

# BACHELOROPPGAVE

## **Fysisk aktivitet som tiltak i behandling av pasienter med depresjon.**

«Hvordan kan sykepleier fremme fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon i hjemmesykepleien?»

Av

Kandidatnummer 12 Sissel Kvernevik

Kandidatnummer 47 Katrine Rimstad

Bachelor i Sykepleie

SK 152

November 2016

9980 Ord

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

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Kandidatnummer 12 Sissel Kvernevik

kandidatnummer og navn

JA X      NEI\_\_

Kandidatnummer 47 Katrine Rimstad

JA X      NEI\_\_

# Sammendrag

## Tittel

Fysisk aktivitet som tiltak i behandling av pasienter med depresjon.

## Bakgrunn for valg av tema

Pasienter med depresjon vil vi som sykepleiere treffe i alle deler av helsevesenet. Samtidig er det et økende problem i samfunnet. Derfor vil vi styrke vårt kunnskapsnivå slik at vi best mulig kan hjelpe denne pasientgruppen. Vi synes at psykiatri og fysisk aktivitet er et interessant tema, og vil sette oss inn i hvordan fysisk aktivitet kan nyttes som behandlingstilbud.

## Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier fremme fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon i hjemmesykepleien?»

Vi har også et underspørsmål:

«Har fysisk aktivitet effekt i behandling av voksne pasienter med depresjon?»

## Fremgangsmåte

Vi har gjort søk i databaser og nytta oss av forskningslitteratur, pensumbøker og lånt fagbøker fra biblioteket.

## Funn og konklusjon

Fysisk aktivitet har effekt på de depressive symptomene.

Depresjon har en negativ effekt på motivasjonen til å drive med fysisk aktivitet. For å hjelpe en pasient til å starte med fysisk aktivitet må vi kartlegge pasientens barrierer og fremkalle den indre motivasjonen. Vi må skape en trygg relasjon gjennom god kommunikasjon og samhandling.

Aktiviteter som er individuelt tilpasset og oppfølging over tid er nødvendig. Det er behov for samarbeid med andre aktører da tiden ofte er knapp i hjemmesykepleien.

## Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema .....	1
1.2 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.3 Problemstilling med avgrensing .....	2
1.4 Oppbygging av oppgaven .....	2
2 Metode .....	3
2.1 Hva er metode? .....	3
2.2 Søkord og databaser .....	3
2.3 Kildekritikk .....	5
2.4 Etske aspekt .....	5
3 Teoridel.....	6
3.1 Depresjon .....	6
3.2 Fysisk aktivitet .....	7
3.3 Motivasjon.....	9
3.4 Salutogenese og mestring .....	10
3.5 Joice Travelbee .....	12
3.6 Forskningsartikler .....	13
4 Drøfting.....	15
4.1 Fysisk aktivitet, et virkemiddel mot depresjon? .....	15
4.2 De vonde barrierene .....	16
4.3 Håpets betydning .....	18
4.4 Å komme i gang med fysisk aktivitet.....	19
4.5 Hvordan motivere den deprimerte pasienten? .....	20
5 Konklusjon .....	25
Litteraturliste.....	26

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema

Depresjon er en av de vanligste årsakene til sykdom og anslås av Verdens helseorganisasjon å bli den ledende årsaken til sykdom i den vestlige verden. Av de ti største lidelsene som gir kraftigst reduksjon i livskvaliteten og leveår i verden er depresjon den fjerde største (Helsedirektoratet, 2009, s. 1). Til en hver tid er det 6-12 prosent av befolkningen som har depresjon. Dette kan føre til store personlige lidelser, tap av livskvalitet, selvmord og økonomiske konsekvenser, både for pasient, familie og samfunn (Helsedirektoratet, 2016).

Depresjon er en tilstand hvor nedstemthet, mangel på energi, søvnproblemer, konsentrasjonsproblem, tristhet, pessimisme og vansker med å finne mening i tilværelsen, er sentrale symptom. Depressiv lidelse kan deles inn i lett, moderat eller alvorlig grad. Fysisk aktivitet kan være en virksom behandlingsmetode for pasienter med psykiske lidelser. Det å ha en god fysisk helse er positivt for den psykiske helsen. Jevnlig fysisk aktivitet gir økt velvære og bedre selvfølelse, en får økt energinivå, føler mindre tretthet, og får en bedre kroppsbevissthet. Faren for å utvikle depresjon kan også reduseres med jevnlig fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, 2011, s. 77).

De fleste mennesker med psykiske lidelser er fysisk inaktive og har problemer med å starte med fysisk aktivitet. De har liten tro på at de klarer å endre situasjonen sin og selv små krav kan virke uoverkommelige. Pasientene har behov for støtte og hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet, noe som igjen kan bidra til å stimulere pasientenes ressurser og dermed øke motivasjonen til å trene (Moe, 2011, s. 197).

## 1.2 Bakgrunn for val av tema

Ofta hører vi om mennesker som sliter med depresjon. I vårt arbeid som sykepleiere vil vi treffe mange pasienter som har depressiv lidelse. Denne typen pasienter vil vi finne i alle deler av helsevesenet. Det er derfor viktig at vi har god kunnskap om diagnosen og hvordan vi kan hjelpe pasientene til å best mulig gjenvinne sin tidligere funksjon, både personlig, sosialt og yrkesmessig. Samtidig synes vi det er et interessant tema.

I forbindelse med vår praksis i psykisk helsevern under sykepleiestudiet så vi at det blir brukt mye tid på å få pasientene til å være fysisk aktive. Det var en sentral del i behandlingen av depressive pasienter. Nasjonale anbefalinger om fysisk aktivitet kommer med en tilråding om minst 30 minutt daglig aktivitet for voksne (Helsedirektoratet, 2016).

### **1.3 Problemstilling med avgrensing**

«Hvordan kan sykepleier fremme fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon i hjemmesykepleien?»

Vi har også et underspørsmål:

«Har fysisk aktivitet effekt i behandlingen av voksne pasienter med depresjon?»

Vi vil begrense oppgaven til å gjelde voksne pasienter med depresjon som bor heime, og som vi treffer i hjemmesykepleien.

### **1.4 Oppbygging av oppgaven**

Vi har bygd opp oppgaven vår i henhold til de etiske og oppgavetekniske retningslinjene for skriftlig arbeid. Vi har et metodekapittel som forklarer hvordan vi har gått fram for å finne forskningsartiklene og faglitteraturen som vi har bygd opp oppgava vår med. Videre har vi en teoridel som tar for seg den teorien vi mener er viktig for å besvare problemstillingen vår. I denne teoridelen legger vi også frem de syv forskningsartiklene vi har nyttet i oppgaven. Vi fortsetter oppgaven med drøftingsdelen der vi drøfter om fysisk aktivitet har effekt ved depresjon og hvordan vi som sykepleiere kan fremme fysisk aktivitet for denne pasientgruppen. Helt til slutt kommer konklusjonen der vi kommer fram til hvordan vi har klart å besvare problemstillingen.

## 2 Metode

### 2.1 Hva er metode?

Metode er en måte å gå fram på for best mulig å skaffe ny kunnskap om et tema en vil undersøke (Dalland, 2015, s. 111).

Det finnes ulike metoder for å skaffe informasjon alt etter hva man ønsker å få svar på.

Kvantitative metoder gir informasjon som er målbar i tall. Den innhenter få opplysninger fra et stort antall mennesker, og får frem det som er felles for dem. Det brukes spørreskjema med faste svaralternativ eller observasjoner som er strukturerte og systematiske.

Kvalitative metoder kan ikke tallfestes, men forsøker å fange opp menneskenes følelser, holdninger og opplevelser. Den får data fra et lite antall deltakere, og det er ingen faste svaralternativ som skal krysses av. Forskeren har direkte kontakt med personene som er med i undersøkelsen for å få mest mulig utfyllende opplysninger (Dalland, 2015, ss. 112-113).

#### Litteraturstudie

Til oppgaven vår har vi brukt lærebøker, tidligere forskning og fagartikler som informasjonskilde og til å samle data. I drøftingen har vi også tatt med egne erfaringer fra studietiden. En litterær oppgave er basert på skriftlige kilder (Dalland, 2015, ss. 223-228).

Vi har valgt å skrive en litteraturstudie fordi vi har begrenset tid. Å skulle gjennomføre en studie med intervju ville kreve mer tid, både for at vi og deltakerne skal føle oss trygge. Det er også tidkrevende å kunne oppnå en god relasjon til hver enkelt deltager og for å analysere resultatene. Vi har sett at en del deprimerte har vansker med å stole på andre og at det derfor kan ta lang tid å opparbeide et tillitsforhold og god kommunikasjon. Ved å bruke kvantitativ metode kan vi basere funnene på et større antall personer, og noe som sier mer om det allment opplevde og ikke bare ut fra en liten gruppe.

### 2.2 Søkord og databaser

Før vi starta med å innhente data formulerte vi spørsmålet etter PICO sitt rammeverk for å få bedre søkestrategi.

P: Patient: Voksne pasienter med lett, moderat eller alvorlig depresjon i hjemmesykepleien.

I: Intervention: Finne tiltak som kan fremme fysisk aktivitet hos depressive pasienter.

C: Comparison: Eventuelt sammenligne forskjellige tiltak, hva som er mest nyttig.

O: Outcome: Vi ønsker å finne ut hvilke barrierer som hindrer depressive i å trene. Og hva vi som sykepleiere kan gjøre for at depressive skal klare å starte, og drive videre med fysisk aktivitet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 33).

For å finne relevante forskningsartikler som kunne besvare disse kriteriene, måtte vi ha søkeord som kunne hjelpe oss med det. I SweMed+ fant vi engelske ord og synonymord: depression, motivation, activity, physical activity, emotional depression, physical exercises, healthcare, treatment, guided physical activity og depressiv disorders. Vi kombinerte flere av søkeordene for å avgrense antall forskningsartikler og derfor lettere finne de som var av interesse.

Vi gjennomførte systematiske søk etter forskningsartikler gjennom Høgskolen i Sogn og Fjordane sin tilgang på databaser. De vi søkte i var SweMed+, Mc Master plus og Academic Search Elite. Søkene våre avgrenset vi med at forskningsartiklene skulle være i fulltekst og publisert mellom 1.1.2013 – 10.2016.

Det vart gjort søk på «depression and exercise». Dette gav treff på 5720. Videre vart det søkt med samme søkeordene, men la til «motivation». Da fikk vi 189 treff. Av disse nytta vi 4 artikler.

Søkte med søkeordene «depression and physical activity». Her fikk vi et treff på 4267. Vi la til søkeordet «motivation» og «treatment». Da fikk vi 30 treff. 1 artikkel vart brukt fra dette søket.

Videre vart det søkt med «depressiv disorder and physical activity». Treffet fikk hele 719 treff. Brukte 1 av dem.

«Guided physical activity and depression» gav 5 treff. 1 artikkel vart brukt her.

De syv forskningsartiklene vi har brukt i oppgaven fant vi på Academic Search Elite der vi krysset av å søke i Medline og Cinahl samtidig.

På SweMed+ fant vi to fagartikler som var publisert i tidsskriftet Ergoterapeuten. I tillegg gjorde vi søk på helsedirektoratet.no, helsebiblioteket.no, sykepleien.no og forskning.no.

For å finne relevant faglitteratur brukte vi Oria via biblioteket sine sider på Høgskolen i Sogn og Fjordane. Ved å søke gjennom Oria sine sider vil treff komme fra alt fagstoff som biblioteket har



tilgjengelig. Vi avgrenset søket til å gjelde fra 2000 og vi søkte på bøker. Søkeord var depresjon, motivasjon, mestring og fysisk aktivitet.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk handler om å kritisk vurdere og karakterisere den informasjonsmengden det blir innhentet opplysninger fra (Dalland, s. 72). Vi brukte IMRAD-prinsippet og sjekklister for å se om forskningsartiklene våre var troverdige, holdbare og relevante for vår problemstilling. Sjekklistene vi brukte hentet vi fra kunnskapscenteret.no.

Forskningsartiklene var på engelsk og mange i et tungt språk. Det er mulig vi har oversett poeng fordi ord ikke lot seg oversette.

Alle forskningsartiklene vi har plukket ut handler om depresjon og fysisk aktivitet og vi mener de har god relevans for oppgaven. Det var derimot vanskelig å finne artikler som gikk direkte på hvordan en sykepleier kan motivere en deprimert pasient til å drive med fysisk aktivitet. Det kan være en svakhet. Vi fant derimot artikler som gikk på motivasjon og fysisk aktivitet, noe som vi mener har god relevans for oppgaven og kan overføres til hvordan en sykepleier kan motivere til fysisk aktivitet.

Vi har brukt siste utgave av lærebøker og nyeste forskningsartikler, og har ingen kilder som er eldre enn 2008. Dette tror vi vil styrke oppgaven vår. Men vi har vært nødt til å bruke henvisninger til andre kilder som står i lærebøkene og noen av forskningsartiklene våre. Dette kan være en svakhet, men vi anser kildene som pålitelige siden de står i våre skolebøker og forskningsartikler, som vi anser som troverdige. Primærkilden bør benyttes om det er mulig, da unngår vi at andre kan ha feiltolket det som forfatteren opprinnelig skrev (Dalland, s. 87).

### **2.4 Etiske aspekt**

Etikk handler om hvordan vi skal opptre overfor hverandre, hva som er riktig og god livsførsel. Etikken inneholder ulike prinsipper og retningslinjer som kan veilede oss i møte med andre mennesker. Sentralt i sykepleierens yrkesetikk er å respektere det unike i hvert menneske, verdsette hverandre og at ingen har rett til å krenke et annet menneske (Nordtvedt, 2012, ss. 48-49).

I oppgaven vår har vi brukt eksempler fra praksis. Her har vi tatt hensyn til personvernet slik at sensitive opplysninger ikke kan spores tilbake til pasienten.

## 3 Teoridel

I teoridelen har vi valgt å skrive om depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon, salutogenese, mestring og Joyce Travelbee. Vi har valgt Travelbee som sykepleieteoretiker i vår oppgave fordi hun legger vekt på samhandlingen mellom pasient og pleier, noe som er veldig sentralt i vår oppgave for at vi skal klare å motivere en pasient. Vi vil også i teoridelen legge kort frem forskningsartiklene som vi har valgt å bruke i oppgaven vår.

### 3.1 Depresjon

Selve ordet depresjon betyr nedtrykking og kommer fra latin. Depresjon er en psykisk sykdom som ligger under det som blir kalt stemningslidelser. Det er naturlig at vi mennesker føler oss nedstemte og er triste til tider. Vi kan føle sorg, sinne og skuffelse. Men vi har i oss ressurser som gjør at vi kjemper oss gjennom disse følelsene slik at vi igjen kan føle glede og mening med tilværelsene. Når et menneske blir værende i denne gjennomtrengende tristheten og ikke klarer å kjempe seg ut av den kan vi kalle det en depresjon.

Sentrale symptomer ved depresjon er nedstemthet, mangel på energi, nedsatt konsentrasjonsevne, mangel på interesse, skyldfølelse og nedsatt selvfølelse. Den deprimerte føler seg bunnløs trist, verdiløs og uten håp for fremtiden. En mister all interesse og initiativ, lite eller ingenting gir glede og selvmordstanker kan dukke opp. Kroppslige funksjoner kan komme i ubalanse og resultere i nedsatt appetitt, søvnproblemer og forstoppelse.

Depresjon kan oppstå etter at personen har opplevd store skuffelser eller belastninger i livet. Eller den kan komme på grunn av store omstillinger i livet som nødvendigvis ikke trenger være negative hendelser. Depressive lidelser kan også oppstå uten at en selv eller omgivelsene kan finne noen ytre utløsende grunn til det (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 338)

Depressiv lidelse kan inndeles i mild, moderat og dyp depresjon.

Ved mild forbigående depresjon vil personen føle tristhet som samsvarer med en hendelse i personens liv. Drifter, impulser, konsentrasjon og oppmerksomhet vil være nedsatt, men realitetsorienteringen er uforandret. Tilbaketrekking fra andre mennesker og sosiale aktiviteter er vanlig.

Moderat depresjon påvirker virkelighetsoppfatningen. Dårlig dømmekraft resulterer i at personen undervurderer seg selv og mistolker ofte andres intensjoner. En har liten tro på egne evner, ressurser, prestasjoner, verdier, omdømme og utseende. Tristheten er plagsom og evnen til å føle

glede er betydelig redusert. Personen sliter med langsom tankeprosess og dårlig konsentrasjonsevne. Det oppstår problemer i forhold til å kommunisere med andre grunnet tvil og blokkering.

Alvorlig depresjon ødelegger personens livskvalitet og er invalidiserende. Vurderingsevnen er sterkt nedsatt og vrangforestillinger forekommer. Personen føler en bunnløs tomhet og det er vanskelig å finne noe som kan gi glede i livet. Plagsomme følelser av å være ulykkelig, fortvilet, ubrukelig, håpløs og hjelpeløs er fremtredende. Konflikt mellom selvaktelse og slik personen ønsker å være gjør at vedkommende kjenner seg verdiløs og skamfull. Evnen til å kommunisere er sterkt redusert. Vedkommende har problemer med nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjonsevne, hukommelse og ulogisk tankeprosess.

I alle former for depressive lidelser er angst et fremtredende symptom, og kan opptre like mye i mild som i alvorlig depresjon. Angst er redselen og den indre uroen for at noe ubehagelig skal hende (Hummelvoll, 2014, ss. 199-201).

## 3.2 Fysisk aktivitet

Definisjonen på fysisk aktivitet er all kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som gir en økning i kroppens energiforbruk. Fysisk aktivitet kan dersom den er planlagt, strukturert og med det mål å forbedre eller vedlikeholde komponenter for fysisk form eller helse bli kallet for fysisk trening. Fysisk aktivitet blir det som er faglig mest korrekt å bruke som et paraplybegrep for alle typer av muskelarbeid, og når det gjelder systematiske treningsopplegg blir det kalla fysisk trening. Kroppens kapasitet til å utføre fysisk aktivitet kaller vi fysisk form. Dette har samsvar med hjerte- og lungekapasitet, muskelstyrke, fleksibilitet, utholdenhet og kroppssammensetning (Martinsen, 2011, s. 35)

Fysisk aktivitet er viktig for å ivareta kroppens funksjoner og få en god helse. Det er nødvendig for at muskler og skjelett ikke skal bli svekket, inkludert hjertemuskelen. Funksjonen i ledd blir nedsatt ved inaktivitet. Fysisk aktivitet har også en gunstig innvirkning på fettstoffsiftet og øker transporten av sukker fra blodet og til musklene. Det å være fysisk aktiv har dermed en viktig forebyggende effekt i forhold til hjerte- og kar sykdommer og for å forebygge diabetes (Martinsen, 2011, ss. 35-40). Det å ha en god fysisk helse er også viktig for den psykiske helsa. Regelmessig fysisk aktivitet påvirker humøret, fører til økt velvære, mer energi og bedre selvfølelse (Moe & Martinsen, 2011, s. 77).

Flere studier tyder på at det å være i god fysisk form har en stressreducerende effekt. Dette er tverrsnittstudier og det er derfor usikkerhet rundt hva som er årsaken. De forklarer det med at personer som er i god fysisk form lettere klarer å takle stressreaksjoner ved at de ser at hjertefrekvensen til en godt trent person raskere vil komme tilbake til hvilepuls. Personer som trener regelmessig har også mindre søvnproblemer og opplever mindre tretthet på dagtid viser befolkningsundersøkelser. Fysisk aktivitet har en reducerende effekt på muskelspenninger som er et hyppig helseproblem i dagens samfunn (Martinsen, 2011, ss. 59-61)

Om du trener akutt eller langsiktig vil det uansett ha en positiv effekt ved depresjon, både med tanke på å hindre depresjonsperioder og for å behandle en pågående depresjon (Helsedirektoratet, 2008, s. 275). Anbefalinger fra helsedirektoratet er at voksne mennesker skal være aktive minimum 150 minutter hver uke. Aktiviteten skal gjøre deg lett andpusten. Aktiviteter i høyere intensitet reduserer kravene for hva som er anbefalt. Klarer en å øke intensiteten eller mengden vil dette gi ytterligere helsegevinst (Helsedirektoratet, 2016). Klarer vi å innfri anbefalingene vil dette ha en antidepressiv effekt i følge helsedirektoratet. Det å være i aktivitet og bruke kroppen regelmessig er viktigere enn hvordan man trener. Om vi jogger, løfter vekter eller går ser det ut til å ha samme effekt. Den positive effekten av trening kan forklares i biologiske mekanismer, mestringsfølelse, trening i sosiale sammenhenger og fordi en blir distraheret fra depressive tanker og følelser under trening (Helsedirektoratet, 2009, s. 36).

Mennesker med psykiske lidelser er dokumentert som mer inaktive enn befolkningen ellers. Deprimerte pasienter har vansker med å fylle dagene med meningsfullt innhold og har lett for å isolere seg. Fysisk aktivitet kunne være en god måte å motvirke dette på (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). I 1905 var første gang fysisk aktivitet vart nevnt som behandlingsmetode for depresjon i et psykiatrisk tidsskrift. Da beskrev Franz og Hamilton den betydelige effekten moderat fysisk aktivitet hadde for to pasienter med alvorlig depresjon. Dette gjaldt både kroppslig, tankemessig og følelsesmessig (Martinsen, 2011, s. 71). I dagens samfunn er det mer fokus på fysisk aktivitet. I de nasjonale retningslinjene fra helsedirektoratet som gjelder diagnostisering og behandling av pasienter med depresjon blir det anbefalt at vi både i primær- og sekundærhelsetjenesten informerer pasientene om fordelene ved å trene og følge et strukturert treningsprogram. Det er også i flere kommuner organisert treningskontakter og muligheter for organisert fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009, s. 36).

Det kan for en deprimert pasient være tungt å starte med fysisk aktivitet. Manglene kontinuitet i tilbud om aktivitet og mangel på motivasjon hos den deprimerte kan være en årsak til det. Fysisk

aktivitet handler for mange om omsorg for sin egen kropp og sinn, samt å hente frem selvhelende ressurser, noe en deprimert pasient kan slite med (Moe & Martinsen, 2011, s. 79).

### 3.3 Motivasjon

Ordet motivasjon stammer fra latin og betyr «å bevege». Motivasjon er selve drivkraften i menneskets handlinger. Kaufmann (2003) har en definisjon på motivasjon som lyder følgende: «motivasjon er en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd» (Renolen, 2010, s. 41).

Motivasjon kan påvirkes og er en dynamisk prosess. Denne prosessen er avhengig av å skape passende utfordringer, ta i bruk viktige ressurser, skape håp og ha tro på livet (Moe & Martinsen, 2011, s. 81).

Vi kan dele motivasjon inn i to hovedtyper, indre og ytre motivasjon. Den ytre motivasjonen kommer fra forhold utenfor oss selv. Vi motiverer oss for å gjennomføre noe for å få en ytre belønning, som å glede noen andre eller for å få ros av sjefen.

Den indre motivasjonen finner vi inne i oss selv. Vi motiverer oss gjennom at selve utførelsen er interessant, den gir oss glede og tilfredshet. Vi får bruke våre ressurser. Det er her ikke nødvendig med ytre påvirkninger.

Ryan og Deci (2000) deler videre de 2 hovedtypene av motivasjon inn i ulike motivasjonstyper ut fra hvor selvbestemt handlingene våre er. De blir inndelt i en indrestyrt og fire ytrestyrte. Ytre regulering, introjeksjon, identifisering og integrering er de som i ulik grad er styrt av ytre påvirkning. De indre motiverte personene er motivert for sin egen del, fordi de er engasjert i selve aktiviteten, de føler den tilfredsstillende, passe utfordrende og har glede av det (Renolen, 2010, s. 43).

Mange med depresjon sliter med dårlig motivasjon og har problemer å starte med fysisk aktivitet. De er energiløse, trette og dette går utover interessen for å drive med fysisk aktivitet.

Gode relasjoner og sosiale sammenkomster kan ha innvirkning da dette fremmer felleskap og kan bidra til fysisk og psykisk oppladning. Det å delta er viktigere enn prestasjonen (Moe & Martinsen, 2011, s. 81).

### 3.4 Salutogenese og mestring

Sosiologen Antonowsky (1987) introduserte salutogenese som er et begrep for det som skaper helse.

Det å ha ei god helse er ulike definisjoner på og blir en subjektiv oppfatning. Vi har valgt å bruke Jensen og Johnsen sin definisjon på helse: «en følelse av livsmot og livsglede og evnen til å mestre (hverdags)livets ulike situasjoner. Helse er en følelse av sammenheng, det vil si, en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.» (Larsen, 2014, s. 48).

Den norske legen Petter F. Hjort (1995) har framsatt en tilsvarende definisjon på helse, som overskudd i forhold til hverdagens krav. Evnen til å være deltagende og aktiv er essensen i begge definisjonene. Engasjement og deltakelse i samspill med omgivelsene øker kontroll til den enkelte og skaper helse. En positiv definisjon vektlegger den enkeltes opplevelse av velvære og mestring (Larsen, 2014, s. 50).

En salutogenetisk tenkemåte fokuserer på det positive og mulighetene i istedenfor det som har skapt sykdom og begrensninger. Antonowsky (1997) setter fokus på dette i opplevelse av sammenheng (OAS), som omhandler begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet sier noe om at personen må forstå det som skjer og at det kan forklares. Håndterbarhet handler om at personen har ressurser til å håndtere utfordringene. Har personen ingen ressurser i forhold til utfordringen gir det heller ingen mening i å forsøke å mestre. Meningsfullhet gir personen lyst til å delta og engasjere seg i sitt eget liv. Antonovskiy (1997) mente at meningsfullhet er den viktigste komponenten (Renolen, 2010, s. 152).

En persons livserfaring er det som legger grunnlaget for opplevelsen av sammenheng. Barndom, ungdomstid og tidlig voksenliv er med på å forme identitet og erfaringer som videre etablerer hva som blir vår oppfatning av sammenheng i tilværelsen. Vi kan oppnå høy grad av sammenheng i tilværelsen eller i motsatt tilfelle, lav følelse av sammenheng (Kristoffersen, 2012, s. 51).

For å få en salutogenetisk, helsefremmende utvikling i helsen må en forstå hva som skjer rundt en og at det skaper mening (Sletteland & Donovan, 2012, ss. 29-30). Dette er også viktig for å styrke deres opplevelse av å bestemme selv og ha mest mulig kontroll over sitt eget liv. Det er dette som kalles empowerment (Sletteland & Donovan, 2012, s. 50).

Den kanadiske psykologen Albert Bandura (1997) utviklet begrepet mestringstro som involverer en persons evne til å sette seg mål og tro på at han kan nå disse målene. Det handler om hvilke forventninger et menneske har til seg selv med tanke på å kunne utføre handlinger som er nødvendige

for å takle påkjenninger i fremtiden. Bandura (1997) mener at disse forventningene er helt avgjørende for hvordan vi tenker, opplever og handler i ulike situasjoner. Dersom en person ikke tror han kan klare å komme i fysisk aktivitet vil dette kunne føre til at han ikke en gang prøver utfra teorien til Bandura (1997). Tidligere negative erfaringer vil igjen styrke disse negative forventningene om å mislykkes.

Det er mulig å påvirke mestringsforventningen til et menneske. Det kan gjøres gjennom lytting og finne ut hvilke forventninger pasienten har. Videre er det en viktig oppgave å fremme positive forventninger (Kristoffersen, 2012, ss. 215-216).

Det er forskjellige metoder for å oppnå mestring. Robusthet, optimisme og humor er ulike mestringsstiler. For å minske opplevelsen av stress kan man bruke robusthet, der man ser utfordringer som muligheter. Dette vil gi en følelse av kontroll. Optimisme bygger på troen om at ting vil ordne seg og gå bra. Men det er viktig å være klar over at for mye optimisme kan være skadelig og gi en urealistisk virkelighetsoppfatning. Humor skaper glede og latter som gir avspenning og ro (Renolen, 2010, ss. 145-146).

Lazarus og Folkman (1984, 1980) skiller mellom to ulike stiler å mestre vanskelige situasjoner på. Problemfokuset mestring har en subjektiv opplevelse av å kunne lykkes og vi forholder oss aktivt og direkte til den utfordrende situasjonen. Pasienten kan innhente kunnskap og informasjon for å danne seg et grunnlag til hvordan han skal håndtere situasjonen.

Ved emosjonelt orientert mestring prøver vi å endre opplevelsen av en situasjon istedenfor å endre selve situasjonen. Her vil ulike forsvarsmekanismer som benektelse, unnvikelse og flukt brukes for å hankses med situasjonen. Emosjonelt fokusert mestring er helt nødvendig i utfordringer som det ikke er mulig å påvirke. Da blir det en måte å takle situasjonen på for å klare å holde ut (Kristoffersen, 2012, ss. 145-148).

Lazarus og Folkmanns (1984) teori legger vekt på menneskers vurdering i situasjonen. I en vanskelig situasjon vil individet gjøre seg opp en mening om situasjonen og hvor truet han føler seg. Dette kaller Lazarus og Folkmann primærvurderingen. På grunnlag av denne oppfatningen vil vi videre ta en sekundærvurdering for hvordan vi kan klare å takle utfordringene og vurdere konsekvensene. Denne sekundærvurderingen er påvirket av våre tidligere erfaringer, vår identitet og vår sosiale og kulturelle bakgrunn. På bakgrunn av primær- og sekundærvurderingene vil vi forsøke å mestre utfordringen (Renolen, 2010, s. 149).

### 3.5 Joice Travelbee

Joice Travelbee (f. 1926) har jobbet som psykiatrisk sykepleier og er opptatt av de mellom-menneskelige aspektene ved sykepleie. Hun er født i 1926 i USA.

I teorien til Travelbee er det fokus på at hvert menneske er unikt. Det er ingen som er like og vi alle er uerstattelige og enestående. I løpet av livet vil alle komme ut for smerte og lidelse, det er uunngåelig i et menneskes eksistens. Travelbee er opptatt av hvordan hvert enkelt menneske opplever denne lidelsen og at vi alle har vår egen subjektive måte å oppleve og finne mening i denne på. Videre er hun opptatt av hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe en person til å søke mening i møte med lidelse og smerte. For Travelbee er håpet viktig i denne prosessen. Håpet gir tro på at ting kan forandres, bli meningsfullt eller glederikt om man klarer å oppnå sine mål og har en forventning og tro om at forandring er mulig.

For at vi skal kunne hjelpe et menneske som har det vanskelig er det viktig at vi klarer å danne et menneske til menneske forhold med pasienten. Dette skjer gjennom interaksjonsprosessen som Travelbee mener inneholder fem faser:

- Det innledende møtet.
- Fremvekst av identitet.
- Empati.
- Sympati.
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2012, s. 219).

I løpet av denne prosessen vil både sykepleieren og pasienten lære hverandre å kjenne og vi vil etter hvert få en god forståelse og oppfatning av hvordan den enkelte opplever akkurat sin situasjon. Gjennom samspill vil vi kunne utvikle et samhold som bygger på både viljen til å hjelpe, men også at vi kan utvikle en dypere forståelse og følelse av virkelig å ønske å hjelpe pasienten. Dette vil påvirke pasienten slik at han opplever at vi virkelig bryr oss og resultere i gjensidig forståelse og tillit. Travelbee hevder at et nyttig hjelpemiddel for sykepleieren i samhandlingen er å bruke seg selv terapeutisk. Det innebærer at sykepleiere bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samvær med andre mennesker. Målet er å skape et ønske hos pasienten om forandring for å redusere eller lindre lidelse og smerte (Kristoffersen, 2012, ss. 213-222).



### 3.6 Forskningsartikler

#### 1. «Exercise improves physical and psychological quality og life in people with depression : A meta-analysis including the evaluation of control group response»

Dette er en forskningsrapport som har en systematisk gjennomgang og en meta-analyse der de undersøker om trening har effekt i forhold til livskvaliteten til pasienter med depresjon. De har en kontrollgruppe som ikke har trening som en del av behandlingen. De sammenligner pasientenes livskvalitet i de ulike gruppene, de som får trening og de som ikke får trening. Studien viser at fysisk aktivitet gir betydelige forbedringer i livskvaliteten. Men den viser også at det trengs ytterligere og bedre undersøkelser for hvordan (Schuch, et al., 2016).

#### 2. «Physical Activity Patternes of People Affected by Depressive and Anxiety Disorders are Measured by Acceloerometers: A Cross Sectional Study»

Dette er en artikkel som måler aktivitetsnivået til personer med mild til moderat depresjon eller angst. Den undersøker også om alvorlighetsgraden på sykdomssymptomene har sammenheng med aktivitetsnivået. Dette er en tverrsnittstudie som vart gjennomført i Sverige i en randomisert studie der deltakerne var mellom 18-65 år og hadde mild til moderat depresjon eller angst. Deltakerne hadde aktivitetsmålere og de vart diagnostisert etter skjemaene Mini Internasional Neuropsychiatric Interview (MINI) og symptomene vart vurdert ut fra the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Studien viser at deprimerte er mindre aktive og mer stillesittende. Den sier at trening har et stort behandlingspotensiale for denne gruppe mennesker. Studien anbefaler helsevesenet til å motivere de deprimerte til å redusere stillesittende tid ved å øke aktivitetsnivået forsiktig (Helgadottir, Forsell, & Ekblom, 2015).

#### 3. «Physical activity motivation mediates the association between depression symptoms and moderate to vigorous physical activity»

Dette er rapport som tar for seg sammenhengen mellom ulike motivasjonsarenaer og deres påvirkning på de depressive symptomene og den fysiske aktiviteten hos unge voksne. Studien viser at de depressive symptoma påvirker motivasjonen og resulterer i redusert fysisk aktivitet. Den viser også at det er viktig med innblandings strategier for å redusere de depressive symptomene og fremme vedvarende fysisk aktivitet (Scarapicchia, et al., 2014).

4. «Exercise as a treatment for depression» er en meta-analyse som er basert på randomiserte kontrollerte studier (RCT). Den undersøker effekten av fysisk trening som en behandling for

depresjon, både som en selvstendig behandling og som en med-hjelpende behandling til antidepressiva. Konklusjonen på analysen er at fysisk trening er effektivt ved depresjon. Det kan også være en god behandling i kombinasjon med antidepressiva (Kvam, Kleppe, Nordhus, & Hovland, 2016).

#### **5. «Correlates of reduced exercise behavior in depression: The role of motivational and volitional deficits»**

Denne longitudinale studien sammenlignet 56 polikliniske depressive pasienter med 56 ikke depressive personer i kontrollgruppen for å finne variabelen i trening, motivasjon, vilje og intensjonen til å trene. Resultatet av undersøkelsen viste at depressive pasienter manglet vilje, motivasjon og mestringstro. De hadde problemer med å omsette intensjonen til å trene til handling, de satte opp mindre aktivitetsplaner, og ble lettere distraheret av barrierer. Studien sier at intervensjonen bør være nivåtilpasset og fokusere på pessimistiske holdninger (negative resultat, forventninger og mestringstro) og manglende planlegging (Kramer, Helmes, Seelig, Fuchs, & Bengel, 2014).

#### **6. «Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study»**

Dette er en randomisert kontrollert studie som evaluerer effekten av to forskjellige tilleggsbehandlinger: trening og grunnleggende kroppsbevissthet. De fant at trening med fysioterapi hadde effekt på depresjonens alvorlighetsgrad. Funnene tyder på at fysioterapi kan være en levedyktig strategi til å inspirere og veilede personer med alvorlig depresjon til å trene (Danielsson, Papoulias, Petersson, Carlsson, & Waern, 2014).

#### **7. "Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial"**

Denne studien undersøker om deltakerne som får veiledning til fysisk aktivitet over internett vil få en reduksjon av depressive symptomer. 48 deltakere med mild til moderat depresjon ble delt inn i to grupper der den ene gruppen fikk internett-veiledning og den andre gruppen ikke. Konklusjonen på studien bekrefter at fysisk aktivitet som en behandlingsform også kan veiledes over internett og likevel ha effekt på de depressive symptomene (Strøm, et al., 2013).

## 4 Drøfting

### 4.1 Fysisk aktivitet, et virkemiddel mot depresjon?

Depresjon er et økende problem og Verdens helseorganisasjon sier det er den fjerde største lidelsen når det gjelder reduksjon i livskvalitet og leveår. Det er fare for å falle utenfor yrkeslivet i kortere eller lengre tid. I tillegg er det en medvirkende årsak til uførhet. Dette vil gi store økonomiske konsekvenser for pasienten, men også for samfunnet med tap i produktivitet, tapte skatte penger og økte trygdeutgifter (Helsedirektoratet, 2009, s. 10). I tillegg er det store behandlingskostnader ved depresjon og mange pasienter får ikke optimal behandling (Sosial og helsedirektoratet, 2000, s. 63). Regelmessig fysisk aktivitet viser seg å ha effekt på depresjon og reduserer faren for å utvikle depresjon (Moe & Martinsen, 2011, s. 77). Studien til Kvam m.fl. konkluderer også med dette, og sier at fysisk aktivitet kan brukes som en selvstendig behandling mot depresjon, eller brukes som en medhjelpende behandling til antidepressiva (Kvam et al., 2016). Om et så enkelt og billig behandlingsalternativ som fysisk aktivitet har effekt på psykisk helse vil det kunne ha stor betydning for samfunnet (Sosial og helsedirektoratet, 2000, s. 63). Hva kan da være årsaken til at det blir prioritert så lite tid på dette i hjemmesykepleien?

Det er et kjent tema at helsepersonell kan ha liten tid med pasientene, noe som er en utfordring i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2014, s. 180). Mange pasienter sliter med depresjon og har liten kontakt med andre. For mange er hjemmesykepleien det eneste relasjonelle forholdet de har. Den knappe tiden kan oppleves som en konfliktsituasjon for helsepersonell som ønsker og vet at de burde bruke mer tid på hver enkelt pasient. Mellommenneskelige forhold blir nedprioritert selv om dette kan være helsefremmende og ha gevinst på lang sikt. Sjelden blir det avsatt tid til fysisk aktivitet med pasientene. Derfor er det en utfordring for helsepersonell å kunne hjelpe pasienter til å øke aktivitetsnivået i hjemmesykepleien. Hadde det derimot blitt gjort vedtak på at pasienter med depresjon trengte noen å gå tur med, kunne det bidra til at denne pasientgruppen vart mer aktiv. Dette kunne redusere sykdomssymptomene. Andre muligheter vi har for å fremme fysisk aktivitet i hjemmesykepleien kan være å introdusere en fritidskonsulent dersom kommunen har slike tilgjengelig. Fellesaktiviteter som er i nærområdet, en tur-venn og støttekontakter blir viktige medspillere og motivasjonsbrikker. Om man har noen å gå tur med blir det lettere å komme seg ut og vanskeligere å avlyse. Støttekontakter bør motiveres til å hjelpe pasienten til økt aktivitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 7).

Det å være i fysisk aktivitet gir glede, felleskap, avkobling og god helse for mange. For et menneske med depresjon kan det derimot være vanskelig å drive med fysisk aktivitet. Dette kan komme av

selve diagnosen som gir lite interesse og lite energi. Når en person er deprimert er symptomer som tafatthet, initiativløshet og trege bevegelser helt vanlige. Da sier det seg selv at det er tungt å komme i gang med aktiviteter (Skårderud et al., 2015, s. 338). Dette er også en erfaring vi har gjort oss opp i løpet av sykepleiestudiet. Den deprimerte pasienten kan være vanskelig å motivere. Husker spesielt en deprimert pasient som ofte lå i sengen med gardinene trakt for. Han var ikke interessert i å være med en liten tur ut. Synes det var vanskelig å akseptere, for erfarte de gangene han faktisk vart med ut på tunet at det kunne ha effekt på humøret. Vi observerte at det kom litt mer liv i ansiktet, at pasienten vart litt mindre mimiksløs. Rapporten til Schuh (2016) viser også til at fysisk aktivitet har positiv effekt på livskvaliteten til personer med depresjon (Schuch, et al., 2016). Fysisk aktivitet kan styrke personens identitet og opplevelsen av tilhørighet.

## 4.2 De vonde barrierene

Lav selvaktelse er den største helsemessige barrieren for deprimerte personer, spesielt for de med dype depresjoner. Dette skaper igjen andre barrierer som manglende mestringsfølelse, hjelpeløshet, at det ikke finnes håp og at alt er meningsløst. De blir handlingslammet og føler seg fastlåste. Kerr (1987/88) påpeker at selv små krav fra omgivelsene kan virke irriterende og påtrengende grunnet manglende energi hos depressive. Ved selv små oppgaver trengs det betydelige anstrengelser fra pasientens side (Hummelvoll, 2014, ss. 206-209). Det er en balansegang mellom det å ønske å hjelpe og ikke bli oppfattet som masete, og dermed skape avstand. Har erfart at en som regel får et negativt svar fra den deprimerte dersom vi foreslår fysisk aktivitet. Men vi har senere fått tilbakemelding fra personen, at han synes det var nyttig bare det at vi spurte, han følte at noen brydde seg. Dette blir også bekreftet i boken til Hummelvoll der han trekker frem et lignende tilfelle. Han sier at selv om pasienten virker tilsynelatende uinteressert i omgivelsene, så har det betydning at en motiverer pasienten til å delta i fellesaktiviteter. En må forsøke å finne pasientens tidligere interesser, og ut fra dem foreslå aktiviteter som ikke er for krevende eller langvarige (Hummelvoll, 2014, ss. 209-210).

I hjemmesykepleien har vi truffet personer med depresjon som var veldig isolerte og alene, som ikke orket å gå ut å møte andre. De følte stor skam over å ha en sykdom som har med følelser og tanker å gjøre. De følte seg spesielle og annerledes, at de ikke passet inn i samfunnet. De tenkte mye på hva andre ville mene om dem, dersom det ble kjent at de hadde en psykisk sykdom. De trodde at andre ville se på dem som galne og at de hadde mistet vettet. Det de hadde mistet var friheten sin.

Personene slet med store barrierer, hadde liten tro på seg selv og manglet pågangsmot. For å kunne hjelpe pasienten til fysisk aktivitet må vi også kunne hjelpe de over barrierene.

Kramer m.fl. (2014) gjennomførte en studie som viser lav deltagelse i fysisk aktivitet blant depressive pasienter. Kramer mener årsaken skyldes manglende motivasjon og mestringstro og pessimistisk tro på resultatet av treningen. Depressive pasienter hadde også manglende vilje og problemer med å omsette intensjonen om å trene til virkelig handling. De manglet handlingsplaner, hadde vansker med å vedlikeholde mestringstroen, og ble lettere distraheret av barrierer (Kramer et al., 2014). Martinsen (2011) henviser til at psykologen Albert Bandura også er opptatt av dette med mestring og mestringstro. Bandura hevder at egen mestringstro er avgjørende for vår atferd, hvilke mål som velges, pasientens utholdenhet, motivasjon og anstrengelse og ikke minst hvilke forventinger vi har om å lykkes. Han sier videre at deprimerte pasienter ofte har et negativt tankemønster og en negativ selvregulering som gir lav mestringstro. De deprimerte er ofte selvbekreidende og mener de selv er årsaken til negative livshendelser noe som igjen kan gi en dypere og lengre depresjonsperiode (Martinsen, 2011, s. 191). Dette har vi også erfart i arbeid med deprimerte pasienter. De føler ofte skyld og anklager seg selv med tanker om at de legger store byrder på familien sin, at de ødelegger livet både for ektefelle og barna, at de selv bare er til plage for dem. De føler seg unyttige i samfunnet og langt nede på det sosiale hierarkiet. Disse tankene tapper de for energi og motivasjon. Stigmatisering kan være en stor barriere. Studier bekrefter at mange psykisk syke opplever å bli stigmatisert i sosiale sammenhenger, ved at de selv føler skyld og skam, samtidig som de opplever at andre trekker seg unna (Ingstad, 2013, s. 129).

Å grue seg til å møte andre kan være en årsak til at den depressive finner unnskyldninger til ikke å delta på fysisk aktivitet. I praksistiden har vi sett at depressive kan være ambivalente. Det kan dreie seg om å gå en tur sammen med en støttekontakt og når avtalen skal innfris kan den deprimerte ha mange argumenter for ikke å gå tur. Vi har opplevd flere slike tilfeller der pasienten sammen med sykepleier kunne planlegge aktiviteter for neste dag. Men når vi møter opp som avtalt trekker pasienten seg. Vi kunne sitte igjen med en følelse av skuffelse og lure på om vi hadde gjort noe feil. I en slik situasjon kan det være fristende å komme med motargument om hvorfor det er viktig å gå tur. Men vi må samtidig være klar over at ved å legge press på pasienten så vil det kunne skape motstand. Dette samsvarer med det Miller og Rollnick (2013) sier om at dersom hjelperen har sterk korrigeringsans og argumenterer for hva som er til det beste for pasienten, kan dette føre til at pasienten tvilholder på sine argumenter om det motsatte. I ambivalensen er det lett å gå seg fast, selv om personen vet hva som egentlig er mest fornuftige å gjøre. Personen finner mange unnskyldninger for ikke å forandre på situasjonen. Ambivalens er et hyppig problem hos de aller fleste som skal gjøre en endring, de er for og i mot på samme tid (Miller & Rollnick, 2016, s. 32).

### 4.3 Håpets betydning

Som sykepleierstudent opplevde vi hvor vondt og vanskelig det kan være å skulle hjelpe pasienter uten håp. Å komme hjem til et menneske som ligger i et mørkt rom, dyna dradd langt opp på hodet og kroppen vendt inn mot veggen. Pasienten som knapt reagerer når vi kommer, og som kun svarer med enkeltord. Luften i rommet er så tung at vi knapt kan puste. I følge Travelbee er utfordringen her å hjelpe pasienten til å finne noe å leve for (Kristoffersen, Breievne, & Nortvedt, 2012, s. 274). Hvordan kan vi egentlig klare å skape et håp når en person er så langt nede?

For å styrke pasientens mestring er håpets betydning sentralt. Gjengedal og Hanestad (2001) hevder at et sterkt håp vil frembringe energi, styrke og mot til å takle utfordringer, mens et svakt håp kan føre til at en gir opp og blir likegyldig. Skårderud m.fl. (2015, s. 338) sier at mange deprimerte er uten håp for framtiden. Renolen (2010, s. 153) hevder videre at relasjonelle forhold kan fremme håpet. Med bakgrunn i dette kan vi undersøke nettverket til pasienten. Ønsker pasienten besøk av venner, foreldre eller kanskje barn? Det å holde avtaler og ha noen som stikker innom døren kan ha mye å bety for et menneske som føler seg verdiløs, en følelse mange deprimerte sitter med. Erfarer i hjemmesykepleien at det er mange som sitter ensomme hjemme. Som helsepersonell kan vi styrke håpet ved å ta oss tid til å snakke med pasienten og gi informasjon, være høflig, vennlig og hjelpsom, vise respekt og omsorg. Måten en gir informasjon på har stor betydning for håpet (Renolen, 2010, s. 154).

Det kan være vanskelig å få tak i hva den deprimerte interesserer seg for når pasienten ikke har noe håp om forandring. Tidligere har vi møtt personer som har en innstilling om at ingenting nytter, at han aldri vil bli frisk igjen. Personen sier at han ikke har noen interesser lenger, at det som tidligere ga glede ikke lenger gir glede. Som hjelper må vi prøve å finne en måte som kan hjelpe personen til å styrke håpet om at bedring er mulig. Å oppnå tillit og trygghet i relasjonen har vi erfart er første prioritet. For å få til dette må vi klare å etablere ekte menneske til menneske kontakt slik Travelbee snakker om. Tillit til omverdenen er helt sentralt for håpet i følge Travelbee. Da er det viktig at vi er bevisst vårt menneskesyn, at vi ser pasienten og framhever det unike i hvert enkelt menneske. Videre må vi hjelpe pasienten til å gjenvinne håpet om igjen å kunne føle glede og finne tilbake til interessene sine. Klarer vi å skape et lite håp om at det er mulig vil det kunne gjøre lidelsen mer utholdelig. Det krever mot og utholdenhet å være i lidelsen og ikke gi opp. Mot til å erkjenne våre vansker og tap, og utholdenhet til å kjempe for å oppnå det man håper på. Det å vite at en vil motta hjelp fra andre i en slik situasjon vil kunne være det som gir håp. På den måten kan pasienten få trygghet for at noen vil hjelpe han gjennom lidelsen, at forandring er mulig, og at framtiden kan bli

bedre. Selv om pasienten har det vanskelig akkurat der og da, vil håpet for at framtiden skal bli bedre og tryggheten for å få hjelp på veien ut av lidelsen, kunne gjøre den vanskelige tiden mer utholdelig (Kristoffersen, 2012).

#### 4.4 Å komme i gang med fysisk aktivitet

For å komme i gang med fysisk aktivitet mener vi det er viktig å starte med små oppnåelige mål. I første omgang kan det å komme seg utenfor huset og til postkassen være nok. Her er det viktig å ta individuelle hensyn og lytte til pasienten. Klarer vi å få pasienten med på å sette seg mål kan dette i følge Renolen (2010, s. 154) forsterke håpet. Å ha et mål å jobbe mot kan fremme motivasjonen, men målet må være realistisk, relevant og oppnåelig. Når vi møter pasienter i hjemmesykepleien kan vi hjelpe pasientene til å sette seg mål. Vi kan videre oppmuntre og rose pasientene for å jobbe mot målene de har satt seg. Det er viktig for pasienten sin videre motivasjon at målene ikke er for store. Det å skulle få en inaktiv person til å gå på en fjelltopp flere ganger i uka tror vi vil slå negativt ut på motivasjonen. Vi tror derimot at det å sette seg kortsiktige mål med tilpassede aktiviteter vil gi pågangsmot og vilje til å fortsette. Dette samsvarer med det Skaug og Dahl (2012, ss. 42-44) sier om at uoppnåelige mål er ødeleggende for pasientens motivasjon. De råder til å sette opp små kortsiktige mål som ikke er for utfordrende. Videre sier de at mål som ligger nær i tid øker motivasjonen mest. Dette er også viktig for at pasienten skal få en opplevelse av å kunne nå målet, noe som i følge Lazarus og Folkmanns (1984) teori om mestring er helt sentralt (Renolen, 2010).

Studien til Helgadottir (Helgadottir et al., 2015) viser at kun 1/50 av deltakerne hadde det aktivitetsnivået som er anbefalt. Samtidig viser rapporten at økning i fysisk aktivitet vil redusere de depressive symptomene. For å klare å komme i gang med fysisk trening vil dette kreve en endring hos disse pasientene. Toril Moe (2011, s. 197) sier at mange er avhengig av hjelp og oppfølging for å komme i gang. Hun mener at vi som sykepleiere kan stimulere til en positiv endring ved å støtte pasientene og stimulere deres ressurser over tid. Dette vil etter hvert kunne utvikle seg til en indre drivkraft og denne ytre påvirkningen fra oss kan etter hvert avta. Vi hjelper da en pasient fra å hatt en ytre motivasjon for å drive med fysisk aktivitet, til å skape en indre motivasjon og dermed egen drivkraft for å fortsette. Studien til Strøm (Strøm, et al., 2013) tar også føre seg den effekten støtte og veiledning kan ha for denne pasientgruppen. Rapporten viser at selv veiledning til fysisk aktivitet over internett har effekt i behandlingen av depresjon. De som fikk veiledning viste mindre tegn til depressive symptom og effekten var fortsatt til stede 6 måneder senere. Derimot visste studien ingen tegn til høyere fysisk aktivitetsnivå hos de som fikk veiledning. Dette kan forklares med at

deltakerne gjennomførte den fysiske aktiviteten fordi de viste de var med i undersøkelsen og gjorde det fordi studien krevde det. Slik ytre motivasjon bygger på at det er krefter utenfor oss selv som starter handlingen vår. Pasientene i studien kan også ha følt et indre press for at de måtte gjennomføre aktiviseringen og fått dårlig samvittighet om de ikke trente. Dette kan utdypes videre i Ryan og Deci (2000, 2002) sine motivasjonstyper. De hevder at ytre motivasjon har mindre kraft enn indre motivasjon og at indre motivasjon gir mer engasjement, innlevelse og motivasjon over tid. Studien til Scarapicchia m.fl. (2014) undersøker ulike motivasjonstyper og hvordan de kan ha innvirkning på sammenhengen mellom depresjon og nivået av fysisk aktivitet. Den viser at ytre motivasjon har en negativ innvirkning på et menneske sin motivasjon til å drive med aktivitet. Vi må dermed hjelpe pasientene til å finne sin indre motivasjon.

#### **4.5 Hvordan motivere den deprimerte pasienten?**

For å kunne hjelpe pasienten må en legge til rette for god kommunikasjon, å møte pasienten med respekt og som et unikt menneske, og ivareta hans integritet og rett til selvbestemmelse. Dette er i tråd med teorien til Travelbee. Schulman m.fl. (2001) påpeker at i en omfattende amerikansk undersøkelse viste det seg at det største hinderet for effektiv behandling av alvorlig depresjon var begrunnet dårlig kommunikasjon mellom lege og pasient og mangel på relasjonelle ferdigheter fra legens side (Røkenes & Hansson, 2012, ss. 10-11).

Gjennom en god dialog med pasienten kan vi kartlegge pasientens sykehistorie, situasjon og erfaring. Videre kan vi tilrettelegge støtten og veiledningen i motivasjonsarbeidet. Pasienten kan få mer kunnskap om hvordan han kan få bedre kontroll over sykdommen og hvorfor det er viktig med atferdsendring. Dette er en prosess og det er hensiktsmessig med ytre motivasjon underveis. Vi må så sikte mot å endre denne ytre motivasjonen slik at det etter hvert blir et indre bevisst ønske. Kristoffersen (2012) påpeker at som sykepleier er det viktig vi hjelper pasientene til å få en indre motivasjon. Vi må samtidig balansere vår omsorg med pasientens brukermedvirkning, for alle trenger å yte for å kjenne mestring.

Det er viktig å få pasientene motiverte for sin egen del for å få til en varig endring. At de føler de trener for egen helse og for egen tilfredsstillelse. For å få til det må vi klare å mobilisere pasientens egne krefter og mobilisere kraft til å ta ansvar i eget liv, og motvirke følelsen av hjelpeløshet. Det er dette vi kaller empowerment. Renolen skriver at klarer vi å få til en atferdsendring som har grunnlag i pasientens empowerment er det den formen for veiledning som har best effekt over tid (Renolen,



2010, s. 50). Sykepleiere skal informere og gi pasienten god og riktig informasjon som bygger opp et godt kunnskapsnivå hos pasienten. Som Travelbee hevder er kommunikasjon et av de viktigste hjelpemiddel vi som sykepleiere har for å klare å danne et menneske til menneske forhold til pasienten. Gjennom interaksjonsprosessen blir vi kjent med pasienten som person og får en dypere forståelse for hva som er unikt for akkurat denne pasienten. Vi må se på hva som er viktig for han og hva som er hans særegne behov. Som sykepleiere må vi videre være observant på hva som er pasientens ønsker og kunne skille det fra våre egne, og ikke overføre våre egne behov til pasienten. Det er gjennom god kommunikasjon vi sikrer at videre sykepleietiltak er i samsvar med pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2012, ss. 220-222). Pasienten starter da med fysiske aktiviteter som er basert på egne ønsker og med en forståelse for hvorfor det er nyttig å være i fysisk aktivitet. På den måten vil pasienten kunne ta et informert valg på grunnlag av forståelse og innsikt til hva som er best i hans livssituasjon, og vi må respektere og støtte opp om dette valget (Hummelvoll, 2014, s. 596).

Den deprimerte kan mangle tro på at han kan klare å endre sin situasjon. De tror ikke de vil klare å være i fysisk aktivitet og ser ikke at det kan hjelpe dem (Moe, 2011, s. 197). Her vil det være en viktig sykepleieoppgave å informere og hjelpe pasienten til å se de positive effektene trening kan gi og styrke troen på at han mestrer. Manglene motivasjon er en utfordring innen psykisk helsearbeid. Det viser seg at det ikke er de store endringene som er nødvendig. Studien til Helgadottir (Helgadottir et al., 2015) hevder at pasienter med angst og depresjon har mer stillesittende timer og lav oppnåelse av aktivitetsmålsettinger. De mener at det er et stort behandlingspotensiale for denne gruppen av pasienter ved å øke mengden av fysisk aktivitet. De anbefaler helsevesenet til å fokusere på å øke lett fysisk aktivitet med det mål at den stillesittende tiden blir mindre. Det er viktigere enn å prøve å motivere til høyere aktivitet. Dette viser at det er ikke nødvendig med tunge treningsøkter og lange løpeturer, men faktisk bare å bruke kroppen til selv enkle bevegelser. Dette legger også Moe og Martinsen vekt på. De hevder at prestasjon er mindre viktig og vi må ha fokus på at deltakelse er det som betyr noe. Det er også viktig at pasienten føler det som meningsfylt (Moe & Martinsen, 2011, s. 81). Helsedirektoratet (2016) anbefaler alle voksne til å være i aktivitet minst 30 minutter daglig. Dette kan deles opp i mindre deler for eksempel 10 min x 3. Det er viktig at pasientene får legge opp aktiviteten slik det er best for dem. For noen pasienter kan det å gå en tur i naturen gi gode opplevelser. Der kan de treffe dyr, se på planter, kjenne ulike lukter og få gode syns- og hørselsinntrykk (Martinsen, 2011, s. 38). For andre pasienter kan det å drive med ballspill og fellesaktiviteter være det som har best effekt. Det å være i aktivitet kan drive tankene på flukt og flytte fokuset over på aktiviteten som utføres. Under aktiviteten blir vi mer opptatt av hva som skjer

under aktiviteten og i kroppen. Vi kjenner at vi bruker kroppen med økt pust, økt hjerterefrekvens og såre muskler. Ved å bli mer bevisst på dette kan det avlede tankene. Dette krever at aktiviteten er engasjerende. Etter hvert vil pasienten kunne føle at han tåler mer, når nye mål og kan oppnå beundring fra andre for å være i aktivitet (Martinsen, 2011, s. 189).

Fra tidligere praksis har vi sett hvor viktig det er å finne ut av pasientens interesser for å motivere til fysisk aktivitet. Personen er ofte ikke selv bevisst på hva som kan være til hjelp når en er deprimert og har liten energi. Da kan det være godt med litt støtte utenfra for å hjelpe personen til å finne igjen tidligere interesser. En person som før hadde vært fisker, men som nå var pensjonist og enkemann, følte seg overflødig og hadde vonde dager. Han hadde vært deprimert over lengre tid. Ved å vise forståelse og snakke med personen, kunne vi sammen finne ut hva som tidligere hadde gitt ham glede. Vi ble enige om å kjøre til nærmeste båthavn og gå en tur der. Her virket han lettere til sinns og vi fikk bedre kontakt. Det virket som de dystre tankene kom mer på avstand. På vei hjem ga han uttrykk for at det gjorde godt med en tur. Dette var kjente ting for han. Antonovsky påpeker hvor viktig det er at vi ser på hvordan personen tidligere har mestret utfordringer. I hans teori om OAS sier han at meningsfullhet er viktigst, den vekker interesse og deltagelse i eget liv og fremmer personens ressurser (Renolen, 2010, s. 152). Den tidligere fiskeren var interessert i båter og for han vart det å dra på båthavnen meningsfullt.

For å få frem personens interesser har helsedirektoratet anbefalt motiverende samtale, også kalt motiverende intervju (MI), som effektiv metode. Dette vil være nyttig for å få god kontakt med pasienten og til hjelp for å finne den indre motivasjonen for mestring og atferdsendring (Helsedirektoratet, 2016). Gjennom en slik samtale kan vi få inntrykk av hvor motivert pasienten er og hans holdning til økt fysisk aktivitet. For å få god kommunikasjon med pasienten er det viktig at vi er bevisst vår væremåte. Et harmonisk samarbeid med pasienten er grunnlaget for MI i følge Miller og Rollnick. En tar utgangspunkt i at pasienten kjenner seg selv best og er den som bestemmer om det skal skje en endring. MI skal fremkalle pasientens egen motivasjon og indre innsikt på en vennlig måte (Miller & Rollnick, 2016, ss. 9-13). Med bakgrunn i dette vil vi som sykepleiere være bevisst på det unike i hvert enkelt menneske. Ved å sette oss inn i den subjektive oppfatningen hver enkelt har, vil vi få en dypere forståelse for pasientens perspektiv og kunnskapsgrunnlag. Gjennom samhandling kan vi framkalle og bygge opp under de indre ressursene og motivasjonen som pasienten allerede har i seg. Det er pasienten selv som vet hvordan han opplever situasjonen, men vi kan bidra til at han skal kunne finne tilbake til det som kan skape mening i tilværelsen. MI fremhever pasientens styrker og ressurser, isteden for å påpeke svikt og mangler (Miller & Rollnick, 2016, s. 48). Vi har sett hvor vanskelig det er for depressive å komme ut av den onde sirkelen med liten mestringsfølelse som igjen

gir liten motivasjon til fysisk aktivitet. Inaktivitet gir senket funksjonsnivå og kroppslig forfall. Deprimerte identifiserer seg med det de ikke klarer, vi må hjelpe de å flytte fokus over på hva de klarer, og som kan gi dem energi. Empowerment handler også om å gjøre personen bevisst sin indre styrke slik at han kan ta kontrollen over eget liv og helse (Tveiten, 2014, ss. 175-177). Vi er som mennesker ulike og det er forskjellig hvilken styrke vi har i oss for å mestre vanskelige situasjoner. Noen er mer robuste og klarer større påkjenninger enn andre. Dette viser seg i virkeligheten at det som for noen kan være en stor utfordring og følelser av mangel på kontroll, kan for andre bli sett på som en mulighet de mener de kan takle (Renolen, 2010, s. 146).

Vi har erfart at det som fungerer på noen pasienter ikke nødvendigvis fungerer like godt på andre pasienter, dette kan være fordi vi ikke har sett hvilket nivå pasienten er i forhold til endringsfasen. Kanskje har vi mistolket pasienten og foreslått aktiviteter som pasienten ikke var klar for på det tidspunktet. Ved slike tilfeller kunne vi ha brukt endringshjulet for bedre å tilpasse aktivitetene til hver enkelt pasient. Den transteoretiske modellen for endring ("endringshjulet") ble utviklet av Prochaska og DiClemente og omhandler atferdsendring som en sirkulær hendelse, der endringen går gjennom forskjellige stadier. Endringshjulet kan om man vil brukes sammen med MI, men den er ikke en del av MI (helsedirektoratet.no). Forfatterne Korban og Bonsaksen (2014) setter søkelyset på den transteoretiske modellen i forhold til depressive pasienter og motivering til fysisk aktivitet. De konkluderer med at modellen kan være nyttig for helsepersonell til å fremme fysisk aktivitet hos depressive. Ved bedre å forstå klienten kan de lettere tilpasse motiverende tiltak og strategier som brukes til riktig tid. Det vil også kunne sikre teoretisk forankring og kvaliteten på arbeidet.

Det finnes flere aktuelle metoder for å hjelpe den depressive. I studietiden opplevde vi en pasient som hadde det veldig vanskelig. Vi observerte at pasienten fikk et økende tankekjør og snakket nedverdiggende til seg selv. Det var veldig vanskelig å få pasienten til å være med på aktiviteter. Varsomt sa vi til pasienten at vi skulle ta noen øvelser som kunne mykne muskulaturen. Vi startet med lette tøyøvelser og fikk pasienten til å prøve det samme. Pasienten deltok etterhvert og virket fornøyd da vi var ferdige. Pasienten sa at det føltes deilig å få tøy godt ut. Ved senere høver når vi kom til pasienten var det lettere å få pasienten med på en tilsvarende trening. Dette kan sammenliknes med funnene i studien til Danielsson m.fl. som hevder at for å inspirere og involvere pasienter med alvorlig depresjon til å være fysisk aktive, er person-sentrert fysioterapi en levedyktig tilnæringsmetode (Danielsson et al., 2014).

Fagartikkelen til Mostad, Skjelbred, Bråten og Bonsaksen (2013) viser også til noen eksempler på hvordan veiledning og tilpasset trening gir mestring for pasienter med depresjon. Bruk av pulsklokker

under enkelte treningsøkter har gitt positive resultater på Modum Bad. Når vi ser resultatet av dette kan vi stille spørsmål til om treningsdagbøker kunne gjøre det lettere å komme i gang. Da ville pasienten se svart på hvitt når han har vært i aktivitet. Pasienten ser at trening ikke trenger å være ekstremt tungt for å gi resultater. Dette kan gi mestringsfølelse og bidra til å senke barrierer. Bandura (1997) mener at den personlige mestringserfaringen, der personen selv erfarer hva som er nyttig, er den viktigste kilden til mestringstro.

## 5 Konklusjon

Vi innledet denne oppgaven med å stille spørsmål til om fysisk aktivitet har effekt i behandlingen av depresjon. Vi har gjennom denne oppgaven ved bruk av ulike forskningsartikler, fagartikler og faglitteratur sett at fysisk aktivitet har positiv effekt på de depressive symptomene. Vi ser at utfordringen blir hvordan vi som sykepleiere kan fremme motivasjon og sette i verk nyttige tiltak for å fremme fysisk aktivitet.

Det er viktig at vi gjennom god kommunikasjon med pasienten klarer å danne et godt menneske til menneske forhold. Vi skal finne fram til det unike i hvert enkelt menneske og gjennom samhandling klare å skape både empati og sympati. På den måten vil vi sikre tilrettelagde tiltak som er i samsvar med pasientens behov og ønsker. Vi må gjøre pasienten bevisst på at fysisk aktivitet kan være et verktøy til å håndtere depresjonens lidelse. Gjennom motiverende samtaler kan vi finne ressurser som kan gi motivasjon til fysisk aktivitet. Pasienten må få utvikle seg i sin egen takt og med aktiviteter som er individuelt tilpasset. For at pasienten skal fortsette med fysisk aktivitet er indre motivasjon og oppfølging over tid nødvendig.

Ved å vise omsorg, anerkjennelse og holde avtaler med pasienten skaper vi tillitt og trygghet, det kan gi grobunn for håpet. Håp er grunnleggende for livslyst. Vi må styrke håpet om å mestre, å føle glede, og føle seg som et fullverdig medlem av samfunnet. I tillegg til fysisk aktivitet er det også andre elementer som frembringer en god psykisk helse, lokalsamfunnet, familie, venner, jobb, gode kollega, inntekt og bolig. Mer åpenhet i samfunnet for å normalisere psykisk sykdom er nødvendig for unngå stigmatisering og utestenging.

Om denne oppgaven hadde vært større ville veien videre være å undersøke hvordan sosial støtte og tverrfaglig samarbeid kunne bidra for å øke nivået av fysisk aktivitet hos depressive pasienter. Tiden i hjemmesykepleien er for knapp til å klare å gi den oppfølging som trengs for å komme i gang med fysisk aktivitet og samarbeid med andre aktører er derfor nødvendig.

## Litteraturliste

- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2012). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie, Grunnleggende behov, bind 2 ( 2. utg)* (ss. 15-56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving ( 5.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E., Carlsson, J., & Waern, M. (2014, 06 28). *Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study*. Hentet 10 05, 2016 fra Elsevier:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714004170>
- Fjørtoft, A.-K. (2014). *Hjemmesykepleie, Ansvar, utfordringer og muligheter (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helgadottir, B., Forsell, Y., & Ekblom, Ø. (2015, 1 13). *Physical Activity Patterns of People Affected by Depressive and Anxiety Disorders as Measured by Accelerometers: A Cross- Sectional Study*. Hentet 10 3, 2016 fra Plos one:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b9a55f3e-0bca-4c3a-a7cc-d75ec2268d3f%40sessionmgr104&hid=123>
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. . Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009, 12 1). *Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 10 3, 2016 fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no): <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten#prinsipper-som-gjelder-all-behandling-av-depresjon>
- Helsedirektoratet. (2016, 10 5). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet 10 7, 2016 fra helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2016, 6 21). *Depresjon*. Hentet 10 7, 2016 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helsedirektoratet. (2016, 08 12). *Motiverende intervju som metode*. Hentet 10 16, 2016 fra Helsedirektoratet: [helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#plan-for-endring](http://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#plan-for-endring)
- Hummelvoll, J. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Korban, E., & Bonsaksen, T. (2014, 02). *Riktig strategi til riktig tid, bruk av den transteoretiske modellen for å fremme fysisk aktivitet hos personer med depresjon*. Hentet 10 20, 2016 fra

Ergoterapauten:

[https://www.researchgate.net/publication/261947966\\_Riktig\\_strategi\\_til\\_riktig\\_tid\\_-\\_bruk\\_av\\_den\\_transteoretiske\\_modellen\\_for\\_a\\_fremme\\_fysisk\\_aktivitet\\_hos\\_personer\\_med\\_depresjon](https://www.researchgate.net/publication/261947966_Riktig_strategi_til_riktig_tid_-_bruk_av_den_transteoretiske_modellen_for_a_fremme_fysisk_aktivitet_hos_personer_med_depresjon)

- Kramer, L., Helmes, A., Seelig, H., Fuchs, R., & Bengel, J. (2014, 04 22). *Correlates of reduced exercise behaviour in depression: The role of motivational and volitional deficits*. Hentet 10 05, 2016 fra Psychology & Health:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6807041b-2ced-425e-973a-fe863f4d6105%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4209>
- Kristoffersen, N. (2012). Den myndige pasienten. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3 (2.utg.)* (ss. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. (2012). Helse og sykdom. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, bind 1, (2.utg.)* (ss. 31-72). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. (2012). Livsstil og endring av livsstil. I N. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3, (2.utg.)* (ss. 197-240). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. (2012). Stress og mestring. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3, (2.utg.)* (ss. 133-189). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, Bind 1 ( 2. utg.)* (ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2012). Lidelse, mening og håp. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3, (2. utg.)* (ss. 246-291). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvam, S., Kleppe, C., Nordhus, I., & Hovland, A. (2016, 05 20). *Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis*. Hentet 10 05, 2016 fra Elsevier:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715314221>
- Larsen, T. (2014). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie, - i teori og praksis* (ss. 45-55). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. (2011). *Kropp og Sinn, Fysisk aktivitet - Psykisk helse - Kognitiv terapi, (2.utg.)*. Bergen: Vigmostad og Bjørke.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale, Støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Moe, T. (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. Martinsen, *Kropp og sinn, Fysisk aktivitet - Psykisk helse - Kognitiv terapi, (2.utg.)* (ss. 197-215). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Moe, T., & Martinsen, E. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. Martinsen, & T. Moe(red), *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi* (ss. 76-97). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Mostad, M., Skjelbred, M., Bråten, V., & Bonsaksen, T. (2013, 04). *Forventning om mestring, et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon*. Hentet 10 8, 2016 fra Ergoterapauten: <http://www.ergoterapeuten.no/fag-og-vitenskap/fagartikler>
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok (2. utg.)*. Oslo: Akribe.
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker, innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O., & Hansson, P.-H. (2012). *Bære eller bryte, Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker, (3.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Scarapicchia, T., Sabiston, C., O`Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M., & O`Loughlin, J. (2014, 5 28). *Physical activity motivation mediates the association between depression symptoms and moderate- to- vigorous physical activity*. Hentet 10 5, 2016 fra Elsevier: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514001832>
- Schuch, F., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P., & Stubbs, B. (2016, 4 17). *Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response*. Hentet 10 3, 2016 fra Elsevier: [http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781\(15\)30772-1/fulltext](http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(15)30772-1/fulltext)
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken, Sinn- kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sletteland, N., & Donovan, R. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sosial og helsedirektoratet. (2000). *Rapport 2/2000, Fysisk aktivitet og helse, anbefalinger*. Hentet 10 16, 2016 fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no): <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/717/Fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger-IS-1011.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004, 09). *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*. Hentet 10 16, 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/171/Tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-IS-1202.pdf>



Stordalen, J., & Støren, I. (2012). *Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgave- og fagskriving, (2.utg.)*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.

Strøm, M., Uckelstram, C.-J., Andersson, G., Hassmen, P., Umefjord, G., & Carlbring, P. (2013, 10 3). *Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial*. Hentet 10 2016 fra PeerJ: <https://peerj.com/articles/178/>

Tveiten, S. (2014). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie, i teori og praksis* (ss. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.