaläggning tidigt i behandlingen. Det var viktigt att rekommendera aktiviteter som skulle kunna leda till en förbättring av patientens aktivitetsnivå. Patienter med väldigt djupa depressioner behövde ha aktivitetsschemaläggning oftare och det var viktigt att aktiviteterna skulle utföras i små steg (Iqbal & Bassett, 2008). Iqbal och Bassett (2008) intervjuade deprimerade patienter om hur de upplevde aktivitetsschemaläggningen. De upplevde att den var nyttig och att genomförandet av sysslor förändrade deras mående på ett positivt sätt och att denna effekt varade även efter det att aktiviteterna hade avslutats (Iqbal & Bassett, 2008). Erdner och Magnusson (2012) belyste att för att bemöta patientens behov var det angeläget att undersöka dennes attityd till aktiviteter.

Mcevoy, Law, Bates, Hylton och Mansell (2013) skrev att beteendeaktivering var en intervention som användes för att behandla olika förekommande mönster som till exempel tillbakadragande, undvikande och inaktivitet hos patienter med depressionssjukdom. Enligt Mcevoy et al. (2013) kan beteendeaktivering antingen ses som en fristående strategi eller som en del av en kognitiv beteende intervention. Mcevoy et al. (2013) beskrev i sin artikel två fallstudier som underströk att en effektiv tillämpning av en beteendeaktiveringsintervention ledde till att patienterna återfick kontrollkänslan. Det ansågs vara viktigt som vårdpersonal inom psykiatrisk vård att främja en stödjande och säker miljö där patienterna kunde reflektera över de strategier som användes för att de skulle kunna

uppleva kontroll över sina upplevelser som till exempel genom att byta fokus från sina aktuella bekymmer till personliga mål som var mest angelägna för dem (Mcevoy et al., 2013).

2.5 Psykiatrisjuksköterskors roll i att främja hälsa och deras syn på fysisk aktivitet

Enligt Psykiatriska riskföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2014) ansvarar specialistsjuksköterskan med inriktning mot psykiatrisk vård för att arbeta på ett förebyggande och hälsofrämjande sätt för att bevara hälsan på person, grupp och samhällsnivå. Psykiatrisjuksköterskan skall ta hänsyn till patientens erfarenheter, behov, mål och önskemål i planeringen och tillämpningen av vården. Specialistsjuksköterskan i psykiatri ser till att patienten får det stöd och de insatser som gör att individens förmåga till egenvård och återhämtning förstärks (Psykiatriska riskföreningen för sjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Det är viktigt att sjuksköterskor kan identifiera faktorer och symtom för depressionssjukdom utifrån bedömningar av patienters psykiska mående (Young, 2013). Sjuksköterskan har en central funktion i att informera patienter angående olika hälsofrågor. Hen har också möjlighet att informera patienten om olika program med aktiviteter som stödjer den sociala interaktionen mellan patienterna (Cahoon, 2012).

Happell, Platania – Phung och Scott (2011) genomförde i en vetenskaplig artikel en litteraturstudie som hade som syfte att argumentera för att psykiatrisjuksköterskor borde främja fysisk aktivitet för att utveckla omvårdnaden av patienter med psykiska sjukdomar. Flera ämnen som diskuterades i artikeln skriven av Happell et al. (2011) var relationen mellan fysisk aktivitet och den fysiska och psykiska hälsan, sjuksköterskors attityder till fysisk aktivitet som en del av omvårdnaden och psykiatrisjuksköterskornas roll i att främja fysisk aktivitet.

Enligt Happell et al. (2011) beskrev sjuksköterskor inom psykiatrisk vård att det inte sattes mycket fokus på att diskutera betydelsen av fysisk aktivitet i relation till deprimerade människor utan att större vikt lades på att undersöka hur fysisk aktivitet påverkade personer som drabbades av fysiska sjukdomar som diabetes och hjärtproblem. Sjuksköterskorna underströk att de hade möjlighet av att se till att fysisk aktivitet inkluderades inom psykiatrisk vård genom att samarbeta med sina patienter och med andra vårdprofessioner som arbetade nära dessa patienter (Happell et al., 2011). Enligt Happell et al. (2011) borde sjuksköterskor inom psykiatrisk vård inte enbart fokusera mer på fysisk aktivitet för sina patienter utan borde göra detta till en viktig del av patientarbetet.

I en vetenskaplig artikel beskrevs en belgisk studie där det genomfördes tre fokusgruppintervjuer med 17 psykiatrisjuksköterskor och enskilda intervjuer med 15 personer med psykiska sjukdomar (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen & Annemans, 2013). De sjuksköterskor som deltog i fokusgruppintervjuer tyckte att fysisk aktivitet ansågs viktig för den fysiska hälsan men att den också ledde till mindre stress, frustration och förbättrade patienternas sociala kontakter (Verhaeghe et al., 2013). Psykiatrisjuksköterskorna betraktade sig själva som mest lämpliga att stödja patienter till att åstadkomma förändringar kring deras ohälsosamma livsstil. Sjuksköterskorna upplevde tillämpningen av fysisk aktivitet i patienternas omvårdnad som tidskrävande (Verhaeghe et al., 2013). De tyckte att de behövde stimulera patienternas hälsosamma livsval, men att det största ansvaret låg hos patienterna. Att stödja patienten till att leva ett självständigt liv var ett av psykiatrisjuksköterskornas ansvarområde (Verhaeghe et al., 2013). Men om patientens mentala hälsa försämrades då var det sjuksköterskans ansvar att ta kontrollen (Verhaeghe et al., 2013). Resultatet i Happell et al. (2011) skiljer sig till viss del från det i Verhaeghe et al. (2013) eftersom sjuksköterskor i den första artikeln främst fokuserade på den fysiska aktivitetens betydelse för den fysiska hälsan medan informanterna i den andra artikeln betonar flera positiva aspekter gällande fysisk aktivitet än den fysiska påverkan över hälsan som till exempel den psykiska och sociala aspekten angående motion för personer med psykiska sjukdomar.

3. Problemformulering

Depressionssjukdom ökar risken för högt blodtryck, diabetes, hjärtinfarkt, stroke och demenssjukdom. Depression påverkar också individens känslor, tankar, beteende och har stora konsekvenser för patienten som får försämrad livskvalitet. Sjukdomen gör att patienter har svårt att utöva motion på grund av nedstämdhet, orkeslöshet, låg självkänsla som följer med denna sjukdom. Det händer ofta att äldre människor förutom depression lider av kroppsliga sjukdomar, vilket gör att de har svårt att röra på sig på grund av ålder och fysiska åkommor. Oförmågan att delta i aktiviteter, som inte beror på kroppsliga sjukdomar anses vara en viktig faktor för att kunna upptäcka depression hos äldre människor.

Vi lever allt längre, vilket leder till att vi blir mer fysiskt inaktiva vid hög ålder. Det finns ett samband mellan fysisk aktivitet och äldre människors psykiska hälsa, som gör att dessa personer känner sig mindre nedstämda som ett resultat av tillämpning av motion i vardagen. Att upptäcka depressionssymtom hos äldre personer är en av de svårigheter som vårdpersonalen behöver ta hänsyn till i sitt arbete och som inte bör underskattas. Att motivera

äldre människor med depressionssjukdom till fysisk aktivitet är inte helt okomplicerat, särskilt om de här patienterna inte är vana vid att träna. Som specialistsjuksköterska är det viktigt att stödja patientens förmåga till egenvård. Ett av de problem som gör att sjuksköterska inte alltid prioriterar att främja fysisk aktivitet hos äldre patienter med depressionssjukdom är den tidsbrist som hen konfronteras med i sitt arbete. Sjuksköterskor är väl medvetna om relationen mellan fysisk aktivitet och somatiska sjukdomar men det behövs en större helhetssyn på hur utövandet av fysisk aktivitet påverkar äldre deprimerade patienters psykiska hälsa. Som psykiatrisjuksköterska är det betydelsefullt att integrera fysisk aktivitet i omvårdnaden av denna patientgrupp. Nyttan med denna studie anses vara att den skulle kunna bidra till mer kunskap i ett område där ytterligare forskning behövs.

4. Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av fysisk aktivitet som en del av omvårdnaden av äldre patienter med depressionssjukdom och som vårdas inom psykiatrisk vård.

De forskningsfrågor som användes i uppsatsen var följande:

Vad är informanternas uppfattningar om hur fysisk aktivitet kan påverka äldre patienter med depressionssjukdom?

Hur kan informanterna stödja fysisk aktivitet hos denna patientgrupp?

5. Teoretisk utgångspunkt

En av anledningarna till varför Barkers (2005) tidvattenmodell har valts att användas som teoretisk utgångspunkt i denna magisteruppsats är att den är relaterad till psykiatrisk omvårdnad. Valet av denna modell är kopplat till att den fokuserar på vårdrelationen, på vikten av att betrakta patienten som en enskild individ samt att den tar upp stödets betydelse för patienter med psykiska sjukdomar.

En stor del av sjuksköterskans arbete inom psykiatrisk vård innebär att ha samtal med patienterna. Eftersom Barker (2005) fokuserar i sin omvårdnadsmodell på sjuksköterskans samtal med patienter som lider av psykiska sjukdomar anses det angeläget att tillämpa delar av modellen för att diskutera informanternas svar på hur de kan främja fysisk aktivitet hos äldre patienter med depressionssjukdom. I uppsatsens diskussionsdel används Barkers (2005) följande begrepp som tillhör tidvattenmodellen: världendomänen, självdomänen och andradomänen samt Barkers (2005) antagande att det stöd som patienten får från vårdpersonalen och omgivningen är en betydelsefull aspekt i patientens återhämtningsprocess.

5.1 Tidvattenmodellen fokuserar på individen

Tidvattenmodellen fokuserar på individen i vårdprocessen, på dennes upplevelse av det som är problematiskt och det som personen bedömer att det behövs göras för att hantera vardagliga problem (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Tidvattenmodellen handlar mindre om att behandla en psykisk sjukdom och mer om att erbjuda den typ av stöd som kan bidra till patientens återhämtning (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Tre begrepp som Barker och Buchanan - Barker (2005) ställer stor fokus på inom tidvattenmodellen är: världendomänen, självdömdömen och andradömdömen.

Inom världendomänen undersöks den funktionella naturen av de problem som har lett till att individen behöver ges psykiatrisk vård (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Det tas hänsyn till en holistisk bedömning av patientens situation. Genom att lyssna på patientens historia får man kunskap om problemets bakgrund, om emotionella och funktionella förändringar över tiden hos individen (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Patienten kartlägger de resurser som kan leda till problemlösning. Hen får möjlighet att berätta om sina upplevelser av hälsa och sjukdom (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Självdömdömen representerar den mest privata aspekt som tillhör individen. Den kris som gjorde att personen kom i kontakt med den psykiatriska vården har att göra med självdömdömen (Barker & Buchanan - Barker, 2005). I detta område tas upp individens påverkan av de vardagliga problemen (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Självdömdömen är det område där individen behöver emotionellt stöd. Personalen arbetar för att säkerställa patientens fysiska och emotionella trygghet (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Andradömdömen är relaterad till individens relationer till den sociala världen, genom olika personalkategorier, men också genom familj och kompisar. Det stöd som patienten får syftar till att främja patientens tillfrisknande från krisen och att påbörja återhämtningsprocessen (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Tidvattenmodellen är kopplad till fyra principer:

1. Människor går igenom ett hav av erfarenheter (deras vanliga liv) och den psykiatriska krisen är det som på ett metaforiskt skulle leda till att dränka dem. Fokus i psykiatrisk omvårdnad ligger på att se till att individens kan återkomma till sitt vanliga liv (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

2. Förändring är en kontinuerlig process. Tidvattenmodellen är inriktad på att hjälpa människor till att bli medvetna om de små förändringar som så småningom kommer att ha en väsentlig inverkan på deras liv (Barker & Buchanan - Barker, 2005).
3. Egenmakt är en viktig del av vårdandet. Vårdpersonalen stödjer individer i att identifiera hur de kan ta större ansvar över sina liv och den upplevda erfarenheten (Barker & Buchanan - Barker, 2005).
4. Den terapeutiska relationen mellan vårdpersonalen och individen innefattar en form av samspel under en viss period. Vårdpersonalens funktion är att vara ett stöd för patienten och inte att förändra personen (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

6. Metod

I denna studie har kvalitativ deskriptiv ansats använts. Uppsatsens författare har genomfört sex semistrukturerade intervjuer med kvalitativ design med sjuksköterskor verksamma på en avdelning specialiserad på att vårda äldre med psykiska sjukdomar. Induktiv kvalitativ innehållsanalys inspirerad utifrån Graneheim och Lundman (2012) har använts i denna studie för att analysera intervjuerna. Texter baserade på intervjuer anses vara utformade på en interaktion mellan forskaren och informanterna och kan betraktas som en kommunikationshandling (Graneheim & Lundman, 2004).

Enligt Graneheim och Lundman (2012) kan den metodologiska ansatsen vara både deduktiv och induktiv. Induktiv ansats är en förutsättningslös analys av texter som har att göra med människors berättelser om sina upplevelser. Innehållsanalys som vetenskaplig metod utvecklades för att bearbeta stora datamängder. Inom omvårdnadsforskning har kvalitativ innehållsanalys tillämpats för att granska och tolka texter, såsom utskrift av inspelade intervjuer (Graneheim & Lundman, 2012).

6.1 Urval

Enligt Kristensson (2014) kan bekvämlighetsurvalet tillämpas för att rekrytera deltagare till en kvalitativ studie. Detta innebär att alla tillgängliga personer som befinner sig i ett visst sammanhang blir tillfrågade om att delta i studien. Vad som är specifikt för den kvalitativa designen är att den gör det möjligt att rekrytera nya deltagare allteftersom studien fortgår även om analysen är påbörjad (Kristensson, 2014).

Uppsatsens författare kontaktade verksamhetschefen för en psykiatrisk enhet inom Stockholms region och en chefsjuksköterska på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning för att

informera dem om syftet med studien. De tillfrågades om tillåtelse till att göra intervjuer med sjuksköterskor på den valda psykiatriska avdelningen. I början av magisteruppsatsens skrivande planerade dennes författare att rekrytera cirka tio informanter som skulle kunna besvara intervjufrågorna. Men efter det att frågan kring ett optimalt antal informanter ställdes under handledningstillfällena och det visade sig att de intervjuade gav rika och utvecklade svar bestämdes det att rekryteringen av sex informanter var ett bra val för genomförandet av denna studie och att flera deltagare till studien inte behövdes rekryteras. En skriftlig förfrågan och ett informationsbrev (bilaga 1) skickades till dem för att få deras samtycke till studiens genomförande. Efter det att skriftligt samtycke hade erhållits från verksamhetschefen och chefsjuksköterskan bokades tid för ett informationsmöte på avdelningen. Detta gjordes enligt överenskommelse med avdelningens chefsjuksköterska som såg till att förhandsinformera verksamma sjuksköterskor om studien.

Under detta möte fick uppsatsens författare tillfälle att berätta om syftet med denna studie till de sjuksköterskor som närvarade på mötet. Sex av de sju kvinnliga sjuksköterskor som deltog i mötet tackade ja till att intervjuas. Skriftlig information om samtycke och ett informationsbrev (bilaga 2 och 3) lämnades till de sjuksköterskor som deltog i mötet. Två av de sjuksköterskor som deltog i detta möte svarade direkt ja till att delta i studien, lämnade sina skriftliga samtycken och tider bokades för intervjuernas genomförande. De andra fyra sjuksköterskor som var intresserade av ämnet enbart lämnade sina skriftliga samtycken till uppsatsens författare vilket betydde att de önskade delta i min studie. Detta ledde till att de senare kontaktades av uppsatsens författare för att bestämma intervjutider.

De sex sjuksköterskor var i åldrarna 25 till 50 år och hade varit verksamma sjuksköterskor i ett till åtta år. Sjuksköterskorna arbetade på en äldre psykiatrisk slutenvårdsavdelning specialiserad på att vårda patienter över 65 år. En av de intervjuade sjuksköterskorna hade specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Det inklusionskriterium som uppsatsens författare valde i denna studie för sjuksköterskor att delta i intervjuer var att de skulle ha erfarenhet av att vårda äldre patienter med depressionssjukdom. Enligt Kristensson (2014) bör inklusions- och exklusionskriterierna till urvalet anges. En viktig förutsättning för en intervjustudie är att de personer som intervjuas har något att berätta om det som skall undersökas (Kristensson, 2014).

6.2 Datainsamling

Uppsatsens författare tog beslutet att använda sig av kvalitativa intervjuer för att samla in data. Den typ av forskningsintervju som tillämpades var semistrukturerad. Semistrukturerade

intervjuer valde att genomföras eftersom de ansågs kunna ge informanterna möjlighet att berätta på ett öppet sätt hur de tänkte kring de valda ämnena samtidigt som deras svar strukturerades av de frågor som ställdes i intervjuerna. Kvale och Brinkman (2014) benämner denna typ av intervju som halvstrukturerad. I denna intervju är intervjupersonens levda vardagsvärld det som belyses. Den kvalitativa intervjuaren ser till att intervjupersonen kan beskriva vad hon upplever och hur hon handlar (Kvale & Brinkman, 2014).

Det viktiga är att informanterna får möjlighet att beskriva särskilda händelser och handlingar. Forskningsintervjun är ett utbyte av uppfattningar där kunskapen utvecklas i samspelet mellan två individer (Kvale & Brinkman, 2014). Vid flera tillfällen utarbetades de frågor som skulle tas med i intervjuerna. Så småningom bestämdes att tre frågor skulle användas i intervjuguiden. De följande frågorna ställdes i intervjuerna:

1. Hur tänker du kring fysisk aktivitet i relation till äldre deprimerade patienter?
2. Hur kan fysisk aktivitet främjas hos dessa patienter utifrån dina erfarenheter?
3. Kan du berätta hur du samtalar med denna patientgrupp om fysisk aktivitet?

För att verifiera att de valda frågorna skulle ge ett rikt material gjorde uppsatsens författare en testintervju. Eftersom testintervjun ledde till bra svar valde uppsatsens författare att ha med denna intervju i studien. I samband med att frågorna ledde till en intressant diskussion kring ämnet resulterade detta i att de skulle fortsättas tillämpas i de resterande fem intervjuerna. Förutom att använda sig av de tre nämnda frågorna har uppsatsens författare valt att ta med i intervjuerna följdfrågor som till exempel ”Vad tänkte du då?”, ”Hur hanterade du det?” för att ha en bra diskussion under samtalen.

Den semistrukturerade intervjun handlar enligt Kristensson (2014) om att alla deltagare får samma frågor men med möjlighet att berätta fritt, frågorna är öppna, behöver inte ställas i samma ordning till alla samt att det finns utrymme för att ställa följdfrågor. Frågorna i intervjun ska vara i linje med studiens syfte och ska underlätta berättandet. Frågorna skall vara öppna och tydliga (Kristensson, 2014). Intervjuaren kan börja med en inledande fråga som: ”Berätta för mig om...”. Det kan också ställas fördjupande frågor av allmän karaktär som: ”Kan du ge fler exempel?”, ”Kan du berätta mer detaljerat?”. Det kan också ställas mer specifika uppföljningsfrågor som: ”Vad tänkte du då?”, ”Vad gjorde du då?” (Kristensson, 2014).

Det genomfördes sex semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor som arbetade på den valda avdelningen. Intervjuerna tog plats på sjuksköterskornas arbetsplats från den 11 november till den 2 december 2014. Intervjuernas längd var mellan 40 minuter och 60

minuter och en bandspelare användes för att spela in dem. Varje intervju transkriberades sedan ordagrant.

6.3 Dataanalys

Intervjuerna lästes flera gånger för att få en helhetsbild över materialet. Varje intervju sammanställdes sedan i meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, subkategorier, kategorier och alla intervjuer betraktades som en enhet under analysprocessen. Den kvalitativa innehållsanalysen inspirerad utifrån Graneheim och Lundman (2012) valdes för att beskriva skillnader och likheter i de utförda intervjuerna.

Magisteruppsatsens författare valde att använda i analysen följande begrepp: meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, subkategorier och kategorier. De meningsbärande enheter som valdes i denna studie var kopplade till uppsatsens syfte. Enligt Graneheim och Lundman (2012) är en meningsenhet en meningsbärande del av texten. Den kan bestå av ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2012).

Efter det att de meningsbärande enheterna hade valts abstraherades och förkortades dem under kondenserade meningsbärande enheter. Enligt Graneheim och Lundman (2012) är kondensering en process som gör texten kortare och mer lätthanterlig, samtidigt som den bevarar det centrala innehållet och ser till att inget angeläget försvinner.

Sen abstraherades de kondenserade meningsbärande enheter och de tilldelades koder. Graneheim och Lundman (2012) skriver att en kod är en benämning på en meningsenhet som kort beskriver dess innehåll. De koder som förekom i flera intervjuer och som utmärkte sig grupperades i subkategorier. Tre subkategorier tillhörde varje kategori. Subkategorierna omarbetades vid flera tillfällen och ledde till två övergripande kategorier under analysens sista fas. Enligt Graneheim och Lundman (2012) utgörs en kategori av flera koder med liknande innehåll. Benämningen av en kategori svarar på frågan ”Vad?” och är kopplad till innehållet i koderna på en beskrivande eller manifest nivå. En kategori kan omfatta ett antal underkategorier på olika abstraktionsnivåer (Graneheim & Lundman, 2012). En tabell användes för att få en övergripande bild av analysen (bilaga 4). I början av dataanalysen gav min handledare Åke Grundberg inledningsvis exempel på hur materialet skulle kunna kodas. Efter det att dessa förslag hade diskuterats arbetade uppsatsens författare självständigt med att sammanställa likheter och skillnader mellan olika koder samt grupperade texten i subkategorier och kategorier.

7. Forskningsetiska överväganden

Uppsatsens författare har sett till att studien uppfyllde de fyra allmänna huvudkraven på forskningen, som var informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Sjuksköterskorna i min studie fick information om studiens syfte. De intervjuade personerna informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i intervjuerna och att deras medverkande inte var obligatoriskt. Enligt Vetenskapsrådet (2002) skall forskaren i enlighet med informationskravet informera studiens deltagare om den aktuella forskningsuppgiftens syfte.

Samtyckeskravet uppfylldes eftersom informanterna visste att de själva kunde bestämma över att delta eller inte delta i studien. Kontakt hade tagits med avdelningens chefsjuksköterska och med verksamhetschefen som godkände intervjuernas genomförande under sjuksköterskornas arbetstid. Enligt Kristensson (2014) skall forskaren inhämta relevanta tillstånd från verksamhetsföreträdaren och ett skriftligt informerat samtycke från deltagarna innan intervjuerna påbörjas. Utifrån samtyckekravet har informanterna rätt att bestämma om hur länge och under vilka förhållanden de skall vara med i undersökningen (Vetenskapsrådet, 2002).

Informanterna informerades om att deras personliga uppgifter skulle avidentifieras och att den information som de hade lämnat ut i intervjuerna inte skulle härleda till en viss person. Eftersom två informanter berättade öppet efter mötet att de var intresserade av att delta i studien är det möjligt att deltagarna till viss del blev medvetna om vilka personer som anmälde intresse för denna studie. Men samtidigt ansågs det med tanke på konfidentialitetskravet att de inte kände till det exakta antal deltagare som lämnade in sina uppgifter för att sen bli kontaktade för intervjubokningar eller vem som var positiv till att vara med i studien. Enligt Vetenskapsrådet (2002) innebär det tredje kravet som är konfidentialitetskravet att personer som deltar i en undersökning skall ges största möjliga konfidentialitet och att forskaren skall se till att personuppgifterna förvaras på ett sätt som gör att obehöriga inte kan ta del av dem. Dokumenten med informanternas kontaktuppgifter samt intervjuinspelningarna förvarades av uppsatsens författare på ett säkert sätt som inte gav möjlighet till obehöriga personer att få tillgång till samt förstördes efter magisteruppsatsens skrivande.

Det fjärde krav som uppsatsens författare följde i denna uppsats är nyttjandekravet som betydde att informanternas uppgifter enbart användes i anslutning till denna studie. Enligt

Vetenskapsrådet (2002) skall forskaren inte använda de uppgifter som hen får om enskilda individer till någon annan undersökning än till själva studien.

8. Resultat

Utifrån intervjuanalysen framkom två kategorier: ”stöd riktat på att främja fysisk aktivitet” och ”inverkan på hälsan”. Kategorin ”stöd riktat på att främja fysisk aktivitet” har följande tre subkategorier: praktiskt, emotionellt och socialt stöd. Tre subkategorier ”fysisk inverkan”, ”psykisk inverkan” och ”social inverkan” tillhör kategorin ”inverkan på hälsan”. Varje subkategori illustreras med representativa citat utifrån intervjuerna. I denna magisteruppsats är begreppet ”fysisk aktivitet” relaterat till att utöva motion och att röra på sig i den utsträckning att kroppen gör sig av med energi.

8.1 Stöd riktat på att främja fysisk aktivitet

Kategorin ”stöd riktat på att främja fysisk aktivitet” är kopplad till informanternas uppfattningar av hur fysisk aktivitet kan stödjas hos äldre patienter med depressionssjukdom. Denna kategori indelades i tre subkategorier: praktiskt, emotionellt och socialt stöd. Sjuksköterskorna uppmuntrade patienterna till att motionera eftersom detta betraktades vara angeläget för individernas hälsa. Flera informanter upplevde att en omvårdnadsåtgärd som fysisk aktivitet skulle kunna vara minst lika viktig som mediciner för att minska patienternas nedstämdhet.

8.1.1 Praktiskt stöd

Det praktiska stödet handlar om den hjälp som sjuksköterskor använder sig av för att främja fysisk aktivitet hos patienterna. Förutom de promenader som sjuksköterskan erbjuder patienterna innebär denna typ av stöd att informanterna har stödsamtal med patienterna där de uppmuntras till att aktivera sig. I denna kategori inkluderas det också att i sin yrkesroll som sjuksköterska inte sätta för stora mål på patienterna samt att utgå i planeringen av fysisk aktivitet från den enskilda patientens behov.

Ett tillvägagångssätt för att främja fysisk aktivitet hos äldre med depressionssjukdom var att göra dem sällskap när de gick ut så att de kände att de fick stöd särskilt om de hade balanssvårigheter och var rädda för att ramla, en informant uttryckte det som:

"(...) då lade jag in det i omvårdnadsplanen "gångträning", att han i möjligaste mån skall gå med levande stöd för att det inte skall bli så att man bara kör runt honom i rullstol hela tiden." (Intervju 1)

Att uppmuntra till olika aktivitetsformer var något som sjuksköterskorna gjorde för att främja fysisk aktivitet. Det viktiga var att återkoppla patienterna till den fysiska aktiviteten som de gillade när de var yngre. Det kunde leda till att individerna kände sig motiverade till att utöva fysisk aktivitet, men det som betonades var att låta dem välja själva vilken typ av motion som passade dem på bästa sättet. En intervjuad sjuksköterska nämnde följande sätt av utöva motion på:

"All form av fysisk aktivitet som till exempel, promenader, lite hårdare konditionsträning, styrketräning (...)" (Intervju 1)

En omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskorna tillämpade på avdelningen var att lägga aktivitet i patienternas veckoscheman i samråd med dem, vilket togs upp av en informant:

"När patienterna mest vill ligga i sängen, då tänker jag på att de är sjuka, då försöker jag lägga upp ett aktivitetschema tillsammans med patienten, att de skall försöka gå ut i korridoren eller gå ut med personalen eller att de går ut själva (...)" (Intervju 5)

Det som sjuksköterskorna uppmärksammade var att mycket energi och tid behövdes läggas på att följa upp att åtgärden utfördes. Att lägga fysisk aktivitet i omvårdnadsplanen var en aspekt av omvårdnadsarbetet, men att se till att patienterna verkligen aktiverade sig var en utmaning som var väldigt betydelsefull för omvårdnaden. Detta understryktes av en av studiens deltagare:

"Det är ofta så att vi sätter och skriver som sjuksköterskor omvårdnadsplaner som ser jättefina ut, men det som görs är ingenting, liksom. Du måste hela tiden vara uppmärksam på: Görs det här? Ser man någon förbättring?" (Intervju 1)

En annan strategi som informanterna tillämpade var att berätta för patienterna om vikten av fysisk aktivitet och om vilka konsekvenser ett inaktivt liv skulle kunna ha för hälsan, vilket påpekades av en av studiens sjuksköterskor:

"(...) vi som sjuksköterskor har ett stort ansvar att informera, undervisa om riskerna med ett inaktivt liv (...)" (Intervju 1)

Stödsamtal erbjöds till patienterna för att dessa individer skulle få möjlighet att ventiler sina tankar samt lindra sin ångest. Denna typ av samtal var enligt en informant en möjlighet för sjuksköterskor att uppmana patienter att göra saker och bli mindre passiva:

”Motiverande samtal är ett bra sätt att utforska och se vart patienten befinner sig.” (Intervju 1)

Ett annat sätt för sjuksköterskor att erbjuda patienter praktiskt stöd var att uppmuntra dem till att förändra sitt beteende och aktivera sig för att lättare kunna komma ur depressionen. Detta kunde anses som ett tillfälle att styra över patienter men som betraktades vara nödvändigt eftersom depressionssjukdomen påverkade individernas initiativförmåga och självkänsla. En informant uttryckte följande:

”Du måste gå på beteendet direkt. Ok. Du mår dåligt, du tycker att det inte särskilt kul att gå ut och promenera. Men nu gör du det för det är den enda sättet att börja med beteendet för att sen förändra tanken.” (Intervju 1)

Genom att främja fysisk aktivitet upplevde sjuksköterskorna att de kunde lära känna patienterna på ett bättre sätt än enbart genom samtal, att de kunde ta del av deras historia och upplevelser och få information om dem som annars inte hade lämnats ut. En informant berättade att den här kunskapen skulle kunna hjälpa dem i omvårdnadsarbetet:

”(...) men med en promenad kan man få fram mycket annan information. Man kan få ut värdefull information när man promenerar med en patient, man får ta del av patienten, man får lära känna patienten.” (Intervju 2)

Det var betydelsefullt för sjuksköterskor att inte ställa för höga mål på äldre patienter med depressionssjukdom eftersom detta kunde göra att patienterna kunde ge upp eller tappa motivationen om de kände att de inte kunde uppnå målen. Det som sjuksköterskorna strävade efter var att ställa realistiska mål på patienterna samt att anpassa sig till den nivå som individerna befann sig på under omvårdnadsprocessen, vilket sammanfattades av en intervjuad sjuksköterska som följande:

”Det kan innebära att man inte ställer för stora krav, men att vara realistisk i målen utan att man utvärdera det och sen i så fall ta det längre fram (...)” (Intervju 2)

Att kartlägga patientens behov samt att ha en helhetssyn på individen ansågs vara av stor vikt. Informanterna såg till att varje patients omvårdnad skulle vara individanpassad och tog

hänsyn till att den omvårdnadsåtgärd som passade en individ med depressionssjukdom inte nödvändigtvis var lämplig för någon annan patient. Detta betonades av en deltagare till studien som sade:

"(...) men det är så otroligt individuellt och det är inte bara det att patienten skall klara av och göra saker. Det är deras intresse som spelar stor roll." (Intervju 3)

8.1.2 Emotionellt stöd

I subkategorin "emotionellt stöd" ingår att stödja den äldre patienten med depressionssjukdom till ett mer självständigt liv genom att främja fysisk aktivitet utan att bestämma över individen samt att utveckla en genuin vårdrelation till sina patienter för att de skall kunna inse nyttan med sjuksköterskans omvårdnadsinsatser och känna tillit till denne.

För sjuksköterskor var det viktigt att inte bestämma över patienterna utan att se till att individerna fick tillräckligt med stöd för att bevara sin autonomi. Som sjuksköterska var det nödvändigt att inte glömma bort att patienterna var enskilda personer och att de skulle betraktas som det i omvårdnadsplaneringen. Att stödja patientens egenvårdsförmåga uppfattades som en central aspekt i vårdrelationen, vilket betonades av en intervjuad sjuksköterska:

"Det är någonting som man skall stötta och få patienterna att sköta sig själva så mycket man kan, att lägga ansvaret så mycket man kan på patienten." (Intervju 1)

En informant berättade att hon fokuserade på att vara mer som en inspirationskälla eller en stöttepelare för patienter. Det var angeläget för sjuksköterskor att kunna begränsa sitt stöd till patienterna för att inte få dem beroende av deras hjälp, vilket sammanfattades av en informant på följande sätt:

"Jag kan inte ta över någons liv och bestämma för den måste få styrka och kraften för att den sen när den kommer hem..." (Intervju 1)

Sjuksköterskorna underströk vikten av att stödja patienten till att leva ett så självständigt liv som möjligt. En informant uttryckte att det var viktigt att patienterna skulle känna att de var delaktiga i sin omvårdnad:

"Det din uppgift är (...) att man skall få patienten att ta mandat i sitt eget liv och vara ansvarig för sina handlingar och sitt beteendemönster." (Intervju 1)

Det som uppmärksammades av informanterna var att ha med patienten i hela omvårdnadsprocessen för att denne skulle känna sig involverad i de beslut som rörde honom.

”Om man får patienten mer ansvarig för sig själv och sitt eget tillfrisknande då får man en delaktighet på ett annat sätt (...)” (Intervju 1)

En av de väsentligaste punkter som framkom ur intervjuerna var att ägna tid till att bygga upp en allians, en vårdrelation med patienterna för att de skulle känna att de litade på personalen. Att bygga upp ett bra förtroende i vårdrelationen betraktades vara viktigt för att patienterna skulle utföra de aktiviteter som de blev uppmuntrade till att göra, vilket utvecklades av en studiens deltagare:

”Grunden till det här att man har en god relation. Interaktionen är viktig och att man har en god relation med dem, att de litar på en, att de ser dem att de är kapabla att göra saker och ting även om de säger att de inte kan, få dem inse att de kan själva och uppmuntra dem till att få göra det.” (Intervju 5)

Flera sjuksköterskor påpekade att man kunde börja främja fysisk aktivitet genom att nämna den för de patienter som var mottagliga för en sådan diskussion. En informant nämnde följande i en intervju:

”Dels försöka skapa den som en daglig aktivitet. Det är inte alltid att någon nappar och säger ja direkt. Man kanske börjar med att så ett frö.” (Intervju 6)

Det fanns vissa skillnader i hur de intervjuade tänkte kring fysisk aktivitet för äldre patienter med depressionssjukdom. Några sjuksköterskor tyckte att patienten skulle börja direkt med motion medan andra uttryckte att sjuksköterskan enbart borde starta med att nämna fysisk aktivitet så att patienterna först skulle kunna vänja sig vid tanken om motion och sen skulle aktiveras. Enligt informanterna var det angeläget att stödja patienterna i att utföra de aktiviteter som de kunde göra. Att inte bestämma över patienter och samtidigt att tillåta dem göra saker själva betraktades vara av stor vikt för äldre individer som led av depressionssjukdom, en informant uttryckte det som:

”Ett funktionsbevarande sätt. Ett förhållningssätt gentemot patienten, att man stöttar den i att göra det som man faktiskt kan (...)” (Intervju 6)

8.1.3 Socialt stöd

Denna subkategori innefattar den sociala aspekten som följer med att patienterna uppmuntras till att promenera i sällskap av sjuksköterskan eller av deras anhöriga. Med begreppet ”socialt

stöd” menas det också att uppmuntra patienten till att gå med i någon motionsgrupp efter utskrivning från avdelningen för att bryta isolering och aktivera sig istället.

Det sociala stödet till patienterna uttryckte sig i att de fick möjlighet till att delta i olika aktiviteter tillsammans med personal och medpatienter, vilket nämndes av en sjuksköterska:

”Jag tror att aktivitet skulle kunna vara de här sista pusselbitarna till att många av våra patienter skulle kunna må ännu bättre, att man genom aktivitet fick man möjlighet att umgås med andra, att det skulle ge otroligt mycket eftersom många av våra patienter är ensamma och många av våra patienter trivs med sällskapet.” (Intervju 2)

Att ta sig tid till att följa med patienterna på promenad, att inte låta dem känna sig ensamma eller tvinga ut dem på egen hand var viktiga delar av omvårdnadsarbetet. Ofta kunde de äldre patienterna med depressionssjukdom visa en rädsla för att gå ut själva. Sjuksköterskorna upplevde att de fick in den sociala aspekten genom stödsamtal medan de promenerade med sina patienter.

”En viktig del är att försöka göra saker tillsammans, att man inte sparkar ut patienten på en promenad själv om den inte vill i sådana fall, försöka göra något lite kul av det ändå.” (Intervju 4).

Patienterna uppmanades också att gå ut i sällskap av bekanta och vänner. Att betona det sociala nätverkets roll i att främja fysisk aktivitet ansågs vara en nyckelfaktor i omvårdnadsarbetet. Det som en av sjuksköterskorna tog upp i en intervju var:

”En del kanske är vana att gå på promenader med några vänner, anhöriga, en del kanske inte orkar gå själva då uppmuntrar jag de till att gå med någon bekant på sådana promenader för ibland när man har någon med sig då går det ännu bättre. Så är det är bara.” (Intervju 5)

Socialt stöd kunde erbjudas till patienterna genom att sjuksköterskorna uppmuntrade dem till att ansluta sig till någon motionsgrupp efter utskrivning från avdelningen.

”Men förra året gjorde de någon slags dansgrupp en gång i veckan och det är de patienter som är knutna till den öppenvårdsmottagningen.” (Intervju 6)

Det som sjuksköterskorna rapporterade till hemtjänstpersonalen var att fortsätta ta ut patienterna på promenader efter det att de hade blivit utskrivna från sjukhuset. Samtidigt motiverades patienterna till att fortsätta gå ut för att träffa vänner, anhöriga och motionera i deras sällskap.

8.2 Inverkan på hälsan

Kategorin ”inverkan på hälsan” är kopplad till vilken påverkan fysisk aktivitet anses ha över patienters hälsa enligt informanterna. Tre subkategorier ”fysisk inverkan”, ”psykisk inverkan” och ”social inverkan” tillhör kategorin ”inverkan på hälsan”. Det noterades en förbättring av patienternas hälsa som ledde till att de fick mer energi och blev mer aktiva i samband med motion.

8.2.1 Fysisk inverkan

Subkategorin ”fysisk inverkan” innebär effekten som fysisk aktivitet har över patienters somatiska hälsa och som inte bör ignoreras. Fysisk aktivitet enligt informanterna kan ha ett positivt inflytande över skelettmuskulaturen, minska risken för propp, diabetes, sår och leda till en förbättring av patientens aptit.

Sjuksköterskorna nämnde i intervjuerna att fysisk aktivitet kunde påverka patienternas somatiska hälsa på ett positivt sätt och den ansågs också kunna leda till ett ökat endorfinpåslag. Det var viktigt att informanterna uppmärksammade patienters somatiska problem. Många av de somatiska sjukdomarna upplevdes vara sammankopplade till motionsbristen. En av informanterna tog upp följande:

” (...) att man berättar så här funkar det med hjärta, så här funkar det med skelettmuskulaturen, påpeka det här med risk för propp, speciellt patienter med diabetes, att påpeka det att motion är jätteviktigt för den typen av problematik (...).” (Intervju 1)

Det observerades att patienter med depressionssjukdom ofta hade nedsatt aptit och att fysisk aktivitet ledde till en förbättring av matlusten. Att återhämta sig fysiskt var en viktig komponent för att psykiskt må bra.

”Och många gånger kan det göra att man blir lite mer hungrig och sen kan det vara skönt att komma in.” (Intervju 4).

Att ligga i sängen var en riskfaktor för sårutveckling i samband med nedsatt cirkulation. Ett sätt att förebygga såren var att uppmuntra patienter till att börja aktivera sig. En informant nämnde i en intervju en av de positiva effekterna av fysisk aktivitet på följande sätt:

”Om de bara ligger i sängen kan de få sådana sår, då brukar jag påminna dem att det är viktigt att vara aktiv, gå och träna, gå på promenader.” (Intervju 5)

Fysisk aktivitet påverkade patienterna på det sättet att deras kropp sattes i motion medan musklerna fick arbeta. Detta ansågs också ha en positiv inverkan på hjärtat enligt informanterna.

”Precis som det så tycker jag att aktivering gör (...) att kroppen får arbeta lite grann, allt, hjärta, muskler, kroppen är ju till för att arbeta och man behöver röra på sig. (Intervju 2)

8.2.2 Psykisk inverkan

Subkategorin ”psykisk inverkan” innefattar hur fysisk aktivitet enligt de intervjuade kan inverka på dessa patienters mående. Faktorer som ingår i denna subkategori är en förbättrad dygnsrytm, känslan av att komma till ro och att bli mindre ångestfylld genom att aktivera sig.

Enligt de intervjuade hade fysisk aktivitet en positiv inverkan på patienternas inre balans och den kunde bidra till ett ökat välmående för dessa individer. En av informanterna uttryckte det i en intervju:

”De känner en ångestlindring bland annat, några har varit ångestladdade, att de känner sig duktiga kanske, man känner att man har gjort något bra för kroppen. Det är det vi pratar om, om vi pratar om de goda effekterna av fysisk aktivitet och den mentala biten då är välbefinnandet.” (Intervju 3)

Patienter med depressionssjukdom besvärades ofta av svårigheter i att koppla av och att sova bra på nätterna enligt informanterna. Det observerades att det inte var lätt för dessa patienter att tänka positivt och att inte fokusera på negativa upplevelser. Enligt sjuksköterskor sågs fysisk aktivitet som ett tillfälle för patienterna att uppnå lugn och ro. Det resulterade i att patienterna kändes mindre rastlösa och mindre ångestfyllda. När de var deprimerade kunde individerna fastna i negativa tankespiraler och när de inte såg någon utväg eller tappade hoppet kunde motion vara den aktivitet som bröt denna osunda cirkel. Informanterna såg till att patienterna kunde få en mer strukturerad vardag och en förbättrad dygnsrytm, vilket skulle kunna påskynda förbättringsprocessen. Individerna upplevdes vara mer harmoniska och mer tillfreds med tillvaron efter det att de hade motionerat. Den fysiska aktivitetens psykiska påverkan över hälsan uppfattades av en intervjuad sjuksköterska på följande sätt:

”I det stora hela så tror jag att fysisk aktivitet är välgörande, avslappnande, avkopplande och att man kan lägga fokus och tappa oro, att man kan släppa vissa tankar och lägga fokus på någonting annat, att man kan komma ifrån ett dåligt tänkemönster.” (Intervju 2)

”Och dels för våra patienter har en sömnrubbing och svårigheter att komma till ro så det kan få dem att bli utmattade, liksom, att man blir trött också av att aktiveras.” (Intervju 2)

Alla sex informanter tyckte att fysisk aktivitet borde användas i behandlingen av depressionssjukdom hos äldre personer. Motion ansågs också kunna sänka antalet mediciner som administrerades till patienter för att dämpa deras oro. En informant berättade i en intervju hur hon såg på fysisk aktivitet och på den psykiska inverkan på hälsan som motion skulle kunna leda till:

”Det är ändå nödvändigt för att sen få lugn och ro, för att sen få ro, inte vara så pass motoriskt orolig inför natten, att det kan vara lugnande också och att man många gånger kanske skulle kunna minska medicineringen om man har aktiviteter.” (Intervju 2)

8.2.3 Social inverkan

Subkategorin ”social inverkan” innebär hur fysisk aktivitet kan inverka på patienters hälsa enligt informanternas uppfattningar. Patienterna uppmuntras delta i sociala aktiviteter som innehåller motion med tanke på ensamhetsproblematiken som ofta medföljer vid denna sjukdom. I detta begrepp ingår att patienten får social stimulans och en känsla av sammanhang genom att hen går på promenad i sällskap av sjuksköterskan eller av medpatienter.

Det togs upp av sjuksköterskor under intervjuerna att patienterna genom att vara inlagda på avdelningen fick en gemenskap och en möjlighet till att lära känna andra människor genom att aktivera sig tillsammans med personal eller medpatienter. Informanterna träffade ofta patienter som i samband med sjukdomen hade isolerat sig från omgivningen och som hade ett väldigt begränsat socialt nätverk. En sjuksköterska berättade i en intervju sin synpunkt kring ämnet på följande sätt:

”Många av dem är pensionärer, det finns de som har ett stort nätverk och det finns de som inte har det, som har ett obefintligt kontaktnät och som är väldigt ensamma. Man kan se att här på avdelningen så trivs de för att de har någon att prata med (...) Man får känna att man har en tillhörighet, en grupp.” (Intervju 2)

Utöandet av fysisk aktivitet bidrog till att patienterna deltog i sociala aktiviteter. Detta ansågs vara väldigt viktigt eftersom många patienter led av ensamhet.

”Det är roligt att se att patienterna mår bra av gymnastik och sen kanske i hela helheten att de lyssnar på musik, att de får delta i ett sammanhang (...)” (Intervju 2)

Omvårdnaden och aktiveringen i sig kunde ha positiva sociala betydelser för patienternas hälsa enligt de intervjuade sjuksköterskorna. Det hände ofta att flera av dessa

individer hade förlorat släktingar, vänner och att de inte hade många personer kvar i sin omgivning som skulle kunna se till dem. En av informanternas syn på detta var:

”Det känns att många av de här patienterna kanske kommer tillbaka till avdelningen just för att få sällskap. Det kan vara en orsak för att många är deprimerade, att de kanske hamnar i den här depressionen till följd av en förlust av en anhörig eller det kan vara mycket bakom det.” (Intervju 2)

En sjuksköterska berättade att patienterna kände sig väl omhändertagna och trygga i sällskap av andra människor vilket ibland ledde till att de önskade kvarstanna på avdelningen även när de var färdigbehandlade. Det som hon nämnde under intervjun var:

”Det finns de som kanske inte vill lämna avdelningen, det finns de som gärna vill stanna kvar för att de trivs så bra, att de känner sig trygga, att de känner en samhörighet.” (Intervju 2)

En viktig del av den sociala inverkan som motion kunde ha på äldre personer med depressionssjukdom var den sociala stimulansen. Att kunna träffa nya människor och få nya intryck från omgivningen ansågs vara av vikt för patienternas mående. En deltagare till studien betonade betydelsen av den sociala aspekten i relation till fysisk aktivitet för denna patientgrupp:

”Mat och dryck är en del, men att gå ut på promenader eller att gå ut till gymnasalen det blir en sådan viktig del både med den fysiska aktiviteten och den sociala stimulansen. Det gör mycket för välmåendet.” (Intervju 4)

9. Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Enligt Graneheim och Lundman (2012) används olika begrepp som till exempel giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet för att diskutera resultatens trovärdighet.

Den förförståelse som uppsatsens författare hade haft innan intervjuernas genomförande var att sjuksköterskorna skulle kunna svara att fysisk aktivitet inte representerade en stor del av deras arbete utan att det främst var mentalskötarna som delegerades denna uppgift och att sjuksköterskor borde lägga fokus på medicindelning och andra uppgifter i sitt arbete. Denna förförståelse beaktades och tid lades på bearbetningen av intervjufrågorna. Detta ansågs öka uppsatsens vetenskaplighet samt ledde till att informanterna uppfattades vara öppna och

neutrala i sina svar. Uppsatsens författare var medveten om att inte låta sin förförståelse ta över intervjuerna och lät deltagarna prata ostört.

9.1.1 Giltighet

För att stärka studiens giltighet har uppsatsens författare valt att transkribera ordagrant de sex intervjuerna samt att välja flera citat utifrån intervjuerna. Graneheim och Lundman (2012) nämner att studiens resultat att göra med hur sann resultatet bedöms vara och med sättet forskaren väljer deltagarna till studien. För att läsaren skall kunna bedöma tolkningarnas giltighet är det viktigt att ge en utförlig beskrivning om hur urvalet och analysarbetet har genomförts (Graneheim & Lundman, 2012). Ett sätt att styrka studiens giltighet är att uppege citat från intervjuer (Graneheim & Lundman, 2012).

Deltagarna till min studie arbetade på en avdelning specialiserad på vård av äldre personer med psykiska sjukdomar, vilket betydde att de hade den erfarenhet som krävdes för att kunna vara med i urvalet. Att inte välja flera urvalskriterier förutom att intervjupersonerna skulle ha erfarenhet av att vårda äldre patienter med depressionssjukdom var ett bra beslut för denna metod eftersom detta ledde till en begränsning av antalet intervjupersoner men samtidigt underlättade för de sjuksköterskor med erfarenhet av att delta i studien oavsett hur många år de hade varit verksamma eller arbetat på samma arbetsplats. Om uppsatsens författare inte hade använt sig av bekvämlighetskriteriet är det av intresse att fundera på om svaren på intervjufrågorna hade kunnat se annorlunda ut. Att använda sig detta kriterium för rekrytering av informanter kändes som ett bra val med tanke på att intervjuerna skulle genomföras under en begränsad tidsperiod.

Förutom alla styrkor med denna studie kan uppsatsens författare diskutera att en svaghet med studien skulle kunna vara relaterad till urvalet av informanter. En tanke med det är att de sjuksköterskor som valde att närvara på informationsmötet hade lite kännedom om att min forskning planerade att lägga fokus på relationen mellan fysisk aktivitet och äldre med depressionssjukdom. Det är värt att tänka på om resultatet hade varit annorlunda ifall urvalet hade gjorts på ett annat sätt och om informanterna inte alls hade känt till uppsatsens syfte när de kom på informationsmötet. Det är också möjligt att sjuksköterskor som inte upplevde att främja fysisk aktivitet hos äldre patienter med depressionssjukdom som betydelsefullt hade kunnat återge ett annat perspektiv på frågorna om de hade tackat ja till att bli intervjuade.

9.1.2 Tillförlitlighet

För att ta hänsyn till tillförlitlighetsaspekten har ett noggrant arbete lagts på analysen genom att vid flera tillfällen omarbeta de koder, subkategorier och kategorier som resulterade från analysprocessen. Enligt Graneheim och Lundman (2012) leder en noggrann beskrivning av analysarbetet till att resultatens tillförlitlighet stärks.

En av studiens styrkor var att använda kvalitativ innehållsanalys för att analysera de semistrukturerade intervjuerna. Enligt Graneheim och Lundman (2012) är en fördel med kvalitativ innehållsanalys att metoden kan anpassas till flera syften, till data som har olika kvalitet samt till den erfarenhet och kunskap som forskaren har. Den kvalitativa ansatsen kändes som ett bra val för att besvara studiens syfte samt för att samla in data. Olsson och Sörensen (2011) skriver att kvalitativ metod har att göra med att systematisera information om något som beskriver ett fenomen. Uppsatsens författare anser att för att ha en bra analys är det angeläget att ha bra datamaterial. Inom kvalitativ forskning är den sociala föreställningsvärld som individen lever i av betydelse (Trost, 2010).

När det gäller datainsamlingen anser uppsatsens författare att genom att hålla i ett informationsmöte på avdelningen angående syftet med studien underlättade för att rekrytera deltagare till intervjuerna. För att styrka studiens tillförlitlighet gjordes en testintervju vilket bedömdes ha gett bra resultat. Det ledde till att uppsatsens författare fortsatte göra intervjuer på samma sätt och att denna testintervju togs med i analysen. Att genomföra intervjuer upplevdes vara ett bra val eftersom metoden gav större möjlighet till att inhämta ytterligare kunskap till detta område än det hade gjort om uppsatsens författare enbart hade granskat vetenskapliga artiklar. Enligt Kvale och Brinkman (2014) är den kvalitativa intervjun en forskningsmetod som ger en inblick i hur människor upplever den levda världen.

Intervjuernas genomförande var en process som tog tid. Två intervjuer avbokades på grund av omständigheter på deltagarnas arbetsplats och de ombokades vid andra tillfällen.

Att göra intervjuerna under sjuksköterskornas arbetstid upplevdes som en faktor som bidrog till att lättare rekrytera deltagare till studien. Valet av att intervjua på deras arbetsplats ledde till att en sjuksköterska behövde vara tillgänglig under själva intervjun för sina arbetskamrater och att intervjun avbröts vid något tillfälle, men detta slutade inte i att intervjun blev osammanhängande eller att det blev svårt för deltagaren att hålla en röd tråd. Hänsyn togs till att intervjuerna genomfördes på deltagarnas vilket innebar en begränsning till de lokaler som verksamheten erbjuder. Att genomföra sex semistrukturerade intervjuer upplevdes vara ett bra beslut eftersom deltagarna gav omfattande svar, vilket ansågs vara ett rikt analysmaterial.

De frågor som valdes i intervjuerna omarbetades vid flera tillfällen för att försäkra sig om att de skulle leda till utvecklade svar och inte till ett ja eller nej svar. Att välja en övergripande fråga i början av intervjun kändes som ett bra val eftersom detta gav deltagarna möjlighet att berätta om sina tankar kring fysisk aktivitet i relation till äldre med depressionssjukdom. Att ha med tre frågor istället för en triggerfråga i intervjuerna upplevdes som en bra start för diskussion. Under intervjuerna var uppsatsens författare fokuserad på att ställa rätt följdfrågor samt att se till att intervjusvaren skulle vara kopplade till uppsatsens syfte. Att ha med följdfrågor ledde till mer utvecklade svar från informanterna. De första två frågor som användes i intervjuerna var öppna frågor medan den tredje som hade kunnat leda till ett ja eller nej svar resulterade i att informanterna beskrev på ett detaljerat sätt sina uppfattningar av fysisk aktivitet som en del av omvårdnaden av äldre patienter med depressionssjukdom. Enligt Graneheim och Lundman (2012) är det viktigt att alla deltagare får samma frågor att svara på under intervjuerna. Samtidigt innebär intervjuerna en process där forskaren kan få ny insikt kring studiefenomenet vilket kan påverka de följdfrågor som ställs (Graneheim & Lundman, 2012).

9.1.3 Överförbarhet

I relation till studiens överförbarhet är det tänkbart att intervjuerna skulle kunna genomföras utifrån mentalsköternas perspektiv. Enligt Graneheim och Lundman (2012) är överförbarheten kopplad till att bedöma i vilken mån resultatet skulle kunna överföras till andra grupper. För att kunna bedöma studiens överförbarhet är det angeläget att ge en utförlig beskrivning av studiens urval, deltagare, kontext, datainsamling och dataanalys (Graneheim & Lundman, 2012). I denna magisteruppsats har alla dessa aspekter beaktas, vilket ökar studiens överförbarhet.

9.1.4 Delaktighet

Eftersom detta är en kvalitativ studie är forskarens delaktighet av vikt. Den kvalitativa forskarens roll behöver beaktas även om uppsatsens författare strävade efter att vara så neutral som möjligt under intervjuerna för att inte påverka deltagarnas svar på frågor. Även om uppsatsens författare strävade efter att vara så neutral och öppen som möjligt och tillät informanterna att prata ostört anses forskaren i kvalitativa studier vara delaktig i forskningsprocessen genom sin närvaro i samspelet under intervjuerna. Enligt Graneheim och Lundman (2012) innebär detta att forskaren bidrar till texten genom interaktionen i intervjun.

Detta innebär att studiens resultat inte kan betraktas som en del som är oberoende av forskaren (Graneheim & Lundman, 2012).

Forskaren i studier med kvalitativ ansats pendlar mellan närhet och distans och bidrar till forskningsprocessen (Graneheim & Lundman, 2012). Enligt Polit och Beck (2012) ansvarar den kvalitativa forskaren för att vissa ämnen blir täckta i deras semistrukturerade intervjuer. Dennes roll i processen är till viss del semistrukturerad medan informanternas del i intervjun inte anses vara det eftersom forskaren inte vet hur deltagarnas intervjusvar kommer att se ut (Polit & Beck, 2012). Tekniken leder till att forskaren kan samla in den önskade informationen samt att informanterna får möjlighet att öppet diskutera de valda ämnena (Polit & Beck, 2012).

9.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen har uppsatsens författare valt att diskutera de sex subkategorier som framkom i uppsatsens resultat: praktiskt stöd, emotionellt stöd, socialt stöd, fysisk inverkan, psykisk inverkan och social inverkan. De diskuteras i relation till annan litteratur och till Barkers tidvattenmodell (2005) med fokus på tre begrepp (självdömen, andradömen och världendömen) som tillhör denna omvårdningsmodell.

9.2.1 Praktiskt stöd

Det praktiska stöd som de intervjuade sjuksköterskorna i denna magisteruppsats erbjuder till äldre med depressionssjukdom kan relateras till Barkers världendömen (2005). Informanterna tar upp vikten av att skriva omvårdningsplaner där aktivitet bör läggas till. Enligt Barker och Buchanan – Barker (2005) är världendömen kopplad till att utföra en omvårdningsplan som fokuserar på individens behov som denne uppfattar dem.

De omvårdningsplaner som utförs bör vara anpassade för den enskilda individen betonas av de intervjuade sjuksköterskorna. Omvårdningsplanerna bör skrivas så långt det är möjligt tillsammans med patienten. I de fall då patienten inte kan närvara när omvårdningsplanen skrivs bör sjuksköterskan se till att hen blir underrättad om det som har gjorts och om vilken planering som gäller för den närmaste vårdtiden. Informanterna understryker att det är viktigt att kartlägga patientens behov. Denna aspekt kan också relateras till världendömenbegreppet. Enligt Barker och Buchanan - Barker (2005) är det vårdpersonalens ansvar att fråga patienten vad denne upplever vara anledningen till kontakten med den psykiatriska vården. Detta ingår i

den holistiska bedömning som sjuksköterskan bör göra tillsammans med patienten (Barker & Buchanan – Barker, 2005).

Sjuksköterskor tar upp betydelsen av att erbjuda individanpassad vård till patienter. I omvårdnadsarbetet anses vara viktigt att bekräfta patienten och att utgå från dennes förmågor och resurser. De intervjuade sjuksköterskorna benämner att det är angeläget att lära känna patienten och att ta del av den enskilde individens historia för att kunna främja fysisk aktivitet hos denne. Denna strategi skulle kunna leda till en förbättring av patientens omvårdnad enligt informanterna. Barker och Buchanan – Barker (2005) skriver att eftersom tidvattenmodellen är individanpassad är det betydelsefullt att vårdpersonalen funderar på anledningen till att patienten upplever problem i nuläget, att tänka på det som fungerar för denna individ samt ta hänsyn till dennes personliga teori.

Det som benämns av de intervjuade sjuksköterskorna är vikten av att kartlägga patienternas behov för att se hur de skulle kunna lägga upp omvårdnaden på bäst sätt och att ha en helhetssyn över de patienter som de vårdar. I likhet med Hardings (2013) och Happells et al. (2011) artiklar betonar informanterna i min studie betydelsen av att ha en helhetssyn över patienterna. I Hardings (2013) artikel framkom att sjuksköterskor skulle kunna vara behjälpliga genom att identifiera och klargöra sina tankar och perspektiv i relation till varje patient. Happell et al. (2011) skrev att fysisk aktivitet ansågs vara viktig för att främja psykisk hälsa hos patienter. Enligt Happell et al. (2011) hade de psykiatrisjuksköterskor som deltog i deras studie möjligheten av att utveckla ett helhetsperspektiv kring omvårdnaden av människor med psykiska sjukdomar. Fysisk aktivitet ansågs vara en viktig del av helhetssynen på patienter (Happell et al., 2011).

Informanterna berättar att de tar hänsyn till att de vårdar äldre med depressionssjukdom när de planerar omvårdnaden för denna patientgrupp. Att kunna sätta mål och att se till att de är anpassade till den enskilda individen bedöms vara av ytterst vikt för patientens omvårdnad enligt sjuksköterskorna. Barker och Buchanan – Barker (2005) skriver att vårdpersonalen skall sätta mål. De bör vara rimliga och representerar de steg som individen tar under processen. Enligt Barker och Buchanan - Barker (2008) är det viktigt att målen tillhör individen. De representerar vägen till patientens återhämtning.

Vikten av patientsamtal belyses av de intervjuade sjuksköterskorna i min studie. Att uppmuntra äldre patienter med depressionssjukdom till att motionera upplevs vara en viktig del av omvårdnadsarbetet enligt mina informanter. Samtalets betydelse tas också upp i Hardings (2013) och Waugh (2006) artiklar. Harding (2013) skrev i sin studie att en öppen dialog mellan patienter och vårdpersonal relaterad till individens behov och önskemål kring

motion ansågs vara betydelsefull. Waugh (2006) skrev att sjuksköterskor borde uppmuntras till att erbjuda samtal kring depressionssjukdomen till patienter samt borde fråga dem hur de på bästa sättet skulle kunna behöva få stöd från vårdpersonalen.

I Lee, Lee, Brar, Rush och Jolleys (2014) artikel framkom att det fanns ett starkt samband mellan fysisk aktivitet och depressiva symtom hos äldre personer. Enligt Lee et al. (2014) studie ansågs utövning av motion vara en skyddande faktor mot depressionssjukdomen. Att skriva fysisk aktivitet på recept istället för att ge råd bedömdes vara en bra strategi för att kunna främja motion hos patienter (Lee et al., 2014). Även om en stor del av vårdpersonalen ofta inte erbjöd rådgivning relaterad till fysisk aktivitet var det viktigt att ta hänsyn till att personalen hade stor möjlighet till att motivera äldre till att utöva fysisk aktivitet (Lee et al., 2014). Likheten mellan resultatet i min studie och Lees et al. (2014) artikel kännetecknas av vikten av att aktivera sig för äldre patienter med depressionssjukdom.

En stor del av informanternas arbete anses vara kopplad till att informera äldre med depressionssjukdom om fysisk aktivitet samt om riskerna med att inte röra på sig. Till skillnad från Happells et al. (2013a) studie fokuserar inte mina informanter på det faktum att patienterna inte är tillräckligt aktiva utan mest upplyser om betydelsen av att följa upp att de verkligen aktiverar sig. Enligt Happell et al. (2013a) upplevde sjuksköterskor inom psykiatrisk vård att den vanligaste åtgärden i relation till fysisk aktivitet var att erbjuda information. Happell et al. (2013a) skrev att majoriteten av sjuksköterskor i deras studie ansåg fysisk aktivitet som viktig, men tyckte att patienter med psykiska sjukdomar inte var tillräckligt aktiva och att de saknade motivation till att aktivera sig. Sjuksköterskor var intresserade av att utveckla sina kunskaper och färdigheter kring fysisk aktivitet (Happell et al., 2013a).

9.2.2 Emotionellt stöd

Det emotionella stöd som patienter får av de intervjuade sjuksköterskorna kan relateras till Barkers självdomänbegrepp (2005). Enligt Barker och Buchanan – Barker (2005) kan återhämtningsprocessen inom tidvattenmodellen leda till att man rekonstruerar självdomänen och bygger en annan uppfattning om vem patienten är som person. Individerna behöver identifiera de personliga resurser som kan användas som stöd utifrån sitt eget perspektiv när personen tar de steg som behövs för återhämtning (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Enligt informanterna är det angeläget att bygga upp en allians med sina patienter för att kunna vårda dem. De intervjuade sjuksköterskorna påpekar att för att kunna hjälpa patienter

är det betydelsefullt att de lyssnar på det personalen berättar för dem. Om det inte finns något bra förtroende mellan patienter och vårdpersonal går det inte att tillämpa en god omvårdnad enligt informanterna. Waugh (2006) skrev att patienter med psykiska problem ofta kunde uppleva att deras behov inte tillgodosågs och om de upplevde att de inte togs på allvar av vårdpersonalen kände de att det inte fanns någon mening med att be om hjälp. Grunden för en god omvårdnad är en bra vårdrelation enligt informanterna. De intervjuade sjuksköterskorna i min studie upplevde att för att kunna bygga upp en sådan relation krävs tid och ett genuint patientintresse. Barker (2001) betonar att sjuksköterskor bör utveckla mellanmänskliga relationer till sina patienter för att tillsammans kunna utforska deras upplevelser av hälsa och sjukdom.

De intervjuade sjuksköterskor i min studie berättar om hur viktigt det är som sjuksköterska att ägna tid åt äldre patienter med depressionssjukdom. Till skillnad från mina informanternas svar används begreppet ”terapeutisk tid” i Thomson och Hamiltons (2012) studie. Thomson och Hamilton (2012) skrev att sjuksköterskor som deltog i deras studie använde sig av en strategi som kallades ”terapeutisk tid”. Detta betydde att psykiatrisjuksköterskorna i Thomson och Hamiltons (2012) studie spenderade ostört tid med patienter genom att båda parter deltog i olika spel, trädgårdsarbete eller gick tillsammans på promenadgrupper. Sjuksköterskorna ansåg att denna åtgärd kunde förbättra relationen mellan dem och patienter (Thomson & Hamilton, 2012). Det framkom i Forsbergs et al. (2011) studie att det var viktigt för vårdpersonalen att utveckla aktiviteter där patienter med psykiska sjukdomar och personal skulle kunna delta tillsammans. Det skulle leda till att patienterna fick möjlighet till att glömma bort patientrollen under dessa aktiviteter samt att skapa goda relationer till vårdpersonalen (Forsberg et al., 2011).

Informanterna i denna magisteruppsats belyser vikten av att stödja äldre med depressionssjukdom till att leva så pass självständigt liv som möjligt. De intervjuade benämner att patienterna bör uppfatta sjuksköterskor som stöttepelare som finns där för att ge dem stöd, men att det är patienten som bestämmer över sin omvårdnad. Detta kan kopplas till tidvattenmodellen som understryker vikten av att bevara patienternas självständighet. Denna modell fokuserar på betydelsen av att främja patientautonomi (Barker & Buchanan – Barker, 2010). Enligt Barker (2001) är tidvattenmodellen kopplad till den enskilda individens berättelser och erfarenheter. Att använda tidvattenmodellen inom psykiatrisk omvårdnad resulterar i att vårdpersonalen stärker individens resurser (Barker, 2001). En viktig del är att fundera på hur lite personalen kan göra för att hjälpa personen och hur mycket individen kan

utföra för att åstadkomma terapeutiska förändringar inom sig själv (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

9.2.3 Socialt stöd

Informanterna berättar att de upplever att patienterna genom fysisk aktivitet i sällskap av personal får möjlighet till att göra något tillsammans med någon annan person. De berättar att det är väldigt viktigt för patienter som lider av depressionssjukdom att de inte känner sig isolerade. Det händer ofta att dessa patienter är ensamma på grund av att de har förlorat släktingar och vänner eller att de inte längre har ett arbete att gå till. I samband med promenad har sjuksköterskan möjlighet till att erbjuda patienten samtal vilket också är viktigt för att få in den sociala aspekten. Informanternas sociala stöd till äldre med depressionssjukdom kan kopplas till Barkers (2005) andradomänbegrepp. Barker och Buchanan – Barker (2005) relaterar andradomänen till den värld där det sociala samspelet äger rum och där vi får stöd från andra människor.

Det som de intervjuade sjuksköterskorna i min studie berättar är att de kan erbjuda socialt stöd till patienterna genom att göra dem sällskap på promenader eller genom att uppmuntra dem till att träffa vänner och släktingar. Enligt informanterna är det av vikt att inte tvinga ut patienterna själva och att ta hänsyn till deras behov av sällskap. Barker och Buchanan – Barker (2005) skriver att det viktigaste i denna domän är att främja de förutsättningar som leder till att individen får möjlighet till att skapa relationer som kan främja känslan av vänskap, av socialt stöd, av tillhörighet och samhörighet med andra individer i samhället (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Individen bör också identifiera vilket stöd som behövs från andra människor och hur det kan visa sig vara betydelsefullt (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

För människor med depressionssjukdom är det viktigt att de upplever att de erbjuds det sociala stöd som behövs. Uppsatsens författare anser att sjuksköterskor har möjlighet att erbjuda socialt stöd till äldre med depressionssjukdom genom att uppmuntra dem till att delta i aktiviteter på föreningar där man förutom att utöva motion får tillfälle att träffa nya människor. I min studies resultat understryks vikten av psykosociala interventioner för äldre patienter med depressionssjukdom, vilket också framkommer i Lu och Hsiehs (2012) artikel. Enligt Lu och Hsieh (2012) var psykosociala interventioner viktiga för att förebygga att äldre skulle bli deprimerade. Patienternas delaktighet i sociala aktiviteter i samhället ansågs vara kopplad till det psykosociala stöd som skulle kunna förhindra att de drabbades av depressionssjukdom (Lu & Hsieh, 2012).

I likhet med Krause – Parellos (2012) studie och Skärsäter, Ågren och Denckers (2001) artikel nämner mina informanter det sociala stödet i relation till äldre med depressionssjukdom. Samtidigt beaktas inte i dessa artiklar kopplingen till promenad i sällskap av sjuksköterskan och medpatienter, som skulle innefatta både motion och ett tillfälle till att få sällskap och ett socialt sammanhang med tanke på ensamhetsproblematiken som förekommer hos människor med depressionssjukdom. Denna korrelation till fysisk aktivitet är något som mina informanter refererar till i intervjuerna.

Krause - Parello (2012) skrev att förändringar under utvecklingen av åldrandet kunde orsaka en minskad känsla av mening samt känslor av ensamhet som skulle kunna leda till depressiva episoder. Dessa förändringar kunde bestå av hälsoproblem eller förlust av närstående. Socialt stöd bör användas i omvårdnaden av dessa individer (Krause - Parello, 2012). Enligt Skärsäter et al. (2001) ansågs det socialt stödet vara en förebyggande faktor mot depression. Detta stöd betraktades vara en betydelsefull komponent som skyddar individen mot stressfyllda livshändelser (Skärsäter et al., 2001).

9.2.4 Fysisk inverkan

Fysisk aktivitet enligt informanterna har en positiv fysisk inverkan på patienters hälsa. De benämner att fysisk aktivitet kan leda till att äldre med depressionssjukdom får ökad aptit, att sårrisken och propprisken minskas avsevärt. Barkers (2005) begrepp kring självdömen kan relateras till hälsans fysiska aspekt och den positiva effekten som motion har på individens hälsa. Enligt Barker och Buchanan - Barker (2005) kan depressionssjukdomen påverka patienter på det sättet att de inte längre sköter sitt matintag, inte dricker tillräckligt, inte tar hand om personliga hygien eller inte aktiverar sig. Denna typ av självförsummelse kan kopplas till Barkers självdömenbegrepp (2005).

Detta beteende när individen försummar sin egen hälsa kan också relateras till äldre personer som lider av en psykisk sjukdom (Barker & Buchanan - Barker, 2005). Olika psykiska problem kan leda till att individen får försämrad aptit eller att hen dricker väldigt sparsamt vilket lätt kan resultera i dehydrering. Hen har oförmåga att sköta sin hygien vilket ökar infektionsrisken (Barker & Buchanan - Barker, 2005). En av de konsekvenser som den psykiska sjukdomen kan ha för individen är att hen inte längre är kapabel att hand om sig själv. Att tillfredsställa sina primära behov representerar inte längre en prioritet för patienten. Det är viktigt att vårdpersonalen uppmärksammar individens omvårdnadsbehov (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Informanterna påpekar vikten av att ta hänsyn till patienternas somatiska sjukdomar även om de vårdas på avdelningen på grund av psykiska problem. Uppsatsens författare understryker det faktum att det är av ytterst vikt att specialistsjuksköterskan i psykiatri besitter gedigna kunskaper i psykiatrisk och somatisk omvårdnad med tanke på att individer med psykiska sjukdomar ofta har en komplex problematik med samsjuklighet. Förekomsten av multisjuklighet är högre hos äldre människor jämfört med den yngre generationen. Enligt SBU (2015) leder ett normalt åldrande till att individen så småningom tappar muskel- och benmassa och får ledsjukdomar. Med den höga åldern försvagas synen, hörseln, immunförsvaret, hjärtkapaciteten, lungfunktionen, de kognitiva funktionerna samtidigt som risken för fall, frakturer och infektioner blir högre (SBU, 2015). Enligt Psykiatriska riskföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2014) skall specialistsjuksköterskan i psykiatri kunna identifiera både lindriga och komplicerade tillstånd av samsjuklighet hos patienter med psykiska sjukdomar.

Det framkom i Waughs (2006) artikel att sjuksköterskor borde vara uppmärksamma på patienters somatiska problem i relation till inkontinens och smärta. Det belystes betydelsen av att ta hänsyn till individens somatiska problem tillsammans med de psykiska besvären (Waugh, 2006). Förekomsten av smärta under en lång period i samband med att individen isolerar sig på grund av inkontinensproblem uppfattades vara riskfaktorer för att utveckla depressionssjukdom (Waugh, 2006). Både mina informanter och Waughs artikel (2006) upplyser om vikten av att beakta den psykiatriska patientens somatiska problem.

Vårdpersonalen bör ta hänsyn till patienters somatiska sjukdomar enligt de intervjuade sjuksköterskorna. Flera informanter berättar att som sjukvårdspersonalen har man ansvar för att informera vilka risker ett inaktivt liv har för fysisk hälsa som till exempel att utveckla hjärtsjukdomar, problem med skelettmuskulaturen samt att få diabetes. Happell, Platania - Phung och Scott (2013b) skrev att psykisk sjukdom ansågs vara kopplad till risken av att utveckla somatiska sjukdomar som till exempel hjärtsjukdomar. Enligt Happell et al. (2013b) underströks behovet av en vårdstrategi som skulle ta hänsyn till patienters somatiska hälsa med tanke på den förhöjda risken för somatiska problem. Det ansågs att de somatiska besvären skulle kunna ha en negativ påverkan på psykisk hälsa (Happell et al., 2013b). Även deltagandet i en liten mängd utomhusaktiviteter, som till exempel en gång i veckan uppfattades kunna främja patientens fysiska funktion (Rantakokko et al., 2015).

9.2.5 Psykisk inverkan

Barkers självdomänbegrepp (2005) kan kopplas till den inverkan som fysisk aktivitet har på patientens mående och välbefinnande. Som sjuksköterska är det betydelsefullt att observera vilka strategier kopplade till fysisk aktivitet gör att patientens psykiska mående förbättras enligt informanterna. De intervjuade sjuksköterskorna berättar att de tycker att fysisk aktivitet kan leda till att patienterna kan bli mindre ångestfyllda och rastlösa. De intervjuade sjuksköterskorna belyser vikten av fysisk aktivitet som en del av förändringsprocessen som gör att patienternas mående förbättras efter motions utövning. Detta kan kopplas enligt uppsatsens författare till tidvattenmodellen som nämner vikten av återhämtningsprocessen för individen.

Barker (2004) skriver att enligt tidvattenmodellen tror vårdpersonalen på att återhämtningsprocessen och förändringar hos individen är möjliga att uppnå. Barker (2004) understryker att det är individen själv som vet det som är bäst för honom och det är han som har de resurser som behövs för att kunna återhämta sig. Som vårdpersonal är det viktigt att man hjälper patienten att få grepp på det som händer inom i dennes inre värld enligt Barker (2004). Patientens upplevelser och berättelser är unika för individen (Barker, 2004). I en studie uppmanades sjuksköterskor att vara observanta på olika tecken på försämring av den äldre patientens mående. En ökning av patientens aktivitetsnivå med betoning på fysisk aktivitet borde stödjas (Waugh, 2006). Enligt SBU (2015) finns det inte omfattande vetenskapliga belägg för att kunna värdera den fysiska aktivitetens inverkan vid depressionssjukdom hos människor som är äldre än 65 år. Samtidigt understryker informanterna i denna magisteruppsats att de utifrån sina praktiska erfarenheter upplever att fysisk aktivitet skulle kunna leda till minskade depressionssymtom och en lägre läkemedelskonsumtion hos denna patientgrupp.

De intervjuade sjuksköterskorna benämner att utövning av fysisk aktivitet kan leda till att patienterna blir mer avslappnade och att de kan glömma bort de negativa tankar som hindrar dem från att medverka i olika aktiviteter. Det framkom i Wallaces et al. (2014) studie att genom att främja fysisk aktivitet hos äldre patienter fick sjuksköterskor tillfälle att förbättra deras känsla av självständighet och livskvalitet. Depressionssjukdomen är ett av de vanligaste tillstånd som försämrar patientens funktionsnivå och som kan leda till stora problem för individen (Young, 2012). Depressionssjukdomen kan uttrycka sig genom att individen inte längre visar intresse för aktiviteter samt har en låg sinnestämning (Young, 2012). Individens livskvalitet försämras och denna påverkan blir ännu större när man är äldre (Karlsson, 2013).

Den positiva inverkan som fysisk aktivitet har på äldre med depressionssjukdom kan resultera i att individens dygnsrytm och sömn stabiliseras samt att den påskyndar förbättringsprocessen enligt informanterna. I linje med Djukanović et al. (2015) artikel framkommer i min studie att fokus bör läggas på att utöka välbefinnandet hos denna patientgrupp genom att erbjuda dem adekvat behandling och omvårdnad.

Djukanović et al. (2015) belyste vikten av att upptäcka depressiva symtom hos äldre människor med depressionssjukdom och att kunna erbjuda dem rätt vård som skulle leda till ett utökat välbefinnande för denna patientgrupp. Erdner och Magnusson (2012) skrev i en vetenskaplig artikel att låg självkänsla hos människor med psykiska sjukdomar skulle kunna leda till att patienter tappar initiativförmågan och att de får svårigheter i att utföra dagliga aktiviteter. Ett strukturerat program, som till exempel att ta en promenad ansågs ha en positiv effekt på hälsan (Erdner & Magnusson, 2012).

9.2.6 Social inverkan

Enligt informanterna leder den fysiska aktivitetens sociala inverkan på äldre med depressionssjukdom till att individerna får en känsla av tillhörighet medan de promenerar tillsammans med sjuksköterskan eller medpatienter. Att patienterna deltar i gymnastikövningar med andra patienter gör att deras mående förbättras och att de får nya intryck enligt de intervjuade sjuksköterskorna.

Den sociala effekt som motion har på patientens hälsa skulle kunna kopplas till Barkers andradomänbegrepp (2005), vilket har att göra med de personer som ingår i dennes sociala krets som till exempel familj, släktingar, vänner och bekanta. Barker och Buchanan – Barker (2005) skriver angående andradomänen att det finns mycket stigmatisering i samhället i relation till personer som lider av psykiska sjukdomar. Den vanligaste konsekvensen av denna stigmatisering är känslan av isolering från familj, kompisar och samhälle (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Den fysiska aktivitetens sociala inverkan på individers hälsa kan stödjas av sjuksköterskor enligt uppsatsens författare genom att uppmuntra patienterna till att delta i olika aktiviteter och inte isolera sig socialt. Barker och Buchanan – Barker (2005) skriver att genom att informera individen om att anknyta sig till en lokal förening där till exempel patienter med samma sjukdom träffas får denne möjlighet till att utveckla känslan av tillhörighet och gemenskap. Detta skulle också leda till en minskning av den stigmatiseringseffekt som den psykiska sjukdomen har på individen (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

Det understryks av mina informanter vikten av ett socialt sammanhang som individen skulle kunna uppleva tack vare fysisk aktivitet med tanke på flera patienters ensamhetsproblematik. De sjuksköterskor som intervjuades av uppsatsens författare nämner problematiken kring ett begränsat nätverk hos denna patientgrupp, vilket tas upp i Lundmans och al. (2012) studie. Enligt Lundman et al. (2012) skrev att äldre människor ansågs uppleva i större utsträckning förluster av familjemedlemmar och vänner i relation till den höga åldern jämfört med den yngre generationen. På grund av olika sjukdomar försämrades patienternas rörelseförmåga vilket ledde till en negativ påverkan på deras livskvalitet (Lundman et al., 2012). Happell et al. (2012) belyste i en studie att förbättrad somatisk hälsa skulle kunna leda till bättre psykisk hälsa samt en utveckling av individens sociala relationer. Wallace et al. (2014) betonade att genom att motivera äldre till aktivering fick sjuksköterskor möjlighet till att kunna bryta den sociala isoleringen hos dessa individer. Detta nämns också av informanter i min studie.

Vårdpersonalen borde stödja äldre individer till att utveckla känslan av sammanhang som kopplades till bättre hälsa och livskvalitet enligt Tan, Vehviläinen - Julkunen och Chan (2013). Edlund, Laurer och Drayton (2015) lyfte fram att motion förutom psykosociala terapier skulle kunna leda till individens återhämtning från depressionssjukdom. Äldre personer borde stödjas till att delta i någon motionsform baserad på deras funktionella kapacitet (Edlund et al., 2015). Medan motion uppfattades kunna ge positiva effekter på somatisk hälsa ansågs deltagandet i olika aktiviteter kunna ha social nytta för patienter som led av depressionssjukdom enligt Edlund et al. (2015). Med stöd av fysisk aktivitet skulle patienten kunna få möjlighet att skapa nya relationer samt utveckla sin självständighetskänsla (Edlund et al., 2015). Mina informanters uppfattningar om relationen mellan fysisk aktivitet och äldre patienter med depressionssjukdom liknar resultatet i Edlunds et al. (2015) artikel. Tidvattenmodellen fokuserar på den typ av stöd som människor skulle behöva få för att räddas från kriser och för att få dem återkomma till sina vanliga liv (Barker, 2001). Det slutgiltiga målet är kopplat till det tillstånd då individen upplever att hen inte längre behöver detta stöd, vilket kan hända när individen flyttas från en avdelning till en annan vårdinrättning som ger psykiatrisk vård (Barker & Buchanan - Barker, 2005).

9.3 Kliniska implikationer

Det understryks i min studie att sjuksköterskor funderar på betydelsen av fysisk aktivitet för dessa patienter och att det inte bör glömmas bort vikten av att främja fysisk aktivitet till fördel av andra aktiviteter som också ingår i sjuksköterskans dagliga arbete. Utifrån studiens resultat

är det värt att fundera på olika strategier som skulle kunna underlätta för sjuksköterskor att främja fysisk aktivitet i sitt omvårdnadsarbete utifrån de olika förutsättningar som de har på sina arbetsplatser.

Hänsyn bör tas till att sjuksköterskor som arbetar på en akut psykiatrisk slutenvårdsavdelning måste anpassa arbetsuppgifterna till arbetstempot och verksamheten. Sjuksköterskans ansvar ligger i att se till att en omvårdnadsåtgärd som till exempel som fysisk aktivitet verkligen utförs i praktiken. Teamet som arbetar kring individen har en stor betydelse när det gäller att samarbeta för att genomföra de aktiviteter som läggs i patientens omvårdnadsplan.

Resultatet av min studie kan integreras i den kliniska vardagen genom att få sjuksköterskor mer medvetna om nyttan med fysisk aktivitet för äldre patienter med depressionssjukdom. Ett sätt att inkludera detta i klinisk vardag är att börja diskutera ämnet på arbetsmöten samt att sträva efter att få stöd från ledningen för att bättre kunna tillämpa fysisk aktivitet i omvårdnadsarbetet.

9.4 Förslag till fortsatt forskning

Ett förslag till fortsatt forskning är att intervjua sjuksköterskor inom öppen psykiatrisk vård eller på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning som inte är specialiserad på att vårda äldre patienter för att undersöka om det förekommer mer varierande svar kring detta ämne. Ett alternativ till vidare forskning är att fundera på om det är genomförbart att utföra denna studie utifrån mentalsköternas perspektiv och granska hur de upplever att fysisk aktivitet hos äldre patienter med depressionssjukdom skulle kunna främjas.

Ur litteraturen framgår det att det inte finns mycket forskning som är kopplad till vilken effekt som fysisk aktivitet har på den psykiska hälsan hos äldre patienter med depressionssjukdom vilket tyder på att det finns ett behov av att inhämta utökad kunskap angående relationen mellan fysisk aktivitet och depression hos denna patientgrupp. Samtidigt är det angeläget som sjuksköterska inom psykiatrisk vård att utveckla sina kunskaper kring omvårdnaden av äldre patienter med depressionssjukdom. Informanterna i min studie uppger att de ser på fysisk aktivitet inte enbart som motion som är betydelsefull för patienters fysiska hälsa utan att den också har en psykisk och social inverkan på äldre människor drabbade av depressionssjukdom. En central aspekt är att ta reda på vilken typ av fysisk aktivitet passar den enskilda individen enligt dennes önskemål. Det som också behöver studeras vidare är att

ta reda på hur äldre patienter med depressionssjukdom upplever att utövandet av fysisk aktivitet påverkar deras hälsa.

10. Slutsats

Alla sex intervjuade sjuksköterskor i denna studie uppfattade fysisk aktivitet som en bra strategi att tillämpa i omvårdnaden av äldre med depressionssjukdom. Sjuksköterskorna upplevde att de hade flera möjligheter till att främja fysisk aktivitet hos denna patientgrupp. Att ta ut patienterna på promenad utanför sjukhuset var enbart ett av dessa tillfällen. Informanterna kunde motivera till motion genom att börja skriva anamnes och status på patienterna. Omvårdnadsplanerna skulle skrivas tillsammans med varje patient. Det var betydelsefullt att kartlägga patienters behov och bemöta deras önskemål. Varje patient sågs som en enskild individ med egen vilja och förmåga till att aktivera sig. De olika typer av stöd som sjuksköterskor kunde erbjuda patienterna var: praktiskt, emotionellt och socialt. De intervjuade sjuksköterskorna upplevde att det var ytterst viktigt att tänka på helheten kring sina patienter. Det ansågs att fysisk aktivitet skulle kunna ha fysisk, psykisk och social inverkan på individen. Detta var betydelsefullt med tanke på att patienterna ofta var multisjuka.

Fysisk aktivitet kunde enligt informanterna leda till att patienter kände sig motiverade till att återuppta kontakten med släktingar och vänner och att de upplevde att deras psykiska och fysiska mående förbättrades avsevärt. Viktiga faktorer för omvårdnadsarbetet var att ge patienter tid, att inte sätta för stora omvårdnads mål och att utveckla goda vårdrelationer till dem. Sjuksköterskor benämnde vikten av att främja fysisk aktivitet hos äldre med depressionssjukdom. Det kan kopplas till Barkers tidvattenmodellen (2005) som understryker betydelsen av att erbjuda individanpassad vård till patienterna och att utveckla goda mellanmänskliga relationer till dem.

11. Referensförteckning

- Barker, P. (2001). The tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2, 213-223.
- Barker, P. (2004). Beyond empowerment: revering the story teller. *Mental Health Practice*, 7(5), 18-20.
- Barker, P., & Buchanan – Barker, P. J. (2005). *The Tidal Model. A Guide for Mental Health Professionals*. London: Routledge.
- Barker, P., & Buchanan – Barker, P. J. (2008). The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 93-100.
- Barker, P., & Buchanan – Barker, P. J. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171-180. doi: 10.3109/01612840903276696.
- Cahoon, C. (2012). Depression in older adults. *The American Journal of Nursing*, 112(11), 22-29.
- Climstein, M., & Egger, G. (2014). Fysisk aktivitet: specifika ordinationer för sjukdomshantering och rehabilitering. I S. Rössner, G. Egger & A. Binns (Red.). *Levnadsvanor. En klinisk handbok* (s.149-169). Lund: Studentlitteratur.
- Clingnet, F., van Meijel, B., van Staten, Lampe, I. & Cuijpers, P. (2012). The Systematic Activation Method (SAM) in Depressed Elderly: A Case Report, *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 25-33.
- Davison, T.E., McCabe, M., Mellor, D., Karantzas, G., & George K. (2009). Knowledge of late-life depression: an empirical investigation of aged care staff. *Aging & Mental Health*, 13(4), 577-586. doi: 10.1080/13607860902774428.

- Di Marco, F., Terraneo, S., Roggi, M. A., Reposi, A., Pellegrino, G., Veronelli, Santus, P., Pontiroli, A., & Centanni, S. (2014). Physical Activity Impairment in Depressed COPD Subjects. *Respiratory Care*, *59*(5), 726-734. doi: 10.4187/respcare.02848.
- Djukanović, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health*, *19*(6), 560-568, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.962001>.
- Edlund, B., Lauerer, J., & Drayton, S. (2015). Recognizing depression in the late life. *The Nurse Practitioner*, *40*(2), 35-42.
- Erdner, A., & Magnusson, A. (2012). Physical activities and their importance to the health of people with severe mental illness in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*, 676-679. doi: 10.3109/01612840.2012.697253.
- Forsberg, K. - A., Lindqvist, O., Björkman, T. N., Sandlund, M., & Sandman, P. O. (2011). Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *25*, 357-364. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Studentlitteratur AB.
- Grundberg, Å., Ebbeskog, B., Dahlgren, M., & Religa, D. (2012). How community-dwelling seniors with multimorbidity conceive the concept of mental health and factors that may influence it: A phenomenographic study. *International Journal of Qualitative Studies Health and Well-being*, 1-13. 7:19716-<http://dx.doi.org/10.342/qhw.v7i0.19716>.

- Happell, B., Platania - Phung, C., & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: a leadership role for mental care nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 310-318.
- Happell, B., Platania - Phung, C., & Scott, D. (2013a). Survey of Australian mental health nurses on physical activity promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 15(3), 148-161. doi: 10.1080/14623730.2013.824162.
- Happell, B., Platania - Phung, C., & Scott, D. (2013b). Mental Health Nurse Incentive Program: Facilitating physical health care för people with mental illness? *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 399-408. doi: 1111/inm.12006.
- Harding, S. (2013). Direct care staff perspectives related to physical activity in mental health group homes. *Journal of Psychosocial Nursing*, 51 (12), 38-43.
- Harris, T., Kerry, M. S., Victor, C., R., Ekelund, U., Woodcock, A., Illiffe, S., Whincup, P. H., Beinhon, C., Ussher, M., Limb, S.E., David, L., Brewin, D., Adams, F., Rogers, A., & Cook, D.G. (2015). A Primary Care Nurse-Delivered Walking Intervention in Older Adults: PACE (Pedometer Accelerometer Consultation Evaluation) - Lift Cluster Randomised Controlled Trial. *PLOS Medicine*, 12(2), 1-23. doi:10.1371/journal.pmed.1001783.
- Iqbal, S., & Bassett, M. (2008). Evaluation of perceived usefulness of activity scheduling in an inpatient depression group. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 393-398.
- Karlsson, I. (2009). Psykiska sjukdomar vid åldrande. I J. Herlofson (Red.). *Psykiatri* (s.202-212). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, I. (2013). Depressionssjukdom vid åldrandet. I K. Sparring Björkstén (Red.). *Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (s. 35-54). Stockholm: Gothia Fortbildning.

- Kjellman, B. (2003). Depression. I A. Ståhle (Red.). *FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet* (s.131-139). (Rapport nr: 2003:44). Sandviken: Statens Folkhälsoinstitut.
- Kouvonen, A., Swift, J.A., Stafford, M., Cox, T., Vahtera, J., Väänänen, A., Heponiemi, T., de Vogli, R., Griffiths, A., & Kivimäki, M. (2012). Social participation and maintaining waist circumference: prospective evidence from the English longitudinal study of aging. *Journal of Aging and Health, 24*(2), 250-268.
- Krause - Parello, C. A. (2012). Pet ownership and older women: the relationships among loneliness, pet attachment support, human social support and depressed mood. *Geriatric Nursing, 33*(3), 194-203.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, H., Lee, J.-A., Brar, J., Rush, E. B., & Jolley, C. J. (2014). Physical activity and depressive symptoms in older adults. *Geriatric Nursing, 35*, 37-41.
- Lexell, J. (2003). Äldre. I A. Ståhle (Red.). *FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet* (s.391-397). (Rapport nr: 2003:44). Sandviken: Statens Folkhälsoinstitut.
- Lu, L.-C., & Hsieh, P.-L. (2012). Frontline healthcare providers' views of depression and its prevention in older adults. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 1663-1671.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04276.x.
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Lövheim, H., Nygren, B., Santamäki Fischer, R., Strandberg, G., & Norberg, A. (2012). Inner strength in relation to functional status, disease, living arrangements and social relationships among people aged 85 years and older. *Geriatric Nursing, 33* (3), 167-176.

- Mcevoy, P., Law, A., Bates, R., Hylton, K., & Mansell, W. (2013). Using behavioural activation in the treatment of depression: a control theory perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 890-895.
- Nyboe, L., & Lund, H. (2013). Low levels of physical activity in patients with severe mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(1), 43-46.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Peterson, U., & Åsberg, M. (2014). Depression hos äldre. Går det att förebygga? I S. Rolfner Suvanto (Red.). *Äldres psykiska hälsa och ohälsa. Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder* (s.212-223). Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Philipps, L. (2015). Retirement community residents' physical activity, depressive symptoms and functional limitations. *Clinical Nursing Research*, 24 (1), 7-28. doi: 10.1177/1054773813508133.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykiatriska riskföreningen för sjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. www.psykriks.se
- Rantakokko, M., Pakkala, I., Äyrääinen, I., & Rantanen, T. (2015). The effect of out-of-home activity delivered by volunteers on depressive symptoms among older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 19 (3), 231-238, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.924092>.

- Skärsäter, I., Ågren, H., & Dencker, K. (2001). Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 107-114.
- Souza, M.A., Fillenbaum, G.G., & Blay, S. L. (2015). Prevalence and correlates of physical inactivity among older adults in Rio Grande do Sul, Brazil., *PLOS ONE*, 10(2). 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0117060.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2015). *Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt*. Mölnlycke: Elanders Sverige AB.
- Tan, K. – K., Vehviläinen-Julkunen, K., & Chan, S. W. – C. (2013). Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. *Journal of Advanced Nursing* 70(3), 497-510. doi: 10.1111/jan.12221.
- Thomson, L. D. A., & Hamilton, R. (2012). Attitudes of mental health staff to protected therapeutic time in adult psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 911-915. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01871.x.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vaishali, K., Kumar, S., Kumar, V., & Adhikari, P., (2012). Relationship of age, gender och routine physiotherapy with depression among elderly people in a multidisciplinary in-patient geriatric care ward: a cross-sectional study. *Physiotherapy and Occupational Journal*, 5(1), 19-26.
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L. Van Heeringen, C., & Annemans, L., (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1569-1578. doi: 10.1111/jocn.12076.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wallace, R., Lees, C., Minou, M., Singleton, D., & Stratton, G. (2014). Effects of a 12-week community exercise programme on older people. *Nursing Older People*, 26(1), 20-26.

Waugh, A. (2006). Depression and older people. *Nursing Older People*, 18(8), 27-31.

Young, N. (2013). Non – pharmacological treatments for patients with depression. *Nursing Standard*, 28(7), 43-51.

Zeng, W., North, N., & Kent, B. (2012). A framework to understand depression among older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2399-2409. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04049.x.



Bilaga 1

Informationsbrev till verksamhetschef

Fysisk aktivitet för äldre personer med depressionssjukdom

Ni tillfrågas härmed om att godkänna genomförandet av denna studie som syftar till att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter inom psykiatrisk vård av att stimulera äldre deprimerade patienter till fysisk aktivitet.

Jag är en legitimerad sjuksköterska som arbetar inom Norra Stockholms Psykiatri, studerar specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatri på Ersta - Sköndal Högskola och söker nu cirka tio informanter till min studie som kommer att bli en magisteruppsats. Deltagarna skall vara sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk slutenvård och som har erfarenhet av att möta äldre personer med depressionssjukdom.

Fysisk aktivitet har använts enligt tidigare forskning i den somatiska vården med bra effekt för många sjukdomar. Samtidigt saknas det evidens om hur sjuksköterskor inom psykiatrisk vård på bästa sättet tillämpar fysisk aktivitet i sitt vårdarbete med äldre deprimerade patienter. Studier belyser det faktum att fysisk aktivitet ger goda resultat hos äldre deprimerade patienter. Med begreppet ”äldre patienter” menas patienter som är över 65 år. Det behövs mer kunskap angående fysisk aktivitet i relation till denna patientgrupp utifrån sjuksköterskors perspektiv.

Under veckorna 46-49 planeras intervjuer med sjuksköterskor som vårdar dessa patienter på en slutenvårdsavdelning inom psykiatrisk vård. Det kommer att hållas enskilda semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att frågeområdena bestämdes före intervjuerna.

Intervjun pågår under högst en timme och kommer att genomföras under deltagarnas arbetstid. Intervjuerna kommer att spelas in på en diktafon och därefter transkriberas. Intervjumaterialet kommer att hållas inlåst så att inga obehöriga får tillträde till det. Efter det att magisteruppsatsen är avslutad kommer intervjumaterialet att förstöras. Intervjuerna kommer inte att kunna härleda till enskilda individer och deltagarna till studien kommer att avidentifieras.

Deltagarna informeras att de har möjlighet att ta en paus under intervjun och att om de inte längre önskar medverka i studien kommer intervjun att avbrytas. Om intresse finns, kommer det att finnas möjlighet att läsa den färdiga magisteruppsatsen.

För ytterligare information angående magisteruppsatsen kontakta:

Oana Crisan

Leg. Sjuksköterska, Studerande inom Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatri,

Ersta - Sköndal Högskola

Tel. XXXXXXXXX

Mejladress: oana.crisan@student.esh.se

Handledare

Åke Grundberg

Psykiatri- och distriktssköterska/Projektledare

Doktorand vid Karolinska Institutet

Tel. 08XXXXXXXXXX

Mejladress: ake.grundberg@XX



Bilaga 2

Informationsbrev till sjuksköterskor

Till dig som kan tänkas medverka i en intervju

Fysisk aktivitet för äldre personer med depressionssjukdom

Jag är en legitimerad sjuksköterska som arbetar inom Norra Stockholms Psykiatri, studerar specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatri på Ersta - Sköndal Högskola och söker nu cirka tio informanter till min studie som kommer att bli en magisteruppsats. Informanterna skall vara **sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk slutenvård och som har erfarenhet av att möta äldre personer med depressionssjukdom.**

Enligt studier har fysisk aktivitet använts i den somatiska vården med gott resultat för många sjukdomar. Samtidigt saknas det evidens inom den psykiatriska vården om hur sjuksköterskor inom psykiatrisk vård på bästa sättet tillämpar fysisk aktivitet i sitt vårdarbete med äldre deprimerade patienter. Med begreppet ”äldre patienter” menas patienter som är över 65 år. Det finns ett behov av ytterligare kunskap angående motion i relation till denna patientgrupp utifrån sjuksköterskors perspektiv. Jag skulle vilja intervjua dig om dina erfarenheter som sjuksköterska då du försökte få äldre deprimerade patienter att utöva motion.

För att få fram mer kunskap kring detta område kommer intervjuer att hållas med sjuksköterskor som arbetar nära dessa patienter på en slutenvårdsavdelning inom psykiatrisk vård. **Intervjuerna planeras att genomföras under veckorna 46-49.** Enskilda strukturerade intervjuer kommer att utföras, vilket innebär att frågeområdena bestäms före intervjun.

Intervjun pågår **under högst en timme** och kommer att genomföras under arbetstid. Intervjuerna kommer att spelas in på en diktafon och därefter transkriberas. Intervjumaterialet kommer att förvaras inlåst så att inga obehöriga får tillträde till det. Efter det att magisteruppsatsen är färdig kommer intervjumaterialet att förstöras. Deltagarnas identitet kommer att skyddas och enskilda personer kommer inte att kunna identifieras utifrån intervjuerna. Intervjun kan avbrytas när som helst om deltagaren upplever att hen behöver ta en paus eller denne inte längre önskar medverka i studien. För den som är intresserad kommer det att finnas möjlighet att läsa den färdiga magisteruppsatsen.

Om du önskar ställa upp på en intervju, gå vidare till bilaga 2 som finns nedan.



Bilaga 3

SKRIFTLIGT SAMTYCKE

Om du är intresserad av att bli intervjuad som en del i magisteruppsatsen, v.g. lämna ditt samtycke, din namnteckning, ditt namnförtydligande, ditt telefonnummer och din mejladress för att bli kontaktad.

Namnteckning:

Namnförtydligande:

Telefonnummer:

Mejladress:

För ytterligare information angående magisteruppsatsen kontakta:

Oana Crisan

Leg. Sjuksköterska, Studerande inom Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatri,
Ersta - Sköndal Högskola

Tel. XXXXXXXXXXXX

Mejladress: oana.crisan@student.esh.se

Handledare

Åke Grundberg

Psykiatri- och distriktssköterska/Projektledare

Doktorand vid Karolinska Institutet

Tel. 08XXXXXXXX

Mejladress: ake.grundberg@XX

Bilaga 4

Tabell med exempel från analysen

Kategori	Stöd riktat på att främja fysisk aktivitet			Inverkan på hälsa		
	Praktiskt stöd	Emotionellt Stöd	Socialt stöd	Fysisk inverkan	Psykisk inverkan	Social inverkan
Exempel på koder	Gångträning med patienten	Vårdrelation	Göra något tillsammans	Mer aptit	Minska rastlösheten	Socialt sammanhang
	Motiverande samtal	Egenvårdsförmåga	Dela stunden med personal	Minska sårrisken	Tillfriskna från depression	Social stimulans
	Kartlägga behoven	Stöttepelare	Att gå ut i sällskap	Minska risken för propp	Välbefinnande	Känna en tillhörighet
	Sätta upp mål	Så ett frö	Den sociala biten	Förbättrad balans	Ångestlindring	Få en gemenskap

