



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 16

Antall ord: 7169

Sammendrag:

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvordan en som sykepleier kan hjelpe personer med angst og depresjon til å bli mer fysisk aktive. Bakgrunn for oppgaven ligger i det stadig større fokuset på fysisk aktivitet ikke bare for å oppnå det perfekte ytre, men nå også som alternativ for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Oppgaven ble gjennomført som en litteraturstudie, som består av en systematisk gjennomgang av vitenskapelig relevant forskning og relevant teori. Det ble gjennomgått 4 relevante forsknings artikler, samt et utvalg av litteratur. Egne erfaringer, teori og forskning danner grunnlaget for å svare på problemstillingen *Hvordan kan sykepleiere hjelpe personer med angst og depresjon til å være mer fysisk aktive?* Konklusjonen viser at mellommenneskelig kontakt mellom pasient og sykepleier, og anerkjennelse er med på å øke motivasjonsnivået til pasienten. Det kreves videre forskning på hva fysisk aktivitet gjør for mennesker med angst og depresjon for å kunne se virkningen over et langtidsperspektiv.

Summary:

The purpose of this exercise was to see how a nurse can help people with anxiety and depression to become more physically active. Background of this task lies in the increasing focus on physical activity not only to achieve the perfect exterior, but also as an alternative to help people with mental disorders. The task was conducted as a literature study, which consists of a systematic review of scientific research and relevant theory. It was reviewed 4 relevant research articles, as well as a selection of literature. Own experience, theory, and research form the basis for responding to the problem. *How can nurses help people with anxiety and depression to be more physically active?* The conclusion shows that interpersonal contact between patient and nurse, and recognition helps to increase the motivation level of the patient. It requires further research on how physical activity makes for people with anxiety and depression in order to see the impact over a long time horizon.

Innholdsfortegnelse

1.0 Valg av tema	5
2.0 Problemstilling	6
2.1 Valg av problemstilling	6
2.2 Avgrensing	6
2.3 Presisering av problemstilling	7
3.0 Metode	8
3.1 Valg og bruk av metode	8
3.2 Innhenting og bearbeiding av data	8
3.3 Kvalitetskriterier og kildekritikk	9
3.4 Etisk aspekt	10
4.0 Teori	11
4.1 Sykepleiefaglig perspektiv	11
4.2 Fysisk aktivitet, angst og depresjon	15
5.0 Diskusjon	19
5.1 Å motivere pasienter gjennom et mellommenneskelig forhold og anerkjennelse	19
5.2 Å individualisere trening	21
5.3 Avslutning	24
6.0 Konklusjon	24
Litteraturliste	26
Vedlegg 1	29
Vedlegg 2	30

*”For å forstå livet, må vi komme
i bevegelse og stupe inn i det og
Berøre det helt personlig.”*

Skard 2000

1.0 Valg av tema

Verdens Helse Organisasjon (WHO) definerer fysisk aktivitet som enhver kroppslig bevegelse som blir produsert av skjelettets muskulatur og som krever energiforbruk. Fysisk inaktivitet er mangel på fysisk aktivitet og utgjør en stor risiko for kronisk sykdom. Inaktivitet er beregnet til å kreve om lag 1,9 millioner dødsfall på verdensbasis (1.WHO). Regelmessig fysisk aktivitet er med på å bedre den fysiske formen vår og gjør oss rustet til å mestre hverdagens utfordringer og krav. Menneskekroppen er skapt for bevegelse, får ikke kroppen det aktivitetsnivået den trenger vil den forfalle. Da vil kroppen ikke være like motstandsdyktig ovenfor sykdommer og brudd (Martinsen, 2009). Per år i Norge regner en med kostnader på omtrent 6 milliarder kroner som følge av utilstrekkelig fysisk aktivitet (Aktivitets håndboken 2008). Som fremtidig sykepleier ser jeg det som viktig å ha kunnskaper om hvordan en kan hjelpe personer til å bli fysisk aktive, og hvordan en kan hjelpe dem å få aktivitet inn i dagliglivet. I lov om helsetjeneste i kommunen står det i § 1- 2 *Helsetjenestens formål: Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen* (Lovdata 1984).

2.0 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere hjelpe personer med angst og depresjon til å være mer fysisk aktive?

2.1 Valg av problemstilling

Større fokus på fysisk aktivitet og trening er bra, da det gjør mennesker mer bevisst på hva fysisk aktivitet og trening gjør for kroppen. Ikke bare blir kroppen bedre trent, men også hjernen blir bedre trent, man minsker risiko for diabetes type 2, hjerte og karsykdommer, depresjon osv. Til sammen 33 ulike tilstander og sykdommer kan en forebygge ved fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet 2009). Fysisk aktivitet fører ifølge Morgan og Goldston (1987) til psykisk sunnhet, og fysisk aktivitet er forbundet med reduksjon av mild depresjon og angst. (Siteret Bracegirdle. 2005, s. 119). I følge Martinsen (2004) kan fysisk aktivitet defineres på denne måten, ”*som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur, som medfører energibruk*”. Dette vil da si at all aktivitet som gjør at vi beveger oss er fysisk aktivitet. Tradisjonelt sett har ikke fysisk aktivitet vært naturlig forankret i det psykiatriske behandlingsmiljøet. Det har vært tilfeldigheter og personlig interesser som har vært med på å få fysisk aktivitet mer og mer inn som behandlingsmetode i psykiatrien (Martinsen 2004). Som fremtidig sykepleier ble jeg nysgjerrig på hva fysisk aktivitet kan gjøre for mennesker som har angst og depresjoner. Jeg var også nysgjerrig på hva jeg som fremtidig sykepleier kan gjøre for å hjelpe dem med å komme i gang med fysisk aktivitet.

2.2 Avgrensning

Grunnet oppgavens omfang har jeg måttet avgrenset oppgaven en god del. Fra før har jeg avgrenset oppgaven til personer med angst og depresjon. Dette gjøres da det er grupper som en finner i alle alderstrinn, samt at jeg i mitt yrke som fremtidig sykepleier vil møte på disse

menneskene ofte, enten jeg jobber på sykehus, sykehjem, hjemmetjenesten eller i annet helserelatert arbeid. Videre vil jeg avgrense oppgaven til personer som går på dagsenter eller annet frivillig tilbud som en har pga sin psykiske lidelse. Da går jeg ut i fra at personene på dagsenteret eller som går på annen aktivitet klarer å komme seg til og fra dagsenteret på egenhånd. Jeg går også ut i fra at personene er oppegående og ikke har noen fysiske funksjons hemninger. Alderen på personene skal være mellom 16 og 55 år, dette gjøres kun på bakgrunn av den erfaringen jeg selv har fra dagsenter. På dagsenteret var gjennomsnitts alderen 30 år. Ved å velge denne aldersgruppen føler jeg at jeg vil få dekket ett bredt spekter. Jeg vil i denne oppgaven fokusere på aktivitet som krever at personene beveger seg både med armer og ben i middels til sterk grad. Jeg tar i denne oppgaven for meg hvordan en som sykepleier kan hjelpe personer til å bli mer fysisk aktive. Med hjelp vil jeg avgrense oppgaven ytterligere til profesjonell kommunikasjon. Dette gjøres ut i fra de observasjoner jeg har gjort i praksis. Med profesjonell kommunikasjon mener jeg kommunikasjon som er basert på yrkets verdigrunnlag, i mitt fremtidige yrke som sykepleier vil dette da være hjelpende, men også lyttende kommunikasjon.

2.3 Presisering av problemstilling

Jeg vil se på hvordan jeg som fremtidig sykepleier, kan hjelpe personer som har angst og depresjon til å være fysisk aktive. Utvalget vil være personer som bestemmer over seg selv, personer som går på dagsenter eller annen aktivitet som en har tilbud om pga av sin psykiske lidelse. Jeg vil her se på personer fra begge kjønn, og vil dermed ikke se på ulikheten hos kjønn, men generelt hvordan fysisk aktivitet hjelper begge kjønn. Som fremtidig sykepleier vil kommunikasjon være den viktigste oppgaven en har for å hjelpe personene til å bli mer fysisk aktive. Dette da jeg ser på kommunikasjon som den viktigste motivasjons kilden. Det å ha god kommunikasjon er med på å skape gode relasjoner mellom hjelper og pasient, som igjen er med på å gjøre det lettere å motivere pasienten til fysisk aktivitet.

3.0 Metode

3.1 Valg og bruk av metode

Metode er en fremgangsmåte som en bruker da en vil frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som framsettes og har som krav å være sanne, holdbare eller gyldige. Metoden er med på å fortelle oss hvordan en bør gå frem for å få framskaffet den kunnskapen eller etterprøve kunnskapen. Når en velger en bestemt metode, gjør en dette da en mener den metoden vil gi oss de data og belyse de spørsmål som er interessante for oss på en faglig måte (Dalland, 2000).

I min oppgave brukte jeg litteraturstudie som er inspirert av et systematisk studie. Med systematisk studie, mener en den fremgangsmåten en har for å få de data som trengs. I en litteraturstudie bruker man litteraturen som informasjons kilde. Når en skal ha en litteraturstudie vil en hente fakta fra litterære bøker og data fra et antall (vanligvis 5 – 6) vitenskaplige artikler eller rapporter som er relevante for oppgaven (Olsson & Sørensen, 2006). Den innsamlede dataen skal siden settes opp i en dialog med den litterære teorien, videre skal man drøfte ut i fra formål og spørsmålsstillinger (Olsson & Sørensen, 2006).

3.2 Innhenting og bearbeiding av data

Da jeg skulle innhente litteratur som var relevant til min problemstilling gikk jeg gjennom pensumlitteraturen og på bibliotekets sider søkte jeg etter relevant litteratur som belyste fysisk aktivitet til personer med angst og depresjon, samt litteratur om kommunikasjon til personer med angst og depresjon. Det var i hovedsak 2 bøker om fysisk aktivitet som skilte seg ut som gode og svært relevante bøker for min oppgave. Disse to var Egil Martinsen sin bok ”Kropp og sinn; fysisk aktivitet og psykisk helse”, og Helsedirektoratet sin ”Aktivitets håndbok; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Når det kom til å finne relevant litteratur om kommunikasjon var det svært mange bøker en kunne ha tatt med, men jeg valgte å ha som et kriterie at litteraturen skulle inneholde både bekreftende kommunikasjon og hjelpende kommunikasjon. Her var det boken til Tom Eide og Hilde Eide ”Kommunikasjon i praksis; relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid” som var mest relevant. I tillegg brukte jeg

Solfrid Vatne sin bok ”Korrigerer og anerkjenner; relasjonens betydning i miljøterapi”. Fra tidelig av hadde jeg valgt ut Travelbee som sykepleierteoretiker med sin bok ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie”. I denne oppgaven har jeg tatt med egne erfaringer fra praksis og utsagn som pasientene har fortalt meg. Disse erfaringene og utsagnene kommer frem i drøftingsdelen.

Da jeg skulle innhente vitenskapelige artikler/rapporter brukte jeg søkebasene som er tilgjengelige på bibliotekets hjemmesider. Jeg brukte både ProQuest, Svemed, Ovid og Vård i Norden for å finne frem til artikler, da jeg av erfaring har sitt at det er disse databasene som har gitt meg flest relevante artikler. Det var kun på sidene ProQuest og Ovid jeg fant artikler som jeg syntes var relevante for min oppgave. Jeg brukte søkeord som; ”physical activity”, ”anxiety”, ”depression”, ”exercise” om en annen for å få frem de artiklene jeg ønsket. De artiklene jeg fant var; ”Physical activity, exercise, depression and anxiety disorder”, ”Comparison of Aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the Treatment of Panic Disorder”, ”Dietitians and Exercise Physiologists in Primary Care: Lifestyle Interventions for Patients with Depression and/or Anxiety” og ”Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice”. Det å finne relevante artikler var krevende da en som regel fikk opp artikler om overvektige, kols pasienter eller om eldre med angst og depresjon. Dermed måtte en luke ut disse ordene med å skrive ”**not** overweight, **not** COPD, **not** mature.” Ved å skrive opp dette var det lettere å sile ut hvilke artikler som var relevante for meg. Hele søkeprosessen samt artiklenes oppbygning er fremstilt på et eget skjema (vedlegg 1 og 2). Her kommer det frem hvilke søkeord som gav treff og hvilke kombinasjoner av søkeord jeg brukte, samt en kort oversikt over de forskjellige artiklenes mål og funn.

3.3 Kvalitetskriterier og kildekritikk

I denne oppgaven har jeg brukt både primær- og sekundærkilder. Dette har jeg gjort bevist for å kunne styrke sekundærkildene mine med primærkildene. Primærkilder er tekster som ikke er blitt omformulert og presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige (Dalland, 2000). Mine primærkilder har hjulpet meg til å styrke sekundærkildene, et eksempel på det er at jeg

har tatt fagpersonell sine tolkninger av fysisk aktivitet og kommunikasjon, og styrket den med utsagn fra personer som har angst og depresjon samt egne erfaringer fra praksis. All valgt litteratur, med unntak av Travelbee sin bok som ble skrevet i 1971, men senere omgjort til norsk i 1999, er av nyere årgang. Det vil si at både de primær- og sekundærkildene, samt de vitenskapelige artiklene er fra 2000 eller nyere. Dette har jeg gjort da jeg i min oppgave legger vekt på hva jeg som fremtidig sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasientene jeg møter, dermed trenger jeg ny dokumentert kunnskap og teori for å kunne yte mitt beste.

Da jeg skulle finne artikler valgte jeg kun å ta med artikler som hadde enten angst og/eller depresjon som sitt hovedfokus. Siden la jeg også vekt på at artiklene helst skulle være av utenlands opprinnelse, dette da det finnes svært lite forskning i Norge på akkurat dette området. Det var lite forskning på motivasjon og fysisk aktivitet som var relevant til min oppgave. Jeg fant kun 1 artikkel som oppfylte kravet om å ta for seg både fysisk aktivitet og motivasjon til personer med angst og depresjon, det er ”*Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise. Nordic Walking in family practice*”, skrevet av Sujia. K., med flere (2009). Ut i fra funn og tema i artikkelen valgte jeg å bruke denne som hoved artikkel og bygget den opp funn fra de 3 andre artiklene, som henholdsvis tar for seg fysisk aktivitet til personer med angst og depresjon (vedlegg 1 og 2 viser artikkel, tema og funn).

Resultatene som ble funnet i artiklene vil jeg ta med inn i drøftingsdelen. Dette gjøres da jeg føler en vil få bedre oversikt over resultatene, samt det vil være lettere å sette de vitenskapelige artiklene opp mot teorien som jeg har.

3.4 Etisk aspekt

Etikk er læren om normer og verdier som forteller en hva som er rett og hva som er galt. Ved vanskelige valg i livet skal etikk være med på å gi oss veiledning i våre handlinger (Dalland 2000). Når en skal gjøre en systematisk litteraturstudie bør en på forhånd ha tenkt gjennom hvilke etiske aspekter en skal ta hensyn til (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Når en ser på litteraturstudie er det funn fra fagbøker og forskningsartikler som er med på å strukturere oppgaven. Derfor er det viktig at en har med rett kildehenvisning og at en ikke bedriver plagiering (Forsberg og Wenstrøm, 2008). Det finnes etiske og vitenskapelige normer mot fusk

og uhederlighet. Den svenske Kommitte om forskningsetikk (1998) har skrevet en liste på 5 punkter om vitenskapelig uredelighet:

1. *Uredelighet i forbindelse med håndtering av data/kildemateriale og vitenskapelig metode.*
 2. *Plagiering – det å ta noe som en annen har gjort og føre det videre som om det var ens eget.*
 3. *Uredelighet i forbindelse med publisering.*
 4. *Uredelighet i forbindelse med interessekonflikter.*
 5. *Manglende dømmekraft og upassende atferd.*
- (Olsson og Sørensen, 2006. Sitert s. 62).

I bøkene jeg har benyttet, har jeg tilstrebet å sitere forfatteren slik de har utalt seg, for å unngå plagiat. Av de artiklene som jeg har brukt i oppgaven, står det kun skriftlig i en av artiklene at den er godkjent av etisk faglig komitee. Men jeg går ut i fra at de 3 andre også er godkjent av etisk faglig komiteer da det ligger implesivt i de nettdatabasene jeg har brukt at de er referibedømte. I alle artiklene er deltagerne blitt anonymisert, og det er ikke mulig å finne ut hvor eller hvem som var med i forskningen. Jeg ser ikke noen form for etiske dilemmaer for kunne gjennomføre oppgaven. Jeg ønsker her istedenfor å belyse et nytt og aktuelt tema som kan være til nytte for meg i jobb som fremtidig sykepleier. De artiklene som jeg fant er gode artikler som er med på å belyse den problemstillingen som jeg har satt meg.

4.0 Teori.

4.1 Sykepleiefaglig perspektiv.

Travelbee (1999, s 29) definerer sykepleie slik;

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller å mestre erfaring med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse”.

Travelbee (1999) understrekte betydningen av å etablere et mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier – i dette forholdet skal partene være likeverdige, og relasjonen skal være preget av gjensidighet. Det var Travelbee som først brukte begrepet menneske – til – menneske – forhold. Ifølge Travelbee (1999) er det mellom hver pasient og sykepleier en kommunikasjon, enten den er non- verbal eller verbal. Med non – verbal kommunikasjon mener en den kommunikasjonen som blir gitt på andre måter enn muntlig språk. Man kommuniserer med hele kroppen. Utseende, holdninger, atferd, ansiktsuttrykk, manerer og gester er alle med på å kommunisere til den andre parten om hvordan en har det. Denne typen for kommunikasjon kan både være bevist, men også ubevist. Ifølge Travelbee er det ofte den non – verbale kommunikasjonen som gir best informasjon. Men for å kunne nyttiggjøre denne informasjonen må en som sykepleier være i stand til å observere denne typen kommunikasjon. Travelbee legger vekt på at målet med kommunikasjon er *”å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt.”* (Travelbee 1999, s 139). For å kunne nå de målene en har satt seg er det visse forutsetninger som må være til stede. Travelbee mener at det første en må vite er *hva* som skal oppnås i interaksjonen, *hvorfor* sykepleienes mål og hensikt skal oppfylles og *hvordan* en kan samhandle og kommunisere for å nå de mål og hensikter en har satt (Travelbee 1999; Kristoffersen, 2006). Travelbee ser på hvert individ som unikt og at en derfor skal tilrettelegge kommunikasjonen til hvert enkelt individ. Sykepleiens mål og hensikt er ifølge Travelbee å hjelpe andre mennesker til å kunne mestre, bære og finne mening under sykdommen og lidelsene, å gi dem hjelp til å akseptere sin sårbarhet som mennesker og å bevare håpet (Kristoffersen, 2006). Travelbee sitt teoretiske grunnlag er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi. De psykoterapeutene hun brukte da var Victor Frankl og Rollo May. Eksistensialisme er en filosofisk bevegelse hvor fokuset er på

individets konkrete eksistens. Eksistens er det konkrete livet individet har levd og dens måte å være til stede på i verden (Martinsen, V., 2008). Humanetisk psykologi legger vekt på forståelsen av enkelt menneskets på dets egne premisser. Personens egne opplevelser, valg og verdier har en sentral plass (Hummelvoll, J, K., 2006)

I kommunikasjon med personer har anerkjennelse er sentral plass, særlig for personer med psykiske lidelser. En som tar opp dette er Solfrid Vatne.

”Anerkjennelse er så grunnleggende for menneskers utvikling at opplevelsen av det motsatte kan medvirke til utvikling av psykiske problemer. Å bli møtt med anerkjennelse er derfor viktig for pasienters bedringsprosesser” (Vatne, S., 2006, sitert s. 7).

Vatne legger vekt på i sin doktorgrad (2006) at det å gi ros til pasienten ved å fremheve de gode egenskapene en har, er med på å bekrefte ovenfor pasienten at en kan klare å nå de mål en har satt seg så lenge en går inn for det selv. Bekreftelsen en gir er ofte relatert til å vise pasienten omsorg, gjennom å være til stede og kunne ta imot pasientens følelser. Det å være tilstede ikke bare fysisk, men også psykisk er viktig. Med dette mener en at en skal kunne være en aktiv lytter. Det å lytte aktivt mener Vatne (2006) er å lytte til hva som ligger bak de ordene pasienten forteller, slik at en som hjelper kan få tak i hva pasienten mener. Etter at en har lyttet, deler en den fortellingen en har hørt med pasienten, slik at en gir pasienten mulighet til å reflektere over opplevelsen andre har av det en fortalte (Vatne, S., 2006). Likeverd er sentralt for å oppnå anerkjennelse. Når en snakker om likeverd mellom hjelper og pasient mener en at pasienten skal ha like stor rett til å si sin mening og å ha sin egen opplevelse av livet som hjelperen, samt at begge henvender seg til hverandre som subjekter. Likeverd handler om respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte (Vatne, S., 2006). Dersom en hjelper fastslår hva som er riktig og galt for andre å oppleve, skaper dette sinne og motstand. Også det å nå inn til pasientens fornuftsside, for eksempel med realitetsorientering, er med på å trigge aggresjon frem istedenfor å dempe den. Dette kan henge sammen med at en ikke møter pasienten på dens nivå, men snakker ut i fra sine egne oppfatninger (Vatne, S., 2006). Det å gi bekreftelse handler om å gi gyldighet til pasientens opplevelse. Bekreftelse er ikke en selvstendig tilnæringsform, men en del av et *sammenhengende sett av væremåter innenfor gjensidig anerkjennelse* (Varne, S., 2006 sitert s. 138). Det innebærer at en også må kunne lytte, ha forståelse, akseptere pasienten og ha toleranse for pasientens syn på omverdenen (Vatne, S., 2006).

Både Travelbee og Vatne legger vekt på at det å ha god kommunikasjon er viktig for å oppnå best mulig kontakt med personen. Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Profesjonell kommunikasjon er ikke det samme som kommunikasjon i dagliglivet. Med profesjonell kommunikasjon menes den kommunikasjonen som hører ens yrke til, basert på yrkets verdigrunnlag (Eide & Eide, 2004). For at god kommunikasjon skal være hjelpende er det viktig at hjelperen har evne til å se den andre personen og styre samtalen ut i fra hva en ser den andre har behov for (Eide & Eide, 2004). Det finnes mange former for kommunikasjon, enten den er nonverbal eller verbal, spørrende, utforskende eller utfordrende. Hvordan kommunikasjonen vil være har mye å si om hvordan situasjonen er. Som Travelbee understreker er hvert individ unikt og en må dermed tilrettelegge kommunikasjonen etter hver person (Eide & Eide, 2004). Hvordan en som helsepersonell skal gå frem er det ikke en entydig oppskrift på, men en har ti grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som kan være til stor hjelp.

1. å lytte til den andre
2. å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. å skape gode og likeverdige relasjoner
4. å møte den andres behov og ønsker på en god måte
5. å stimulere den andres ressurser og muligheter
6. å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
7. å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
8. å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. å samarbeide om å finne frem til gode løsninger

(Eide & Eide, 2004, s 23).

4.2 Fysisk aktivitet, angst og depresjon.

3000 år før Kristus er det skrevet ned i en kinesisk lærebok, *Resept på et langt liv: Riktig ernæring, hvile, følelsmessig balanse, fysisk aktivitet* (Martinsen 2004). Opp gjennom tidene har fysisk aktivitet spilt en viktig rolle også når det gjelder mental helse. Fysisk aktivitet har vært koblet til depresjon opp gjennom historien. Robert Burton skrev i 1632 blant annet: ”*I motsetning til fysisk aktivitet er dovenskap eller mangel på fysisk aktivitet en ulykke for kropp og sinn (...) en av de sju dødssynder og en enkeltstående årsak til melankoli*” (Sitert Martisen 2004, s. 18). *Melankoli* er en form for dyp depresjon (1.Stor Norske Leksikon).

Det er vist at funn fra flere studier samt 37 kontrollerende forsøk har vist at fysisk aktivitet kan være med på å bidra til bedre fysisk selvfølelse og også andre selvoppfatninger. Det er også dokumentert at de positive endringene kan skje i alle aldre og for begge kjønn (Martinsen 2004).

Det er ulik mengde forskning som finnes om angst og depresjon. Depresjon er mest dokumentert, mens angst finnes det lite dokumentasjon på. Men ut i fra den forskning som finnes per dags dato er den positive effekten med trening gjennomgående i alle studiene. En av grunnene til at en nå har valgt å fokusere på fysisk aktivitet til mennesker med angst og depresjon er at de ofte å isolere seg pga av sin psykiske lidelse og dermed blir de lite fysisk aktive.

Angst er en av de vanligste psykiske lidelsene. I en befolkningsundersøkelse gjort i Norge og USA viste det seg at om lag 20 % av alle mennesker vil på et tidspunkt i livet sitt få en eller annen form av angst som vil trenge behandling. Undersøkelsen viste at om lag 10 % av befolkningen til enhver tid har angst (Martinsen 2004). En eller annen gang i livet vil alle oppleve angst, men det er når angsten tar kontroll over livet og fører til betydelige lidelser i menneskets liv og/eller funksjonen i dagliglivet at man kan kalle det en angstlidelse (Aare, T, F., m.flere 2009). Angst er ett spekter med følelser en ikke har kontroll over selv. Det kan være alt fra engstelse og uro til redsel og frykt som kan føre til panikk. Som oftest følges angsten av ulike kroppslige symptomer som svette, svimmelhet, hjertebank, pustevansker, spenninger i muskulaturen som skjelving og rastløshet. Også illebefinnende er ett av symptomene på at det sympatiske nervesystemet er overaktivt. I de fleste tilfeller kan angst også føre med seg bekymrings – og katastrofetanker, dette kjennetegnes ofte med at personen

blir tilbaketrasket og unngår da helst andre (Bahr 2008). Angst kommer i mange former. En har *panikk lidelse*, som kjennetegnes ved plutselige anfall, hvor en får raskt stigende angst med påfølgende pustevansker og hjertebank. *Agoraforbi*, vil si at en holder seg vekke fra åpne steder/steder med mange mennesker, da en er redd for å få et anfall av panikkangst eller panikk lignende symptomer. *Sosial fobi* eller *sosial angstlidelse* som en oftest sier, er redsel for å dumme seg ut offentlig. De er ofte så nervøse for at andre skal se at de er engstelige at de svetter og skjelver. *Spesifikke fobier* kjennetegnes med at personen/e er redde noe som generelt mennesker ikke er redde for, edderkopper, mus osv. *Obsessiv – kompulsiv lidelse* vil si tvangslidelse eller tvangsnevroser. En kjennetegner disse ved at de har tvangstanker og eller tvangshandlinger. *Posttraumatisk stresslidelse* rammer mennesker som har vært utsatt for katastrofelignende hendelser, disse traumatiske hendelsene blir gjenopplevd enten i våken eller sovende tilstand (Aktivitetshåndboken, 2008). Det foreligger en viss genetisk disposisjon for å få angst, og den er sterkest når det gjelder tvangslidelser. Det finnes også andre risikofaktorer som separasjon, omsorgssvikt i barndommen, mishandling, samt psykososiale påkjenninger senere i livet (Aktivitetshåndboken, 2008).

Ved angst ser en i flere kontrollerte forsøk at fysisk aktivitet reduserer angst og spenningsnivået. Dette gjelder både personer med normalt og forhøyet angstnivå (Martinsen, 2009). Det finnes også undersøkelser som viser at fysisk aktivitet er med på å forebygge angstlidelser (Aktivitetshåndboken, 2008). Personer med angstlidelser kan trene etter vanlige prinsipper, så lenge de ikke har fysiske hemninger som er med på å gjøre det vanskelig (Aktivitetshåndboken, 2008). Fysisk aktivitet til personer med angst er vitenskapelig lite dokumentert, men mange erfaringer, samt noen undersøkelser er med på å bekrefte at fysisk aktivitet har en positiv effekt for mennesker med angstlidelser. Den beroligende virkningen av fysisk aktivitet er veldokumentert, dermed kan fysisk aktivitet være et alternativ til alkohol og beroligende midler (Martinsen, 2009). Fysisk aktivitet og depresjon er veldokumentert både vitenskapelig og erfaringsmessig. En av de mest kjente menneskene som sier noe om fysisk aktivitet og depresjon er Nelson Mandela. I 20 år satt han i fengsel, mange av de årene på enecelle, han mener at det daglige treningsprogrammet han gjennomførte i fengselet bidro til at han kom ut som et sterkere og rikere menneske.

”Jeg har alltid trodd at fysisk aktivitet er en nøkkel ikke bare til fysisk helse, men også til sinnsro. Mange ganger lot jeg mitt sinne og frustrasjon gå utover en boksesekk istedenfor å ta det ut ovenfor en kamerat eller endatil en politimann. Trening løser opp spenninger, og

spenninger øker sinnsro. Jeg fant ut at jeg arbeidet bedre og tenkte klarere når jeg var i god fysisk form, så trening ble en av de ting i mitt liv som jeg aldri gir avkall på.”

Nelson Mandela.

(Sitert fra Martinsen, 2009 s, 53).

Depresjon er en vanlig sykdom og forekomsten av den er økende. Verdens Helseorganisasjon(WHO) rangerte i 2000 depresjon som det fjerde største helseproblemet i verden (Aktivitetshåndboken 2008).

”Den deprimerte er en person som har mistet troen – troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet på en høyere makt. Den deprimerte personens ånd er undertrykket, og hans sinn er fylt av fortvilte tanker. Kroppen oppleves langsomt – fungerende, matt og kraftløs. Nettopp disse sammenvevde faktorene er nødvendig å forstå om hjelperen skal kunne omforme personens splintrede syn på livet til et alternativt syn som gir grunnlag for håp, tro og frihet fra fortvilelsens fristelser.” (Sitert Hummelvoll 2006, s, 174).

Depresjon regnes diagnostisk til gruppen av psykiske sykdommer som betegnes som affektive lidelser (stemningslidelser), og deles i to hovedgrupper (Aktivitetshåndboken, s 276). Disse to gruppene er *bipolare* eller *manisk depressive lidelser*. Ved disse to gruppene varierer sykdomsfasen, det vil si at i enkelte perioder er personen deprimert eller nedstemt, mens i andre perioder er personen manisk eller oppstemt. Disse to gruppene av stemningslidelser er relativt sjeldne å rammer kun 1 % av befolkningen. De rene depresjonslidelsene, også kalt unipolare depresjoner, hvor en bare blir deprimert, vil ramme om lag 20 % av befolkningen i løpet av livet (Martinsen, 2009). Depresjon forekommer i stor grad sammen med andre psykiske lidelser/sykdommer, da særlig med angstlidelser, men kan også forekomme sammen med kroppslige sykdommer, her dominerer hjerte – karsykdommer. Når det gjelder depresjon finnes det ingen spesielt klar genetisk disposisjon som gir personer depresjon. Risikofaktoren for å få depresjon kan være negativt stress, som tapsopplevelser. For eksempel psykiske traumer, krenkelser eller separasjon i barndommen. Tap av ulike slag er den vanligste utløsende faktoren (Aktivitetshåndboken, 2008).

Fysisk aktivitet har en positiv effekt ved depresjon. Dette da den både kan hindre depresjonsepisoder og for å kunne behandle depresjonsepisodene, både når det er akutte

situasjoner og også på lengre sikt (Aktivitetshåndboken, 2008). Hele 22 av 25 befolkningsundersøkelser fra forskjellige land viste en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon. De positive effektene gjaldt begge kjønn og alle aldersgrupper, men hadde spesielt sterk effekt for kvinner og personer over 40 år (Martinsen, 2009).

5.0 Diskusjon

5.1 Å motivere pasienter gjennom et mellommenneskelig forhold og anerkjennelse.

Som nevnt tidligere i oppgaven viser Kommunehelsetjenesteloven (1984) til at sykepleiere skal fremme folkehelsen og informere og øke interessen for hva hver enkelt kan gjøre for å fremme sin egen sunnhet. For at sykepleiere skal kunne bedre pasienters helse må en ha kunnskap og kompetanse for å nå frem til pasientene. Travelbee (1999) understreker viktigheten av det å få etablert et mellommenneskelig forhold mellom pasienten og sykepleierske, for å kunne nå frem til pasienten og oppnå best mulig kontakt. Også Vatne (2006) legger vekt på at det å få godt kontakt mellom pasient og sykepleier er viktig. Dette da en som sykepleier viser pasienten at en er der for dem ikke bare fysisk, men også psykisk. I min praksis fikk jeg selv erfart at de jeg fikk best kontakt med og de jeg gav anerkjennelse til, var de som oppnådde best virkning når det gjaldt fysisk aktivitet, samt at motivasjonen steg i takt med resultatene. Pasientene gav selv uttrykk for at de satte pris på den mellommenneskelige kontakten, samt anerkjennelsen de fikk. En pasient kom bort til meg og sa, *”Livet mitt er blitt så mye bedre etter at vi fikk kontakt. Følelser og tanker jeg aldri har delt med andre eller våget å si, kan jeg nå fortelle uten å være redd for at du skal le eller tenke nedlatende om meg ...”* *”Det å kunne dele dette med andre har gjort meg mer sikker på meg selv, da jeg nå vet at jeg kan klare å nå de mål jeg setter meg, uansett hva andre sier til meg”* (Pasient sitat fra min praksis).

Artikkelen *”Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice”* (Sujia, K. m. fl., 2009), viser til målene som ble satt, som var å finne ut hvor motiverte deprimerte pasienter var til fysisk aktivitet. Det de fant ut var at tidlig i studien var pasientene lite motiverte til å trene regelmessig. Også når studien hadde pågått i noen måneder var motivasjonen til pasientene lav, dette svarte pasientene med at de så ingen fysiske eller psykiske forandringer. Da den regelmessige treningen gav resultater steg motivasjonen og den fortsatte å stige i takt med resultatene. Da det er lite vitenskapelig dokumentasjon om akkurat dette emnet kan jeg ikke fastslå helt konkret at dette vil være fasitsvarene på alle liknende studier, men jeg vil bygge opp under denne teorien med hva Helsedirektoratet sier i sin Aktivitetshåndbok om endringsatferd. *”Etter hvert som tiden går og atferden gjentas, får mosjonisten flere og flere positive opplevelser og merker flere effekter som blir av en mer langsiktig karakter. Disse erfaringene innlemmes i motivasjonen og får stadig større betydning som beveggrunn for å fortsette med mosjonen, mens betydningen av*

de ytre beveggrunnene blir mindre” (Sitert Aktivitetshåndboken, 2008, s.96).

Helsedirektoratet (2008) mener at en som hjelper, her i denne oppgaven som sykepleier, er svært viktig i begynnelsen for å motivere pasientene til å bli mer fysisk aktive gjennom god kommunikasjon og anerkjennelse. Dette da en i begynnelsen ikke alltid ser gevinsten av fysisk aktivitet tidelig (Aktivitetshåndboken, 2008). Travelbee (1999) legger vekt på at sykepleiers mål og hensikt er å hjelpe personer til å kunne mestre, bære og finne meningen med lidelsen samt å bevare håpet. For å bevare motivasjonen mener Vatne (2006) at anerkjennelsen er grunnleggende for at pasientene kan utvikle seg. Om en ikke får anerkjennelse kan en bli brutt ned både psykisk og fysisk. Vatne legger også vekt på i sin doktorgrad (2006) at det å rose pasienten å fremheve de gode egenskapene og målene en har oppnådd er med på å bekrefte ovenfor pasienten at en kan klare å nå de mål en har satt seg så lenge en går inn for det.

Dette så jeg selv da jeg var i praksis; pasienter som var frustrerte over å ikke oppnå noen gevinst av å være fysisk aktive de første ukene. Da så jeg viktigheten av å ha opparbeidet seg et godt mellommenneskelig forhold med pasientene. Et eksempel som jeg vil dra frem her er 2 pasienter som jeg var kontakten til (pasient 1 og 2). Jeg hadde fått god kontakt med begge, men følte jeg hadde knyttet ekstra tette bånd med pasient 1. Etter å ha vært fysisk aktiv regelmessig i 4 uker, kom pasient 1 til meg og var veldig frustrert, ”*Nå har jeg trent og trent, men jeg hverken ser eller føler endringer hverken psykisk eller fysisk*”. Etter en lang samtale hvor jeg kun lyttet til hva pasient 1 hadde å si gav jeg pasienten anerkjennelse og ros for det han/hun hadde gjort og forklarte også at det ville kunne ta tid før en ville se og merke endringer. Dette slo pasient 1 seg til ro med og fortsatte videre med den regelmessige treningen. Etter kun få uker merket pasient 1 bedring både fysisk og psykisk og ble mer motivert til å fortsette å trene.

Pasient 2 kom til meg på samme måte som pasient 1, fortvilet og opprørt over ikke å se bedring. Jeg merket at behovet til pasient 2 var å få tømt tanker og følelser. Etter å ha lyttet gav jeg pasient 2 anerkjennelse og ros, og forklarte på samme vis som til pasient 1 at det ville ta tid. Da fikk jeg i svar at nei det hadde han/hun ingen tro på. Det nyttet ikke hva jeg sa eller gjorde. Til slutt ba jeg en kollega som jeg visste hadde fått god kontakt med pasient 2 og som pasient 2 stolte på til å snakke med han/hun. Etter kun en samtale dem imellom var ting bedre og pasienten fortsatte med den regelmessige treningen, og motivasjonen økte etter samtalen dem imellom. Min erfaring her er at det ikke er godt nok å kun ha god kommunikasjon og god

tone mellom seg, det er riktig som Travelbee (1999) fremhever å ha et mellommenneskelig forhold for å kunne oppnå best mulig resultat.

I min fremtid som sykepleier vil det derfor være viktig at jeg skaper god mellommenneskelig kontakt med pasienten. Det å kunne gi anerkjennelse og ros vil være med på å bygge opp pasienten og gi dem motivasjon til å arbeide videre. Fremgangsmåten jeg velger å bruke for å oppnå den kontakten vil variere fra pasient til pasient da alle mennesker er unike individer og vil dermed ha ulike behov for å stole på personer.

5.2 Å individualisere trening.

Over de siste tiårene, spesielt det siste tiåret har verdenssamfunnet blitt mer og mer fokusert på de gode fysiske aktivitetene fører med seg. Ikke bare generelt for å oppnå det perfekte ytre, men nå i større grad enn før blir fysisk aktivitet sett på som en eventuell behandlingsform. Som fremtidig sykepleier vil det være viktig å ha kunnskap om hva som er med på å hjelpe den enkelte pasient til å kunne finne mening med sin psykiske tilstand, samt det å hjelpe pasienten videre til å få et positivt syn på seg selv og omverdenen.

Travelbee legger vekt på i sin sykepleie at hvert menneske er unikt. Mennesket har som person en rekke fellesmenneskelige erfaringer som en tar del i, blant annet lidelse og tap. Selv om det er mange mennesker som opplever tap og/eller lidelse i sitt liv, vil den enkeltes opplevelse og reaksjoner være individuelle (Travelbee, 1999). Travelbee definerte lidelse som ”... en erfaring som variere i intensitet, varighet og dybde. Lidelsen er en individuell reaksjon. I bunn og grunn er all lidelse en følelse av ubehage, som spenner fra enkle, forbigående mentale fysiske eller åndelige plager til ekstreme smerter, og til fasene hinsides smerten, nemlig fasen med den ondartede 'jeg gir blaffen'- fortvilelsen og fasen med 'apatisk likegyldighet' ”(Travelbee, 1999.s 98). Som sykepleiere skal en forebygge lidelse, samt hjelpe pasienten til å kunne finne meningen med lidelsen og kunne bære den. Dermed er det viktig som Travelbee vektlegger, å se hver pasient som de er og bygge opp sykepleien rundt hva den enkelte trenger av støtte og veiledning.

Mennesker med angst og depresjon blir ofte innelukket og skjærer seg fra andre mennesker. Dermed kan det å se lyst på livet og se fremover være en krevende og vanskelig oppgave. Her har jeg som fremtidig sykepleier en viktig oppgave for å kunne endre pasientens syn på seg selv og hva en som person kan klare å mestre. ”Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å

hjelp den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håpet” (Travelbee, 1999. s.123).

For å kunne hjelpe pasienter med angst og depresjon til å bli mer fysisk aktive må en først og fremst se på hva hver enkelt pasient trenger i form av kommunikasjon og tilretteleggelse. Vatne legger i sin doktorgrad vekt på det å tilrettelegge opplegg for hver pasient (2006).

Jeg har selv erfart viktigheten med å tilrettelegge den fysiske aktiviteten til hver enkelt pasient. I min praksisperiode gikk vi hver uke en tur som varte ca. i 3 timer. I begynnelsen var det kun noen få pasienter som meldte seg på turene, selv om vi hadde fått tilbakemelding på at det var over 80 % av pasientene som ønsket å være med på turene. Etter samtaler med hver enkelt pasient fant vi ut at turene våre var for lange og for harde for mange av pasientene. Dermed fikk vi i gang en ny gruppe som gikk tur en gang i uken de også, men disse varte i ca. 30 minutter og var vær forbeholdt. Dette var med på å øke aktivitetsnivået til alle pasientene som gikk på dagsenteret. Her fikk jeg da se at en kan ikke ”*gre alle under en kam*” og tro at hvis det fungerer for noen vil det fungere for alle.

I dag finnes det lite forskning på hva fysisk aktivitet gjør for mennesker med angst og depresjon, og den forskning som finnes har i mange tilfeller kun vært gjennomført i noen få uker. Forskningen som finnes kan allikevel være en god pekepinne for å se hva fysisk aktivitet gjør for mennesker med angst og depresjon.

Sujia, K. m.fl (2009) viser til i sin artikkel “*Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice*”, at regelmessig fysisk aktivitet er med på å dempe angst og depresjons nivået til pasienter. Forskningen viser også at en ikke vil merke effekten av fysiske aktivitet uten å ha trent regelmessig over en lengre periode. Som fremtidig sykepleier vil dette være viktig når en skal sette mål sammen med pasienten. Det å fokusere og gjøre pasienten bevisst på at endringer kan ta tid, er med på å forberede pasienten, slik at en er fokusert på at vinningen av fysisk aktivitet vil være langsiktig. Fysisk aktivitet alene er med på å dempe angst og depresjonsnivået, men en oppnår ifølge Broocks, A. m.fl (1998) bedre effekt av medisinsk behandling alene. Også Forsyth, A. m.fl (2009) viser til at medisinsk behandling har best effekt, men de legger til at fysisk aktivitet parallelt med medisinsk behandling har vist seg å ha svært positiv effekt. Som fremtidig sykepleier vil det her være viktig at en er klar over denne virkningen og informerer pasientene om dette, slik at

de ikke slutter med medisinsk behandling da de nå tror at fysisk aktivitet vil erstatte medisinene. Det å bruke fysisk aktivitet for å dempe angst og depresjons nivået sammen med medikamenter har jeg selv vært med på å bruke. I praksisperioden min var det svært forskjellig om mennesker kun brukte fysisk aktivitet alene som angst og depresjons dempende eller om de brukte medisiner sammen med fysisk aktivitet for å dempe angst og depresjons nivået. Medisinene hadde pasientene selv kontroll over uten innblanding fra noen andre enn legen, mens treningen var det de som jobbet på dagsenteret som la opp. Treningsprogrammet foregikk kun utendørs og i form av turgåing, og det var vær forbeholdt om vi gikk tur eller ikke. Over en periode på 8 uker fikk jeg være med på å se hvordan den fysiske aktiviteten spilte inn på de ulike personene. Jeg merket fort at de som brukte medisiner for å dempe angst og depresjonsnivået hadde størst vinning når det gjaldt fysisk aktivitet. Ströhle (2008) fant ut i sin forskning at fysisk aktivitet kan ha en dempende, lindrende og forebyggende effekt. I min praksisperiode så jeg tydelig en lindrende og dempende effekt på depresjon og angstnivået, ved parallell bruk av medisiner og fysisk aktivitet.

Martinsen (2009) viser til i sin bok til forskning som er med på å bygge opp under teorien om fysisk aktivitet som alternativ hjelp til mennesker med angst og depresjon. Jeg har selv sett at både, Ströhle (2009), Broocks, m.fl. (1998), Forsyth, m.fl (2009) og Sujia, m.fl (2009) har alle sammen kommet frem til det samme i sine artikler. Det viser seg i henhold til de funn de ulike forskerne fant, at fysisk aktivitet kan være med på å dempe angst og depresjonsnivået. Fysisk aktivitet alene har ikke den samme gode virkningen som medisiner, men begge deler ser ut til å ha en beroligende effekt på angst og depresjonsnivået, og sammen har de god virkning. Det er ikke bare forskning som viser til at fysisk aktivitet er viktig, også egne erfaringer fra personer som selv har brukt fysisk aktivitet som behandling er vel så viktige når en skal fastslå fysisk aktivitet sin virkning. En av de mest kjente personene som sier noe om dette er Nelson Mandela. Som tideligere nevnt satt han i fengsel i over 20 år. Hver dag trente Mandela 1 time i cellen sin, både kondisjon, uttøyning og styrke. Han mener selv at dette var med på å holde han fokusert, samt gjøre han sterkere. Også mine erfaringer med bruk av fysisk aktivitet er positive, både alene og også i bruk med medikamenter.

5.3 Avslutning.

Selv mener jeg at fysisk aktivitet er et godt alternativ for mennesker med angst og depresjon, men en vil ikke kunne alene med fysisk aktivitet nå de målene en har satt seg. Mennesker med angst og depresjon vender seg ofte vekk fra andre mennesker når noe ikke går som det skal, dermed trengs en god mellommenneskelig kontakt, slik som Travelbee (1999) legger vekt på i sin sykepleierteori, samt anerkjennelse som Vatne (2006) i sin doktorgrad legger vekt på. Som fremtidig sykepleier vil min førsteprioritet være å skape god mellommenneskelig kontakt, for så å kunne jobbe videre med å motivere pasienter til å være mer fysisk aktive gjennom anerkjennelse.

6.0 Konklusjon.

En kan dra slutning med at den forskning og teori som per dags dato er tilgjengelig, gir en liten pekepinne på at personer med angst og depresjon får økt motivasjon til fysisk aktivitet gjennom god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier og anerkjennelse. En kan også bruke den forskning en finner i dag som en pekepinne på at fysisk aktivitet har en mulig virkning som angst og depresjons dempende. Det vil kreve mer forskning, da den forskning som finnes i dag ofte kun har hatt vært gjennomført over korte perioder. Dermed kan en konkludere med at dersom sykepleier oppnår god mellommenneskelig kontakt, gir pasienten anerkjennelse, samt setter langsiktige mål, vil motivasjonen til pasienter med angst og depresjon øke.

Litteraturliste.

- Aarre, T, F., Bugge, P., Juklestad, S, I. (2009) *Psykatri for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Bahr, R. (red.), Karlsson, J., Sthåle, A., Transquist, J., Aadland, A,A., (2008) *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet I forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
- Bracegirdle, H. (2005) *Fysisk aktivitet*. I: J. Creek (red.) *Psykiatrisk ergoterapi: teori, metode, praksis*. København: FADL'S Forlag Aktieselskab.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., Hillmer-Vogel, U og Rûther, E. (1998). *Comparison of Aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the Treatment of Panic disorders*. The american Journal of Psychiatry, 1998; 155:603-609.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=15&did=29235113&SrchMode=2&sid=1&Fmt=4&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1265212459&clientId=72807>
- Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis, relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. *Fysisk aktivitet*, faktaark 23.06.2009. Hentet 06.01.2010 fra;
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:56857::1:5647:27:::0:0
- Forsyth, A., Deane, F, P., og Williams, P. (2009). *Dietitians and Exercise Physiologists in Primary Care: Lifestyle Interventions for Patients with Depression and/or Anxiety*. Journal of Allied Health. 2009 volume 38, nr 2.

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-2.3/ovidweb.cgi?&S=LFPGFPCGIFDDGJFMMCELOBOKIFGCAA00&Abstract=S.sh.15%7c14%7c1.>

- Hummelvoll, J, K. (2006) *Helt – ikke delvis eller stykkvis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Kommunehelsetjenesteloven (1984) *Lov om helsetjenesten i kommunen av 01.01.1984. § 1- 2. Helsetjenestens formål*. Hentet den 08.01.2010 fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19821119-066-001.html#1-2> .
- Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E – A, (red.) (2006). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Martisen, E, W. (2004) *Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Martinsen, V. (2008). *Filosofi: en innføring*. Hentet den 08.01.2010 fra: <http://filosofi.no/filosofien-i-det-tyvende-arhundre/eksistensialismen/>
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
- Skard, H. (2000) *Kunsten å være i bevegelse*. Oslo: Skapende Livsstil AS
- Snoek, J, E., & Engedal, K. (2008) *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*.
 - Akribe Forlag
- Ströhle, Andreas (2009). *Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders*. J Neural Transm (2009) 116:777-784.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=34&did=1745411781&SrchMode=1&sid=3&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1265212682&clientId=72807>

- 1.Store Norske Leksikon. *Melankoli (SML-artikkel)*. Hentet den 06.01.2010 fra: http://www.snl.no/.sml_artikkel/melankoli.
- Sujia, K., Pechter, Ū., Kalda, R., Tâhepõld, H., Maaros, J., og Maaros, H-I. (2009). *Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice*. International Journal of Rehabilitation Resarch. 2009, volume 32, nr 2. <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-2.3/ovidweb.cgi?&S=LFPGFPCGIFDDGJFMMCELOBOKIFGCAA00&Abstract=S.sh.15%7c68%7c1>.
- Travelbee, J., 1999 (til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Vatne, Solfrid., 2006. *Korrigere og anerkjenne; relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.
- 1.Verdens Helse Organisasjon WHO. *Physical activity*. Hentet den 08.01.2010 fra http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

Vedlegg 1

Søkedatabase:	Søkeord:	Antall treff:	Antall artikler som brukes i oppgaven:
ProQuest	"exercise" AND "anxiety" AND "outpatient"	14	1
ProQuest	"exercise" AND "anxiety"	582	1
Ovid	"depression" AND "physical activity"	492	2

Vedlegg 2

Tittel på artikkel, forfatter og utgivelses år	Undersøkelsens formål og metode	Funn
<p>Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders.</p> <p>Av Ströhle, Andreas</p> <p>Publisert i;</p>	<p>Målet med denne utredningen var å kritisk vurdere den tilgjengelige litteraturen som finnes om fysisk aktivitet, trening, utbredelse og forekomst av depresjon og angst, og se på det terapeutiske potensialet fysisk aktivitet har på depresjon og angst, med respekt.</p>	<p>Ut fra artikkelens funn har aktivitet effekt med å dempe/lindre/forebygge angst og depresjon, men det vil kreve ytterligere randomiserte intervensjonsstudier før en kan konkludere med at trening er en lovende behandling for å forhindre utbrudd av spesifikke psykiske lidelser.</p>
<p>Comparison of Aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the Treatment of Panic disorders.</p> <p>Av Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., Hillmer-Vogel, U og Rûther, E.</p> <p>Publisert i; The american Journal of Psychiatry, 1998; 155:603-609</p>	<p>Kvantitativ studie som ville sammenligne den terapeutiske effekten av trening for pasienter med panikk lidelser, opp mot en medikamentell behandling som har påvist effekt og med placebo. 46 polikliniske pasienter med moderat til sterk panikk lidelser ble valgt ut til å være med på denne 10 uker lange programmet. Hvor de ble delt inn i 3 grupper, den ene gruppen hadde regelmessig trening, den andre gruppen fikk medikamentet Clomipramine og den siste gruppen fikk placebo piller.</p>	<p>Resultatet viste at de som hadde regelmessig trening hadde bedre effekt enn de som fikk placebo piller. Likevel viste studien at regelmessig trening ikke hadde like god effekt som det personene hadde av medikamentet Clomipramine.</p>
<p>Dietitians and Exercise Physiologists in Primary Care: Lifestyle Interventions for Patients with Depression and/or Anxiety.</p> <p>Av Forsyth, A., Deane, F, P., og Williams, P.</p>	<p>Denne studien har som mål å beskrive bakgrunnen og praktiske problemer som oppstår ved etablering av kosthold og trenings vurdering og intervensjoner for folk som mottar behandling for angst og</p>	<p>Denne typen dobbel behandling til personer som har angst og depresjon ser ut til å være nyskapende og en praktisk måte å assistere ved behandling av pasienter med angst og depresjon. Resultatene av evalueringen</p>

<p>Publisert i; Journal of Allied Health. 2009 volume 38, nr 2.</p>	<p>depresjon. Programmet inneholdt en innledende vurdering, 4 individuelle konsultasjoner med kosthold og trenings eksperter og til slutt en sluttvurdering.</p>	<p>er enda ikke klare, men data fra pilot studiet viser å være lovende.</p>
<p>Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice.</p> <p>Av Sujia, K., Pechter, Ū., Kalda, R., Tâhepöld, H., Maaros, J., og Maaros, H-I.</p> <p>Publisert i; International Journal of Rehabilitation Resarch. 2009, volume 32, nr 2.</p>	<p>Målet med denne studien var å finne ut hvor motiverte deprimerte pasienter var til å trene regelmessig, måle fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter, samt å finne ut hvor effektiv Nordic Walking (gå med staver) trening var, samt om den hadde noen innvirkning på humøret. Det var 178 personer med i dette studie. De ble delt inn i grupper som fikk i oppgave å henholdsvis trene; 1; minst 30 minutter 2 ganger i uken. 2; minst 30 minutter 1 gang i uken og ingen annen form for fysisk aktivitet over 2 år. De ble i løpet av de 2 årene intervjuet 2 ganger per telefon, samt de fikk tilsendt 1 spørreskjema som de måtte fylle ut om hvordan humøret deres var.</p>	<p>En kan konkludere med at selv om den fysiske aktiviteten samt motivasjonen hos de deprimerte personene var lav før studien begynte, viste det seg at regelmessig Nordic Walking var med på å bedre fysikken og bedret humøret. Tilbakemeldingene fra studien var positive. Funnene fra dette studiet viser at Nordic Walking kan bli relevant i bruken av rehabilitering av deprimerte pasienter.</p>