

# BACHELOROPPGÅVE

## **Fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegg i ei psykiatrisk avdeling**

Korleis kan ein som sjukepleiar motivere ungdom med depresjon til å gjennomføre fysisk aktivitet?

av

Kandidatnummer 2  
Janica Vatne

**Physical activity as part of treatment programs directed at adolescents in a psychiatric ward**

Bachelor i Sjukepleie

SK 152

Oktober 2014

Tal ord 6996



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage (Skriv inn tittel) dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 2 Namn: Janica Vatne

JA  NEI

# Samandrag

## Tittel

Fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegg i ei psykiatrisk avdeling.

## Bakgrunnen for val av tema

Eigne erfaringar i frå praksis, samt interesse for psykiatri og fysisk aktivitet.

## Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar motivere ungdom til fysisk aktivitet i ei psykiatrisk avdeling?

## Framgangsmåte

Ein har gjort søk i ulike databaser og funne forskingsartiklar som er relevante for temaet. Ein har også nytta seg av faglitteratur i frå biblioteket i nærleiken.

## Funn og konklusjon

Fysisk aktivitet kan leie vekk negative tankar og bekymringar, auke evna til å meistre stress og bidra til betre sjølvkjensle. Når ein skal motivere ungdom med depresjon til fysisk aktivitet bør ein legge vekt på ungdommen sine eigne erfaringar og føresetnader. Noko av det som er viktig i motivasjonsarbeidet er at treningsopplegget er individualisert, at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er god, motiverande samtalar og sjukepleiaren sin kunnskap og haldning til fysisk aktivitet. Det er avgjerande om aktiviteten er prega av indre eller ytre motivasjon. Indre motivasjon vil vare lengst på lang sikt. Gjennom eit kartlagt og planlagt opplegg, der fysisk aktivitet er forankra i leiinga, kan ein motivere til at ungdommen kjem i gang med aktivitet. Det er viktig at ein tek omsyn til kva aktivitetar ein kan dra nytte av i nærleiken, samt kva interesser ungdommen har. Det er viktig å legge vekt på at fysisk aktivitet åleine ikkje kan fjerne dei underliggande årsakene til at ein er deprimert. Desse bør behandlast ved hjelp av andre metodar, som til dømes samtalebehandling med psykolog.

# 1 Innholdsliste

1	Innleiing .....	1
1.1	Presentasjon av tema .....	1
1.2	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.3	Problemstilling med avgrensingar .....	2
1.4	Oppbygging av oppgåva .....	2
2	Metode .....	3
2.1	Kva er metode? .....	3
2.2	Søke og utvalgsprosess .....	3
2.3	Vurdering av metode .....	4
3	Teori .....	5
3.1	Ungdom og psykisk helse .....	5
3.2	Depresjon .....	6
3.3	Fysisk aktivitet .....	7
3.4	Motivasjon og meistring .....	8
3.4.1	Indre motivasjon .....	8
3.4.2	Ytre motivasjon .....	8
3.4.3	Meistring .....	9
3.4.4	Salutogenese som tilnærming til meistring av fysisk aktivitet .....	9
3.4.5	Framstilling av forskingsresultat .....	10
4	Drøfting .....	13
4.1	Kva stressar ungdom i dag ? .....	13
4.2	Blir ungdom eigentleg deprimerte ? .....	14
4.3	Kan fysisk aktivitet ha effekt på depresjon også hjå ungdom? .....	15
4.4	Korleis komme i gang med fysisk aktivitet? .....	16
4.5	Utfordringar ved fysisk aktivitet i psykiatrisk avdeling .....	18
4.6	Salutogenetisk tilnærming i motivasjonsarbeidet .....	19
5	Konklusjon .....	20
	Litteratur .....	21

# 1 Innleiing

## 1.1 Presentasjon av tema

Siste tida har det vore omtalt i media at ungdom slit meir enn før. Dette kan vere på grunn av auka press i frå samfunnet. Ein skal vere ein perfekt kjæraste, trene, lage sunn og god mat og ta ei god utdanning. Ein kan bli stressa og overarbeide seg og i verste fall utvikle ein depresjon. I følge reseptregisteret var det i 2013 ca. 5903 ungdommar mellom 15-19 år som stod på antidepressiva (Folkehelseinstituttet,2014).

St. meld. Nr. 16. (2002-2003) seier at ein gjennom folkehelsearbeid skal satse på den fysiske helsa til befolkninga. På same tid er det ikkje berre den fysiske helsa som bør stå i fokus, men også den psykiske. Nokon av dei kjende strategiane for å førebygge psykiske problem og lidingar, er å fremme sunn helse gjennom å legge til rette for opplevingar som kan gi meistring, god sjølvkjensle og tryggleik.

Både internasjonalt og nasjonalt er den store helseutfordringa vi står overfor i dag, mental helse. I følge Verdas helseorganisasjon (WHO) kjem psykiske lidingar til å vere den viktigaste årsaka til sjukdomsbelastning i vestlege land i år 2020 (Sletteland og Donovan,2012).

Fokuset på fysisk aktivitet har blitt større. Likevel er det berre halvparten av 15 åringane som held seg innanfor minimumsanbefalingane til Helsedirektoratet. Desse anbefalingane er for barn og unge i gjennomsnitt minst 60 minutt fysisk aktivitet per dag (Folkehelseinstituttet, 2012).

## 1.2 Bakgrunn for val av tema

I løpet av praksisperioden min i psykiatrisk avdeling erfarte eg at fysisk aktivitet var positivt som del av behandling mot depresjon. Eg fekk også erfare at det ikkje var like enkelt for den deprimerte og kome i gang. Motivasjon er ein viktig faktor i arbeidet med fysisk aktivitet og deprimerte. Mine egne erfaringar med fysisk aktivitet er at eg har vore aktiv heile livet med blant anna handball og fjellturar og dette har bidrege til at eg har fått meir overskot til å takle kvardagen. Som framtidig sjukepleiar tenkjer eg at eg kjem til å møte på deprimerte menneske uansett kvar eg arbeider. Eg ynskjer å finne

ut korleis ein som sjukepleiar kan nytte kunnskap om motivasjon og meistring for å få menneske med depresjon i gang med fysisk aktivitet.

### 1.3 Problemstilling med avgrensingar

**«Korleis kan ein som sjukepleiar motivere ungdom med depresjon til å gjennomføre fysisk aktivitet?»**

Underspørsmål:

- **Korleis tilrettelegge for fysisk aktivitet?**

Denne oppgåva legg vekt på ungdom mellom 15- 19 år. Desse er innlagt på psykiatrisk avdeling og ramma av mild til moderat depresjon. Det er mild til moderat depresjon forskning seier fysisk aktivitet har best effekt på. Det blir lagt vekt på depresjon generelt, utan å gå noko breiare inn på lidinga. Dette fordi depresjon kjem under hovudkategorien stemningslidingar og under stemningslidingar finst det fleire typar depresjon. Ein går ut i frå at brukaren er i stand til å vere i aktivitet på eigenhand.

### 1.4 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva byrjar med ein metodedel der det blir forklart kva framgangsmåte som har blitt brukt til å finne relevant forskning som oppgåva er bygd opp på. Vidare kjem de til ein teoridel som legg fram det faglege grunnlaget for ungdom, psykisk helse, depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon og meistring. Vidare vil de kome til framstilling av forskingsresultata. Til slutt kjem drøftingsdelen og konklusjonen. Drøftingsdelen inneheld drøfting over korleis ein kan motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet og er ein diskusjon over korleis ein kan oppnå dette i ei psykiatrisk avdeling. Den startar med funn i frå NOVA rapporten (2014), som seier noko om kva som stressar dagens ungdom. Rapporten er sjølve grunnmuren for oppgåva. I konklusjonen kjem ei vurdering over korleis eg meiner at eg har svart på oppgåva.

## 2 Metode

### 2.1 Kva er metode?

Ein metode er ein framgangsmåte ein nyttar seg av til å løyse eit gitt problem. Denne oppgåva er ei litterær oppgåve. Det vil seie at den er bygd opp på skriftlege kjelder, i dette tilfelle forskingsartiklar og faglitteratur (Dalland, 2012). I ei litterær oppgåve kan utgangspunktet for tema og problemstilling vere noko ein har sett eller opplevd i praksis, på same tid kan det vere noko i pensum som har fanga interessa. I ei slik oppgåve startar ein difor med å orientere seg over temaet og gjere seg kjent med litteraturen på området (Dalland, 2012). Korrekt kjeldehenvising kan bidra til at den som les oppgåva kan finne fram til kjeldene på eigen hand.

### 2.2 Søke og utvalgsprosess

I søke og utvalgsprosessen har ein nytta seg av ulike databaser. Det har vore fokus på at forkinga ikkje skulle vore av gammal dato. Den databasen som har blitt mest brukt er: Academic search premier. Her vart det kryssa av for å gjere søk i Cinahl og Medline samtidig. Også Cochrane og Svemed har blitt nytta.

Det vart gjort søk på «**exercise for depression**» i Academic search premier (ASP). Resultatet her var 5285 treff. Det vart søkt vidare med dei same søkeorda i Cochrane. Resultatet her var 35 treff. Ëin artikkel vart brukt i frå dette søket.

Vidare vart det gjort søk på «**adolescent with depression**» . Dette var også i Academic search premier. Resultatet vart 3935 treff. Neste søkeord var «**adolescent physical activity**». Der kom det opp 1068 treff. Når det vart gjort søk på «**physical activity**», «**mental health**» og «**adolescent**» kom det opp 621 treff. Ëin artikkel vart brukt i frå dette søket.

Til slutt vart det søkt på «**mental health promotion**», «**nursing**» , «**physical activity**» dette også i ASP. Treffet var 11 funn i ASP, 5 funn i Cochrane og 0 funn i Svemed. Det vart brukt òin artikkel i frå søkeresultata i ASP. Vidare søkte ein på «**mental health, nursing og physical activity**». Her fekk ein opp 470 treff i ASP, 61 treff i Cochrane og 0 i Svemed. Det vart også gjort søk på «**patients view**», «**physical activity**» og «**treatment**». Dette var i ASP. Her fekk ein 19 treff. Ëin artikkel er brukt i frå søket.

For å finne fagbøker nytta ein seg av «bibsyst ask». Her kan ein søke på ulike ord og det kjem opp treff på både bøker, artiklar og tidlegare skrivne bacheloroppgåver. Det vart nytta ord som : fysisk

aktivitet, depresjon, meistring, motivasjon, ungdom og psykisk helse for å finne bøker som var relevante for temaet. Dei fleste bøkene var skrivne frå år 2005 og fram til i dag. Dette var positivt sidan ein la vekt på og ikkje nytte seg av alt for gammal faglitteratur.

## 2.3 Vurdering av metode

I oppgåva har det blitt nytta både primær og sekundærkjelder. Primærkjelder er den opprinnelege kjelda. Som hovudregel bør ein nytte seg av denne, men det er ikkje alltid at ein har fått tak i desse kjeldene og ein må dermed nytte seg av sekundærkjelder (Dalland, 2012).

Kjeldekritikk er dei metodane som blir brukt for å fastslå om ei kjelde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere dei kjeldene so blir nytta (Dalland, 2012). Ein har nytta seg av både sjekkliste for vurdering av oversiktsartiklar og sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning. Begge henta frå Norsk kunnskapssenter. Dette for å kunne vurdere om forskingsartiklane er pålitelege.

Det har òg blitt lånt bøker på biblioteket i nærleiken. Ut i frå desse har ein gått gjennom kva som er relevant og ikkje, og enda opp med dei viktigaste av dei som omfatta fysisk aktivitet, depresjon, ungdom, psykisk helse og motivasjon. Minuset med metoden er at det har vore mykje litteratur og finne om emnet, og dermed ekstra krevjande og ta med det aller mest relevante. Hadde oppgåva vore større i omfang, kunne den kanskje blitt meir interessant.



## 3 Teori

I denne delen vil ein seie noko om funn i frå NOVA rapporten, ungdom og psykisk helse, depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon og til slutt funn i frå forskingsartiklane.

### 3.1 Ungdom og psykisk helse

Biletet av at ungdomstida er ei turbulent fase med intense humørsvingingar og sjølvfokusering, kan bidra til at vanskelegheiter i denne tida blir oversett. Ein kan tru at depressive symptom blant ungdom speglar ei normal utvikling. Dette kan føre til at ungdom som gir signal om at dei er deprimerte, ikkje blir tatt alvorleg (Holsen, 2009).

Novarapporten, ein rapport frå Ungdata i 2013, er basert på lokale ungdomsundersøkingar, der ungdom over heile landet har svart på spørsmål om ulike sider ved livet og livssituasjonen sin. Undersøkingane gjennomførast elektronisk i skuletida og er retta mot elevar i ungdomsskulen og vidaregåande opplæring. Denne rapporten seier at dagens ungdomsgenerasjon er meir veltilpassa, heimekjær, men litt stressa. Skuletrivselen er høg, dei fleste har mange venner og er svært fornøgde med foreldra sine. Der i mot rapporterer spesielt unge jenter om psykiske helseplagar i kvardagen. Dette gjeld i største grad tankar om at «alt er eit slit» og at ein bekymrar seg for mykje (NOVA,2014).

Andelen med psykiske helseplagar blant jentene har auka sidan 2010-2013, medan andelen hos gutane har haldt seg stabil. Det er 63 000 ungdomsskuleelevar og 15 000 VG1 elevar som har delteke i undersøkinga. 12 prosent av dei svara at dei er veldig mykje plaga av depressive symptom (NOVA,2014).

Det er viktig å legge fram at stress ikkje er det same som depresjon, men det kan vere ein forløpar til det. I tillegg kan stress gjere at ein blir lettare sjuk, utbrent eller får søvnproblem. Låg sjølvkjensle, dårleg søvn og oppleving av at det stillast høge krav i frå omverda kan forklare kvifor ungdom blir stressa i følgje Schraml (2013) sin studie (Jacobsen, 2013).

Jacobsen (2013) seier at ein tredjedel av svenske tenåringar oppgir at dei er alvorleg stressa. Nesten ein av ti hadde så alvorlege symptom at dei kunne kallast utbrente. Også i denne rapporten kjem det fram at det er spesielt jenter som er ramma. Det er grunn til å tru at vi kan samanlikne oss med Sverige angående dette. Ein veit at nokon biologisk sett er meir sårbare for angst og depresjonar, men at det ofte kan bli utløyst av ei eller anna påkjenning. Jenter har noko i seg, i urmennesket som

gjer at ein er meir påpasseleg, engsteleg og lettskremt. Dette kan vere grunnen til at dei får meir problem enn gutane.

Sletteland & Donovan (2012) seier at heile åtte prosent av alle barn i Norge mellom tre og atten år har ei diagnostiserbar psykisk lidning. For same aldersgruppe har 15-20 prosent så mange plagar og symptom at det går ut over læring, trivsel og samvær med andre menneske. Denne helseutfordringa er tilsvarande stor også i andre vestlige land vi kan samanlikne oss med.

Det er ofte vanskeleg å påpeike ein eller bestemte årsakar til at ungdom føler seg deprimert. Det er meir hensiktsmessig å sjå på samanhengar, korleis ulike faktorar påverkar kvarandre, korleis hendingar og forandringar i dei unge sine liv blir fortolka og kva evner dei har til å meistre desse forandringane. Dette vil henge saman med den enkelte sin personlegdom, eigne tidlegare erfaringar, forventningar om eigen evne til å meistre og ha kontroll, andre sine forventningar og sosiale forhold dei unge lever under (Holsen, 2009).

## 3.2 Depresjon

St.meld.nr.16. (2002-2003) seier at depresjon er den mest utbreidde lidinga av alle psykiske lidingar. Vidare seier den at Verdas helseorganisasjon (WHO) reknar at psykiske lidingar er årsaka til ein tredel av all uførheit i verda. Over 20 % av barn og ungdom har ei eller anna form for psykisk lidning.

Depresjon kjem innanfor kategorien stemningslidningar. Sjølve ordet depresjon kjem frå latin og betyr eigentleg nedtrykking. Omgrepet står for ei sinnsstemning, eit syndrom eller ei eiga gruppe sjukdommar (Hummelvoll, 2012). Det er dokumentert at depresjon forkortar levetida, og at depresjon har like sterk påverknad på dødelegheit som røyking (Martinsen, 2011).

Alle menneske har opplevd at dei er lei seg fordi livet har gått dei i mot. Vi alle får oppleve å miste nokon vi er glad i, bli skuffa eller avvist. Naturlige reaksjonar på slike hendingar er skuffelse, tristheit, sinne eller sorg. Kva slags kjensler negative hendingar vekker i oss er individuelt. Det er avgjerande om hendingane kjem brått på, eller om vi er forberedt. Det har også mykje å seie korleis vi er rusta sosialt og psykologisk for å kunne takle negative hendingar best mogeleg. Alle menneske må igjennom ein viss grad med motgang i løpet av livet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

Dei mest vanlege symptoma på depresjon er: tristheit, pessimisme og lav sjølvkjensle (Hummelvoll, 2012). Vidare kan også det å vere nedstemt, ha mangel på interesse, glede og lite energi, nedsett konsentrasjonsevne, skuldkjensle, utrøstelig tristheit, kjensle av å vere verdiløus og ha mangel på håp

for framtida vere ein del av depresjonsbilete. Ein kan også vere tafatt, initiativlaus, fåmælt, mimikklaus, bevege seg sakte og kraftlaust, ha nedsett appetitt, søvnforstyrningar og tendens til forstopping (Skårderud,et.al.,2010).

Ein skil mellom mild, moderat og djup depresjon. Kva grad ein har blir vurdert etter graden av symptoma som opptrer (Hummelvoll, 2012). Depresjonssymptoma påverkar heile menneske, og ikkje berre humøret. Evna til å glede seg over ting og vise interesse er redusert eller forsvinn når ein er deprimert (Martinsen, 2011).

### 3.3 Fysisk aktivitet

Det er vanleg å skilje mellom fysisk aktivitet og fysisk trening. Fysisk aktivitet blir definert som all kroppsleg bevegelse med kroppen ved hjelp av skjelettmuskulatur og som fører til at vi bruker energi. Fysisk trening er ei form for fysisk aktivitet, men den er planlagt, strukturert og utførast over tid. Fysisk trening utførast gjerne for å forbetre ein eller fleire komponentar av fysisk form eller helse. Avhengig av intensitet, frekvens og varigheit kan fysisk trening føre til betra fysisk form (Martinsen, 2011).

Helsedirektoratet nemner at fysisk aktivitet er eit overordna omgrep. Og at det under dette inngår mange andre termar knytt til fysisk utfolding, til dømes: arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, leik, trening, trim og kroppsøving. Generelt sett kan fysisk aktivitet definerast som det å bevege seg, altså å bruke kroppen (Helsedirektoratet, 2014).

Fysisk aktivitet har ein rekkje generelle psykologiske verknadar som: livsutfalding og glede, auka velfer etter aktivitet, overskot og energi, betre søvnkvalitet, mindre stress -symptom, auka optimisme og meir pågangsmot og betre sjølvkjensle og forhold til eigen kropp (Helsedirektoratet, 2010).

Martinsen & Taube (2008) seier at det finst forskjellige hypotesar om korleis fysisk aktivitet påverkast det fysiologiske, nevrobiologiske og psykologiske. Dette er blant anna:

- Personar som er i god form har generelt betre helse og dermed større motstandskraft mot belastningar.
- Auka utskilling av betaendorfinar kan ha berolegande effekt

- Redusert aktivering av hypotalamus-hypofyse-binyrebark-aksen som spelar ei viktig rolle i reuguleringa av stressresponsen i hjernen
- Temperaturhypotesen, ved hardt fysisk arbeid aukar kroppstemperaturen med 1-2 grader. Dette kan gje berolegande effekt
- Ved fysisk aktivitet leier ein tankane vekk i frå angst og bekymringar

(Martinsen & Taube, 2008).

### 3.4 Motivasjon og meistring

Motivasjon er: « Ein prosess som setter i gang, gir retning til, opprettheld og bestemmer intensitet i atferd» (Renolen, 2008, s. 41). Ein person kan ha dårlege evner og oppleve nederlag fleire gongar i løpet av livet. Dette kan svekke sjølvoppfatninga. Ein person kan også ha gode evner, men likevel oppleve nederlag. Sjølvoppfatning og prestasjonar heng nøye saman. Lav sjølvoppfatning kan ein tenkje seg hindrar oss i å gjere oppgåver. Høg sjølvoppfatning aukar tryggleiken og vilja til å prøve seg (Wormnes & Manger, 2005). Når ein meistrar aukar motivasjonen , vi kan skilje mellom to typar motivasjon:

#### 3.4.1 Indre motivasjon

Indre motivasjon kjem innanfrå. Det kan vere at vi er fascinert av fysisk aktivitet og nyskjerrig på korleis vi kan føle oss betre ved hjelp av det. Det kan vere at vi føler glede av å vere aktive. Vi har eigenmotivasjon. Det er ikkje noko utanfor så driv oss til aktiviteten (Wormnes & Manger, 2005).

Indre motivasjon er gjerne betrakta å ha større kraft enn ytre motivasjon. Indre motivasjon omtalast gjerne som naturleg motivasjon. Vi gjer aktiviteten for å oppnå indre tilfredsheit (Renolen, 2008).

#### 3.4.2 Ytre motivasjon

Dette er ytre faktorar som påverkar ein person til å gjennomføre ei viss handling. Faktoren ligg gjerne utanfor sjølve aktivitet. For nokon som skal starte med fysisk aktivitet kan den ytre motivasjonen

vere at etter å ha følgd treningsplanen ei veke kan ein gå på kafè, eller kjøpe seg nytt treningstøy. Ytre motivasjon kan også vere ros frå andre (Wormnes & Manger, 2005).

Ytre motivasjon kallast ofte for kunstig motivasjon. Drivkrafta kan vere trussel om straff, eller det å oppnå belønning. Det kan også vere at vi følger eit ytre krav om handling, slik at vi opplever et slags indre press. Vi utfører ei handling for å unngå å få dårlig samvittigheit, skyld- eller skamfølelse. Fysisk aktivitet kan også opplevast som sjølvbestemt fordi den er i tråd med våre verdiar og behov. Ein tenkjer at ein skal trene for ein får betre helse og greier å yte meir i jobben (Renolen, 2008).

### **3.4.3 Meistring**

Meistring handlar om å greie noko på eiga hand. Det handlar om å takle stress, påkjenningar, kriser eller sjukdom slik at ein kjem seg vidare på ein god nok måte. Det handlar om å ta i bruk dei ressursar som ein har eller rår over for å betre situasjonen ein er i (Heggen, 2007).

Lazarus og Folkman (1984) definerer meistring som « kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (Renolen, 2008, s.149). I meistringsprosessen er tankar, kjensler og handlingar avhengig av og påverkar kvarandre.

### **3.4.4 Salutogenese som tilnærming til meistring av fysisk aktivitet**

Aaron Antonovsky (1923-1994) var ein israelsk-amerikansk professor i medisinsk sosiologi. Han var ein viktig bidragsytar til feltet helsefremmande arbeid. Han utvikla den salutogenetiske modellen som definerer helse i ulike gradar, og fokuserer på dei faktorane som skaper høgare grad av helse. (Renolen, 2008).

Det motsette av salutogenese er å fokusere på sjukdom og kva som er årsaka til sjukdom. Helse i salutogenetisk tenking er ikkje berre eit mål, men eit middel for eit godt liv. Antonovsky sitt budskap var at ein skulle fokusere på dei ressursane og evna menneska har til å skape god helse, framfor og berre fokusere på kva som fører til negativ eller dårlig helse. Salutogen utvikling er å ha fokus på kva slags moglegheiter ein har for å realisere positiv helse, og at tenesteytarane og andre ser nødvendigheita av å legge til rette for at dette kan realiserast (Sletteland & Donovan, 2012).

Antonovsky ser på mesitring i eit salutogenetisk perspektiv. Han har fokus på kva som gjer oss motstandsdyktige og kva som gjer oss friske. Fokuset til Antonovsky ligg på individet si historie. Kva slags meistringevne har personen vist tidlegare? Eit kjerneomgrep i Antonovsky sin teori er «oppleving av samanheng» (OAS). Han forska på menneske som til tross for store påkjenningar, hadde god helse (Renolen,2008). OAS består av tre komponentar: Ha evne til å forstå eigen situasjon, ha evne til å handtere, eller ha ein følelse av at situasjonen kan handteras og å oppleve mening. Desse tre komponentane heng saman og påverkar kvarandre. Høg oppleving av at noko gir mening, samt forståing av eigen situasjon gjer at motivasjonen aukar for å søke etter meistring (Heggen, 2007).

I eit salutogenetisk perspektiv skal ein også gi menneska moglegheit til å velje kva som gir god helse for dei. Personlege eigenskapar som fremmar helsa er; sjølvstyrke, tåleevne, lyst sinn og måtehold i forventningar. Sjølvstyrke hos menneske som viser seg ved at ein har nok kraft i seg sjølv til å takle livets utfordringar har stor betydning (Sletteland & Donovan, 2012).

### 3.4.5 Framstilling av forskingsresultat

Her kjem ei framstilling av resultatata i frå fire forskingsartiklar:

#### «Exercise for depression»

**Forfattarar:** Cooney, G.M., Dwan,K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. & Mead, G.E .

**Studiedesign:** Oversiktsartikkel

**Årstal :** 2013

Forskarane gjorde systematiske søk i fleire databasar og fann 39 studiar med til saman 2326 deltakarar. Dei fann ut at trening har moderat effekt på depresjon, men at det ikkje er meir effektivt enn psykologisk behandling. Trening er heller ikkje meir effektivt enn medikamentell behandling med antidepressiva (Cooney et al.,2013).

**Kritikk:** På grunn av risikoen for systematiske feil i mange av prøvene kan effekten av fysisk aktivitet berre vere sett på som liten. Studien kan ikkje seie noko om kva type fysisk aktivitet eller intensitet som er mest effektiv. Det er også få data som seier noko om langtidsverknaden. Forskinga tek føre

seg menneske frå 18 år utan øvre aldersgrense. Likevel ser ein på forskinga som relevant då ein kan tenkje seg at fysisk aktivitet gjer noko med menneske uansett kva alder ein er i.

### **“Mental health nursing and the promotion of physical activity”**

**Forfattarar:** Faulkner, G & Biddle, S.

**Studie:** Kvalitativ studie

**Årstal:** 2002

I studien vart det gjort intervju av 12 psykiatriske sjukepleiarar. Målet var å finne ut korleis psykiatriske sjukepleiarar fremma aktivitet for pasientane, korleis dei trudde fysisk aktivitet kunne hjelpe dei og kva som kunne hjelpe personellet til å fremme meir aktivitet. Deltakarane ga uttrykk for at det var eit auka behov for mogelegheiter for fysisk aktivitet i avdelingar der pasienten er innlagt. Dei som vart intervjua var positive til fysisk aktivitet og ynskja meir av det der dei jobba. Det kom fram at sjukepleiarane fremma fysisk aktivitet til pasientane anten ved å informere dei eller svare på spørsmål som har blei stilt angående fysisk aktivitet.

**Kritikk:** Studien er 12 år gammal. Ein kunne ha intervjua fleire.

### **“Patients views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study”**

**Forfattarar:** Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A & Turner, K.

**Studie:** Kvalitativ studie

**Årstal:** 2011

I studien vart 33 pasientar intervjua. Hensikta var å finne ut kva pasientar med depresjon synest om å ha fysisk aktivitet som ein del av behandling mot depresjon. Mange av deltakarane såg på fysisk aktivitet som ein akseptabel behandling mot lidinga. Dei av deltakarane som ga uttrykk for at depresjonen deira var kome som følgje av biokjemiske mekanismar, rapporterte at fysisk aktivitet med høg intensitet var den mest gunstige. Dei av deltakarane som trudde depresjonen var situasjonsbestemt, meinte at fysisk aktivitet med lågare intensitet var mest gunstig. Mange av deltakarane hadde ganske lav motivasjon og mangla tillit til å gjennomføre fysisk aktivitet. Desse foreslo at medisinar kunne vere nyttig for å oppretthalde aktiviteten.

**Kritikk:** Deltakarane hadde forskjellig grad av depresjon. Det var stor aldersskilnad, 18-69 år. Ein kunne ha intervjuet fleire.

### **“Physical activity and mental health in children and adolescent- a review of reviews”**

**Forfattarar:** Biddle,S.J & Asare ,M.

**Studiedesign :** Oversiktartikkel over andre oversiktartiklar.

**År:** 2011

Hensikta var å finne ut kva andre oversiktsartiklar seier om fysisk aktivitet og depresjon, angst og sjølvkjensle, samt kognitiv funksjon hjå barn og unge. Den ynskja også å vurdere samanhengen mellom stillesitting og mental helse. Søka vart gjort i 2010 og kriteriane var at oversiktsartiklane skulle rapportere om regelmessig fysisk aktivitet saman med minst ei psykisk liding. Desse lidingane måtte inkludere depresjon, angst/stress, sjølvkjensleproblematikk og kognitiv funksjon (Biddle & Asare, 2011).

Forfattarane fann ut at fysisk aktivitet hadde effekt for å redusere depresjon. Rutinert fysisk aktivitet førte til betre kognitiv funksjon og prestasjonar på skulen. Primærstudiane viser negative konsekvensar mellom mental helse og stillesitting.

**Kritikk:** Studien handla ikkje berre om depresjon, men også angst/stress og kognitiv funksjon. Dette kan vere eit minus då ein i denne oppgåva hovudsakleg ynskja å finne ut kva effekt fysisk aktivitet hadde knytt til depresjonar.



## 4 Drøfting

Her kjem ei drøfting over korleis ein kan motivere og legge til rette for fysisk aktivitet hos ungdom med depresjon i ei psykiatrisk avdeling. Ein snakkar om den unge på 15-19 år. Korleis ser denne personen ut? Det kan vere den tilsynelatande slappe, nedstemte, «grå» ungdommen med joggeklede som kikar ned i vegen og ikkje seier eit ord. Ein kan tolke på haldninga til denne personen at han ikkje ser noko meining med livet. Det er så vidt han lyftar beina når han går. Når han sit blant andre ser han ned eller i veggjen. Dette er sjølv sagt med alle førebehold. Den unge deprimerte kan også vere den tilsynelatande perfekte og velstående ungdommen som gjer det bra på alle måtar i livet, men som føler at ikkje noko av det ho utrettar er godt nok. Vidare i drøftinga kallar ein den «slappe, nedstemte» ungdommen for Karl og han er 19 år.

### 4.1 Kva stressar ungdom i dag ?

I følge NOVA rapporten 10/2014 har det frå tusenårsskiftet og fram til no skjedd ei endring i ungdomsmiljøet. Dagens ungdom både skulkar og drikk mindre, men dei stressar meir. Auka i psykiske helseplager gjeld spesielt jenter. For gutane har utviklinga vore nokså stabil. Det er symptom på stress dei unge er ramma av. Dette er tankar om at alt er eit slit og at dei bekymrar seg for mykje om ting. Det er 63 000 ungdomsskuleelevar og 15 000 VG1 elevar som har delteke i undersøkinga. 12 prosent av dei svara at dei er veldig mykje plaga av depressive symptom (NOVA,2014). Det kan vere mange grunnar til at det er slik, men Jacobsen (2013) seier at ein veit at nokon biologisk sett er meir sårbar for angst og depresjonar. Likevel kan det ofte bli utløyst av ei eller anna påkjenning. Jenter har noko i seg, i urmennesket som gjer at ein er meir påpasseleg, engsteleg og lettskremt. Dermed kan dei få desse problema meir enn gutane.

Det er viktig å legge vekt på at stress ikkje er det same som depresjon. Det kan likevel vere ein forløpar til det. I tillegg kan stress gjere at ein blir lettare sjuk, utbrent eller får søvnproblem. Lav sjølvkjensle, dårleg søvn og oppleving av at det stillast høge krav i frå omverda kan forklare kvifor ungdom blir stressa i følge Schraml (2013) sin studie (Jacobsen, 2013).

I følge Verdas helseorganisasjon (2012) kan det også sjå ut som psykiske plager byrjar og bli ganske framtrødande på verdsbasis. Folkehelseinstituttet(2014) peikar på at ungdom står på meir antidepressiva no enn før. Ein veit at ungdomstida er ei sårbar periode med både oppturar og

nedturar. Overgangen i frå å vere ungdom til å bli vaksen inneberer utfordringar knytt til kven ein er og kva ein står for.

Ein kan tenkje seg at det ikkje er noko rart at ungdom stressar meir no enn før. Det er store forventningar om å prestere og sosiale media gjer at ein alltid skal vere tilgjengeleg. Samfunnet i dag har blitt ein konkurranse – og samanlikningsmentalitet som kanskje kan forklare at innbyggjarar i eit land som Noreg, som er så godt elles, har så mykje stress og psykiske problem. Psykologspesialist Wang, hevdar at ungdommar opplever mange og uforeinelege krav på ein gong. Dei kjem enkelt i ein låst situasjon der dei skal vere både flinke på skulen og kule. Dei skal både vere dydige og seksuelt erfarne (Jacobsen, 2013).

## 4.2 Blir ungdom egentleg deprimerte ?

Martinsen (2011) seier at mange faktorar kan bidra til at fleire ungdom opplever depressive episodar. Han seier at barn og ungdom i dag opplever i sterkare grad enn før at dei ikkje strekk til i forhold til krav dei stiller seg sjølv om å vere vellykka. Han seier vidare at barn og unge over heile verda eksponerast gjennom massemedia for bileter av suksess, skjønnhet og popularitet- ideal som det er umogeleg å nå opp til.

Likevel kan ein kanskje tenkje at det vi kallar depresjon har noko med naturlege humørsvingingar å gjere. Ein er i ein alder der kroppen er under utvikling. Ein skal ta ulike val for framtida på eigen hand og som sagt lurar ein kanskje på kven ein er og kva ein står for. Dette kan opplevast som stressande. Det kan føre til at ein blir nedstemt. Det betyr nødvendigvis ikkje at ein har ein depresjon. Det kan vere ei midlertidig fase.

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) seier at det sjeldan er barn før pubertetsalder som får depresjon som diagnose. Dei seier derimot at depresjon ikkje er uvanleg for ungdom etter puberteten. Ein del ungdommar med depressive tilstandar har hatt teikn til angst, tilknytings – og atferdsforstyrningar i tillegg. Men for å kunne bli diagnostisert med depresjon må ein tilfredsstillе ein del krav i det moderne diagnostikksystemet (ICD-10).

Holsen (2009) seier at bilete av ungdomsperioden som ei turbulent fase med intense humørsvingingar og sjølvfokusering har bidrege til at betydelige vanskelegheiter i ungdomsperioden har blitt oversett. Sidan ein kan forveksle depressive symptom med ei normal utvikling, kan dette gjere at ungdom som verkeleg er deprimerte ikkje blir tatt alvorleg.

Likevel fortel Ingunn Skre, instituttleder ved institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø, at flere norske studier viser at stadig flere ungdommar slit med depresjonar og angst (Jacobsen, 2013). Holsen (2009) seier at undersøkingar viser at 5-8 % av dei unge har ein depresjon med behov for hjelp av spesialisthelsetenesta, og at ytterlegare 15-20 % gir uttrykk for ein mildare grad av depresjon som depressive tendensar.

### 4.3 Kan fysisk aktivitet ha effekt på depresjon også hjå ungdom?

I studien til Cooney, Dwan, Greig, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo, & Mead blir det sagt at fysisk aktivitet kan hjelpe meir mot depresjon enn og ikkje drive noko behandling i det heile tatt.

Helsedirektoratet (2010) seier at fysisk aktivitet har ein rekkje psykologiske verknadar. Dette blant anna at det fører til glede, overskot, mindre stress, meir pågangsmot og betre sjølvkjensle. Martinsen og Taube (2008) kjem med ein rekkje hypotesar om kva psykologiske, bionevrologiske og fysiologiske effektar fysisk aktivitet har på menneskekroppen. Dette er blant anna berolegande effekt og at ein leier tankane vekk i frå angst og bekymringar.

I studien til Searle, Calnan, Lewis, Campbell, Taylor & Turner (2011) vart det gjort intervju med pasientar med depressive lidningar for å høyre kva dei synest om fysisk aktivitet som behandling mot depresjon. Deltakarane opplevde fysisk aktivitet som ei akseptabel behandling mot tilstanden. Dei sa også at fysisk aktivitet kunne bidra til betre humør. I studien til Biddle & Asare (2011) vart det sagt at fysisk aktivitet hadde effektar for å redusere depresjon blant barn og ungdom.

Mine erfaringar i frå psykiatripraksis var at fysisk aktivitet gjorde pasientar med depresjon «lettare til sinns». Dei kunne gi uttrykk for å vere langt nede. Ein måtte oppmuntre dei til og bli med ut. Det var berre snakk om å gå to - tre runder på området utanfor institusjonen, før ein såg att dei vart lystigare. Når vi var ferdig med turen, kunne ein sjå at pasienten var glad for å føle at han hadde meistra noko som han først hadde sett på som tungt.

Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson (2008) seier at fysisk aktivitet har positiv effekt ved depresjon både for å hindre depresjonsepisodar og for å behandle dei. Men den fysiske treninga bør skje parallelt med vanlig behandling som medisinar og samtale. Martinsen (2011) seier at fysisk aktivitet åleine berre har effekt på milde og moderate depresjonar. Dette støttar også studien til Mead et al. (2013). Der det vart sagt at fysisk aktivitet ikkje hadde større effekt enn samtalebehandling og medikamentell behandling med antidepressiva.

På same tid som fysisk aktivitet kan vere bra for kropp og sjel, bør ein vere klar over at fysisk aktivitet ikkje kan fjerne årsaka til depresjonen. Den er meir som ein aktivitet som kan fremme trivsel og velvære når ein er i ein vanskeleg situasjon. Ein får også leia tankar og bekymringar vekk, fordi fokuset ligg på sjølv aktiviteten ein utfører. Det kan vere mange underliggande årsakar til at ein utviklar depresjon, og desse årsakene bør ein ta tak i ved til dømes hjelp av samtalar med psykolog, som også Mead et al. (2013) seier.

#### 4.4 Korleis komme i gang med fysisk aktivitet?

Sjølv om dei fleste veit at det er lurt å vere fysisk aktiv, er det ikkje sikkert at det er alle som får det til, slik som Karl i innleiinga. Motivasjon er det store temaet. Dei fleste menneske med psykiske lidingar er ofte fysisk inaktive. Dei som slit med depresjon og lav sjølvkjensle kan oppleve fysisk aktivitet som eit uoverkommeleg krav. Så stort at dei ikkje orkar å ta fatt på det (Martinsen, 2011).

Karl er ganske dårleg og prega av depresjonen. Han kjem fort inn i eit destruktivt tankemønster om han blir sittande lenge for seg sjølv og gruble. Ein har erfart at det er lett at dei negative tankane tek over og ein ser ned på seg sjølv. Hummelvoll (2012) seier at typiske teikn på depresjon er at ein er nedstemt, har kjensle av verdlausheit, lågt sjølvbilete, skuldkjensle og låg tru på framtida.

I arbeidet med fysisk aktivitet på den psykiatriske institusjonen handlar det mykje om å påverke Karl til å få ein meir aktiv livsstil. Å bevege seg er naturleg for kroppen vår. Vi er skapt for det. Likevel er ikkje målet med fysisk aktivitet at han skal bli idrettsutøvar. Ein skal heller ha fokus på å prøve å hjelpe han til å oppnå glede over eigen kropp og helse.

Å starte med fysisk aktivitet inneberer endring. Starten på ein endringsprosess kan starte med ein motivasjons – og kartleggingssamtale. Her gjeld det å lytte aktivt til kva Karl ynskjer, kva erfaring han har og kva syn han har på å komme i gang med fysisk aktivitet. Vidare bør han få nyttig informasjon og veiledning om fysisk aktivitet som bør innebere fordelane med å auke aktivitetsnivået (Helsedirektoratet, 2010). Det er viktig at ein tenkjer på korleis ein kan bygge gode relasjonar med Karl. Dette kan bidra til at ein får mest mogeleg ut av ein samtale. Ein bør legge vekt på eigen veremåte, kva haldningar ein sjølv har til fysisk aktivitet, samt at ein bør vise empati og forståing for kva Karl meiner.

Vidare kan ein undersøke om den fysiske aktiviteten er basert på indre eller ytre motivasjon. Indre motivasjon er gjerne betrakta å ha større kraft enn ytre motivasjon. Indre motivasjon omtalast gjerne

som naturleg motivasjon. Vi gjer aktiviteten for å oppnå indre tilfredsheit (Renolen, 2008). Denne motivasjonen kan ein tenkje seg varer lengst. Ein bør difor ha fokus på å motivere via helsegevinstane som blant anna er betre fysisk –og mental helse.

Ytre motivasjon er ytre faktorar som påverkar ein person til å gjennomføre ei viss handling. Faktoren ligg gjerne utanfor sjølve aktivitet. For nokon som skal starte med fysisk aktivitet kan den ytre motivasjonen vere at etter å ha følgd treningsplanen ei veke kan ein gå på kafè, eller kjøpe seg nytt treningstøy. Ytre motivasjon kan også vere ros frå andre (Wormnes & Manger, 2005). Ytre motivasjon kan vere ustabil, og vil dermed fort svekkast (Haldorsen, 1988).

Etter kvart bør ein kome til einigheit om målsetting for aktiviteten på kort og lang sikt, og dermed lage ein plan. Vidare organiserer og startar ein aktiviteten før ein støttar og følger opp, eventuelt tilpassar aktivitet og målsetting undervegs. Det er viktig å sørgje for progresjon, då dette kan skape meistringskjensle som kan bidra til vidare motivasjon.

Likevel er ikkje fysisk aktivitet for alle. Kva om Karl aldri har vore kjent med å vere i aktivitet tidlegare i livet. Kanskje er han ein person som ikkje likar å vere i aktivitet. Det er ingen garanti for at fysisk aktivitet er riktig for nettopp han.

Det er viktig å legge vekt på at Karl er over 18 år og har rett på å få medverke til eigen behandling. I følgje etiske retningslinjer, samt pasient og brukarrettighetslova har han rett på å få bestemme eige opplegg sjølv saman med helsepersonellet. Dette kallar vi for medbestemmelse og å ta i vare mennesket sin autonomi (Nortvedt, 2011). Også pasientrettighetslova seier at pasienten skal ha rett til medverknad (Pasient – og brukarrettighetslova, 2014)

På ei anna side er det ikkje mykje aktivitet som skal til. Helsedirektoratet (2014) anbefaler minst 30 minutt fysisk aktivitet daglig. Dette kan delast opp i løpet av dagen til for eksempel 2 x 15 minutt eller 3 x 10 minutt. Døme på ein slik aktivitet kan vere ein rask spasertur. Under motivasjonssamtalen finn ein ut kva som kan passe for Karl. Døme på aktivitetar kan vere basketball, ti minutt på tennisbana, 30 minutt på treningssenter eller ein kort tur langs elva.

Likevel bør ein også legge til rette for aktiviteten alt etter kvar årstid det er. Det er mange som er veldig glad i ballspel, andre kan vere glad i å stå på ski . Om Karl får gjere det han synes er mest kjekt, kan dette bidra til at han «gløymer» at han er i fysisk aktivitet. Då går tida raskare fordi han har det gøy!

## 4.5 utfordringar ved fysisk aktivitet i psykiatrisk avdeling

For Karl vil det vere aktuelt å velje aktivitetar som er lystbetonte, morosame og som gir god kjensle og kan gjerast saman med andre. Aktivitetstilbodet bør vere rimeleg og finnast i nærmiljøet (Moe, 2011). Frisk luft er balsam for kroppen og gir næring til sjela. Å gå ein tur kan kombinerast med bålrensing. Ein bålrensing kan vere ein møtestad for gode samtalar, song og musikk. Kanskje kan ein skrive ned negative tankar og kjensler på ein lapp og deretter kaste lappen på bålet? Ballspel, aktivitet i vatn og leik kan vere døme på andre eksempel (Moe, 2011).

På ei anna side må fysisk aktivitet anerkjennast som behandlingstilbod, ikkje fritidssyssele. Tilbodet bør forankrast i leiinga. Leiinga må legge forholda til rette gjennom at det blir satt av tid og ressursar til planlegging og gjennomføring av fysisk aktivitet. Ein bør også bidra til å oppretthalde engasjementet blant dei tilsette. Gjennom verksemd – og handlingsplanar, budsjett, personalmøter og stillingsannonser kan leiinga bidra til å vise at fysisk aktivitet er viktig (Helsedirektoratet, 2010). Ofte er det miljøpersonalet som er mest aktive og interesserte, men dei er avhengige av støtte i frå behandlarar, psykologar og legar for å få det til. Det fungerer dårleg om samtalanene med Karl blir lagt midt i treningsstida (Moe, 2011).

Det vil på same tid vere behov for personale med spesialutdanning. Det kan vere idrettsutdanna personale eller fysioterapeutar som er interessert i aktivitet. Fysisk aktivitet er eit fag, og kompetent personell kan heve nivået på aktivitetane. Men også helsepersonell med god eigen erfaring i frå fysisk aktivitet kan vere gode trenarar. Gode treningsstilbod tilrettelagt av fagpersonar tilpassa deltakarens behov, ynskjer og føresetnadar, samt funksjonsnivå er ein viktig føresetnad. utfordringa er å legge til rette for aktivitet som påverkar heile menneske, både det fysiske, psykiske og det sosiale (Moe, 2011).

I følge studien til Faulkner & Biddle (2002) var målet å finne ut korleis psykiatriske sjukepleiarar fremma aktivitet. Ein kom fram til at psykiatriske sjukepleiarar blei oppmuntra til å auke kunnskapane sine om fysisk aktivitet og mental helse. Sjukepleiarane burde få meir støtte i frå avdelinga, og institusjonane burde bli bygd på ein slik måte at sjukepleiarane enklare kunne legge til rette for fysisk aktivitet.

## 4.6 Salutogenetisk tilnærming i motivasjonsarbeidet

Salutogenesen har fokus på det som førebygg sjukdom og held oss friske. Fysisk aktivitet kan vere ein sentral del i ei salutogenetisk tilnærming for å førebygge depresjon. Antonovsky seier at ein må tenkje på kva som gjer oss motstandsdyktige og kva som gjer oss friske (Heggen, 2007). Eit kjerneomgrep i Antonovsky sin teori er «oppleving av samanheng», eller for korta OAS. I dette tilfellet inneberer det at Karl forstår sin situasjon, har evne til å handtere den og kan oppleve det som meningsfullt. Desse tre komponentane heng saman og dei påverkar kvarandre. Forstår Karl at han er deprimert og ser på fysisk aktivitet som ein meningsfull del av behandlinga for å kome seg ut av depresjonen kan dette gjere at motivasjonen aukar.

På ei anna side legg det salutogenetiske perspektivet vekt på at menneska skal ha mogelegheit til å velje kva som er god helse for dei. Om Karl har personlege eigenskapar som sjølvstyrke, tåleevne, lyst sinn og måtehald i forventningar kan dette ha stor betydning for at han har nok kraft i seg sjølv til å takle livets utfordringar (Sletteland & Donovan, 2012). Omgrepet empowerment heng saman med dette. Målet med empowerment er at Karl skal kunne mobilisere eigen kraft og få meir makt, kontroll og styring over eige liv (Gammersvik & Larsen, 2012).

Det er viktig at ein formidlar håp til Karl. Håp gjer det meningsfullt for den sjuke å hente fram ytre og indre ressursar. Ei sterk kjensle av håp vil mobilisere energi og kan gi styrke og mot til å takle motgang (Renolen, 2008). Ein kan hjelpe Karl å halde fast ved håpet om at han kjem seg i gang igjen etter depresjonen. Ein skal prøve å unngå håplausheit. Dette gjer ein ved å gjere seg tilgjengeleg og vere villig til å hjelpe (Travelbee, 2001).

Likevel er empowermentperspektivet utsatt for kritikk. Det er ikkje alle som søker hjelp i helsevesenet som klarer å mobilisere egne krefter. Det kan hende at dei som søker hjelp forventar at andre skal ta avgjerslene for dei. Ein person som kjenner seg utbrent eller som slit med depresjonar, har ikkje den krafta som skal til for å ta tak i sitt eige liv. Det kan ta tid å mobilisere krefter i ein slik situasjon i (Renolen, 2008). Difor bør ikkje empowerment tenkinga føre til at Karl får alt ansvar sjølv. Ei gradvis og individuelt tilpassa bruk av fysisk aktivitet er nødvendig, elles kan han få så mykje ansvar at det endar opp med at han ikkje klarer noko i det heile tatt.

## 5 Konklusjon

Fysisk aktivitet kan leie vekk negative tankar og bekymringar, auke evna til å meistre stress og bidra til betre sjølvkjensle. I arbeidet med å motivere ungdom med depresjon til fysisk aktivitet bør ein legge vekt på ungdommen sine egne erfaringar og føresetnader. Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient, eit individuelt treningsopplegg, motiverande samtalar og sjukepleiaren sin kunnskap og haldning til fysisk aktivitet er noko av det som er viktig i motivasjonsarbeidet. Den som skal hjelpe ungdommen må tenke over egne handlingar knytt til fysisk aktivitet. Det er avgjerande om aktiviteten er prega av indre eller ytre motivasjon. Indre motivasjon vil vare lengst på lang sikt. Gjennom eit kartlagt og planlagt opplegg, der fysisk aktivitet er forankra i leiinga, kan ein motivere til at ungdommen kjem i gang med aktivitet. Det er viktig at ein tek omsyn til kva aktivitetar ein kan dra nytte av i nærleiken, samt kva interesser ungdommen har. Om ein nyttar seg av salutogenese- og empowermentperspektivet, må ein passe på og ikkje gje ungdommen alt ansvar åleine. Elles i oppgåva hadde det vore optimalt om ein kunne tatt med meir om relasjonar mellom sjukepleiar og pasient i motivasjonsarbeidet. Ein kunne også drøfta meir fordeler og ulemper ved ulike aktivitetar.



## Litteratur

Biddle, S.J.H & Asare, M. (2011). *Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews*. British Journal of Sports Medicine, 2011(45), 886–895 henta frå  
doi:10.1136/bjsports-2011-090185

Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A & Turner, K. *Patients view of physical activity as a treatment for depression, a qualitative study*. The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners, 2011, 61(585), 149-56 Henta frå  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=11&sid=fc5fe848-877d-4c92-ace1-4d3ccd4a01fd%40sessionmgr198&hid=125&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=21439172>

Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M & Mead, G.E. (2013). *Exercise for depression, a review*. The Cochrane Library, 2013(9). Henta frå  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/pdf>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Faulkner, G & Biddle, S. (2002). *Mental health nursing and the promotion of physical activity*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2002 (9), 656-665. Henta frå  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=71bf8b6a-7a1a-4a1b-9bd1-23ae4cbd8d%40sessionmgr4005&hid=4209>

Folkehelseinstituttet. (2012). *Fakta og statistikk om fysisk aktivitet*. Henta frå  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,6046&MainContent\\_6261=6464:0:25,6047:1:0:0::0:0&List\\_6212=6218:0:25,6054:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047:1:0:0::0:0&List_6212=6218:0:25,6054:1:0:0::0:0)

Folkehelseinstituttet. (2014). *Reseptregisteret*. Henta frå  
<http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>

Gammersvik, Å & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Haldorsen. (1988). *Psykiatri og fysisk aktivitet*. Oslo: Universitetsforlaget AS

- Heggen. (2007). Rammer for meistring. I Ekeland, T.J & Heggen, K. (2007) *Meistring og myndiggjering* (s.65-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet.(2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (Veileder IS 2170/2014). Henta frå <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet.(2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse, et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. (Veileder IS 1670/2010). Henta frå <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>
- Holsen.(2009). Depressive symptomer i ungdomstiden. I Klepp, K-I & Aarø, L.E. (2009) *Ungdom, livsstil og helsefremmande arbeid*. (s. 60-65). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hummelvoll, J.K.(2012). *Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jakobsen.(2013). *En av tre tenåringer er kronisk stressa*. Henta frå <http://forskning.no/stress-barn-og-ungdom-psykologi-skole-og-utdanning/2013/05/en-av-tre-tenaringer-er-kronisk-stressa>
- Kjellmann, B., Martinsen, E.W., Taube, J & Andersson, E.(2008). Depresjon. I Bahr, R.(2008). *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.275-281). Oslo: Helsedirektoratet
- Martinsen, E.W (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Martinsen, E.W & Taube, J.(2008). Angst. I Bahr, R.(2008). *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.219). Oslo: Helsedirektoratet
- Moe, T.(2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I Martinsen, E (2011). *Kropp og sinn, fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi* (s.197-215). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Nortvedt.(2012). *Omtanke- en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- NOVA.(2014). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013*. (NOVA rapport 10/14) henta frå <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og->

- Pasient- og brukarrettighetslova.(2014). *Lov om pasient- og brukarrettigheter (pasient og brukarrettighetslova)*. Henta frå [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Renolen, Å (2008). *Forståelse av mennesker, innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Røkenes, O.H & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sletteland, N. & Donovan, R.M (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- St.meld. nr. 16 2002-2003.(2003). *Resept for et sunnere Norge* [Oslo]: Helse – og omsorgsdepartementet. Henta frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/1.html?id=196641>
- Travelbee, J.(2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wormnes, B & Manger, T.(2005). *Motivasjon og mestring, veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS