

BACHELOROPPGÅVE

Fysisk trening til pasientar med depresjon

Korleis kan fysisk trening integrerast i ei sjukepleiefagleg behandling av depresjon?

Av

Ida Seim Teigen

Kandidatnummer: 21

Physical exercise for patients with depression

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Innleveringsdato: 25.11.2016

Rettleiar: Runar Tengel Hovland

Tal ord: 6801



Samandrag

Tittel:

Fysisk trening til pasientar med depresjon

Bakgrunn for val av tema:

Depresjon er, i følge world health organization ein verdsomspennande sjukdom (2016). Eg har difor etter mi tid i praksis på psykiatrisk institusjon og som ferievikar på psykiatrisk sjukehus, tenkt at det trengst meir i behandling av depresjon ved institusjon. Etter å ha sett sjølv korleis fysisk trening kan medverke i behandlinga, verka dette som eit spennande tema å skrive om.

Problemstilling:

Korleis kan fysisk trening integrerast i ei sjukepleiefagleg behandling av depresjon?

Framgangsmåte:

I denne oppgåva vert det nytta litteraturstudie som metode. Innhaldet i oppgåva er basert på fire forskingsartiklar, pensumlitteratur og anna litteratur.

Oppsummering:

I denne oppgåva inneheld drøfting om korleis fysisk trening blir nytta i behandling av depresjon, i tillegg til kvifor fysisk trening kan vere aktuelt å integrere på lik linje med andre behandlingsmetodar og korleis det kan bli nytta i ei sjukepleiefagleg behandling av depresjon. Forsking og teori viser at fysisk trening kan vere nyttig i behandling av depresjon, det blir då spørsmål om korleis vi skal integrere dette i behandling ved institusjon.

Innhald

1.0 Innleiing	4
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	4
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Avgrensing av problemstilling.....	4
2.0 Metode	6
2.1 Kva er ein metode?.....	6
2.2 Litteraturstudie.....	6
2.3 Skrive- og utvalsprosess.....	6
2.3.1 Funn av forskingsartiklar.....	7
2.4 Kjeldekritikk.....	8
3.0 Teori	9
3.1 Depresjon.....	9
3.2 Sjukepleie til pasientar med depresjon.....	10
3.3 Vanlege behandlingsmetodar for depresjon.....	11
3.4 Fysisk aktivitet og fysisk trening.....	12
3.5 Motivasjon til fysisk trening.....	13
3.6 Primær-, sekundær-, og tertærforebygging.....	13
3.7 Presentasjon av forskingsartiklar.....	14
3.7.1 Fysisk trening og depresjon.....	14
3.7.2 Er dei psykisk friske nok til å utføre fysisk trening?.....	14
3.7.3 Kan omgivnadar ha noko å seie for resultatet?.....	15
3.7.4 Andre tilnærmingar for fysisk trening til deprimerte.....	15
4.0 Drøfting	16
4.1 Fysisk trening som behandling av depresjon.....	16
4.2 Kvifor fysisk aktivitet?.....	17
4.3 Korleis kan sjukepleiar bidra i behandling av depresjon?.....	18
5.0 Konklusjon	22
Kjelder	23

1.0 Innleiing

WHO beskriv depresjon som ein verdsomspennande sjukdom, som det er blitt rekna ut at pregar om lag 350 millionar menneske. Depresjon er altså ein leiande årsak til funksjonssvikt i verda (World Health Organization, 2016). Det er difor stort fokus på depresjon, og forskning på behandlingsmetodar som kan fungera. Psykiske lidingar rammar menneske sine tankar og følelsar, i tillegg blir åtferd og veremåte påverka. I ein rapport frå folkehelseinstituttet skriv dei at om lag halvparten av befolkninga i Noreg vil bli ramma av psykisk liding på eit eller fleire tidspunkt i livet (Mykletun, Knudsen, Mathiesen, 2009).

I denne oppgåva vil du finne informasjon om kva nytte fysisk trening har for personar med depresjon. Forskingsartiklar blir presentert og forkinga sett opp mot litteratur. I oppgåva tenkjer eg ikkje på fysisk trening som einaste behandling mot depresjon, men at det kan integrerast som tillegg til andre behandlingsmetodar, då på institusjon og som ei sjukepleiefagleg behandling.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunnen min for val av tema er at eg har hatt praksis på ein psykiatrisk avdeling, og var ferievikar på eit psykiatrisk sjukehus. Eg såg her skilnaden mellom avdelingane og korleis deira rutinar med fysisk trening var for pasientar med ulike psykiske lidingar. På den psykiatriske avdelinga hadde dei rutinar for å få pasientane opp om morgonen, og gode opplegg med fysisk trening. Der eg var ferievikar hadde dei derimot mista ein del ressursar, og hadde etter mi meining dårlegare opplegg med fysisk trening. Dette gav meg eit bilete av korleis fysisk trening kunne medverke, i mitt syn, positivt i behandlinga. Eg synes dette er eit interessant og aktuelt tema, som eg håper å lære meir om gjennom denne skriveprosessen.

1.2 Problemstilling

Problemstillinga som dykk vil finne svar på i denne oppgåva er; «Korleis kan fysisk trening integrerast i ei sjukepleiefagleg behandling av depresjon?».

1.3 Avgrensing av problemstilling

Då omgrepet psykiske lidingar blir for breitt for mi oppgåve, har eg valt å avgrense til pasientar med depresjon. Pasientar som er innlagt på institusjon og som er over 18 år. Dette fordi depresjon er ein utbreidd sjukdom, som eg syntest det er viktig å belyse. Fokuset vil vere på korleis trening kan medverke i behandlingsplanen til pasientar med depresjon. Då problemstillinga er avgrensa til pasientar på psykiatrisk institusjon, vil eg ha fokus på kva rolle sjukepleie spelar i behandlinga, og

korleis det kan integrerast meir fysisk trening i arbeidet. Resultat av forskning som er gjort om fysisk trening og depresjon, i forhold til korleis fysisk trening vert nytta i praksis, vil spele ei rolle i oppgåva.

2.0 Metode

2.1 Kva er ein metode?

Her vil eg presentere kva ein metode er og kvifor denne blei brukt i oppgåva. Ein metode viser korleis ein har gått fram for å løyse problemstillinga og finne fram ny kunnskap om emnet. Grunnen til at berre ein metode vart valt er at ein då, som regel, finn eit godt nok svar og nok kunnskap om emnet til å svare på spørsmålet på fagleg interessant vis (Dalland, 2012, s. 111). Litteratursøket mitt resulterte i fleire forskingsartiklar om fysisk aktivitet som behandlingsmetode for depresjon. Då det allereie var utført fleire forskingsstudie om fysisk trening og depresjon, valde eg å nytte meg av litteratursøk som metode for å svara på problemstillinga.

2.2 Litteraturstudie

Metoden som er brukt i denne bacheloroppgåva er metode for litteratursøk. Litteratursøk blir brukt for å få ei heilskapleg oversikt over litteratur som allereie er skrive om temaet. Heretter vil litteraturen bli samla, sett opp mot kvarandre, og bacheloroppgåva bli skrive ut ifrå dette (Dalland, 2012, s. 62). Ved å bruke metode for litteratursøk vil eg kunne få ei oversikt over relevant forskning og litteratur som allereie er skrive om mi problemstilling.

Ein kunne også brukt kvantitativ metode som inneber at ein finn data som målbare einingar. Dei målbare einingane kan gje svar i form av til dømes gjennomsnitt eller prosent. Kvalitativ metode blir derimot brukt ved intervju, der ein skriv om andre sine opplevingar og meiningar. Desse metodane blir ikkje brukt i oppgåva, då det allereie er forskning på feltet, som det er mogleg å samanfatta for å svara på mi problemstilling. Eit litteratursøk vil difor kunne gje eit heilskapleg svar på mi problemstilling (Dalland, 2012, s. 112).

For å finne svar på problemstillinga trengs det forskning, forskning om fysisk trening som behandling ved depresjon, korleis det kan integrerast og korleis ein som sjukepleiar kan nytte seg av dette verkemiddelet. Ved å nytte meg av forskingsartiklar vil eg få undersøkt om fysisk trening har positiv verknad på depresjon, eventuelt om det kan verke motsett. Eg vil også finne relevant litteratur for å ha teori som støttar opp mot mi drøfting.

2.3 Skrive- og utvalsprosess

Eg vil gjennomføre denne bacheloroppgåva ved å strukturert gå gjennom den litteraturen eg finn. Ved å bruke søkeord som fysisk aktivitet, fysisk trening, depresjon, psykiske lidningar, behandling og

sjukepleie, vart det funnen forskning og retningslinjer som svarar på problemstillinga. Dei same søkeorda vart også nytta på engelsk. Ved å nytte meg av søk i databasar på Høgskulen i Sogn og Fjordane sine sider, vart det gjort funn av ny og aktuell forskning. Databasar som vart nytta i søkeprosessen er;

- academic search elite
- pubmed
- svemed+
- medline
- Cochrane Library
- Wiley online library
- Pubpsych
- Cinahl

I oppgåva finn ein blant anna forskingsartiklar med randomisert kontrollert studie, som går føre seg ved at for eksempel ein pasient nyttar seg av berre trening som behandling, ein anna pasient nyttar seg av medikament, medan ein tredje pasient nyttar seg enten av ingenting eller placebo. Det er krav om å ha ganske mange deltakarar for å få eit mest mogleg rett svar. Dette kan gje eit svar på kva som har best verknad (Dalland, 2012, s. 140). Det har også blitt nytta systematiske oversiktsartiklar. Desse artiklane oppsummerar og samanliknar resultat frå alle relevante studie innanfor forskingsområdet (Thidemann, 2015, s. 72).

Min plan var å ta kontakt med den psykiatriske avdelinga der eg hadde praksis. Dette for å finne ut kva retningslinjer dei hadde ved behandling av depresjon. Då eg ikkje fekk noko svar frå dei, valde eg å gå ut ifrå kva personalet på Modum Bad gjer for å få pasientane fysisk aktive.

2.3.1 Funn av forskingsartiklar

Då eg søkte gjennom Cochrane Library sine databasar, som består av 6 ulike databasar og som berre inneheld forskning med høg kvalitet, fann eg min første forskingsartikkel «exercise for depression». Eg nytta meg av «advanced search» og avgrensa søket til å berre få opp «abstract» og forskning frå 2005-2016. Søkeorda «exercise depression» vart nytta. Det kom opp 45 treff, eg nytta meg berre av 1 av desse.

Då eg nytta meg av databasen svemed+, brukte eg kombinert søk for å finne forskingsartiklar som var best mogleg tilpassa mi problemstilling. Eg skreiv inn «fysisk trening «and» depresjon «and» eldre»,

og avgrensa søket til berre norske artiklar. Det kom då opp 2 treff, der ein av desse vart nytta. Den som vart nytta var «Fysioterapeutens erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte».

Eg fann forskingsartikkelen «Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systemativ review» ved å gå inn på databasen Wiley online library. Her avanserte eg søket ved å bruke søkeorda «physical exercise «and» depression», valde «abstract» og eit årsgap frå 2005-2016. Ved å gjere dette fekk eg opp eit resultat på 246 treff, eg valde ein av desse.

Ved å gå inn på databasen pubpsych, fann eg forskingsartikkelen «Physical activity and common mental disorders». Eg brukte også her avansert søk, der eg brukte søkeorda «physical activity «and» mental disorders», og huka ut at dette skulle stå i overskrifta på artikkelen. Eg tok også eit årsgap frå 2005-2016. Det kom då opp 3 funn, eg valde ein av desse.

2.4 Kjeldekritikk

For å finne ut om forskingsartiklane er pålitelege nytta eg sjekklister. Begge henta frå nasjonalt kunnskapssenter. Sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning og sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie vart nytta (Kunnskapssenteret, 2016). Sjekklisterne var nyttige for å undersøkje om innhaldet i forskingsartiklane er godt nok, og om dei er relevante for min studie. Forskingsartiklane blei deretter sjekka opp mot litteratur og kopla til mi problemstilling (Dalland, 2012, s. 67). Forskingsartiklane eg fann var frå år 2010 og oppover, noko som viser at det er nokolunde oppdaterte kjelder. Kan vere kritisk til at den eine forskingsartikkelen «fysioterapeuters erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte» av Ulleberg og Johannessen (2015), ikkje inneheldt sjukepleiarane sine erfaringar. Eg synes likevel det var viktig å få dette med, då den inneheldt relevant informasjon, som også kan nyttast i ei sjukepleiefagleg behandling.

Forskingsartiklane gjev ei god oversikt over kva resultat dei har fått i si forskning. Det ein kan vere kritisk mot er at språket i dei fleste forskingsartiklane er på engelsk, noko som gjev ei noko større utfordring enn om dei hadde vore skreve på norsk. Forskingsartikkelen «exercise for depression» av Cooney, et.al. (2013), var eit nyttig verktøy i mi bacheloroppgåve. Den var derimot for stor til at eg kunne ta med all informasjonen, eg nytta meg difor berre av delar av den. Eg har gjennom oppgåva nytta meg av boka «kropp og sinn» av Martinsen (2004), der utgåva eg brukte er over 10 år gamal. Eg valde til tross for dette å nytte meg av boka, då den er like relevant den dag i dag.

3.0 Teoridel

I teoridelen av oppgåva vil du først og fremst finne ei forklaring på kva depresjon er, og kva det gjer med menneske. Du vil lese om korleis ein sjukepleiar arbeider på ein psykiatrisk institusjon, og kva oppgåver dei har. I tillegg finn du forklaring på skilnadar på fysisk aktivitet og fysisk trening, og kva godar som kan kome av fysisk trening for pasientar med depresjon. Her blir også forskingsartiklane eg har valt å ha med presentert.

3.1 Depresjon

Depresjon er under samleomgrepet stemningslidingar, som er psykiske lidingar som kjem fram ved endringar i humør eller stemning (Nysæter & Walvig, 2016, s.122). Ordet depresjon kjem frå latin og betyr nedtrykking. Depresjon kan stå for eit syndrom, ei sinnstemning eller ei eiga gruppe sjukdommar (Hummelvoll, 2012, s.193). Dei vanlegaste symptoma på depresjon er at ein er trist, trøtt, pessimistisk og har lav sjølvfølelse. Men ein kan ikkje gløyme dei kroppslege symptoma hos deprimerte, som kan vere nedsett appetitt, forstopping, søvnforstyringar, smerter og ubehag, menstruasjonsforstyringar og/eller nedsett potens og seksuell ulyst (Hummelvoll, 2012, s. 198).

I dei nasjonale retningslinjene er målet å bidra til rett diagnostisering og behandling av depresjon, styrke kompetanse innan det psykologiske arbeidet, i tillegg til arbeid med sosiale og yrkesbaserte tiltak (Helsedirektoratet, 2009). Dersom ein pasient kjem inn med mild depresjon, burde ein først og fremst byrje med ikkje-medikamentell behandling. Dette medfører mellom anna samtale med psykolog, råd mot søvnproblem, angstmeistring og oppfordring til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009). Retningslinjene nemner fysisk aktivitet som behandling ved mild depresjon, men dette blir derimot ikkje nemnt ved moderat og alvorleg depresjon. Ved moderat og alvorleg depresjon nyttar dei, i følge retningslinjene, psykologisk- og medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2009).

Det ligg fleire depresjonssjukdommar under omgrepet depresjon. Dei blir omtalt som stemningslidingar eller affektive lidingar. Kort summert er diagnosekriteria for depressiv enkeltepisode at den skal vare i minst to veker og ein skal vere nedstemd, ha nedsett energi, minska sjølvfølelse og tankar om sjølv mord (Nysæter & Walvig, 2016, s. 128). Ved bipolar liding varierer sjukdommen mellom depresjon og mani. Unipolare depresjonar er depresjonsepisodar som berre oppstår ein gang, eller fleire. Men ved denne lidinga har ein ikkje symptom på depresjon mellom desse episodane. Dystimi er ein kronisk form for depresjon. Menneske med dystimi er aldri djupt deprimerte, derimot er dei moderat deprimerte og dei symptomfrie periodane er korte (Martinsen, 2004, s. 65). Tilbakevendande depressiv liding kjem her og fram som ein av

depresjonssjukdommane. Denne typen depresjon har same kriteria som depressiv enkeltepisode, men den skal ha minst ein episode med depressiv enkeltepisode tidlegare (Nysæter & Walvig, 2016, s. 128).

3.2 Sjukepleie til pasientar med depresjon

Joyce Travelbee definerer sjukepleie som ein prosess der sjukepleiaren hjelper eit menneske, ein familie eller eit samfunn ved å førebyggje eller meistre sjukdom og liding, og heretter finne ei meining med desse erfaringane, dersom det er naudsynt (Travelbee, 2001, s.29).

Sjukepleiaren sitt fokus burde vere på mennesket, pasienten og pasienten sin helsetilstand. Sentrale mål for sjukepleiaren er pasienten sin livskvalitet, helse og meistring. For å nå desse måla må sjukepleiaren gi hjelp til pasienten med forståing for hans/hennar situasjon, og ha fagkunnskapar om den (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 16). Under dei grunnleggande funksjonsområdene til sjukepleiarar, finn vi blant anna helsefremjing og førebygging, behandling, undervisning og rettleiing (Kristoffersen, et.al., 2011, s.17).

Som sjukepleiar på psykiatrisk institusjon er ein opptatt av å fremje pasienten sin utvikling. Denne utviklinga inneberer pasienten si tilpassing til, eller overvinning av eigen sjukdom. Sjukepleiarane skal i denne utviklingsfasen forsøke og etablere ei passande form for omsorg og pleie som er tilpassa kvar enkelt pasient (Hummelvoll, 2012, s.29).

Psykiatrisk sjukepleie kan definerast som ein planlagt, omsorgsgivande og psykoterapeutisk prosess. Sjukepleiaren si hensikt ved psykiatrisk institusjon er å styrke pasienten sin omsorg for seg sjølv, og gjennom dette løyse eller redusere pasienten sine helseproblem (Hummelvoll, 2012, s. 43). Målet er at gjennom fellesskap skal ein hjelpe og motivere pasienten til å føle sjølvrespekt og finne viktige verdiar i livet. Dette fellesskapet består av både personale, pasient og medpasientar (Martinsen, 2004, s.199). Dersom pasienten sjølv ikkje klarar å sjå sine egne behov og ynskjer, fungerer sjukepleiaren som omsorgsgjevar og talsmann for pasienten. Sjukepleiaren har og medansvar for at pasienten får eit sosialt tilfredsstillande liv, i tillegg til å ha ansvar for å framheve og påverke forhold som skapar helseproblem (Hummelvoll, 2012, s.43).

Miljøterapi er ein stor del av behandlinga på psykiatrisk institusjon. Ein kan forklare miljøterapi som relasjonsbehandling, med fokus på å bruke miljøterapeutar til å forbetre og forhåpentlegvis hele relasjonsskadar. Miljøterapi består av to ord, der miljødelen av ordet omhandlar å legge til rette kvardagen til pasientane. Tilrettelegginga kan her bestå av husrom, mat, organisering av aktivitetar,

læring og læring av sosiale ferdigheitar (Skårderud & Sommerfelt, 2013, s. 29-30).

3.3 Vanlege behandlingmetodar for depresjon

Ved behandling av depresjon nyttar dei seg av biologiske behandlingmetodar, som til dømes kan vere medikament eller behandling med elektrostimulasjon eller elektrosjokk. Behandlingsmetodar med psykologiske behandlingstilnærmingar vert også nytta, der psykoedukasjon og psykoterapi er døme. Medikamentell behandling kan ein også nytte som vedlikehaldsbehandling for å forhindre tilbakefall ved tilbakevendande depresjon (Nysæter & Walvig, 2016, s. 133).

Elles blir det nemnt behandling med dagslys ved vinterdepresjon, og uspesifikke faktorar som vil vere viktig for menneske med depresjon. Desse såkalla uspesifikke faktorane er blant anna, sosial kontakt og støtte, vere i arbeid eller fysisk aktivitet, ha eit bra kosthald og normal døgnrytme (Martinsen, 2004, s. 68).

Då fleirtalet av desse behandlingmetodane ikkje er sjukepleiefaglege behandlingmetodar, blir det viktig å legge vekt på fysisk trening som sjukepleiefagleg behandlingmetode. Under vil dykk få ei innføring i kva fysisk aktivitet og fysisk trening er, og korleis dette blir nytta og kan bli nytta i behandling av depresjon.

3.4 Fysisk aktivitet og fysisk trening.

Fysisk aktivitet kan i følgje dei nasjonale retningslinjene medverke til å minske symptom på depresjon. Dette kan forklarast ved at fysisk aktivitet kan gi den deprimerte ei oppleving av meistring, andre ting og tenke på, og/eller kan det skuldast biologiske mekanismar. Dei har her presisert at det ikkje har noko å seie korleis ein trenar, men at ein er i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009).

Det er normalt å skilje mellom fysisk trening og fysisk aktivitet. Dersom skjelettmuskulaturen er i bevegelse som fører til energiforbruk, kan dette definerast som fysisk aktivitet. Fysisk trening er ein form for fysisk aktivitet. Fysisk trening består av ei planlagt, strukturert og stadig repetert form for kroppsleg bevegelse (Martinsen, 2004, s. 35-36). Omgrepa tilpassa fysisk aktivitet, idrettsterapi og idrettpsykoterapi blir brukt i Noreg dersom fysisk aktivitet blir nytta bevisst i behandling og rehabilitering (Martinsen, 2014, s.36).

På helsedirektoratet sine nettsider har dei eit tipshefte om korleis ein kan bruke fysisk aktivitet som behandlingverktøy. Dette heftet seier mellom anna noko om dei sjukepleiefaglege

behandlingsmetodane. Tipsheftet seier at helsepersonell må tenke på fysisk aktivitet på same nivå som anna behandling, dette for å integrere det som ein del av tenestetilbodet. I tillegg til integrasjon av faste rutinar for å informere pasientane om kor viktig mosjon og trening er. I heftet skriv dei om eit treningskontaktilbod, som fungerer som ei støttekontaktordning for menneske med psykiske lidingar. Helsepersonell kan setje seg ned med pasienten og lage det vi kallar for individuell plan, som kan innehalde aktivitetsplan (Helsedirektoratet, 2010).

I følgje §2-5. i loven, har pasientar rett på individuell plan. Dette er ein rett til pasientar som har behov for lengre opphald og koordinerte tenester frå helse- og omsorgstenesta (Rett til individuell plan, 2001). Dersom pasienten ikkje ynskjer dette, skal det heller ikkje opprettast. Den individuelle planen blir oppretta for å sikre brukarmedverknad, styrke samarbeidet mellom dei forskjellige helsetenestene og fordele ansvaret. Tiltaka i planen skal ta utgangspunkt i pasienten sine eigne mål og behov, den skal først og fremst vere til fordel for pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 557). Planen er utvikla for at pasienten skal ha aktiv brukarmedverknad i si behandling (Hummelvoll, 2012, s.558). Det er då til dømes mogleg for pasienten å leggja til fysisk trening i den individuelle planen.

I boka om metakognitiv terapi for angst og depresjon har forfattaren lagt ved behandlingsplan for depresjon. Denne behandlingsplanen består av åtte behandlingstimar. Frå og med behandlingstime nr. tre ser ein at det er lagt inn heimelekser til pasienten. Denne heimelekse inneber blant anna at pasienten skal auke aktivitetsnivået sitt, noko som kjem igjen på dei vidare behandlingstimane (Wells, 2011, s. 320-322). Då mi problemstilling er avgrensa til behandling ved institusjon, vil dette eventuelt vere aktuell informasjon til pasienten når han/ho skal ut av institusjon. Dette fordi behandlingsplanar på institusjon er annleis. Vi skal no sjå på eit eksempel, med Modum Bad sine rutinar.

Modum Bad har obligatoriske treningsøktar for pasientane som er innlagd der. Treningsøktene er obligatoriske, men pasientane deltar ut ifrå sine eigne føresetnader. Hovudmålet med dette programmet er at pasientane føler at dei meistrar noko. Dei har tilsett helsesportpedagogar med høgskuleutdanning for å leia øktene. Øktene består av tilpassa aktivitetar og turar. Dei prøver etter beste evne å nytte naturen under den fysiske aktiviteten. I tillegg til fysisk aktivitet, har helsesportpedagogane også eit ansvar for å gje pasientane kunnskap om fysisk aktivitet (Modum Bad, 2015).

3.5 Motivering til fysisk trening.

For mange er fysisk trening forbunde med ei positiv oppleving som er helsefremjande. På den andre sida er menneske med psykisk lidning ofte fysisk inaktive (Martinsen, 2004, s. 197). Mange med psykisk lidning slit blant anna med depresjon, der sjølv små krav om fysisk trening kan verke store (Martinsen, 2004, s. 197). Grunna dette er det ofte nødvendig at pasientane får hjelp til å kome i gang med fysisk trening, då eventuelt hjelp frå sjukepleiarar. Martinsen skriv i tillegg at helsepersonell burde ha kunnskap om motivasjonsstrategiar, der oppfølging og deltaking, i tillegg til positive tilbakemeldingar og tillitsvekkande engasjement er viktige faktorar (Martinsen, 2004, s.198). Eit døme på ein motivasjonsstrategi er å ha ein motivasjonssamtale, for å finne ut kva ynskjer pasienten sjølv har og kva han vil ha glede av (Martinsen, 2004, s. 200).

Empowerment er eit viktig omgrep i det psykiske helsearbeidet, då det omhandlar at kvar enkelt pasient skal føle makt over seg sjølv og at dei er eit sjølvbestemmande vesen. Personale skal ikkje tvinge pasientane, men derimot motivere dei til å utføre handlingar (Sletteland & Donovan, 2012, s.50). Dette kan for eksempel vere å motivere dei til å ville utføre fysisk trening.

Salutogenese tar føre seg korleis mennesket sjølv kan skape god helse, med dei ressursane dei har. Kva moglegheiter har den enkelte til å ta eit negativt syn på si eiga helse, over til eit positivt syn (Sletteland & Donovan, 2012, s.21). Eksempel på ei salutogenetisk tilnærming i psykisk helsearbeid er at pasientane får eit mål for dagen, dersom dei fullfører målet føler dei at dei meistarar noko. I ein psykiatrisk klinikk kunne ein som er innlagt ved klinikken fått eit mål for dagen, til dømes og gå ein tur. Dersom pasienten klarer å utføre dette målet vil han/ho sjølv ha bidrege i eiga behandling. Under idégrunnlaget for miljøterapi er det eine punktet salutogenese (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.43).

Dersom sjukepleiarar skal motivere pasientar til fysisk trening, er det viktig at dei også er motiverte til dette. Personalet sine haldningar går utover pasienten sine haldningar. Det er difor viktig at sjukepleiarar på psykiatrisk institusjon kan vise kunnskap, erfaring, vilje og engasjement ved fysisk trening (Martinsen, 2004, s.199).

3.6 Primær-, sekundær- og tertiærførebygging

Førebyggjande arbeid er viktig i behandling av pasientar med depresjon, dette for å førebyggje at sjukdommen vert forverra. Vi skil mellom primærførebygging, som skjer før depresjonen oppstår.

Sekundærførebygging, som er tiltak ein utfører for å oppdage symptom på depresjon tidleg, og deretter starte opp behandling. Til slutt kjem tertiærførebygging som er arbeidet i etterkant av oppstått depresjon, dette arbeidet skal forhindre vidareutvikling av sjukdom. Ved tertiærførebygging tar ein føre seg rehabilitering, som blir brukt for at den sjuke skal kunne oppretthalde funksjonsevner og meistre kvardagen (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s. 18). Dette var viktig å få med då forskning seier at fysisk trening kan verke førebyggande på depresjon (Cooney, et.al., 2013).

3.7 Presentasjon av forskingsartiklar

Studiane i forskingsartiklane viser kva effekt fysisk trening har på menneske med depresjon. Fleirtalet av studiane eg fann, viste at fysisk trening medverkar positivt til behandling av menneske med depresjon. Medan nokre studiar seier at dette ikkje har noko særleg effekt. Nokre studiar viser at medisinsk behandling kan bli redusert, eller heilt avslutta ved hjelp av fysisk trening. I den eine artikkelen vart resultatet at fysisk aktivitet på fritida har positiv verknad på menneske med depresjon, medan fysisk aktivitet på arbeidsplassen ikkje hadde noko effekt. Dei konkluderte då med at omgivnadane for den fysiske aktiviteten eller treninga, og det sosiale hadde innverknad på effekten.

3.7.1 Fysisk trening for symptom på depresjon

Forskingsartikkelen «exercise for depression», frå 2013 er ein systematisk oversiktsartikkel. Den består av 39 randomiserte kontrollerte studiar. Alle studiane måtte inkludere menneske over 18 år, som hadde blitt diagnostisert med depresjon. Den fysiske treninga i studiane måtte passe til definisjonen av «trening». Funn i denne studien viser at dersom den deprimerte ikkje går i terapi, har fysisk trening ein moderat effekt på symptom på depresjon. Dei fann også at fysisk trening er betre for å redusere symptom på depresjon, enn medikament. Det må her nemnast at dette funnet er basert på få studie (Cooney, et.al., 2013).

3.7.2 Er dei psykisk friske nok til å utføre fysisk trening?

Forskingsartikkelen «physical exercise intervention in depressive disorders: Meta- analysis and systematic review», er ein systematisk oversiktsartikkel. Dei har her tatt for seg 89 potensielle studie, der 74 av desse vart ekskludert. Hovudresultatet av studien viste ein signifikant effekt av fysisk trening for deprimerte. Då dei berre brukte studie med høg metodekvalitet, blei effekten på den fysiske treninga redusert til moderat effekt. Dei konkluderte då med at fysisk trening kunne bli

anbefalt til menneske med mild til moderat depresjon, som er motiverte, villige og psykisk friske nok til å utføre treningane (Josefsson, Lindwall & Archer, 2013).

3.7.3 Kan omgivnadar ha noko å seie for resultatet?

I studien «physical activity and common mental disorders», hadde forskarane gjort ei klinisk undersøking av 40 401 innbyggjarar i Noreg. Deltakarane i studien svarte på spørsmål om fysisk aktivitet på fritida og på arbeidsplassen. Dei brukte også skjema for angst og depresjon for å finne ut korleis deltakarane låg an på denne skalaen, og samla inn biologiske og sosiale data om deltakarane. Funn i studien viste at det var samanheng mellom den fysiske aktiviteten og angst og depresjon. Deltakarane som rapporterte at dei ikkje var fysisk aktive på fritida, hadde fleire symptom på depresjon, enn dei som var fysisk aktive. Dette funnet hadde ingenting med intensiteten på den fysiske aktiviteten å gjere, men dei fann at sosialt engasjement og støtte frå dei rundt seg kunne ha innverknad. I denne studien konkluderte dei med at dersom ein er regelmessig fysisk aktiv, er det mindre sjanse for å utvikle symptom på depresjon, og at kvar og kven ein utfører den fysiske aktiviteten med, har noko å seie for resultatet (Harvey, Hotopf, Øverland & Mykletun, 2010).

3.7.4 Andre tilnærmingar for fysisk trening til deprimerte.

I den siste forskingsartikkelen vil forskarane finne svar på kva fysioterapeutar har erfart med bruk av fysisk trening til eldre deprimerte. Dette er ein kvalitativ studie, med spørsmål om korleis fysioterapeutar opplever det, når dei får inn eldre deprimerte. Målgruppa i studien var pasientar som er 65 år og eldre. Dei hadde med to forskingsspørsmål, desse var «fysioterapeutars erfaringar med den eldre deprimerte pasient» og «fysioterapeutars erfaringar med fysisk aktivitet til eldre deprimerte pasientar». Funn på forskingsspørsmål ein var blant anna at ingen pasientar blei tilvist grunna depresjon, relasjon har stor betydning for utfallet av behandlinga og at samarbeidet var avgjerande. Ved forskingsspørsmål to vart funna at fysioterapien burde bli tilrettelagt både som gruppetrening og individuell trening, anna tilnærming enn andre pasientgrupper og at motivasjon er avgjerande (Ulleberg & Johannessen, 2015).

4.0 Drøfting

Vidare vil eg drøfte verknad av fysisk trening som behandling av depresjon, kvifor fysisk trening kan vere ein god behandlingsmetode og korleis sjukepleiarar kan bidra i behandling av depresjon.

4.1 Fysisk trening som behandlingsverktøy

Forskingsartiklane eg fann under min søkeprosess, gjorde funn som viste at fysisk trening hadde positiv innverknad på symptom på depresjon. Dei viste til at det vart biologiske endringar, i tillegg til det sosiale og å få tankane over på noko anna.

Pasientar med psykisk lidning er ofte fysisk inaktive når dei kjem inn på institusjon (Martinsen, 2004, s.197). Det kan tenkast at symptom på depresjon spelar ei rolle her. Dei vanlegaste symptomta på depresjon er at ein er trist, pessimistisk og har lav sjølvtilitt (Hummelvoll, 2012, s.198). I følgje dei nasjonale retningslinjene kan fysisk trening medverke til å minske desse symptomta (Helsedirektoratet, 2009). Det er og andre symptom på depresjon, som ein kan tenke seg at påverkar motivasjonen til å starte opp med fysisk trening. Døme på desse symptomta er nedsett appetitt, søvnforstyringar, smerter og ubehag (Hummelvoll, 2012, s.198).

I den eine forskingsartikkelen gjorde dei funn som viste at fysisk trening kunne hjelpe på menneske med mild til moderat depresjon. Derimot fann dei ikkje kva type fysisk trening som kunne vere mest effektiv, og heller ikkje kor mykje fysisk trening som må til for at det skal fungere optimalt mot symptom på depresjon (Cooney, et.al., 2013). Martinsen skriv at det avhenger av intensitet, frekvens og varigheit om fysisk trening fører til betre fysisk form (2004, s.36). Derimot så viser ein av forskingsartiklane at verknaden av fysisk aktivitet hadde ikkje noko med intensitet å gjere, derimot at kvar og kven ein utfører den fysiske aktiviteten med hadde innverknad (Harvey et.al., 2010). I forskingsartikkelen «exercise for depression» etterspurde dei meir forskning om kva mengd og type fysisk trening som burde nyttast i behandling av depresjon (Cooney, et.al., 2013). Dette er etter mi meining nyttig for å kunne integrere eit tilpassa treningsprogram i det psykiatriske arbeidet.

Under omgrepet depresjon ligg det forskjellige depresjonssjukdommar (Martinsen, 2004, s.65). Det kan difor stillast spørsmål om det er naudsynt med ulike tilnærmingar til dei ulike typane depresjon. Ved tilbakevendande depresjon står det i retningslinjene at ein bør nytte seg av regelmessig fysisk trening (Helsedirektoratet, 2009). Då pasientar med tilbakevendande depresjon har symptomfrie

periodar, kan det tenkast at det er spesielt viktig at helsepersonell motiverer dei til fysisk trening i desse periodane (Martinsen, 2004, s.65). Ved kronisk depresjon og dystymi vert behandling med fysisk trening derimot ikkje nemnd. Til tross for at desse depresjonssjukdommane også har gode og dårlege periodar (Helsedirektoratet, 2009). Ved behandling av moderat til alvorleg depresjon blir fysisk trening heller ikkje nemnt som tillegg i behandlinga (Helsedirektoratet, 2009). På den eine sida kan ein stille spørsmål ved at dette ikkje er ført opp i behandlinga, då dei nytta seg av fysisk trening ved moderat og alvorleg depresjon på min praksisplass. På den andre sida var det dagar der pasientane ikkje kom ut frå rommet, for dei var så sjuke. Då kan det tenkast at motivering til fysisk trening frå sjukepleiarane kan verke umotiverande.

Fysisk aktivitet er allereie, i følge helsedirektoratet, lagt inn som ein del av retningslinjene ved institusjon, då ved mild til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009). I praksis kan det ofte vere ein heilt anna sak der tid, kapasitet og ressursar spelar inn. Etter min praksis på psykiatrisk institusjon, erfarte eg at fysisk trening regelmessig vart nytta som verkemiddel i kvardagen. Ved å gå på tur kombinert med samtale med pasient følte eg at eg hadde lært meir om personen, enn eg hadde gjort dersom eg berre hadde lest i journalen.

I dei nasjonale retningslinjene står det at fysisk trening burde integrerast i behandling av depresjon, på lik linje med andre behandlingsmetodar (Helsedirektoratet, 2009). Til dømes var funn i den eine forskingsartikkelen at fysisk trening hadde betre effekt for reduksjon av symptom på depresjon, enn medikament. På den andre sida så var dette funnet basert på få studie, og det er då kanskje ikkje tilstrekkeleg å påstå dette enda (Cooney, et.al., 2013).

4.2 Kvifor fysisk trening?

Fysisk trening er ei planlagt, strukturert og stadig gjentatt form for kroppsleg bevegelse (Martinsen, 2004, s.35). Det at Modum Bad har gjort treningsopplegget obligatorisk er, etter mi meining, eit bra tiltak for å motivere pasientar til å delta. Valet pasientane får med treningsøktene er kor mykje dei vil prestere (Modum Bad, 2015). Dei nasjonale retningslinjene seier at det ikkje har noko å seie korleis ein trenar, men at ein er i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009). På den andre sida kan det vere nødvendig med unntak dersom pasienten ikkje er i psykisk stand til å prestere i det heile. Dei skriv i den eine forskingsartikkelen at fysisk trening er ein god behandlingsmetode, dersom pasienten er i psykisk stand til å utføre dette (Josefsson, Lindwall & Archer, 2013, s.1). Dette kan bli forstått som at dersom pasienten ikkje er i psykisk stand til å utføre fysisk trening, vil det heller ikkje vere til fordel

for pasienten. Ei av ulempene kan vere at pasienten ikkje føler at han er eit sjølvbestemmande menneske, og blir med dette umotivert til fysisk trening når han er i betre psykisk form (Sletteland & Donovan, 2012, s. 21).

Menneske med depresjon kan ofte isolere seg, i tillegg kan dei ha dårleg matlyst og lite og/eller dårleg søvn (Hummelvoll, 2012, s.199). Desse faktorane kan det tenkast at medverkar til at den fysiske treninga blir vanskeleg å gjennomføre. I resultatet av studien til Josefsson, Lindwall og Archer viser fysisk trening positiv verknad på symptom og sjukdomsbiletet til menneske med depresjon (2013). Dersom pasienten først kjem i gang med fysisk trening, kan det då sjå ut som at faktorane som gjer det vanskeleg å kome i gang, etter kvart blir færre og den fysiske treninga enklare å gjennomføre.

Fysisk trening blir, som nemnt før, i følgje retningslinjene nytta i behandling av mild til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Dei nemner derimot ikkje fysisk trening i behandling av moderat til alvorleg depresjon. Eg stiller spørsmål ved dette då dei nemner at fysisk trening kan gje den deprimerte ei oppleving av meistring (Helsedirektoratet, 2009). I tillegg skriv dei i tipsheftet frå helsedirektoratet at helsepersonell burde tenkje på fysisk trening på same nivå som anna behandling (Helsedirektoratet, 2010). Burde ikkje sjukepleiarar då motivere alle med depresjon til fysisk trening? På den andre sida seier den eine forskingsartikkelen eg fann under mitt litteratursøk, at fysisk trening har ein moderat effekt på depresjon (Cooney, et.al., 2013). Ut frå dette kan det sjå ut som at dei snakkar om alle typar depresjon, og ikkje berre mild til moderat depresjon, som dei nemner i retningslinjene (Helsedirektoratet, 2009).

Ved mild til moderat depresjon er det, i følgje retningslinjene, anbefalt å byrje med ikkje-medikamentell behandling. Oppfordring til fysisk trening er ein del av denne ikkje-medikamentelle behandlinga (Helsedirektoratet, 2009). Ein kan sjå at dette kan vere ein god behandlingsmetode for menneske med mild til moderat depresjon, noko som også kom fram i forskning (Josefsson, Lindwall & Archer, 2013, s.1). Det er vanskeleg å seie om dette blir nytta som første behandlingsalternativ ved mild til moderat depresjon i praksis. Då dette etter mi meining er ei meir psykolog- og legeretta avgjerd, vil eg heretter skrive om korleis sjukepleiar kan bidra i behandling av depresjon.

4.3 Korleis kan sjukepleiar bidra i behandling av depresjon?

Som sjukepleiar i ein situasjon der pasienten er deprimert, er det viktig å ha forståing for deira sjukdomsbilete. Sjukepleiaren si oppgåve er å fremje pasienten si utvikling (Hummelvoll, 2012, s.29). På ein psykiatrisk institusjon har sjukepleiar, etter mi erfaring, tilsvarande oppgåver som miljøterapeutane, i tillegg til at dei kan administrere medikament til pasientane.

Som helsepersonell har ein ansvar for å informere pasienten, uavhengig av alder, om fordelane med fysisk trening (Helsedirektoratet, 2009, s. 36). Sjukepleiarane er då, i mitt syn, ansvarleg for å tileigne seg tilstrekkeleg og fagleg informasjon om fysisk trening for pasientar med depresjon. På den andre sida har psykiatriske institusjonar, med Modum Bad som eksempel, etter mi erfaring treningspedagogar som har meir fagleg kunnskap om fysisk trening (Modum Bad, 2015). Sjukepleiar burde på den andre sida likevel ha tilstrekkeleg kunnskap om fysisk trening. Det kan tenkast at ved å ha kunnskap om fysisk trening, kan det bli mindre utfordring for sjukepleiarane å motivere pasientane.

Grunna symptom på depresjon, er ofte sjølv små krav til fysisk trening store. Dei treng difor ofte hjelp til å kome i gang med fysisk trening (Martinsen, 2004, s.197). Det kan tenkjast at dette er ei sjukepleiefagleg oppgåve, då ei av oppgåvene til psykiatrisk sjukepleiar er å styrke pasienten sin omsorg for seg sjølv (Hummelvoll, 2012, s.43). Martinsen skriv og at helsepersonell burde ha kunnskap om motivasjonsstrategiar, der oppfølging og deltaking er viktige faktorar (Martinsen, 2004, s.198). Her vil eg trekke inn forskning eg fann om fysioterapeutane si erfaring med eldre deprimerte. Der snakka dei blant anna om at ein trong ei anna tilnærming til pasientar med depresjon, enn andre pasientar (Ulleberg & Johannessen, 2015). Det kan då sjå ut som at motivasjonsstrategiane som Martinsen nemner, kan vere nyttige tilnærmingar for pasientar med depresjon (2004).

Som fysioterapeutane under den kvalitative forskinga sa, var deira utfordring at dei trong ei anna tilnærming med fysisk aktivitet til pasientar med depresjon. Ikkje berre nok med at dei trong ei anna tilnærming, så opplevde dei heller ikkje å få tilvisingar av pasientar berre grunna depresjon (Ulleberg & Johannessen, 2015). Det kan sjå ut som at det blir for lite fokus på depresjon når ein pasient kjem inn med til dømes nevrologiske sjukdommar. På den andre sida kan ein spørje seg om ikkje heile helingsperioden til pasienten blir raskare dersom ein behandlar depresjonssjukdommen i tillegg. Eg vil her ta med eit døme frå min praksis på psykiatrisk klinikk. Vi hadde der ein pasient som hadde ein nevrologisk diagnose og var hjelpetrengjande til daglegdagse gjeremål. Han var i tillegg diagnostisert med depresjon. Ved klinikken fekk han medikamentell behandling og miljøterapi. Til tross for dette kunne ein sjå at depresjonen ofte blei gløymt, då det vart mykje fokus på den nevrologiske

tilstanden. Det eg vil fram til her er at det er viktig at sjukepleiarane ser heile pasienten, for å betre livskvaliteten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 16).

Fysisk aktivitet må bli nytta som behandlingsverktøy av helsepersonell, på lik linje med anna behandling. Dette nemner dei i helsedirektoratet sitt tipshefte om korleis ein kan nytte fysisk aktivitet som behandlingsverktøy (2010). Eg føler at det er viktig for mi oppgåve å få fram at dette er tipshefte, og ikkje retningslinjer. Dette grunna retningslinjene burde nyttast på institusjon, medan tipsheftet er eit hjelpemiddel. I retningslinjene står det at fysisk aktivitet blir nytta som ein av dei første behandlingsmetodane for mild til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s.36). Etter det eg erfarte i praksis, verka det ikkje som at fysisk aktivitet eller fysisk trening vart nytta på lik linje med andre behandlingsmetodar.

Sjukepleiarar kan legge til rette med førebyggjande arbeid, som informasjon om fysisk trening. Ved institusjon kan det tenkast at tertiærførebygging blir den mest aktuelle delen av førebyggingsarbeidet. Dette fordi tertiærførebygging blir nytta ved allereie oppdaga depresjon og skal forhindra vidareutvikling av sjukdommen. Den er og nyttig for at pasienten skal meistre sin kvardag og oppretthalde funksjonsevner (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s. 18). Etter mitt syn har sjukepleiarar gjort eit vellykka førebyggjande arbeid med informasjon om fysisk trening, dersom pasienten presterer å oppretthalde den fysiske treninga når han er ute av institusjon. Martinsen støttar opp om dette då han skriv at helsepersonell bør ha kunnskap om motivasjonsstrategiar som verkar (Martinsen, 2004, s.198). Det kan tenkast at ein av desse motivasjonsstrategiane er motivasjon til trening.

I ein individuell plan, bestemmer pasienten sjølv kva innhaldet skal vere. Sjukepleiarane kan nytte planen som eit motivasjonsverktøy for pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.29). Sjukepleiar burde her informere pasienten om at han skal setje seg realistiske mål, slik at han klarar å nå måla. Dersom pasienten har høge mål som han ikkje klarar å utføre, kan dette føre til at pasienten blir umotivert (Martinsen, 2004, s. 204). Dersom ein fyller den individuelle planen med tilrettelagde mål og tiltak for å nå eit positivt utfall, kan dette vere eit bra tiltak til forbetring av sjukdomsbilete. Dette kan ein igjen knytte opp med ei salutogen utvikling, som Sletteland og Donovan seier at handlar om korleis pasientane sjølv kan skape god helse (2012, s. 21).

I definisjonen av psykiatrisk sjukepleie vert det nemnt at ein gjennom fellesskap skal hjelpe og

motivere pasienten til å føle sjølvrespekt og finne viktige verdiar i livet (Hummelvoll, 2012, s.43). Det kan tenkast at fysisk trening også ligg under denne motivasjonsprosessen. Dei utfører her tertiærførebygging, for at pasienten skal få eit best mogleg utgangspunkt når han/ho kjem ut av institusjon. (Øverby, Klungland & Høigaard, 2011, s. 18). På den andre sida vil eg stille spørsmål ved om det er nokre faktorar som spelar inn, for at sjukepleiarane skal kunne gje tilstrekkeleg motivasjon til pasientar på institusjon. Det kan tenkast at for å kunne motivere pasienten til fysisk trening, må sjukepleiaren sjølv vere motivert til dette. Dette kunne eg sjølv sjå ved min praksis på psykiatrisk institusjon, der eg såg forskjell frå dei ulike dagar, etter kven av personale som var på arbeid. Informasjon og undervising kan ein også trekke inn her, då det kan vere viktig å ha kunnskap om fysisk trening dersom ein skal motivere til det (Martinsen, 2004, s. 199). Motivasjon er noko som smittar, og pasientar kan merke dersom personalet på institusjon ikkje er motivert (Martinsen, 2004, s.199). Det kan derfor tenkast at sjukepleiarar som ikkje er interessert i eller motivert til fysisk trening, burde ha andre oppgåver. På Modum Bad har dei tilsett helsesportpedagogar for å utføre den fysiske treninga med pasientane (Modum Bad, 2015). Det kan på grunnlag av dette tenkast at nokre sjukepleiarar ikkje har nok kompetanse på feltet. Ein kan stille spørsmål om integrering av fysisk trening som sjukepleiefagleg behandling burde bli lagt meir vekt på i sjølve sjukepleieutdanninga.

Som avslutning på mi drøfting, vil eg nemne at som psykiatrisk sjukepleiar er målet at ein gjennom fellesskap skal hjelpe og motivere pasienten til å føle sjølvrespekt og finne viktige verdiar i livet (Hummelvoll, 2012, s.43). Etter min praksis på psykiatrisk institusjon såg eg at fysisk trening var ein del av rutineane, ikkje berre for dei med depresjon, men for alle diagnosegruppene. Då det var få dagar i veka med arrangert fysisk trening, sa nokre pasientar at dagane vart lange og lite innhaldsrike. Martinsen skriv at helsepersonell ikkje alltid er like motivert til fysisk trening (Martinsen, 2004, 199). Dette kunne eg sjølv sjå ved min praksis på psykiatrisk institusjon, der eg såg forskjell frå dei ulike dagar, etter kven av personale som var på arbeid.

5.0 Konklusjon

Hensikta med litteraturstudien var å undersøke korleis sjukepleiarar kan nytte fysisk trening til å forbetre symptombiletet til menneske med depresjon. Med dette vil eg konkludere med at fysisk trening vil vere ein nyttig behandlingsmetode å integrere i ei sjukepleiefagleg behandling av depresjon. Då meiner eg alle typar depresjon, og ikkje berre mild til moderat. Dersom det etterkvart blir gjort meir forskning på kva mengd og type fysisk trening som er mest effektiv mot symptom på depresjon, vil det bli lettare å integrere eit tilpassa treningsprogram på institusjon. Eit treningsprogram som har rom for endring, då ikkje alle pasientane er like fysisk aktive i utgangspunktet. Eg vil og konkludere med at nokre sjukepleiarar som arbeider på psykiatrisk institusjon, burde få ei innføring i fysisk trening, gjennom eventuelt kursing eller undervising. Det kan sjå ut som at det kan vere avgjerande for pasienten sin motivasjon til fysisk trening, at sjukepleiar og er motivert. Under denne litteraturstudien kunne eg til fordel hatt meir kunnskap og litteratur om korleis arbeidet blir utført i praksis i dag.

Bibliografi

- Cooney M, G., Dwan, K., Greig A, C., Lawlor A, D., Rimer, J., Waugh R, F., . . . Mead E, G. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Library*, ss. 2-7. doi:10.1002/14651858.CD004366.pub6
- Felleskatalogen. (2016). Abilify. Henta frå <http://felleskatalogen.no/medisin/abilify-otsuka-pharmaceutical-545656>
- Harvey, S. B., Hotopf, M., Øverland, S., & Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. 357-362. *The British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.bp.109.075176
- Helsedirektoratet . (2010). *fysisk aktivitet og psykisk helse* . Oslo : Helsedirektoratet .
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisttjenesten* . Oslo : Helsedirektoratet .
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2013). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta- analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, ss. 1-18. doi:10.1111/sms.12050
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). Om Sykepleie. I E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 16-17). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapscenteret. (2016). Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Henta frå <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartiklar>
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagboklaget Vigmostad og Bjørke .
- Modum Bad. (2015). fysisk aktivitet i behandlingen. Henta frå <http://www.modum-bad.no/fysisk-aktivitet/fysisk-aktivitet-i-behandlingen/>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Nydalen: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Henta Oktober 12, 2016 frå <https://fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Nysæter, T. E., & Walvig, H.-J. (2016). Stemningslidelser. I R. Hagen, & O. L. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rett til individuell plan. (2001). *Lov om pasient- og brukarrettighet*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=individuell%20plan>
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2012). *Miljøterapi boken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .

- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Ulleberg, A. M., & Johannessen, B. (2015). Fysioterapeutens erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte. 32-38. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* .
- Wells, A. (2011). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- World Health Organization . (2016, April). Depression. Henta Oktober 07, 2016 frå <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K., & Høigaard, R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid? I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 18). Kristiansand : Høyskoleforlaget AS .