



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

**Emnekode:** SYKSB 3001

**Emnenamn:** Sjukepleie, fagutvikling og forskning

**Vurdering:** Bacheloroppgåve

**Kandidatnummer:** 10

**Leveringsfrist:** 23.02.12 kl. 14.00

**Vurderingstype:** Ordinær eksamen

**Fagansvarleg:** Frode Skorpen



Bilete: SSP

## Saman i rørsle

Korleis motivere pasientar med dobbeldiagnose til fysisk aktivitet?

---

**Bachelor i sjukepleie**

**Kandidatnummer:** 10

**Tal på ord:** 9108 (inkl. referansar i tekst)

**Søkjeord:** *Dobbeldiagnose, sjukepleie, motivasjon, fysisk aktivitet*

## Samandrag

**Tittel:** Saman i rørsle – korleis motivere pasientar med dobbeldiagnose til fysisk aktivitet. I psykiatripraksis opplevde eg at fleire av dobbeldiagnosepasientane var deprimerte, isolerte og inaktive. Eg val difor denne problemstillinga: *Korleis kan ein sjukepleiar motivere pasientar med dobbeldiagnose til å benytte seg av fysisk aktivitet i behandlinga på ein institusjon og kva kan vere utfordringane i forhold til dette?* Hensikta med oppgåva var å finne ut korleis ein sjukepleiar kan motivere pasientar med dobbeldiagnose til å vere fysisk aktive til tross for utfordringane. **Metode:** Litteraturstudie. Sju artiklar vart inkludert i oppgåva. **Resultat:** Det var kjønnsforskjellar på treningsform og grunnar til å trene noko som gjer det viktig å skreddarsy eit treningsprogram som passer kvar enkelt. Å gå var den mest populære aktiviteten (Abrantes et.al, 2011). Aktivitetsprogram på ein halvtime gjorde pasientane mindre urolege og reduserte bruken av eventuell medisin (Thomas, Johns, Trauer, 2006). Viktig med indre motivasjon, ein eigendefinert grunn til å vere fysisk aktiv og klargjere kva som er barrierane til fysisk aktivitet (Sørensen, 2006), (Neale, Nettleton, Pickering, 2011). Fleire forskarar understreka samanhengen mellom haldningane sjukepleiarane har både til fysisk aktivitet og til pasientane, eigne treningsvanar og korleis dei motiverer andre, kunnskapar både om dobbeldiagnose og fysisk aktivitet og kva støtte dei får frå institusjonen dei jobbar (Coombes & Wratten, 2007), (Esposito & Fitzpatrick, 2011), (Faulkner & Biddle, 2002). **Samandrag:** Man kan lettare motivere personar med dobbeldiagnose ved å ha individet og hans/hennar ønskjer i sentrum, støtte frå leiinga på institusjonen og gi sjukepleiarane betre kompetanse og haldningar både til dobbeldiagnose og fysisk aktivitet.

## Summary

**Title:** Together in motion – how to motivate patients with dual diagnosis to participate in physical activity. In psychiatry practice I experienced that several of the patients were depressed, isolated and inactive. I therefore chose to ask this question: *How can a nurse motivate patients with dual diagnosis to participate in physical activity as a part of treatment in an institution and what are the challenges in relation to this?* The purpose with this study is to find out how a nurse can motivate dual diagnosed patients to participate in physical activity despite the challenges. **Method:** Literature study. Seven articles were included in the study. **Results:** There were differences in the sexes regarding form of workout and the reasons for participating which makes it important to tailor a workout regime that fits each person. Walking was the most popular exercise (Abrantes et.al, 2011). A half an hour activity program made the patients less agitated and reduced the use of medication (Thomas, Johns, Trauer, 2006). It's important to have an intrinsic motivation, a self-schema and to clarify the obstacles to physical activity (Sørensen, 2006), (Neale, Nettleton, Pickering, 2011). Several researchers underlined the connection between the nurses' attitudes towards both physical activity and the patients, their own workout habits and how they motivate others, knowledge of dual diagnosis and physical activity and what support they get from the institution they work (Coombes & Wratten, 2007), (Esposito & Fitzpatrick, 2011), (Faulkner & Biddle, 2002). **Summary:** It's easier to motivate persons with dual diagnosis if the care is individualized with his/hers preferences as main focus. Support from the management of the institution and to provide the nurses with more expertise and attitudes towards dual diagnosis and physical activity is also important.

## Innhald

<b>1. Innleiing</b> .....	1
1.1 Val av tema.....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensing .....	2
<b>2. Teori</b> .....	3
2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori.....	3
2.2 Dobbeldiagnose .....	4
2.4 Fysisk aktivitet og psykisk helse .....	6
2.5 Fysisk aktivitet og rusavhengighet .....	6
2.6 Sjukepleie og fysisk aktivitet.....	8
2.7 Motivasjon.....	8
<b>3. Metode</b> .....	11
3.1 Kva er ein metode?.....	11
3.2 Litteraturstudie som metode .....	11
3.3 Litteratursøk .....	11
3.4 Etikk .....	12
<b>4. Resultat</b> .....	14
4.1 Søkjehistorikk.....	14
4.1.1 Science Direct.....	14
4.1.2 Cinahl .....	15
4.1.3 Ovid Nursing .....	16
4.2 Kort oppsummering av artiklar .....	16
<b>5. Drøfting</b> .....	21
<b>6. Konklusjon</b> .....	26
<b>Litteraturliste</b> .....	I
<b>Vedlegg 1: Resultattabell</b> .....	I

# 1. Innleiing

*«Mens sana in corpore sano –*

*En sunn sjel i et sunt legeme»*

*(Juvenal, 1 århundre e.kr).*

Allereie i antikkens Roma vart samanhengen mellom fysisk sunnhet og mental helse sett på som ein viktig faktor til eit godt liv. Så sjølv om kroppen var viktig så var sjela det finaste ved eit lekam og stod i fare for å bli forureina av sanselige og kroppslege lidenskapar (Borge, 2011).

Rusmiddelavhengighet er saman med depresjon- og angstlidingar dei store folkesjukdomane av dei psykiske lidingane. Om lag kvar femte vaksne menneske vil møte dette problemet ein gong i løpet av livet. Samstundes så påverkar avhengigheita ikkje berre den avhengige personen sjølv men òg om lag fire av sine næraste, noko som syner at dette er eit enormt helseproblem (Martinsen, 2011). Risken for å utvikle eit rusmisbruk blant pasientar med ei psykisk liding er mangedobbelt større enn hos resten av befolkninga (Jormin, Augustsson & Forsberg, 2003). Når man samstundes som ein psykisk liding har ein rusavhengighet, såkalla dobbeldiagnose, så vert sjukdomsbiletet meir komplisert (Rasool, 2006).

## 1.1 Val av tema

Denne oppgåva skal handle om fysisk aktivitet som ein del av behandlinga til personar med dobbeltdiagnose som er innlagt ved psykiatrisk institusjon og korleis ein sjukepleiar kan motivere desse pasientane til meir fysisk aktivitet. Teori på kvifor dette er gunstig vert nemnd, saman med teori på motivasjonsstrategiar og sjukepleiarens rolle. Eg har valt å benytte Travelbee (1999) som teoretisk perspektiv då ho skriv mykje om meistring og håp som er nært knytt til motivasjon. Sentrale omgrep vil bli belyst i teoridelen.

Då eg var i psykiatripraksis var eg utplassert ved ein post for menneske med dobbeldiagnosar ved eit psykiatrisk sjukehus. I møte med desse pasientane så vart eg merksam på den gode effekten fysisk aktivitet har og kor stor pris både pasientane og dei ansatte sat på dei daglege turane, ballspeldagane og treningsrommet. Men det viste seg at det var ei utfordring å

motivere spesielt dei nye pasientane til fysisk aktivitet. Det var òg ein utfordring å motivere pasientar til å fortsette å vere fysisk aktive til tross for abstinenssymptom. Gjennom denne oppgåva ønskjer eg å få meir kunnskapar om emnet fysisk aktivitet som behandling i psykiatrien, lære meir om dobbeldiagnosar og korleis sjukepleiaren kan motivere pasientar til å vere meir fysisk aktive. Mi personlege erfaring er at det er for lite fokus på fysisk aktivitet som del av behandling i psykiatrien på sjukepleiarstudiet. Me får òg lite informasjon om korleis me skal auke våre ferdigheiter i helsefremjing.

## **1.2 Problemstilling**

*Korleis kan ein sjukepleiar motivere pasientar med dobbeldiagnose til å benytte seg av fysisk aktivitet i behandlinga på ein institusjon og kva kan vere utfordringane i forhold til dette?*

## **1.3 Avgrensing**

I denne oppgåva vil eg konsentrere meg om personar, både menn og kvinner, med ein dobbeldiagnose. I denne oppgåva har eg verken konsentrert meg om ein bestemt rustype eller psykisk sjukdom. Eg har ikkje vald ei bestemt aldersgruppe men har ikkje brukt forskning på ungdom tidleg i tenåra då forskinga på denne gruppa i hovudsak gjeld rusførebygging. Eg har vald institusjon som kontekst og såg difor etter forskning gjort på *inpatients*, ikkje *outpatients* som er polikliniske pasientar.

## 2. Teori

### 2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

I denne oppgåva har eg valt å bruke Joyce Travelbee sin teori om sjukepleie. Grunnen til at eg val Travelbee i denne oppgåva er at ho er opptatt av at pasienten skal meistre, bære og finne mening i situasjonen, samstundes er ho opptatt av håp som ordlyd sentralt knytt til sjukepleiarens mål og hensikt (Travelbee, 1999).

Håp er definert som:

(...) en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebtes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee, 1999: s.117).

Håp er altså nært knytt til motivasjon og kan seiast å vere ein motiverande faktor bak menneskeleg åtferd. Håp er òg nært knytt til det å meistre og kan seiast å gjere menneske i stand til å meistre vonde og vanskelege situasjonar. Sjukepleiaren skal hjelpe pasienten å halde fast ved- eller å vinne att håpet. Håp er i slekt med tillit noko som gjer det viktig at pasienten har tillit til sjukepleiaren (Travelbee, 1999).

Travelbee var opptatt av det mellommenneskelige i sjukepleien og meinte at det alltid dreidde seg om menneske, enten direkte eller indirekte. Utviklinga av eit menneske-til-menneske-forhold føregår i fasar der sjukepleiarens oppgåver er blant anna å bli bevisst sine egne stereotypiar slik at det er mogleg å erkjenne det unikt individuelle ved pasienten. Med medføling og empati skal sjukepleiaren kunne skape gjensidig forståing og kontakt mellom sjukepleiar og pasient. Det å bruke seg sjølv terapeutisk kjenneteiknar den profesjonelle sjukepleiaren. Skal ein bruke seg sjølv som ein agent for endring så må ein forstå korleis ein sjølv verkar på andre, dessutan er det viktig at man har ein sjølvvinnsikt og evne til å skape verksame relasjonar med andre (Travelbee, 1999).

Sjukepleie vert definert som:

(...)ein mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999: s.29).



## 2.2 Dobbeldiagnose

Termen *dobbeldiagnose* dekker over eit stort spekter av psykiatriske sjukdomar og rusproblem som eit individ kan oppleve samstundes. Misbruket av forskjellige rusmidlar kan enten føre til psykiatriske problem, eller dei underliggjande psykiatriske sjukdomane kan føre til eit rusproblem, men rusproblematikken og psykiatrien hos ein person med dobbeldiagnose er to separate, kronsike lidingar (Rassool, 2006).

Edward & Munro (2009) brukar WHO sin definisjon på dobbeldiagnosar:

(...)dual diagnosis as the presence of a drug or alcohol problem with a current psychiatric diagnosis such as a mood disorder or schizophrenia.

Behovet til denne gruppa er like kompleks som problematikken deira og det som trugar denne gruppa er blant anna auka fare for sjølvskading, auka risiko for HIV-smitte, stort forbruk av institusjonelle tilbod, heimlause, auka fare for vald, høgare tilbakefallsfare, kontakt med rettsvesenet og sosial tilbaketrekking (Rasool, 2006). Vidare skriv Rassool (2006) at dei vanligaste grunnane til at personar med eit psykiatrisk problem ofte misbrukar rusmidlar er: sjølvmedisinering for å dempe symptoma som kjem i følgje av den psykiske sjukdomen, dempe vonde følelsar, sosial isolasjon, dårlege familieforhold, fattigdom, inga vaksen rollemodell i oppveksten og svikt i utdanninga.

I følgje Randby (2010) er det vanleg at dei fleste med dobbeldiagnose lev eit liv som er prega av kaos. Dei er unge, sårbare og redde, dei rakk verken å komme i gong med eller fullføre utdanning og yrkeskarriere. Dei har mange tapsopplevingar knytt til kva forventningar dei sjølv, familien og samfunnet har til dei. Randby (2010) fortel vidare at når det gjeld behandling av denne gruppa er det spesielt utfordrande å vere bevisst på å trekke fram positive situasjonar for å oppretthalde motivasjon, formidle engasjement og håp. Lang tid i institusjon kan ofte vere naudsynt då det visar seg at det er ein samheng mellom tid i institusjon og behandlingresultat. Tida før innlegging kan vere lang og vanskelig på grunn av at det å erkjenne at ein treng hjelp og at ein er villig til å snu livet ikkje kjem før ein har nådd «botnen». Tida på ein institusjon tar ofte lang tid på grunn av varierende motivasjonsarbeid som påverkast av dommar, soningar, varierende rustilgang, overdosar og årstider (Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2008).

Bratteteig et.al (2008) skisserer opp nokre behandlingssprinsipp:

- Behandlinga av både rusproblemet og den psykiske lidinga bør ivarekast av den same behandleren eller innanfor den same behandlingseining.
- Det er viktig med omfattande kartlegging av rusliding og psykisk liding.
- Heilskapleg tenestetilbod skal styrast av pasientens behov (brukarmedverknad).
- Behandlinga skal tilpassast etter kvar i motivasjonsprosessen pasienten er.
- Motiverande intervju er eit vesentleg element i behandlinga.

I Lawrence (2006) vert tre ulike behandlingssprinsipp presentert på denne måten: 1: Ei liding vert behandla før den andre («serial-treatment»), 2: behandle lidingane samstundes men med forskjellige behandlarar («parallell-treatment») og 3: både den psykiske lidinga og rusproblemet vert behandla samstundes av det same behandlingsskema («integrated-treatment»). Noko som gjer det heile vanskeleg er at forholdet mellom lidingane kan vera kompleks og dynamisk, samstundes som at andre problem som nemnd ovanfor kan vere forstyrrande. Konklusjonen er at sjukdomane ikkje skal behandlast isolert frå kvarandre men bør behandlast samstundes med ein nøye planlagd og koordinert omsorgsplan der andre problem i pasientens liv vert adressert (Lawrence, 2006).

Sjukepleiaren er ein viktig ressurs til menneske med dobbeldiagnose. Det er svært viktig at sjukepleiarar har såkalla «dobbel-kunnskapar» som vil seie nok kunnskapar om rusmisbruk og om psykiske lidingar, slik at dei har moglegheit til å gi optimal pleie til pasienten. Eit anna poeng er at sjukepleiaren skal kunne identifisere eit misbruk hos personar som vert innlagt for ein psykiatrisk liding eller å kunne identifisere ein psykiatrisk liding hos personar som vert innlagt på avrusing (Edward & Munro, 2009). Jormin et.al.(2003) bruker Travelbee sin definisjon av håp og den mellommenneskeleg relasjon når dei drøftar korleis ein sjukepleiar kan gi best mogleg omsorg til personen med dobbeldiagnose. Det kan vere ein utfordring for sjukepleiaren å arbeide med denne pasientgruppa på grunn av kompleksiteten i problematikken, noko som gjer det viktig å møte pasientane på eit tidleg stadium for å kunne etablere ein god mellommenneskeleg relasjon. Som sjukepleiar må man fjerne alle negative haldningar, auke kompetansen og kunnskapsnivået slik at man kan bryte ned stigmatiseringa for så å skape ein god mellommenneskeleg relasjon. Vidare skriv Jormin et.al.(2003) at man må kunne ta del i pasientens opplevingar for å kunne hjelpe best mogleg. Det kan vere nyttig for sjukepleiaren å få pasienten sjølv til å innsjå sine problem, sjå at det er snakk om to problem og ikkje berre eitt. Dette kan gjerast ved hjelp av empati, respekt og gode

terapeutiske evner. Man må som sjukepleiar vere optimistisk, ha sjølvtilitt og vise vilje til å hjelpe pasienten for at pasienten skal kunne føle håp (Jormin et.al.,2003).

## 2.4 Fysisk aktivitet og psykisk helse

I følgje Helsedirektoratet (2010) så kan sjølv berre 30 minutt med dagleg fysisk aktivitet ha gunstig effekt. Økta kan delast opp i mindre bolkar på 3x10 minutt eller 2x15 minutt og aktiviteten treng ikkje å bestå i anna enn rask gange slik at det passar dei fleste. Fysisk aktivitet førar til åtferdsaktivering som vil seie at det skjer ein endring frå passivitet og isolasjon til fremjing av positive tankar, auka tru på eigne ferdigheiter, auka sjølvkjensle, auka sjølvkontroll og man lærer å tolke sin eigen kropp betre. Fysisk aktivitet kan samstundes regulere syntesen og metabolismen av noradrenalin, serotonin og dopamin som gir auka kjensle av glede og velvære. Det kan òg auke frigjeringa av endorfin, kroppens eigenproduserte morfinstoff. Vidare har fysisk aktivitet ein roande, og distraherande effekt som gjer at man får tankane bort frå angst og uro. Nokre studiar visar at fysisk aktivitet kan vere like effektivt som anti-depressive medikament i å redusere depressive symptom (Helsedirektoratet, 2010).

Ein kontraindikasjon mot fysisk aktivitet i forhold til angst er at ved starten av eit treningsprogram kan pasienten føle ein auka angstkjensle på grunn av aktiveringa av det sympatiske nervesystemet som gir høg puls, sveitte og hjartebank. Dette kan føre til at pasienten ikkje ønskjer å fortsette i treningsprogrammet på grunn av frykt for angstanfall. Ved å informere pasienten på førehand kan man hindre dette. Ved depresjon er det ingen kontraindikasjoner mot fysisk aktivitet så lenge pasienten ikkje er undervektig, har andre somatiske sjukdomar eller brukar eldre antidepressiva som kan gi sveittetokter og blodtrykksfall. Ein helsesjekk før start av treningsprogram kan vere hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2009).

## 2.5 Fysisk aktivitet og rusavhengighet

I Bratteteig et.al.(2008) vert rusavhengighet definert som:

(...) et nærmest tvangsmessig behov for gjentatt bruk av et rusmiddel, svekket kontroll over bruken og vedvarende bruk til tross for skadelige konsekvenser. Bruk av rusmiddelet foretrekkes framfor andre aktiviteter og forpliktelser, og en ser økt toleranse og i noen tilfeller fysisk abstinensstilstand.

Personar med rusavhengighet har svært ofte samtidig angst- og depresjonslidningar. Fysisk aktivitet kan vere med på å overta rusens dempende effekt på symptoma av desse psykiske sjukdomane. Det kan òg vere med på å fylle tomrommet etter rusmidlar og hjelpe pasienten med å skape seg eit sosialt nettverk utanfor rusmiljøet (Helsedirektoratet, 2010). Fysisk aktivitet kan redusere abstinenssymptom, spesielt somatiske, i den kritiske abstinensfasen av rehabilitering. I Martinsen (2011) kan man lese at låg intensiv kondisjonstrening har vore med på å redusere skjelving og sveittetokter. Fysisk aktivitet har òg ein positiv effekt på søvn, kan vere med på å redusere suget etter rusmidlar og kan fungere som ein distraksjon. Randby (2010) skriver at i forhold til dobbeldiagnosar så har fysisk aktivitet ein klår positiv effekt. Det dreier seg då om alt frå jamlege gåturar til meir målretta trening og kva kvar enkelt pasient føretrekker baserar seg på individuelle interesser og kondisjonsnivå. Fysisk aktivitet verkar både angstdempende, har positiv effekt på humøret og kan førebygge depresjon. Aktivitetane vert sett på som strukturskapande i kvardagen, god avleiing frå tankekjøret og kan auke kjensla av meistring.

Heile 60 % - 90 % av dei som byrjar på eit behandlingssopplegg faller tilbake til gamle vanar etter enda behandling. Gjennom å legge til rette for fysisk aktivitet og endring av livsstil i behandlinga kan ein redusere tilbakefallsprosenten (Martinsen, 2011). Då er det viktig at den fysiske aktiviteten blir individuelt tilpassa og tilrettelagt mens pasienten er innlagt på institusjon slik at den kan bli ein naturleg del av oppfølginga etterpå (Helsedirektoratet, 2009). Førdeprosjektet er eit prosjekt som går ut på at man i helseføretaket skal heve kompetansen for ressurspersonar i nærmiljøet ved å gi innføring i praktisk og teoretisk treningslære, psykiske lidningar og rusproblem. Resultatet var positivt på fleire plan. Blant anna fekk rusmisbrukarane auka fysisk kapasitet, betre sjølvkjensle og mindre psykiske symptom. Dei fekk sosial omgang, ikkje berre med treningskontakten, men òg med andre som var deltakarar i prosjektet. Målet var at den enkelte skulle ta ansvar for treninga på eiga hand, men då var starthjelpa dei fekk frå treningskontakten svært viktig. Verdien av individualisert opplegg vart klår gjennom paringa mellom treningskontakt og klient der det vart brukt mykje tid på å finne personar som passa til kvarandre og som kunne *samarbeide* for eit godt resultat (Skrede, Munkvold, Watne & Martinsen 2006).

Kontraindikasjonar mot fysisk aktivitet i behandlinga av rusavhengige er den somatiske tilstanden til pasientane. Spesielt den kardiovaskulære, pulmonale og nevrologiske statusen bør undersøkast før ein set i gong med fysisk aktivitet, då med tanke på hjartesvikt, hjartearytmiar, høgt blodtrykk, lungesjukdomar og alvorleg hepatitt (Helsedirektoratet, 2009).

## 2.6 Sjukepleie og fysisk aktivitet

Happell, Platania-Phung & Scott (2011) skriv at sjukepleiarar som arbeidar i psykiatrien har moglegheit til å hjelpe pasientar med å overkomme barrierane dei har i forhold til fysisk aktivitet og kan samstundes utvikle eit så tett og personleg forhold til pasientane at dei kan vere med på å identifisere kva den enkelte ønskjer av aktivitetsformar, intensitet og kan dessutan gi viktig individuell stønad og råd utan å stigmatisere pasienten. Vidare nemner dei at mangel på merksemd på fysisk aktivitet som ein behandlingsform kan føre til at sjukepleiarane ikkje får nok tid eller har nok kunnskapar til å promotere fysisk aktivitet til pasientane sine. Happell et.al (2011) konkluderer med at fysisk aktivitet som behandling for mentale lidningar må inn i utdanninga for sjukepleiarar og gjere dei meir kompetente i forhold til korleis ein skal promotere og motivere pasientar til å utøve fysisk aktivitet. Sjukepleiarar kan vere sterke leiarar og kan sikre eit godt samarbeid mellom andre behandlingsinstansar, pasientar og institusjonen. Helsedirektoratet (2010) skriv at nokre pasientar med psykiske lidningar kan ha stor nytte av støtte frå helsepersonell for å kunne oppdage og hente fram eigne ressursar. Sjukepleiaren følgjer opp pasienten over tid og har difor ein unik moglegheit til å påverke og vegleie pasienten med utgangspunkt i hans/hennar eigen livssituasjon. Det er lettare å gjennomføre eit treningsopplegg som er tilpassa den enkeltes individuelle forutsetningar, ønskjer og behov. Som sjukepleiar må man kartlegge pasienten før man byrjar på motivasjonsarbeidet, vurdere pasientens tidlegare erfaringar med fysisk aktivitet, bli einig om ein målsetjing, lage plan, organisere, evaluere og til slutt planleggje overgang til trening på eiga hand (Helsedirektoratet, 2010).

## 2.7 Motivasjon

Motivasjon er ein dynamisk prosess og man kan skilje mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon styrast av forhold utanfor personen som for eksempel skryt og oppmuntring frå andre, mens indre motivasjon styrast av indre lønning i form av tilfredse, interesse og glede knytt til aktiviteten som utførast. Den indre motivasjonen varar lengre enn den ytre.

Motivasjon er ein utfordring i psykisk helsearbeid på grunn av at dei som slit med psykiske lidningar ofte er trøytte og utlada, spesielt gjeld dette rusmisbrukarane som ofte lar kroppen komme i andre rekke i forhold til rusen. Her må man tilpasse ein ytre motivasjon som kan føre til ein indre motivasjon i form av endring av åtferd der den enkelte føler at det er mogleg å ta kontroll sjølv. God planlegging, gjennomføring og oppfølging aukar motivasjonen for fysisk aktivitet og det bør vere klart for deltakarane at det å delta er viktigare enn å prestere. Det å vere med å bestemme og ha ansvar over eiga utvikling og innsats bør vere sentralt,

dessutan bør aktiviteten følast meiningsfull (Moe & Martinsen, 2011). Moe (2011) vektleggjar viktigheita over å ha god oppfølging og deltaking frå behandlarane for å bidra til endring. Engasjement og positiv tilbakemelding frå omgivnadane påverkar sjølvkjensle. Man må som behandlar vere bevisst på at det som verkar på ein positivt på ein person kan ha negativ effekt på andre. Positive haldningar hos sjukepleiarane stimulerer både pasientar og anna personale.

Motivasjonssamtale eller motiverande intervju (Moe, 2011), (Brobeck, Bergh, Odencrants, Hildingh, 2011), (Helsedirektoratet, 2010), er ein pasient-sentrert teknikk for endring. Den skjer i to fasar der den første består i å auka den ibuande motivasjonen for endring, mens i fase to styrkar man engasjementet til handling. Formålet med motivasjonsintervjuet er å hjelpe pasienten til å forstå sitt livsstilsproblem og gjere positive endringar gjennom bruk av 4-6 fasar som består av:

- *Før-kontemplasjonsfasen:* Oppgåva i denne fasen er å få pasienten til å sjå at den noverande livsstilen kan skapa helsemessige utfordringar i framtida. Informasjon om helse og fordelane med fysisk aktivitet kan vere nyttig.
- *Kontemplasjonsfasen:* I denne fasen er pasienten ambivalent i forhold til endring. Her er det viktig at sjukepleiaren ikkje køyrer over pasienten men at det utviklast eit godt samarbeid der pasientens argument vert anerkjend. Her kan det vere nyttig å skrive ned for og imot fysisk aktivitet i behandlinga.
- *Førarbeidingsfasen:* Sjukepleiaren bør hjelpe pasienten som er klar til å setje i gong med fysisk aktivitet med å ta slutningar, utforme mål og lage ein realistisk handlingsplan.
- *Handlingsfasen:* Pasienten prøvar å gjennomføre planen sin. Her er det viktig med positiv tilbakemelding og stønad for innsatsen sin. Det kan vere stor fare for tilbakefall.
- *Vedlikehaldsfasen:* Vidareføre og stabilisere den nye livsstilen. Behov for stønad for å hindre tilbakefall.
- *Tilbakefallsfasen:* Viktig med oppfølging for å hindre at fasen blir langvarig.

Motivasjon for endring er ein viktig målsetjing i arbeidet med dobbeldiagnosepasienten. Det er ein krevjande prosess for sjukepleiaren som må ha nok kunnskapar og erfaringar for å kunne bruke den. Tid og pengar må setjast av i ein organisasjon for å gjere det mogleg for dei

ansatte å lære metoden skikkelig. Metoden aukar sjukepleiarens bevisstheit, forståing og gir dei meir respekt for pasienten (Brobeck et.al., 2011).

Personar med to diagnosar, rusmisbruk og psykisk lidning, har ofte to forskjellige motivasjonar for kvar diagnose. Det er difor svært viktig at man ser på dei to diagnosane som separate problem med parallelle behandlingsbehov, samstundes som dei må ha to ulike endringsprosessar for ein effektiv behandling. Man må forstå kva som er pasientens mål for endringsmotivasjonen (DiClemente et.al 2008). DiClemente et.al (2008) skriv vidare at samstundes kan pasientens ha problem og tilstandar som ofte er assosiert med tilstanden. Eksempel på dette kan vere busituasjon, depresjon, sosiale problem, økonomi og gjentakande sjukehusopphald. Det er difor viktig at man i behandling av denne pasientgruppa tar heile pasientens situasjon på alvor. Man må ta pasientens synspunkt med i behandlingsplanen, byggje opp eigenskapane som skal til for å utføre endringane, identifisere pasientens motivasjonsnivå og mål for kvart problem og finne ut om det er ein motivasjon for endring eller om pasienten treng hjelp til å finne mestringsstrategiar (DiClemente et.al, 2008).

## 3. Metode

### 3.1 Kva er ein metode?

I følgje Dalland (2007) er ein metode ein måte man går i gong med å skaffe og etterprøve kunnskap eller påstandar. Me vel ein bestemt type metode på grunn av at me meiner denne metoden vil gje oss gode data og belyse spørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte. Det finst både kvalitative og kvantitative metodar. Den *kvalitative* metoden tar sikte på å fange opp meining og oppleving som ikkje lar seg talfesta eller måla, mens den *kvantitative* metoden har den fordel at den tar sikte på å forme informasjonen om til målbare einingar som gjer det mogleg for oss å finne gjennomsnitt og prosentandelar. Det er viktig at refleksjonen omkring val av metode kjem klårt fram då det er viktig å finne ut forskjellen mellom det som er ønskelig og det som praktisk kan gjennomførast. Valet av data er underlagt reglar som gjer at kravet om systematisk utveljing av data er heilt sentralt, dette valet må man òg forklare i oppgåva. Dette er for å vise at man ikkje har valt data utifrå at man vil ha eit bestemt svar. Data man vel må òg vere relevant og pålitelig (Dalland, 2007).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva har litteraturstudie som metode. Dette er på grunn av at dette var eit av oppgåvekrava. I eit litteraturstudie skal man systematisk søkje, kritisk granske og setje saman litteraturen innanfor eit valt emne eller problemområde. I eit slikt studie bør man fokusere på aktuell forskning innan det valde området men det finst ikkje reglar for kor mange studiar man kan bruke i eit litteraturstudie, her kjem det ann på kva krav som vert satt på førehand og på kva forfattere kan finne gjennom dei ulike søkjemotorane. Eit systematisk litteraturstudie bør blant anna innehalde ein klår og tydeleg problemstilling, ein søkestrategi, tydelige kriterier for å inkludere og ekskludere forskning, presentasjon av kvar vald studies metode og resultat, presentasjon av ekskluderte studiar og kvifor desse vart vald bort (Forsberg & Wengström, 2008).

### 3.3 Litteratursøk

Eg byrja tidleg med å innhente kjeldemateriale. Eg leita etter litteratur som omhandla fysisk aktivitet som behandling i psykiatrien, då spesielt i forhold til menneske med ein dobbeldiagnose med rusavhengighet og psykisk lidning, og sjukepleiarens rolle i motivasjonsarbeidet. Eg fann lite relevant om dette temaet i pensum. Eg søkte på fleire søkjemotorar som for eksempel Ovid, ProQuest, SveMed+, Cinahl og Science Direct. Det var på dei to sistnemnde eg fann artiklar som var mest relevant for mi oppgåve. Eksempel på



engelske søkjeord eg har brukt er: “Physical activity”, “exercise”, “substance abuse”, “drug abuse”, “drug addiction”, “substance dependence”, “nurse”, “motivation”, “motivational interviewing”, “motivation”, “care/caring”, “promotion of”, “dual diagnosis”, “double diagnosis”, “co-occurring”. Eksempel på norske søkjeord: “Dobbeldiagnose”, “motivasjon”, “sykepleie”, “rus og psykiatri”, “fysisk aktivitet”.

I søket etter artiklar så hadde eg ein del utveljingsstrategiar. For eksempel så valde eg bort artiklar som omhandla eit bestemt kjønn, gravide, ikkje-vestlege og som handla om rusførebygging på skulenivå. Først søkte eg på artiklar som var utgitt mellom årstala 2000 – 2012. Etter kvart så spissa eg det inn til ei tidsramme mellom 2005 – 2012, dette på grunn av at eg helst ville ha den nyaste forskinga på området. Den eldste artikkelen eg brukar i oppgåva er frå 2002.

### 3.4 Etikk

Før man byrjar på eit systematisk litteraturstudie bør etiske vurderingar gjerast. Juks og uhelderlig framferd vert definert av Vetenskapsrådet som:

Med fusk och ohederlighet inom forskningen avses avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen genom fabricering av data, stöld eller plagiat av data, förvrängning av forskningsprocessen, eller genom ohederlighet mot anslagsgivare (Sitert i Forsberg & Wengström, 2008: s.77).

Viktige punkt å vurdere før man bestemmer seg for å bruke ein artikkel er om artikkelen er godkjent av etisk komité, om etiske spørsmål er tenkt gjennom i studien, å rapportere alle artiklar som inngår i studien, arkivere dei på ein sikker stad i ti år og presentere alle resultat sjølv om dei ikkje støttar hypotesen til forskaren (Forsberg & Wengström, 2008).

I denne oppgåva har eg vært opptatt av å velje artiklar der det står at dei er blitt godkjend av enten etisk komité eller anna form for komité eller styre. Det er viktig at etiske vurderingar er gjort før ein studie har blitt utført. Om ein studie manglar denne godkjenninga er det positivt at studien har med eventuelle negative aspekt ved forskinga som er gjort, at den er nøye med å vurdere funna opp i mot kva som kan vere motseiande faktorar. Om det gjeld ein spørjeundersøking eller intervju av enten pasientar eller sjukepleiarar så er det viktig at forskarane har innhenta samtykke frå deltakarane og har informert om studien på førehand.

Eg brukte sjekklister om kritisk vurdering av forskingsartiklar frå Kunnskapssenteret<sup>1</sup> då eg vurderte forskingsartiklane.

I oppgåva har eg vært nøye med å vise til kjeldene eg brukar. Eg har variert ved å enten bruke tilvisinga før eller etter materiale eg har brukt. Eg har unngått å bruke for mykje sitat og har heller prøvd å bruke mine egne ord når eg har attgjeve litteratur. Unntaket er ved bruk av definisjonar av omgrep.

---

<sup>1</sup>Kunnskapssenteret.no: Sjekklister for vurdering av forskingsartiklar (13.02.2012):  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskingsartikler.2031.cms>

## 4. Resultat

### 4.1 Søkjehistorikk

I søka har eg først avgrensa til årstala mellom 2000 og notid, så mellom 2005 og notid for å spissa det enno meir. Eg val å inkludere fleire søkjeord i eit søk gjennom bruken av ordet OR (eller) mellom søkjeorda. Dette var for å få med alle artiklar som omhandla same emnet, men som brukte ulike omgrep. Ved bruk av søkeordet AND kombinerte eg dei ulike søka. I Science Direct kan man søke innanfor føregåande søk, noko eg nytta meg av.

#### 4.1.1 Science Direct

I S6 avgrensa eg til tema: Mental health, substance abuse, psychiatry, mental illness. Fann ingen artiklar som var relevante for mi oppgåve ved dette søket. I S10 avgrensa eg til tema: Mental health, physical activity. I S10 fann eg artikkelen *Exercise preferences of patients in substance abuse treatment* av Abrantes, A., Battle, C., Strong, D., Ing, E., Dubreuil, M-E., Gordon, A., Brown, R. (2011) saman med artikkelen *Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise* av Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. (2011).

Søk i Science Direct 05.01.12:		
Nummer	Søkeord/term	Resultat
S1	Substance abuse	39 152
S2	S1 AND exercise OR physical activity	14 366
S3	S2 AND mental illness	5818
S4	S3 AND motivation OR motivating	1623
S5	S4 AND dual diagnosis OR co-occurring	320
S6	S5 AND nursing OR nurse	19
S9	S2 AND physical activity	5564
S10	S9 AND exercise	85

#### 4.1.2 Cinahl

I S4 fann eg artikkelen: *P.r.n. medication use in a psychiatric high-dependency unit following the introduction of a nurse-led activity programme* av Thomas, B., Johns, P., Trauer, T. (2006). I S6 fann eg artikkelen: *The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study* av Coombes, L. & Wratten, A. (2007). På grunn av at eg ikkje fant relevante artiklar i S8 så endra eg årstala til mellom 2000-notid og avgrensa til emner: Psychiatric nursing, nursing role, exercise, physical activity, health promotion. I S11 fann eg artikkelen: *Mental health nursing and the promotion of physical activity* av Faulkner, G. & Biddle, S. (2002). I S12 avgrensa eg igjen til årstal 2005-notid og til emner: Psychiatric nursing, exercise, health behavior, physical activity, health promotion. I S12 fann eg artikkelen: *Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behavior and their patient teaching regarding exercise* av Esposito, E. & Fitzpatrick, J. (2011).

Søk i Cinahl: 12.01.12/15.02.2012		
Nummer	Søkeord/term	Resultat (antall)
S1	Substance abuse OR abuse OR addiction OR drug OR dependence	194266
S2	Physical activity OR exercise OR sport	48264
S3	Nursing OR nurse OR nursing interventions	502661
S4	S1 AND S2 AND S3	123
S5	Dual diagnosis OR co-occurring	939
S6	S3 AND S5 AND experience	3
S7	Promotion of	5828
S8	S7 AND S2 AND S3	123
S9	Mental health	49959
S10	S9 AND S7 AND S2	80
S11	S10 AND S3	49
S12	S8 AND Health promotion	208

### 4.1.3 Ovid Nursing

I S1 er hovudsøkjeordet dual diagnosis med substance use disorders og mental disorders som såkalla *subject heading*. I S4 fann eg artikkelen: *Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment* av Sørensen, M. (2006).

Prøvde fleire kombinasjonar men fann ingen relevante artiklar.

Søk i Ovid Nursing: 12.01.12		
Nummer	Søkeord/term	Resultat (antall)
S1	Dual diagnosis OR Substance use disorders OR Mental disorders	1276
S2	Physical activity OR Exercise	1845
S3	Motivation	439
S4	S1 AND S2 AND S3	3
S5	Nursing OR nursing care	2712
S6	S5 AND S1	27
S7	S2 AND S3 AND S5	3
S8	Health promotion	489
S9	S8 AND S5 AND S2	5
S10	S1 AND S2	17

## 4.2 Kort oppsummering av artiklar

### Artikkel 1

*Exercise preferences of patients in substance abuse treatment* av Abrantes, A., Battle, C., Strong, D., Ing, E., Dubreuil, M-E., Gordon, A., Brown, R. (2011) er ein kvantitativ studie der 96 pasientar frå ein behandlingsstad for rusmisbrukarar vart bedt om å fylla ut eit spørjeskjema om fysisk aktivitet. Resultata viste at dei fleste pasientane (71 %) ikkje hadde vore fysisk aktive før dei vart tatt opp i behandlingsopplegget, det kom òg fram at den største interessa for aktivitet var blant dei som samstundes hadde ein psykisk sjukdom som for eksempel angstliding og depresjon (93.8 %). Interessa for treningsprogram var spesielt stor om programmet var utforma spesielt for pasientar med eit rusproblem og dei fleste ville helst byrje tidleg i behandlingsopplegget. Den mest populære treningsforma var å gå (75 %), med

styrketrening på andre plass (37.1 %). Studien fann nokre forskjellar mellom menn og kvinner, blant anna at sjølv om dei fleste var einige om at den største fordel med trening var følelsen av mestring, å føle seg sterkare, betre helse, å komme i fysisk form og betre sjølvtilitt, så var kvinner meir opptatt av at dei takla stress betre, få betre sjølvkjensle på at dei kom til å halde seg rusfri og at dei fann seg nye vener. Det som vart sett på som dei største hindringane mot fysisk aktivitet var dårleg råd, dårleg motivasjon, lite energi og å ikkje ha nokon å trene med. Konklusjonen i studien var at det var svært viktig å skreddarsy eit treningsprogram slik at det passa kvar enkelt.

### Artikkel 2

*P.r.n. medication use in a psychiatric high-dependency unit following the introduction of a nurse-led activity programme* av Thomas, B., Johns, P., Trauer, T. (2006) handlar om ein intervensjonsstudie som vart utført ved to sikringsavdelingar ved eit psykiatrisk sjukehus i Australia. Eit aktivitetsprogram bestående av bevegelse i ulike formar på ein halvtime kvar morgon og ei økt med avslapping på 15 minutt etterpå vart leia av sjukepleiarane på avdelingane saman med to terapeutar. Aktivitetane som pasientane skulle vere med på var bevegelsar til musikk og spel/leikar. Bruk av enkle materialar og tilpassing til den enkelte deltakar sin respons og utviklingsnivå skulle gjere det mogleg å introdusere ein dagleg rutine, betre eller oppretthalde fysisk nivå, auka den daglege struktur, redusere konflikt og aggresjon, betre kognitiv-, sosial- og mellommenneskelege ferdigheter, betre sjølvtilitt og redusere bruken av eventuell medisin. Resultatet av denne studien var at bruken av eventuell medisin, såkalla *pro re nata medication*, vart redusert. Eit anna interessant funn var at dei to deltakande avdelingane fekk forskjellig resultat ved at effekten var positiv i den eine mens den andre ikkje såg nokon forskjell. Dette vart forklart med forskjellar i arbeidsstokken i kvart skift noko som kan sjåast ved at det er ein forskjell på entusiasme for programmet, leiarskap og igangsetjinga. For å lukkast må den enkelte som arbeidar på avdelinga vere sterke leiarar, fleksible og innovative, samstundes må heile arbeidsstokken vere samstemde i filosofien og ha kontroll over prosessen.

### Artikkel 3

*Mental health nursing and the promotion of physical activity* av Faulkner, G. & Biddle, S. (2002) handlar om sjukepleiarens si rolle i det å fremje fysisk aktivitet til pasienten og inkorporere det i omsorgsplanen på ein institusjon. Det er ein kvalitativ studie der 12 psykiatriske sjukepleiarar vart intervjuar. Resultatet frå studien viste at dei fleste av sjukepleiarane som svarte hadde fremja fysisk aktivitet, men det var verken planlagd- eller

hyppig informasjon som alle pasientar fekk rutinemessig. Den mest vanlege forma for aktivitet som vart promotert var gåing. Det var stor forskjell mellom sjukepleiarane om korleis dei reklamerte for fysisk aktivitet. Nokon gav råd og oppmuntring til pasientar som kom og spurte om fysisk aktivitet eller trening, andre prøvde å nemne dei positive fordelane av trening samstundes som man prøvde å identifisere og overkomme kva som var barrierane til fysisk aktivitet. Alle som var med i studien var svært positive til fysisk aktivitet som ein del av behandlinga og alle deltakarane hadde personlege opplevingar der fysisk aktivitet hadde hjelpt ein pasient. Det som vart nemnd som fordelar ved fysisk aktivitet var at det lindra keisamhet, endra fokus, fjerne pasientane frå skadelege miljø og moglegheita for struktur i kvardagen. Det lindra aggresjon, frustrasjon, sinne, stress, angst og spenning. Konklusjonen i studien var at psykiatriske sjukepleiarar burde bli oppmuntra og støtta til å auka deira kunnskarar om fysisk aktivitet i forhold til mental helse. For å oppnå dette bør støtta komme frå institusjonen og avdelingane bør bli bygd opp slik at ein slik behandlingsfilosofi kan bli fremja med sjukepleiarane i fronten.

#### **Artikkel 4**

*Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment* av Sørensen, M. (2006) handlar om ein studie med 109 deltakande pasientar frå 15 psykiatriske sjukehus og DPS i Noreg fylde ut spørjeskjema. Resultatet i studien viste at forskjellen mellom psykiatriske pasientar og vanlege menneske ikkje er stor når det gjeld kva som motiverer til fysisk aktivitet, sjølv om dei har fleire barrierar til å delta. Det var like viktig for denne gruppa å ha positive erfaringar med- og eigarskap over aktivitetane både mengde og type som det er for resten av befolkninga. Individuelle forskjellar var tydelege når det gjaldt grunnane til at dei ville vere fysisk aktive. Nokon hadde ibuande motiv som for eksempel glede, mens andre meinte dei burde vere aktive på grunn av eiga helse. Når det gjaldt det ytre faktorar, som vil seie å få beskjed av andre at man bør vere meir fysisk aktiv, så var det svært få som meinte det var ein god motivasjonsfaktor. Majoriteten av dei spurte svarte at dei meinte fysisk aktivitet var med på å fjerne sjukdomssymptoma deira. Konklusjonen er at om man skal kunne motivere desse pasientane så må man gjere aktivitetane så sjølvbestemte som mogleg ved å fokusere på dei positive opplevingane og endre pasientens eige syn på seg sjølv frå å vere eit passivt til eit aktivt menneske.

## Artikkel 5

*The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study* av Coombes, L. & Wratten, A. (2007). Sju psykiatriske sjukepleiarar med erfaringar frå arbeid med dobbeldiagnosepasientar vart intervjua om deira erfaringar. Resultata frå studien vart delt inn i tre hovudtema: Problem med å definere og forstå dobbeldiagnose, utfordringar i arbeidet med denne gruppa og utfordringane med å arbeide med andre organisasjonar og byrå. Det kom fram at termen dobbeldiagnose var problematisk for sjukepleiarane og at dei meinte termen kanskje betydde forskjellige ting for dei forskjellige profesjonelle som arbeida med dei. Det kom òg fram at det å arbeide med denne pasientgruppa var utfordrande. Pasientane var vanskeleg å engasjere og vart ofte oppfatta som hjelpelause, utan håp og ikkje villig til å ta i mot hjelp. Det var svært viktig med eit langtidsforhold for å kunne etablere god nok kontakt noko desse sjukepleiarane meinte dei ikkje hadde tid til. Spesialistkunnskapar vart òg sett på som viktig saman med praksisutvikling og auka behov for informasjon og erfaring. Utan klinisk stønad og tilsyn følte desse sjukepleiarane seg isolerte og einsame. Dei kunne òg føle seg truga av desse pasientane vel vitande om at desse pasientane hadde gjort kriminelle handlingar i fortida. Klinisk vurdering av desse pasientane var vanskelig på grunn av ruspåverknad og psykisk sjukdom, samstundes så strakk ikkje tida til for å kunne reflektere over pasientane eller å kunne diskutere det med kollegaer. Sjukepleiarane var overraska over dei stigmatiserande haldningane til andre sjukepleiarar som meinte at denne pasientgruppa var bortkasta tid og ein lav prioritet.

## Artikkel 6

*Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise* av Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. (2011) handlar om ein studie der 40 noverande eller tidlegare heroinmisbrukarar vart intervjua om deira forhold til fysisk aktivitet. Studien skulle utforske deira eigne synspunkt om fysisk aktivitet, lyst til å delta og alle barrierar mot å delta. Funna i studien indikerer at heroinmisbrukarar er interessert i å delta i sport og fysisk aktivitet uansett kjønn, til tross for dette møter dei ofte på barrierar på det sosiale, personlege og strukturelle plan som hindrar dei. Det er viktig at måla med deltakinga i fysisk aktivitet er realistiske og ikkje overdrivne men man kan ikkje forvente at det å vere fysisk aktiv vil endre misbrukaren liv. Heroinmisbrukaren sjølv stadfestar at det heile handlar om å slappe av, ha det gøy og føle seg bra for ei stund. Daglege rutinar som for eksempel gåing eller sykling kan være ei viktig kjelde til glede. Samstundes kjem det fram at dei spurde var kjend med at fysisk aktivitet var godt for helsa, gav moglegheit til sosial kontakt og hjelpte til i



lækjelsesprosessen. Eit viktig sluttpoeng i artikkelen er at man ikkje skal anta at alle vil delta i sport og fysisk aktivitet, alle er ulike og vil ha svært ulike ønskjer for kva dei vil vere med på, kor mykje og om dei i det heile tatt vil vere med på noko.

### Artikkel 7

*Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise* av Esposito, E & Fitzpatrick, J. (2011). 112 sjukepleiarar som jobba ved eit sjukehus fylte ut eit spørjeskjema om kva dei syns om fysisk aktivitet, kor fysisk aktive dei sjølv er og anbefaling av fysisk aktivitet til pasientar. Resultatet av studien viste at det er ein samanheng mellom sjukepleiarane sitt syn på fordelane med fysisk aktivitet og kor mykje dei sjølv var aktive. Samanheng vart òg funne mellom kor mykje sjukepleiarane var fysisk aktive og kor mykje dei anbefalte det til pasientane. Det er meir sannsynleg at sjukepleiarar som har ein sunn livsstil og som trur på helsefremjing vil fremje fordelane med ein sunn livsstil og vere gode rollemodellar for sine pasientar enn dei som ikkje er det. Det vart òg stadfesta at sjukepleiarane har ein unik moglegheit til å betre pasientane si helse gjennom å vere den største gruppa av helsearbeidarar og dei som brukar mest tid på pasientane. Konklusjonen i studien er at det er viktig å informere og endre sjukepleiarane sine haldningar til og kunnskapar om fysisk aktivitet gjennom kurs, undervisning og motiverande skilting på arbeidsstaden, slik at dei igjen kan motivere sine pasientar til å vere meir aktive og leve eit sunnare liv.

## 5. Drøfting

I psykiatripraksis møtte eg fleire pasientar med dobbeldiagnose som sat stor pris på fysisk aktivitet som ein del av si behandling, men eg møtte òg pasientar som var isolerte, deprimerte og inaktive. Den store utfordringa var å få desse pasientane opp av senga og ut i aktivitet noko fleire av sjukepleiarane syntes var vanskeleg. Det at pasientane på avdelinga hadde dobbeldiagnose, ein kombinasjon av rusavhengighet og forskjellige psykiske sjukdomar, gjorde det heile meir komplisert for sjukepleiaren. Det kjem fram at det er fleire ulike syn på korleis denne pasientgruppa skal behandlast. Rasool (2006), Jormin et.al (2004) og Randby (2010) gjer det klart at ein person med dobbeldiagnose har to separate kroniske lidingar og det er difor viktig at begge lidingane blir behandla, enten samstundes eller etter kvarande, Lawrence (2006) nemner dessutan tre ulike metodar som er skildra i teoridelen. Det kan hende at individuelle forskjellar gjer at ulike behandlingsmetodar passar til ulike pasientar. Det kan òg hende at kva metode som passar best varierer etter kor alvorleg sjukdomsbiletet er. Til eksempel kan det hende at den psykiske lidinga ikkje er synleg før pasienten er blitt avrusa eller at det ikkje er mogleg for pasienten å bli avrusa før den psykiske sjukdomen er blitt behandla. Det kan òg vere at påverknaden mellom rusavhengigheta og den psykiske sjukdomen er så sterk at det er best å behandle dei samstundes. Coombes & Wratten (2007) skildrar sjukepleiarane si usikkerhet knytt til sjølve omgrepet *dobbeldiagnose* og meinte det hadde ulik tyding for ulike behandlarar. Denne tilsynelatande usikkerheita om korleis ein både skal behandle og omtale desse pasientane påverkar sjukepleiarane som skal hjelpe dei. Det skapar usikkerhet som gjer det vanskeleg å skape eit godt terapeutisk forhold til pasienten. Coombes & Wratten (2007) skriv at det er viktig med ein fagleg einighet om termen *dobbeldiagnose* og korleis ein skal behandle desse pasientane på best mogleg måte.

Forfattarane stadfestar vidare at behandlinga av dobbeldiagnosar er komplisert på grunn av kompleksiteten til problematikken. Det kjem fram fleire stader (Coombes & Wratten, 2007), (Eward & Munro, 2009) at sjukepleiarane følte dei ikkje hadde nok kunnskapar eller erfaringar om tilstanden til å kunne gi pasientane god nok pleie og omsorg. Sjukepleiarar saknar god nok undervisning og forskning på emnet noko som gjer at dei følar seg ukvalifiserte i arbeidet med pasientane med dobbeldiagnose. Sjukepleiarutdanninga må få emnet på pensum, eventuelt gi studentane gode nok kunnskapar om både psykiske lidingar og rusmisbruk om dette skal endre seg. Mine eigne erfaringar er at fleire av dei ansatte på posten der eg var i praksis utrykte misnøgde med å ikkje vite meir om rus, psykiske lidingar og korleis desse påverka kvarandre. Lite kunnskapar førte til stigmatisering av pasientane,

mistenkeleggjering og ransaking av pasientrommet på grunn av mistanke om oppbevaring av rusmidlar. Dette førte igjen til at forholdet mellom pasientane og sjukepleiarane vart dårleg og moglegheitene for etablering av ein terapeutisk relasjon små. For sjukepleiarar som arbeidar med denne pasientgruppa så vert fordommar og negative haldningar til pasientane frå anna helsepersonell opplevd som vanskeleg (Coombes & Wratten, 2007). I følgje Travelbee (1999) er det ei viktig sjukepleieoppgåve å bryte ned stereotypane og oppfatte mennesket i pasienten slik at begge sine identitetar kan tre fram og byggje eit godt forhold. Stigmatisering, dårlege haldningar og følelsen av at ingen har tru på ein førar til ein svært dårleg sjølvtilit som igjen påverkar motivasjonen ein har for endring. Jormin et.al. (2003) skriv at stigmatisering av pasientar kan vere eit stort problem blant personell i psykiatrien og at det einaste som kan bryte denne negative før forståinga er meir kunnskapar og meir bevissthet.

Fysisk aktivitet burde vere ein sjølvsgt del av kvardagen til pasientar med dobbeldiagnose. Den biologiske effekten er positiv spesielt på psykiske sjukdomar som depresjon og angst, men har òg positiv effekt på rusavhengige (Helsedirektoratet, 2010/2009), (Martinsen, 2011), (Moe & Martinsen, 2011). Samstundes så seier rusmisbrukarar sjølv at det å vere aktiv gir dei glede, at det er gøy, er ein god distraksjon, gir betre søvn, er sosialt, reduserer keisamheit og fyller tida. Det vart òg nemnd at fysisk aktivitet kunne gi eit lite adrenalinrush som kunne kompensere for rusen (Neale et.al., 2011), (Abrantes et.al., 2011). I følgje Faulkner & Biddle (2002) var sjukepleiarane svært positive til fysisk aktivitet som behandlingssupplement og meinte at det burde vere meir fokus på fysisk aktivitet på psykiatriske postar. Samstundes meinte dei at dei ikkje hadde nok kunnskapar om helsegevinstane av fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse noko som gjorde det vanskeleg for dei å «selje» det til pasientane. Dette er eit lite paradoks då sjukepleiarane veit nok om emnet til å ha ein positiv mening om det, men meiner sjølv dei ikkje har nok kunnskapar til å fremje det for andre. Happell et.al (2011) set lys over mangelen på merksemd fysisk aktivitet har i sjukepleiarfaget. Dette førar til barrierar for sjukepleiarane som vil støtte pasientane til auka fysisk aktivitet. Mi eiga erfaring er at det er lite fokus på fysisk aktivitet i sjukepleiarstudiet.

Eit anna viktig aspekt er sjukepleiarens eigen erfaring med fysisk aktivitet. Forskinga visar at det er ein samheng mellom sjukepleiarens syn på helsegevinstane av fysisk aktivitet og om dei sjølv er aktive i trening. Det at ein sjukepleiar er inaktiv på fritida gjer at han/ho ikkje ser helsegevinstane eller det positive med fysisk aktivitet og ikkje har nok kunnskapar om emnet, noko som igjen gjer det svært vanskelig for denne sjukepleiaren å anbefale fysisk aktivitet til pasientane (Esposito & Fitzpatrick, 2011). Dette synar at for å kunne informere og motivere

pasientar til å vere meir aktive så bør sjukepleiaren ha meir kunnskapar om og ha glede av fysisk aktivitet sjølv, og samstundes vere engasjerte og positive (Moe, 2011). Om ein ikkje har noko forhold til det å vere fysisk aktiv så er det vanskeleg å spreie engasjement og positivitet til pasientane.

DiClemente et.al (2008) nemner at pasientar med dobbeldiagnose kan ha problem med å engasjere seg, planleggje og setje planar ut i livet. Dei har òg problem med å oppretthalde motivasjonen for lengre tidsperiodar. Dette er på grunn av at dei fleste av desse pasientane har vore sjuke i store delar av ungdomstida si, den tida der ein lærer å skape struktur i kvardagen, ein lærer å halde avtalar og ha kontroll over si eiga røyndom. Pasientane mistar dette og kvardagen deira vert prega av kaos og manglande struktur (Randby, 2010). Fysisk aktivitet kan for desse pasientane bli ein måte å vinne tilbake kontrollen over kvardagen, skape struktur og orden. Det å kunne lage eit mål i framtida gir livet mening, viktig for ei gruppe der sjølvmondsfaren er stor (Rasool, 2009). For å kunne motivere ein pasient med dobbeldiagnose til å delta i fysisk aktivitet er det viktig å etablere eit godt forhold til personen. Travelbee (1999) omtalar dette forholdet som ein mellommenneskeleg relasjon eller eit menneske-til-menneske-forhold. Viktige punkt for å skape ein slik relasjon er å fjerne sine fordommar, vise respekt og ha empati (Jormin et.al, 2003). Man må altså vere saman med pasienten, bli kjend og skape eit slikt terapeutisk forhold bygd på tillit før man kan byrje på motivasjonsprosessen.

Ein sjukepleiar kan med hell nytta seg av motiverande intervju når dei skal motivere denne pasientgruppa til fysisk aktivitet. Men det er viktig å ta med at effektiviteten til motivasjonsteknikkane kan variere etter alvorsgraden av rusmisbruket og den psykiske lidinga (DiClemente, 2008). Motivasjonsprosessen består av fasar som alle må gjennom. På første stadiet kan pasienten ofte vere negativ til fysisk aktivitet. Her kan man gjennomføre ein utforskande og respektfull samtale om kva som er pasientens syn på fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). For personar som er vant med å ha seg sjølv i sentrum er det gunstig at heile samtalen flyt på kva dei sjølv ønskjer og syns. Man må følgje pasientens tankar, utdjupe og konkretisere spørsmål og viktigast av alt vere *positiv og støttande*. På andre stadiet kan pasientane ofte vere usikre eller ambivalente i forhold til fysisk aktivitet og her kan sjukepleiaren gi pasienten rom til å diskutere for- og imot. På siste stadiet planleggjar man aktiviteten og lar pasienten sjølv lage mål. Pasientens ønskjer er i førarsetet (Helsedirektoratet, 2010). Psykiatriske pasientar er ikkje annleis enn den normale befolkninga når det gjeld motivasjon sjølv om dei møter fleire barrierar og utfordringar knytt til diagnosane sine. Det er viktig med indre motivasjon ved å fokusere på det positive med

aktiviteten og at ein bestemmer sjølv aktivitet og mengde (Sørensen, 2006). Førdeprosjektet er eit individualisert opplegg der pasienten skal koplust til treningskontaktar som passar til den enkelte, slik at dei to saman skal kunne samarbeide for eit godt resultat (Skrede et.al, 2006). Det at pasienten har nokon å dele prosessen med og nokon å gå med mot det bestemte målet kan vere ei kjempegod støtte. Å motivere gjeld å fokusere på det positive og å finne fram ibuande kvalitetar hos kvar enkelt. Det gjeld at pasienten kan finne håpet i sin situasjon. Travelbee (1999) skriv at det trulig er den motiverande impulsen av håp som gir pasienten energi og gjer det mogleg for han/ho å overvinne hindringar og å setje kreftene inn i rehabiliteringsprosessen. Sjukepleiarens oppgåve å hjelpe pasienten med å finne håp for å kunne meistre sjukdom og lidning, vere ein profesjonell samtalepartner for pasienten ved å få fram styrker, lengslar, håp og drøymar og stimulere til å utforske mål, moglegheiter og vegen fram. Man skal som nemnd gå saman med pasienten og stimulere til at pasienten sjølv finner fram til kva som kan vere hinder og fordelar med å vere fysisk aktiv, og korleis man løyser og utnyttar desse (Eide & Eide, 2007).

Når det gjeld pasientar med dobbeldiagnosar som er innlagt på psykiatrisk post har dei ifølgje Rasool (2006) ofte nådd botnen. Dei er slitne, deprimerte og ser ikkje anna val enn å legge seg inn på institusjon. Det kan difor vere svært utfordrande å hente fram det positive i deira situasjon. Eg meiner samstundes at det kan vere farleg å presse pasientar til å gjere noko dei ikkje ønskjer. Nokre menneske er berre ikkje glad i fysisk aktivitet og har aldri deltatt i noko form for sport eller trening. Då er det viktig å forklare at det ikkje er naudsynt med heftige treningsøkter med jogging og anna krevjande sport, men at det kan vere vel så nyttig med korte intervallar med roleg gange. Det er ein fin balanse mellom det å mase og det å stille krav. Både Thomas et.al (2006) og Abrantes et.al (2011) fann ut at korte og rolege bolkar med fysisk aktivitet var gunstig og det å gå var mest føretrekt aktivitet blant personar i rusbehandling. Bevegelse til musikk og andre aktivitetar som varte i ein halvtime var nok til å sjå ein reduksjon i bruken av medisinar på ein psykiatrisk post (Thomas et.al, 2006).

For å kunne motivere pasientane til fysisk aktivitet så er det viktig å vite kva pasientane sjølv meiner er barrierane til aktivitet. I Neale et.al (2011) kan man lese at rusmisbruk, dårleg helse, for trøyt og sliten, sjukdomar som hepatitt, mangel på motivasjon, dårleg sjølvtilitt og frykt for å bli avhengig av trening var alle hinder for å delta i aktivitetar som rusmisbrukarar sjølv nemnde. Som eit ledd av motivasjonsprosessen er det viktig å vite kva som kan vere pasientane sine potensielle barrierar mot å delta for så å adressere dei.

Samstundes så peikar DiClemente (2008) på at det er viktig å forstå kva pasienten vil oppnå med å vere fysisk aktiv og kvifor dei ønskjer endring. Pasientar med dobbeldiagnose har fleire problem og det er difor viktig å vite at desse personane kan vere på fleire forskjellige motivasjonsnivå når det gjeld kvart enkelt problem. Det å kunne sjå begge diagnosane som separate problem men med parallelt behandlingsbehov og så forstå at begge gjennomgår sin eigen endringsprosess er svært viktig. Med tanke på fysisk aktivitet er det då viktig å vite om den fysiske aktiviteten skal vere med på lindre avhengigheita eller den psykiske lidinga, eller om det er mogleg å lindre begge lidingane. Det kan vere at personen har forskjellige mål når det gjeld dei ulike problema sine noko som er viktig å kartlegge.

Om det noko skulle motseie det å vere fysisk aktiv for denne pasientgruppa så kan det vere dårleg helsetilstand. År med rusmisbruk kan skade kroppen på mange områder.

Rusmisbrukarar er spesielt utsett for kardiovaskulære sjukdomar, lungesjukdomar, hepatitt, hiv og så vidare. Det er viktig at pasientane får ein helseundersøking før dei byrjar på eit treningsprogram slik at potensielle helseproblem kan takast med i planlegginga av treninga (Helsedirektoratet, 2009).

For at det skal vere mogleg for sjukepleiarar å motivere personar med dobbeldiagnosar til fysisk aktivitet så må stønaden frå institusjonsleiinga vere til stades. Faulkner & Biddle (2002) peiker på at utan ein vid institusjonell stønad som gjer det mogleg for ein endring i praksis, så er det verken realistisk eller praktisk å integrere fysisk aktivitet som ein del av behandlinga. Eigne erfaringar visar at dette er essensielt på grunn av det reint praktiske som tid og utstyr. Leiinga må sørge for at det er nok personell på jobb og at det finst nok tilgjengelig treningsutstyr slik at pasientane får moglegheit til å ha med seg nokon på trening og får utøve den aktiviteten dei vil. Det at det var organisert fellesturar for heile sjukehuset der eg var i praksis, gjorde det lettare for pasientane å delta. Støtte frå leiinga er òg viktig når det gjeld å gi sjukepleiarane nok kunnskapar om emnet. Leiinga har moglegheit til å arrangere kurs og anna undervisning om rus og fysisk helse noko som gjennom forskinga har vist seg å vere det sjukepleiarane meiner dei manglar i arbeidet med denne pasientgruppa. I både Coombes & Wratten (2007), Happell et.al.(2002) og Edward & Munro (2009) vert det stadfesta at kunnskapsnivået til sjukepleiarane må hevast for at omsorga til pasientar med dobbeldiagnosar skal kunne betrast og for at fysisk aktivitet skal kunne bli ein del av behandlinga i psykiatrien.

## 6. Konklusjon

Arbeidet med personen med dobbeldiagnose kan vere ein utfordring då desse menneska ofte er slitne, lei av livet og har nådd botnen når dei søker hjelp. Dei har ein kompleks problematikk som ikkje berre omfattar sjukdomane men òg andre problem som må adresserast før ein motivasjonssamtale kan byrje. Man må vere klar over at pasientane kan ha ulike mål for dei ulike problema sine og det gjeld å finne ut korleis fysisk aktivitet kan passe i vegen mot desse måla. Sjukepleiarens kompetanse må aukast og haldningar må betrast både når det gjeld dobbeldiagnose og fysisk aktivitet. Her har leiinga på institusjonen eit ansvar ved at dei har moglegheit til å gi midlar til utstyr, tilby kurs og undervisning og gi personalet meir tid. Gjennom ein motivasjonssamtale lar man pasienten sjølv leie ann og for å kunne starte ein slik samtale bør sjukepleiaren ha etablert eit menneske-til-menneske-forhold til pasienten, noko som oppnåast ved å bruke god tid saman med vedkommande. Forholdet må byggast på tillit noko som oppnåast ved å fjerne stigmatisering og ved å respektere pasienten. For å skape ein indre motivasjon må pasientens ønskjer og behov skal stå i sentrum, sjukepleiaren må hjelpe pasienten til å fokusere på det positive ved fysisk aktivitet og velje den aktiviteten og intensiteten som han/ho sjølv ønskjer. Alle desse individa er ulike og unike og har difor ulike og unike motivasjonsprosessar, noko som gjer at det ikkje berre er eit svar på korleis ein kan motivere dei. Man må som sjukepleiar fungere som ein støtte og tillitsperson som kan vise engasjement og positivitet gjennom å delta i aktivitetane saman med pasienten.

## Litteraturliste

- Abrantes, A., Battle, C., Strong, D., Ing, E., Dubreuil, M-E., Gordon, A., Brown, R. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Mental health and Physical Activity*, 4(2011) 79-87. doi:10.1016/j.mhpa.2011.08.002
- Borge, L.(2011). Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv.(s.19-34). I: Martinsen, E-W.(2011). *Kropp og sinn – Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi (2.utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bratteteig, M., Hove, I., Aakerholt, A. (2008). *Rusa eller gal? Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenocrants, S., Hildingh, C.(2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Coombes, L., Wratten, A.(2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14, 382-392. Henta frå: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1e02a96f-e299-4540-a5f6-3aa9a0672e5d%40sessionmgr114&vid=4&hid=108> (15.02.2012).
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- DiClemente, C-C., Nidecker, M., Bellack, A-S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34 (2008) 25-35. doi:10.1016/j.jsat.2006.12.034
- Edward, K-L., Munro, I. (2009). Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International Journal of Nursing Practice*, 2009; 15: 74-79. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01731.x
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Esposito, E., Fitzpatrick, J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercising behavior and their patient teaching regarding exercise. *International Journal of Nursing Practice* 2011; 17: 351-356. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01951.x
- Faulkner, G. & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002, 9, 659-665. Henta frå: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d44fa1f3-f2a0-48d1-8965-81fb3dc628bd%40sessionmgr115&vid=4&hid=105> (13.01.12).
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A Leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing* (2011) 20, 310-318. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00732.x
- Helsedirektoratet (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – eit tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Henta frå: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf> (08.02.2012).
- Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetshåndboken*. Henta frå: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling.pdf> (08.02.2012).
- Jormin, R., Augustsson, B., Forsberg, A.(2003). Patienter med dubbel diagnos – et omvårdnadsperspektiv utifrån Travelbees teori. *Theoria, Journal of Nursing Theory*, 2003, 12(4)
- Martins, R-K., McNeil, D-W.(2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical psychological Review* 29(2009) 283-293. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.001.
- Martinsen, E-W.(2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet-psykisk helse-kognitiv terapi (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Moe, T. & Martinsen, E-W.(2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid (s.76-96). I: Borge, L., Martinsen, E-W., Moe, T (red).(2011). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T.(2011). Motivasjon for fysisk aktivitet (s.197-215). I: Martinsen, E-W.(2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet-psykisk helse-kognitiv terapi (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. (2011). Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise. *International Journal of Drug Policy (2011)*, doi:10.1016/j.drugpo.2011.06.004
- Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer. På vei mot en bedre hverdag*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Rassool, G.H. (2006). Understanding Dual Diagnosis: an Overview (s.3-15). I: Rasshool, G.H. (2006). *Dual Diagnosis Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Skrede, A., Munkvold, H., Watne, Ø., Martinsen, E-W.(2006). Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar. *Tidsskrift for den norske legeforening nr. 15, 2006; 126*. Henta frå: <http://tidsskriftet.no/its-pdf/pdf2006/1925-7.pdf> (10.01.2012).
- Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 2006; 16: 391-398*. doi: 10.1111/j.1600-0838.2005.00514.x
- Thomas, B., Jones, M., Johns, P., Trauer, T.(2006). P.r.n. medication use in a psychiatric high-dependency unit following the introduction of a nurse-led activity programme. *International Journal of Mental Health nursing (2006) 15, 266-271*. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00433.x
- Travelbee, J.(1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

## Vedlegg 1: Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Exercise preferences of patients in substance abuse treatment</p> <p><b>Abrantes, A., Battle, C., Strong, D., Ing, E., Dubreuil, M-E., Gordon, A., Brown, R.</b></p> <p>(2011).</p>	<p>Hensikta med denne studien var å finne ut om pasientar i rusbehandling har preferansar, interesse og om det er forskjellar mellom kjønn for deltaking og mengde fysisk aktivitet i behandlinga.</p>	<p>Kvantitativ studie med spørjeskjema.</p> <p>Skriftleg samtykke vart samla frå deltakarane.</p> <p>Studien vart godkjend av sjukehusets styre.</p>	<p>96 pasientar frå ein behandlingsstad for rusmisbrukarar i nord-austlege USA.</p>	<p>Dei fleste av deltakarane var ikkje med i nokon form for treningsprogram frå før av men dei fleste var open til å diskutere fysisk aktivitet som del av behandlinga, kvinner litt meir positive enn menn. Var treningsprogrammet designa for personar i behandling for rusavhengighet så var deltakarane ekstra positive. Dei fleste ønska å byrje treningsprogrammet tidleg i behandlingsprosessen og dei fleste ønska moderat intensitet.</p> <p>Å gå var den mest populære treningsforma uansett kjønn (75 %). Styrketrening, ballsport, symjing og sykling følgde. Kvinner var meir interessert i gange, mens menn føretrakk styrketrening og ballsport meir enn kvinnene.</p> <p>Fordelar med trening: følelsen av å prestere, takle stress betre, føle seg sterkare, betre helse, å komme i form, styrka sjølvkjensle i å klare å halde seg borte frå rus.</p> <p>Ulemper med å trene: ikkje råd, for lat, ikkje motivert, har ikkje energi, klarar ikkje å halde følge, har ingen å trene med. Kvinner meir opptatt av å takle stress betre, ha betre sjølvkjensle til å halde seg borte frå rus og det sosiale.</p> <p>Viktig å skreddarsy eit treningsprogram til deltakarane, f.eks. basert på kjønn, rusform eller individuelle ønske.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behavior and their patient teaching regarding exercise.</p> <p><b>Esposito, E. &amp; Fitzpatrick, J.</b> (2011).</p>	<p>Hensikta med studien var å finne samanhengen mellom sjukepleiarens syn på fysisk aktivitet, kor mykje dei var fysisk aktive sjølv og om dei anbefalte fysisk aktivitet til sine pasientar.</p>	<p>Samanhengs- beskrivande studie med spørjeskjema (kvantitativ).</p>	<p>112 sjukepleiarar frå eit sjukehus i New York, USA.</p>	<p>Det er ein samanheng mellom sjukepleiarens syn på fysisk aktivitet, om han/ho er fysisk aktiv sjølv og om han/ho anbefal fysisk aktivitet til sine pasientar. Det er òg ein samanheng mellom sjukepleiaranes BMI og deira fremjing av fysisk aktivitet.</p> <p>Viktig å endre sjukepleiaranes haldningar til fysisk aktivitet og betre deira helse slik at dei vidare kan spreie desse haldningane og vere gode rollemodellar for sine pasientar. Dette kan oppnåast ved kurs, undervisning og motiverande skilting på avdelingane.</p> <p>Bruken av fysisk aktivitet til helsefremjing og reduksjon av sjukdomsbyrden til framtidige generasjonar er eit beundringsverdig mål for både sjukepleiarar og pasientar.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>P.r.n. medication use in a psychiatric high-dependency unit following the introduction of a nurse-led activity programme.</p> <p><b>Thomas, B., Johns, P., Trauer, T.</b></p> <p>(2006).</p>	<p>Finne ut om eit dagleg aktivitetsprogram kunne vere med på å minske bruken av medikament på ein psykiatrisk avdeling.</p> <p>Innføring av eit aktivitetsprogram ved ein psykiatrisk post for så kartleggje bruken av eventuell medisin etter innføringa samanlikna med bruken før.</p>	<p>Crossover intervensjon studie.</p> <p>Intervensjonen var eit treningsprogram som vart innført på to psykiatriske avdelingar i seks månadar.</p>	<p>228 pasientar innlagt ved to ulike HDU (high dependency unit) eller sikkerhetspostar ved eit psykiatrisk sjukehus i Australia Studien varte i seks månadar.</p>	<p>Innføringa av aktivitetsprogrammet gjorde at bruken av eventuell medisin minska og pasientane var mindre urolege og agiterte.</p> <p>Den positive effekten av aktivitetsprogrammet var berre synleg på den eine posten. Varierende pleiepersonale på kvart skift kan vise seg i varierende entusiasme for programmet, leiarskap og gjennomføring.</p> <p>Viktig med sterk leiing og engasjerte medarbeidarar som er fleksible og innovative for at eit slikt prosjekt skal kunne fungere.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Mental health nursing and the promotion of physical activity.</p> <p><b>Faulkner, G. &amp; Biddle, S.</b></p> <p>(2002).</p>	<p>Hensikta med studien var å finne kva oppfatningar sjukepleiarar på eit psykiatrisk sjukehus har om rolla til fysisk aktivitet som ein terapeutisk strategi.</p>	<p>Kvalitativt design med semi-strukturerte intervju som omhandla tema: generelle oppfatningar om fysisk aktivitet, fremjing av fysisk aktivitet på sjukehuset, behov for kunnskapar og stønad.</p>	<p>12 psykiatriske sjukepleiarar vart først intervjuar ansikt til ansikt, så gjennom telefonen. Intervju vara mellom 60 og 75 minutt.</p>	<p>Sjukepleiarane var svært positive til fysisk aktivitet i samband med mental helse og meinte at det burde bli meir fokus på deira arbeidsstad.</p> <p>Deltakarane var opptatt av den avleiande rolla til fysisk aktivitet, men var ikkje klar over den terapeutiske. Dette kan vere med på å underminere rolla fysisk aktivitet potensielt kan ha.</p> <p>Det var viktig å ha støtte frå institusjonen når ein skal promotere fysisk aktivitet til sine pasientar. Utan slik stønad så er fremjinga av fysisk aktivitet verken realistisk eller praktisk.</p> <p>Sjukepleiarane bør bli oppmuntra og støtta til å auke sitt kunnskapsnivå om fysisk aktivitet og korleis det påverkar den mentale helsa. Deltakarane meinte at det å delta i aktivitet var pasientanes ansvar og eit livsstils val.</p>

Artikkel	Hensikten	Metode	Utval	Resultat
<p>Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment.</p> <p><b>Sørensen, M.</b> (2006).</p>	<p>Hensikta med studien var å undersøkje motivasjonsvariablar og sjølvråderett i forhold til fysisk aktivitet og sjå om det hadde noko å seie for deltaking i fysisk aktivitet blant pasientar innlagt på psykiatrisk sjukehus, som har erfaring med fysisk aktivitet som del av behandlinga.</p> <p>I tillegg ville forskarane at deltakarane skulle beskrive aspekt ved deira erfaring frå fysisk aktivitet.</p>	<p>Tverrsnittstudie. Data vart samla via spørjeskjema.</p>	<p>109 pasientar ved forskjellige psykiatriske institusjonar og DPS i Noreg som hadde deltatt på Gaustadløpet. Dei representerte forskjellige diagnosar som ikkje vart registrert på grunn av faren for reduksjon i tal på svar.</p>	<p>Indre motivasjon og eigenvald grunn for trening var sterkt relatert til det å vere motivert til å fortsette med fysisk aktivitet.</p> <p>Om psykiatriske pasientar får moglegheit så er det ingen forskjell mellom dei og andre menneske når det gjeld motivasjonsmekanismer, difor viktig å gjere fysisk aktivitet så sjølvbestemt som mogleg ved å fokusere på det positive ved aktiviteten og kva grunnar den enkelte har for å vere aktiv.</p> <p>Dei fleste hadde helsemessige grunnar for å trene som for eksempel at det var godt for helsa. Likeeins hadde mange indre motivasjon som for eksempel glede. Svært få nemnde ytre motivasjon.</p> <p>Svært viktig å tilby aktivitetar som vert opplevd som behagelige og hyggelige for deltakarane.</p> <p>Majoriteten av deltakarane rapporterte at fysisk aktivitet minska sjukdomssymptoma deira.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise.</p> <p><b>Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L.</b></p> <p>(2011).</p>	<p>Hensikta med studien er å utforske heroinmisbrukarar sine egne erfaringar med fysisk aktivitet og sport, kor ofte dei deltok og kva som var barrierane til deltaking.</p>	<p>Kvalitativ studie. Først 40 dybdeintervju, etter tre månadar 37 intervju til.</p> <p>Til saman 77 intervju med 40 involverte.</p> <p>Godkjenning frå etisk komité.</p>	<p>40 deltakarar: 20 menn og 17 kvinner. Eks-heroin misbrukarar mellom 24-50 år.</p> <p>Personar som startar med rusbehandling eller som nylig hadde slutta med heroin.</p>	<p>Nesten halvparten av dei intervjuar var aktive, og hadde vært det i barndomen, men når dei misbrukte heroin vart aktivitetsnivået mykje mindre. Dei gjekk og sykla mykje sidan dette var einaste måten å komme seg rundt på.</p> <p>Det var lettare å delta i sport når dei vart hjulpet av behandlingsstadar som organiserte ulike treningsformer. Litt ulike treningspreferansar hos menn og kvinner. Menn var meir glad i å jogge, mens kvinner deltok meir i aerobicklassar og liknande.</p> <p>Grunnar til å vere fysisk aktive: god følelse, fysisk og mentalt betre form, gøy, distraksjon frå problem og keisamheit, får tankane bort frå dop, betre søvn, følar seg sterkare, reduserte stress/angst/sinne/depresjon Gode moglegheiter for sosial kontakt, hindre vektauke.</p> <p>Deltakarane fekk eit «buzz» eller eit adrenalinrush som var ein god erstatning for dop. Heroinmisbrukarar er interessert i å vere fysisk aktive og fleire er det. Til tross for dette møter dei strukturelle, økonomiske og sosiale hinder. Viktig å fokusere på den rusavhengige sine grunnar til å vere fysisk aktive og at det kan vere store individuelle forskjellar i preferansar og mengde trening.</p>



Artikkel	Hensikta	Metode	Utval	Resultat
<p>The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study.</p> <p><b>Coombes, L. &amp; Wratten, A.</b></p> <p>(2007).</p>	<p>Hensikta med studien er å beskrive psykiatriske sjukepleiarar sine erfaringar frå arbeidet med pasientar med dobbeldiagnose.</p>	<p>Fenomenologisk studie.</p> <p>Ansikt til ansikt intervju, utført på arbeidsstaden til deltakarane, som vara i ca. 60 minutt, tatt opp med bandopptakar og transkribert innan 24 timar.</p> <p>Samtykke frå deltakarane vart henta inn og etisk godkjenning frå to etiske komitear i England.</p>	<p>Sju sjukepleiarar med erfaring frå arbeid med pasientar med dobbeldiagnose.</p> <p>Tre menn og fire kvinner.</p>	<p>Problemer med termen dobbeldiagnose. Frykt for at termen skal stigmatisere pasientane enno meir.</p> <p>Feildiagnostisering er eit problem. Betre undersøkingar tidleg i behandlinga kan vere ei løysing. Sjukepleiarane meinte at manglande og dårleg diagnostisering gjorde at dei mislukkas på vegne av pasienten.</p> <p>Sjukepleiarane treng meir kunnskapar, erfaring og betre sine haldningar. Dette kan oppnåast ved meir undervisning om emnet.</p> <p>Mangel på sjølvinnstikk og motivasjon som eit stort problem. Pasientane var vanskelege å engasjere og hjelpelause og mangla håp. Motivasjonssamtale kan vere eit nyttig hjelpemiddel.</p> <p>Vanskeleg å arbeide saman med andre organisasjonar og byrå. Sjukepleiarane var sjokka over andre sjukepleiarar sine haldningar ovanfor denne pasientgruppa.</p> <p>Behandlinga skal ta lang tid slik at det kan utviklast eit godt forhold mellom behandlar og pasient.</p>