



***”Hvordan kan sykepleier motivere den
deprimerte pasient på en psykiatrisk avdeling til
fysisk aktivitet?”***

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 108

Antall ord: 10082

Dato: 11.3.2016

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling og hensikt.....	2
1.3	Avgrensninger.....	2
1.4	Begrepsavklaringer.....	2
1.5	Oppgavens videre oppbygning.....	3
2.	METODE.....	4
2.1	Databaser og litteratursøk.....	4
2.2	Kildekritikk.....	5
3.	RESULTATER/TEORI.....	8
3.1	Depresjon.....	8
3.1.1	Årsaker til depresjon og konsekvenser av dette.....	8
3.1.2	Symptomer.....	9
3.1.3	Mild depresjon.....	9
3.1.4	Moderat depresjon.....	9
3.1.5	Behandling av depresjon.....	10
3.2	Fysisk aktivitet.....	10
3.2.1	Fysisk aktivitet ved depresjon.....	10
3.2.2	Effekter av fysisk aktivitet.....	11
3.3	Motivasjon.....	11
3.3.1	Motiverende intervju.....	12
3.3.2	Deci & Ryans syn å motivasjon og selvbestemmelse.....	13
3.4	Sykepleierens rolle.....	14
3.4.1	Autonomi og juss.....	15
3.5	Presentasjon av Joyce Travelbee sin sykepleieteori.....	16
4.	PRESENTASJON AV FORSKNING.....	17
5.	DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGEN.....	20
5.1	Skape relasjon og samarbeid.....	20
5.2	Ytre motivasjon og motiverende samtale.....	22
5.3	Fremme den indre motivasjon.....	24
5.4	Aktivitet tilpasset den enkelte.....	26
6.	KONKLUSJON.....	29
7.	LITTERATURLISTE.....	30

1. Innledning

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om temaet depresjon og fysisk aktivitet. Depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen, og er samtidig den viktigste årsaken til uførhet (Kristoffersen, 2011). Det finnes forskning som påpeker at fysisk aktivitet har en virkning på depresjon, men i hvor stor grad og hvordan kan man få den deprimerte til å bli mer fysisk aktiv?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet (2015) beskriver på nettsidene sine at depresjon er en meget hyppig lidelse i befolkningen og at det er betydelig flere som rammes en eller annen gang i løpet av livet. Rundt 350 millioner mennesker rundt om i verden er berørt av depresjon (World health organization, 2015). Berge & Repål (2013) viser til at depresjon er å miste evnen til å være glad. De som sliter med depresjon vil ofte og lettere trekke seg tilbake og delta mindre i aktiviteter sammen med andre. Jo mer nedstemte de er, jo mindre aktive blir de. Det finnes flere forskningsartikler om at fysisk aktive mennesker har mindre sannsynlighet for å utvikle depresjon, enn de som er fysisk inaktive (Helsedirektoratet, 2009). Berge & Repål (2013) viser også til at fysisk aktivitet kan dempe tunge og negative tanker. I og med fysisk aktivitet er et billig, enkelt og lett tilgjengelig tiltak (Martinsen, 2000) ønsker jeg å drøfte mer rundt hvordan sykepleier kan motivere den deprimerte pasienten til fysisk aktivitet.

Jeg anser det også som en aktuell sykepleieoppgave å fremme helse og forebygge eventuelle nye sykdommer hos pasienter med depresjon. Jeg var selv i praksis på en psykiatrisk avdeling og opplevde da hvor vanskelig det kunne være å få pasienter til å bli mer fysisk aktive, og dette gjaldt spesielt den deprimerte pasient. Jeg la også merke til hvor mye fokus det var på medikamenter innenfor psykiatrien, og jeg ønsker derfor å finne ut hva sykepleier kan gjøre gjennom ikke medikamentelle tiltak for å få en deprimert pasient mindre depressiv eller komme seg ut av depresjonen gjennom hovedsakelig fysisk aktivitet.

1.2 Problemstilling og hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive en praksis som er gjeldene i dag. Jeg ønsker å ha fokus på hvordan sykepleier kan jobbe med fysisk aktivitet som bidrag til å redusere depresjon. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier motivere den deprimerte pasient på en psykiatrisk avdeling til fysisk aktivitet?”

1.3 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til personer med mild og moderat depresjon. Jeg kommer ikke til å legge vekt på suicidale pasienter med alvorlig depresjon. Tilleggs lidelser blir ikke tatt i betraktning, da dette kan bli for omfattende. Ut i fra min problemstilling har jeg også valgt å begrense det til pasienter på en psykiatrisk avdeling. Kjønn er irrelevant i denne oppgaven da man på en psykiatrisk avdeling kan møte begge kjønn. Jeg har også valgt å skrive om pasienter over 18 år og oppover til en alder av 65. Dette på grunn av forskningen jeg har funnet baserer seg mest på denne aldersgruppen. Jeg har også valgt å avgrense det til frivillig innlagte pasienter som er på døgnavdeling. Noe som tilsier at pasienten kan være der på uviss tid.

1.4 Begrepsavklaringer

Fysisk aktivitet: Epsnes & Smedslund definerer fysisk aktivitet som kroppslige bevegelser som fører til økt energiforbruk. Fysisk trening er strukturerte og gjentatte aktiviteter som har som mål å oppholde eller forbedre fysisk form. Disse begrepene brukes ofte om hverandre (gjengitt etter Moe & Martinsen, 2011, s. 76)

Øvrige begreper vil bli gjort rede for i oppgaven.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Hovedpunktene videre i oppgaven er metode, teori, presentasjon av forskningsartiklene, drøfting og konklusjon. I metodekapittelet skal jeg beskrive hvilke databaser og litteratursøk jeg har brukt, samt kildekritikk. Teoridelen kommer under punkt 3, og her skal jeg presentere hva depresjon er med underpunkter. Fysisk aktivitet kommer også inn her. Videre presenterer jeg motivasjon, motiverende intervju, Deci & Ryans teori, sykepleiers rolle, autonomi/juss og sykepleieteorien til Joyce Travelbee. Videre i punkt 4 skal jeg presentere forskningsartiklene jeg har valgt. I drøftingsdelen som kommer under punkt 5, skal jeg drøfte problemstillingen som er presentert tidligere.

2. Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert 1985 hentet i Dalland, 2012, s. 111)

I denne oppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode. Støren (2013) beskriver litteraturstudie som eksisterende kunnskap som allerede er presentert i artikler. Informasjon henter man ved å søke i databaser og litteratur. Ingen ny kunnskap presenteres, men selve poenget er å systematisere kunnskapen. Videre forklarer Støren (2013) at en finner mye kunnskap i lærebøker, men lærebokens sjangerformat gjengir ofte forskningsresultater, teorier og så videre, og det kan derfor være vanskelig å se hvor grundig argumentene er underbygd. Dette kan være en ulempe. På den andre siden kan man skaffe seg god kunnskap om det man er opptatt av.

2.1 Databaser og litteratursøk

Artikkel 1.

På *Cochrane library* brukte jeg søkeordene: ”Depression” AND ”Physical activity”. Det kom da opp 12 oversiktsartikler av til sammen 703 resultater. Jeg valgte å gå for den første artikkelen *”Exercise for depression”*. Dette på grunn av denne forskningsartikkelen passet godt til min oppgave, og det stod ”New Search” bak artikkelen.

Artikkel 2.

På *PubMed* brukte jeg søkeordene: ”Patients perspective” AND ”Depression” AND ”Self-management”. Fikk da opp 156 resultater. Valgte å gå for artikkel nummer 34: *”Patients perspective on self management in the recovery of depression”*. Denne forskningen omhandler hvordan pasientene kom ut av depresjon og jeg ser på dette som nyttig.

Artikkel 3.

På *Cinahl* brukte jeg søkeordene ”Depression” AND ”Motivation” AND ”Exercise”. Jeg åpnet opp på søkemode og valgte å huke av på: ”find all my search”. Jeg fikk opp 43 resultater. Jeg valgte å gå for artikkel nr 19 som het: *”Physical activity of depressed patients*

and their motivation to exercise. Nordic walking in family practice". Denne valgte jeg i og med at den omhandlet alle aspektene med min problemstilling; depresjon, motivasjon og trening.

Artikkel 4.

På *Cinahl* kombinerte jeg søkeordene: "Mental disorders" AND "Motivation" AND "Physical activity". Fikk da opp 42 resultater. Jeg gikk for artikkel 30 som heter: "*Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment*". Dette er en forskning fra 2006, men valgte å se bort fra dette da denne handlet om motivasjon og fysisk aktivitet.

2.2 Kildekritikk

All informasjonen man finner vil ikke tilsi at det er sann informasjon. En må være kritisk til troverdigheten til dataene, og kvalitetskontrollering er et smart trekk til den som skal hente informasjonen. I forhold til sekundærdata kan det finnes flere kilder som kan gi feilinformasjon, og en må derfor være kritisk til kvalitetskontrollen bak publikasjonen (Løwendahl & Wenstøp, 2008). Dalland (2012) understreker at kildekritikk er en metode for å fastslå at en kilde er sann. Det vil altså si at en må vurdere kildene som benyttes.

I denne oppgaven har jeg funnet mye informasjon gjennom ulike bøker som omhandler psykologi hovedsakelig, men også bøker om kommunikasjon og motiverende intervju. Lykketyvene, psykologi og psykiske lidelser, kropp og sinn og helt-ikke stykkevis og delt er eksempler på bøker jeg har brukt. I forhold til stoff jeg har funnet i bøker, har jeg hovedsakelig prøvd å finne primærkilden i og med at sekundærkilden kan være misvisende. Dette har imidlertid ikke alltid latt seg gjøre da litteraturen ikke alltid har vært tilgjengelig. Jeg vært nøye med å omformulere informasjonen som er gitt i bøker, slik at det ikke kommer frem feilinformasjon her. Nettsidene jeg har valgt anser jeg som troverdige. Helsedirektoratet og helsebiblioteket er eksempel på slike kilder. Dette for å sikre at informasjonen i oppgaven min bygger på riktig informasjon.

Boken om Joyce Travelbee (1997) er på engelsk, noe som kan gjøre det vanskelig å forstå og

tolke hva som står skrevet. I tillegg til dette er artikkelen om teorien til Deci & Ryan (2000) også skrevet på engelsk, noe som også kan føre til feil i tolkningen.

Forskningsartiklene som skal bli presentert i oppgaven er funnet fra troverdige databaser som blant annet PubMed, Cinahl og Cochrane. Jeg har prøvd å finne forskning som ikke er eldre enn 10 år. Jeg hadde i hovedsak tenkt til å sette en grense på 5 år, men da den litt eldre forskningen jeg fant passet bedre inn i oppgaven min valgte jeg å utvide tidsgrensen. Jeg har ikke valgt forskningen ut i fra kvalitativ eller kvantitativ forskning. Jeg har valgt å bruke begge i oppgaven min. Forskningsartiklene mine er fra blant annet fra Nederland og Norge, men alle er skrevet på engelsk. En feilkilde kan være at det ble det benyttet flere vanskelige ord og uttrykk i artiklene som kan gjøre det utfordrende å oversette til presise norske faguttrykk. Videre vil jeg presentere kritikk fra forskningsartiklene mine som jeg har funnet, og her tar jeg for meg en og en artikkel:

Artikkel 1.

”Exercise for depression”

Studien fokuserte helst på personer med en noe alvorligere depresjon fremfor en mild og forbigående depresjon. I tillegg til dette kunne ikke studien si noe om den optimale trening med tanke på hyppighet, varighet, gruppeterapi eller alenetrening. Forfatterne konkluderer også med at det kunne være skjevhet i studiene som ble valgt. I og med at dette var et stort studie ble det brukt mye vanskelige ord og begreper, noe som kan føre til feiltolkning av artikkelen.

Artikkel 2.

”Pasients perspective on self management in recovery from depression”

Dette er en forskningsartikkel fra Nederland. Med tanke på helsekostnader og vellykket forebygging var ikke disse pasientene i kontakt med terapeuter under forskningen. Alle pasientene hadde også gått gjennom tidligere behandling. Og med tanke på hvordan de ulike klyngene ble dannet, kan dette ha blitt lært i tidligere behandlingsopphold. Fokuset ligger heller ikke på psykiatrisk avdeling. Det var også få deltakere i denne studien (20 personer), selv om forskerne understreker at dette holdt da det bare kom frem få nye strategier i den tredje fokusgruppen som ble holdt. Pasienter med bredt mangfold i behandlingshistorie, alder

og erfaringer ble tatt med i studien. Undergrupper under depresjon kan forfatterne også ha gått glipp av.

Artikkel 3.

”Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise. Nordic walking in family practise”

Dette er en studie med få deltakere med flere som har droppet ut, noe som får det til å mangle noen data. Forskerne mener at det kan hende at hjemmetreningsprogrammet har fått folk til å droppe ut. En annen svakhet med studiet er at noen av pasientene gikk på antidepressiva under treningsprogrammet. Forskerne konkluderer med at medikamentbruken ble redusert etter hvert.

Artikkel 4.

”Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment”

Pasientene i denne studien hadde mange diagnoser, men det ble valgt å ikke registrere de ulike diagnosene. I tillegg til dette valgte noen av pasientene å ikke fullføre spørsmålene de fikk utdelt. Forskingen er fra 2006, noe som tilsier at tilstandene kan ha endret seg på disse årene.

3. Resultater/teori

Jeg skal i dette kapitlet presentere teori og resultater. Her går jeg inn på hovedtemaer som depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon, sykepleierens rolle og Travelbees sykepleieteori. Motiverende intervju, teorien til Deci & Ryan og autonomi/juss vil også bli tatt med.

3.1 Depresjon

Depresjon går under gruppen av psykiske sykdommer som kalles for affektive lidelser, også kalt for stemningslidelser. Disse kan en skille i to hovedgrupper: Den første gruppen er de bipolare affektive lidelsene som omfatter mer hypomane/maniske episodene og depresjonsepisoder. Den andre gruppen er de unipolare som omfatter de som har depresjonsepisoder (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2008). Hummelvoll (2012) viser til at selve ordet depresjon betyr ”nedtrykking” på latin. Videre beskriver helsedirektoratet (2015) depresjon som en av de vanligste psykiske lidelsene. Der kjernesymptomene kan være blant annet nedtrykthet, mangel på energi, senket stemningsleie, skyldfølelse og svekket selvfølelse.

3.1.1 Årsaker til depresjon og konsekvenser av dette

Berge & Repål (2013) viser til at årsakene kan variere fra menneske til menneske, og veiene inn i en depresjon er flere. Kombinasjoner av mange forhold, kan være avgjørende. Men selv om hva som årsaken til depresjonen kan være, er det klart at det ikke finnes en enkelt årsakssammenheng. I forhold til genetikk er det ingen spesielt klart genetisk disposisjon til dette. Noe som kan utløse en depresjon kan være tap/tapsopplevelser og negativt stress, men den individuelle sårbarheten er vekslende. Levevaner, som for eksempel fysisk inaktivitet, kan også påvirke situasjonen (Kjellman et al, 2008). En konsekvens av dette kan være at pasienten trekker seg tilbake og isolerer seg (Berge & Repål, 2013). Det er fort gjort å fortsette med vanene. Noe som kan føre til dårlige mellommenneskelige relasjoner (Kristoffersen, 2011).

3.1.2 Symptomer

Depresjon er en fellesbetegnelse på en sinnsstemning og de mest fremtredende symptomene er; pessimisme, tristhet, følelse av håpløshet og lav selvaktelse. I tillegg til dette kommer den nedsatte evnen til å gjøre dagliglivets gjøremål. Også kroppslige symptomer kan forekomme (Hummelvoll, 2012). Pasienter kan ofte være ambivalente og usikre på flere aspekter (Barth & Näsholm, 2007). Berge & Repål (2013) kjennetegner depresjon som manglende glede og interesse for de fleste aktiviteter. Depresjon deles inn i tre forskjellige grader; mild, moderat og alvorlig depresjon (Berge & Repål, 2013). Alvorlige depresjoner kan være med på å gi nedsatt oppmerksomhet og reaksjonsevne. Å føre en samtale og ta beslutninger kan også bli et problem. Det man tidligere hadde glede av kan forsvinne og en kan miste interesse for aktiviteter man drev med før. I de verste tilfellene kan man gå inn i en tilstand med isolasjon og tilbaketrekning (Berge & Repål, 2013). Videre vil jeg presentere mild og moderat depresjon, noe jeg kommer til å legge hovedfokuset på i denne oppgaven.

3.1.3 Mild depresjon:

Selv om mild depresjon er en hemmende og til dels plagsom tilstand, makter personen å fungere i det daglige. Symptomene innebærer blant annet nedsatt stemningsleie, økt tretthet, tap av glede og interesse (Berge & Repål, 2013). Hummelvoll (2012) legger til at realitetsorienteringen er intakt og dømmekraften påvirker ikke noe i forhold til seg selv eller andres motiver. Avvisninger fra andre kan derimot fort bli tungt, og en kan lettere trekke seg tilbake fra sosiale aktiviteter og andre mennesker.

3.1.4 Moderat depresjon:

Ved en moderat depresjon er det større problemer med å fungere hjemme og sosialt. I dette stadiet kommer det også frem flere depressive plager (Berge & Repål, 2013). Hummelvoll (2012) viser til at dømmekraften er dårligere, og egne evner blir ofte undervurdert. Personen blir lett distraheret, tankeprosessen er langsom og det blir vanskeligere å fokusere på hverdagens gjøremål. Kommunikasjonen preges av blokkering og tvil, og innholdet er ofte preget av selv-nedvurderende snakk.

3.1.5 Behandling av depresjon

Behandlingen med mest dokumentasjon i forhold til depresjon er antidepressiver. Dette kalles for standardbehandlingen (Martinsen, 2004). De nasjonale retningslinjene viser til at antidepressiver ved milde former for depresjon ikke anbefales. Førstevalg av tiltak er rådgivning og psykologisk intervensjon. Ved å begynne å anbefale for eksempel fysisk aktivitet og gi råd mot søvnproblemer kan være teknikker å begynne med. Responderer ikke pasienten på ikke-medikamentelle tiltak, kan medikamenter begynne å diskuteres (Helsedirektoratet, 2009). Fysisk aktivitet har tradisjonelt hatt liten plass i psykisk helsearbeid. Manglende kontinuitet og tilfeldigheter har preget tilbudet (Moe & Martinsen, 2011).

3.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir beskrevet som det å bevege seg og bruke kroppen. Eksempler på fysisk aktivitet kan være mosjon, lek, kroppsøving, trening og så videre. Det er alt i alt et overordnet begrep (Helsedirektoratet, 2015). Fysisk aktivitet dekker altså alle former for muskelarbeid og kan kalles for et paraplybegrep. Fysisk trening kommer inn som en undergruppe og er mer for systematiske opptreningsopplegg (Martinsen, 2004). Hva som skjer i kroppen under fysisk aktivitet beskriver Letnes (2007) med endorfiner som et stoff som dannes i hjernen og frigjøres ved behov, dette kan skje ved for eksempel ved skader eller fysiske anstrengelser. Ved fysisk aktivitet er det flere som har gjort en erfaring med at ulysten forsvinner. Dette forklares med at endorfinene frigjøres og binder seg på reseptorene. Johannesen (2004) viser til at mange tror at fysisk aktivitet er sammenliknet med jogging og ta seg helt ut. Hummelvoll (2012) viser til at fellesaktiviteter som svømming, jogging og turer er verdifulle. Dette på grunn av at de gir utløp for spenning og følelser.

3.2.1 Fysisk aktivitet ved depresjon

Fysisk aktivitet kan ha ulik virkning. Det forbedrer blant annet metabolismen og syntesen av ulike signalstoffer hos forsøksdyr. Dette er signalstoffer som kalles serotonin, noradrenalin og dopamin. Om det gjelder for mennesker også er uvisst (Kjellman et al, 2008).

Ved depresjon er adferden som tidligere anvist preget av tilbaketrukkethet og passivitet.

Fysisk aktivitet er en adferds modifikasjon, som igjen betyr endring av adferd. En atferdsendring kan påvirke tanker og følelser, og kan kanskje med det bidra til å redusere depresjon (Kjellman et al, 2008). Pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på antidepressiva kan se på fysisk aktivitet som nyttig i behandlingen (Helsedirektoratet, 2009). Fysisk aktivitet har vist seg å fremme positive tanker og følelser (Kjellman et al, 2008). Ivarsson & Prescott (2008) viser til at innstillingen til å bli fysisk aktiv kan variere over tid.

3.2.2 Effekter av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har flere helsegevinster. Det godt for kropp og sjel da disse tilpasser seg regelmessig trening. I tillegg til dette går pusten raskere, kroppstemperaturen stiger, det dannes mer melkesyre og blodtrykket øker. Pulsen og hjertets minuttvolum går også raskere. Alt dette skjer samtidig som produksjonen av hormonene adrenalin, kortisol og veksthormon øker (Henriksson & Sundberg, 2008). Martinsen (2004) viser til andre generelle virkninger av fysisk aktivitet, noe som blant annet omfatter selvfølelsen. Fysisk aktivitet gjør en bedre rustet til å takle stress. Det reduserer også muskulære spenninger og kan føre til bedre søvn. Dette kan også Berge & Repål (2013) bekrefte og viser til at ved å trene regelmessig får en også bedre søvn, og en kan oppleve at en kan dempe tunge og negative tanker. Etter å ha trent blir det lettere å ta vanskelige avgjørelser.

3.3 Motivasjon

Motivasjon kommer fra ”movere” som er latin for ”å bevege”. En kan forbinde motivasjon med å like å gjøre noe og positiv tenkning. Det handler også om ønsket om å oppnå et mål (Moe & Moser, 2004). Martinsen (2004) viser til at mennesker med psykiske lidelser kan oppleve manglende motivasjon. Flere kan bli handlingslammet og føle seg trette og ha manglende tro på seg selv. De har også liten tro at de skal klare å nå målene sine. Moe & Martinsen (2011) viser til at for mange kan det være vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet. God planlegging og oppfølging øker forutsigbarheten for aktivitet. Aktivitetene må oppleves som meningsfulle og medbestemmelse må stå sentralt. Leder og deltaker bør jobbe sammen. En kan jobbe med dette gjennom veiledning (Renolen, 2008). Ingeberg, Holme, & Tallaksen (2006) viser til at kontaktetablering er et generelt prinsipp i psykisk helsearbeid. Motivasjon er altså et samlebegrep for kreftene som vedlikeholder og igangsetter atferd og gir

atferden retning (Håkonsen, 2014). Dette kan igjen deles inn i indre og ytre motivasjon:

Indre motivasjon blir beskrevet av Deci & Ryan som noe som omhandler å være engasjert for sin egen del. Indre motivasjon er varig og stabil. Den øker også sannsynligheten for at personen skal fortsette selv (gjengitt etter Martinsen, 2004, s. 144). Indre motivasjon har som regel større kraft enn ytre. Et annet ord for denne er naturlig motivasjon (Renolen, 2008).

Ytre motivasjon beskriver Deci som nyttig for å utvikle indre motivasjon. Denne styres av forhold utenfor personen. Eksempler på dette kan være belønning (gjengitt etter Martinsen, 2004, s. 144). De fleste handlinger som mennesker utfører, er ytre motivert. Personen utfører også handlinger grunnet dette er noe som er forventet av personen. En kan kort sammenfatte det til at en person utfører handlinger for å oppnå noe (Håkonsen, 2014). Denne typen motivasjon kalles ofte for kunstig motivasjon (Renolen, 2008).

Hummelvoll (2012) viser til at man kan trekke inn medpasienter inn i motiveringsarbeidet for å få pasienten til å begynne med fysisk aktivitet. Eller å ta inn fysiske aktiviteter som en fast del i avdelingen.

3.3.1 Motiverende intervju

Motiverende intervju er noe som brukes for å skape interesse og motivasjon, og den kan brukes som en selvstendig intervensjon (Ivarsson & Prescott, 2008). Dette er en samtaleteknikk som kan brukes for å endre adferd hos en klient. Klienten kan selv bestemme sin egen fremtid, dermed står tanker og følelser i sentrum (Helsedirektoratet, 2015). Den er basert på Carl Rogers klientsentrerte terapi (Renolen, 2008). Klientens oppfatninger, opplevelser og tanker begrenses av rammer som klienten setter opp. Det er i høy grad rådgiveren som styrer samtalen, men han/hun er sjelden eksperten. Målet for samtalen er endring. En endring som forhåpentligvis skal føre til høyere livskvalitet eller bedre helse. Kort oppsummert handler motiverende intervju om å være med klienten og utveksle tanker og synspunkter for å skape endring. Endringer må være basert på personens oppfatninger, prioriteringer og valg. Valget må komme fra klienten selv (Barth & Näsholm, 2007). Metoden er godt egnet til å stimulere en annen person til å endre adferd, og en kan derfor godt bruke metoden til samtaler om for eksempel fysisk aktivitet (Ivarsson & Prescott, 2008).

Å hente frem motivasjon er en av fasene som går inn under motiverende intervju. Her er det viktig for sykepleieren å fokusere på det som peker i retning av endring. Poenget her er altså å tydeliggjøre og hente frem pasientens motivasjon (Barth & Näsholm, 2007).

Man kan dele samtalen inn i fem faser:

1. Kontakt og relasjonsskapende fase: Prøve å få klienten til å ta imot hjelpen og skape psykologisk trygghet.
2. Nøytralt utforskende fase: Prøve å kartlegge og skape et felles utgangspunkt for endring.
3. Perspektivutvidende fase: Ambivalens og motstand er sentralt. Andres syn kommer til.
4. Motivasjonsforebyggende fase: Her fokuserer man på endringsmotivasjonen.
5. Beslutnings og forpliktelsesfase: Her prøver sykepleier og pasient å underbygge beslutningen. Sannsynlighet for endring øker med dette.

(Barth & Näsholm, 2007)

3.3.2 Deci og Ryans syn på motivasjon og selvbestemmelse

Deci & Ryan (2000) legger blant annet vekt på temaene motivasjon og selvbestemmelse. De beskriver at mennesker kan være motivert fordi de verdsetter en aktivitet, eller fordi det er en sterk ytre tvang. Her blir altså ikke fysisk aktivitet utført av indre lyst. Indre motivasjon blir beskrevet som å gjøre en aktivitet for å oppnå en indre tilfredsstillelse. De viser at på grunn av forskjellene i indre og ytre motivasjon blir det ofte spurt om hvilken type som blir gitt til enhver tid. Teorien om indre motivasjon går ikke ut på hva som forårsaker dette, men mer om hvilke forhold som utløser og opprettholder dette.

Deci & Ryan (2000) viser til at erfaringer og opplevelser er et sentralt tema om indre motivasjon skal oppleves eller ikke. Når mennesker ikke er motiverte kan det føre til at de ikke fungerer i det hele tatt eller at de utfører handlinger uten mål og mening. Lite motivasjon resulterer i; å ikke verdsette en aktivitet, og at ikke føler seg kompetent nok til å utføre det eller at det ikke gav et ønsket resultat.

Deci & Ryan (2000) har også beskrevet en selvbestemmelsesteori. Denne fokuserer hovedsakelig på menneskets indre motivasjon. Og ut i fra dette er det kommet frem tre behov som de mener at mennesket er født med; autonomi, kompetanse og tilhørighet. Disse har noe

å si for en optimal fungering, samtidig er det bra for vekst og sosial utvikling. Jo mer kompetente vi er, jo mer motivert vil vi være. Selvbestemmelsesteorien har klart å identifisere flere typer motivasjon der alle har ulike konsekvenser for læring, ytelse, personlig erfaring og velvære. Deci & Ryan (2000) legger også vekt på hovedgrunnen til at folk ikke vil utføre handlinger er fordi atferden er bedt om, eller verdsatt av andre som ønsker å komme inn på pasienten.

Denne teorien har også en stor betydning for enkeltpersoner som ønsker å motivere andre på en måte som skaper engasjement og innsats hos vedkommende. Men forfatternes bekymringer ligger i menneskets velgjørenhet. Forfatterne konkluderer med at fokuset deres har vært å angi de betingelsene som har en tendens til å støtte folks naturlige aktivitet istedenfor å lokke frem deres sårbarhet (Ryan & Deci, 2000).

3.4 Sykepleierens rolle

Sykepleierens rolle går blant annet ut på å ivareta den enkelte pasients verdighet og utføre helhetlig sykepleie. Det skal samtidig bygge på omsorg, barmhjertighet og være kunnskapsbasert. Men har også en undervisende rolle (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). NSF viser at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere omhandler sykepleierens forhold til pasient, pårørende, profesjonen, arbeidssted, medarbeidere og samfunn (gjengitt av Sneltvedt, 2013, s. 99). Hummelvoll (2012) viser til at godt planlagte programmer kan hjelpe mennesker å oppleve en meningsammenheng, bygge opp og vedlikeholde relasjoner for å mestre livet.

Sykepleier må være med på samtaler og knytte relasjon med pasienter, noe som tar tid. Relasjonsbygging trenger også nærvær og tilstedeværelse (Borge, 2012). Flere undersøkelser tyder på at helsearbeideren er en viktig kilde for å finne håp (Renolen, 2008). God kommunikasjon med pasienten kan altså være viktig i form av motivasjonsarbeidet. Eide & Eide (2013) legger vekt på informasjon og kunnskap. Å gi veiledning og informasjon kan bli ansett som av disse en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver. Noen oppgaver kan være å undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap, skaffe informasjon og identifisere mål. I tillegg å kommunisere på en god måte gjennom samhandling og dialog (Eide & Eide, 2013). Sykepleierens respekt overfor den deprimerte kan sees på som et

fundament i relasjonen mellom pasienten og sykepleieren (Ingeberg et al, 2006). Sykepleier kan være med å motivere til at pasienten aktivt kan påvirke sin egen trivsel, som kan gi opplevelse av mening. Økt bevisstgjøring på egne behov og valg er også et grunnlag for å være tydelig i kommunikasjon med andre (Langeland, 2012). Ingeberg et al (2006) viser til slutt at det kan være lurt for sykepleier å arbeide etter en plan for å skape en relasjon med pasienten.

3.4.1 Autonomi og juss

Beauchamp og Childess viser at autonomi kan deles opp i to ord: Autos (selv) og nomos (styring, lov) (gjengitt etter Brinchmann, 2013, s. 89). Prinsippet om pasientautonomi har fått en stadig mer fremtredende plass også i Norge. Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og en juridisk rettighet (Brinchmann, 2013). Seed house beskriver at i situasjoner der pasienter nekter behandling, bør det vurderes om pasienten har fått god nok informasjon for å ta et begrunnet valg. Det er samtidig viktig at pasienten er fri fra ytre press (gjengitt etter Brinchmann, 2013, s. 89). Depresjon og psykiske lidelser kan påvirke evnen til å foreta autonome beslutninger (Hummelvoll, 2012). Men i Norge er det retten til å nekte behandling som hovedsakelig er knyttet til selvbestemmelse. Der pasienter er sårbare, stilles det enda høyere krav til helsepersonell til å ivareta pasientens autonomi (Brinchmann, 2013). Barth & Näsholm (2007) viser til at selve valget om å bli fysisk aktiv må bunne i pasienten selv, og det må være basert på egne prioriteringer.

De norske lovene beskriver også pasientens rett til informasjon og medvirkning.

Pasient og brukerrettighetsloven har som formål å ivareta respekten, tryggheten, integriteten og menneskeverdet til den enkelte pasients liv. I §3.1 står det om at pasienter har rett til medvirkning. I §3.2 påpeker loven også at pasienten skal få informasjon som gir innsikt i sin helsetilstand, men pasienten kan også nekte å motta informasjon. (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonelloven (1999) legger vekt på at helsepersonell har plikt til å gi informasjon til de som har krav på det. Helsepersonell plikter også på å gi omsorgsfull pleie til pasientene. Enhver handling skal ha forebyggende, helsebevarende og behandlende effekt. NSF formulerer også sykepleiernes plikt i å blant annet fremme helse og forebygge sykdom (gjengitt av Sneltvedt, 2013, s. 100).

3.5 – Presentasjon av Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Jeg har valgt å ta med Joyce Travelbee sin sykepleieteori på grunn av hennes syn på sykepleie. Hun ser blant annet på sykepleie som et menneske til menneske forhold mellom sykepleier og pasient, noe som er relevant for min oppgave. I tillegg til dette legger hun vekt på kommunikasjon. Hun understreker at det enkelte mennesket og samhandlingen mellom mennesker er unikt og individuelt. Hun tar utgangspunkt i pasientens opplevelser, situasjon og at pasientens meninger tas på alvor. (Torjuul, 2001)

Travelbee (1997) legger vekt på å finne mening i sykdom og lidelse, og det at sykepleierens rolle å være forberedt til å assistere mennesker og familie til å takle sykdommen, men også å finne mening i situasjonen. Hun viser også til at dette er en vanskelig oppgave og den må ikke bli unngått.

Et menneske til menneske forhold beskriver Travelbee (1997) med at enhver kontakt sykepleieren har med pasienten, kan være et skritt mot en relasjon. Alt sykepleieren gjør for den syke er med å dekke behovene til pasienten. Dette er ikke noe som bare skjer, men det er noe som blir utviklet dag for dag når sykepleieren er med pasienten. Samtidig kan det likevel ta tid og det kan gå over flere faser: Det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati. En etableringen av en relasjon kan skje i forskjellig tempo, der progresjon og tilbakegang er en del av prosessen. Travelbee (1997) legger vekt på at det er sykepleierens ansvar å identifisere mangler og feil på veien til en relasjon. Bruk av kolleger kan være lurt. Men det er samtidig sykepleiers ansvar å bevare og skape relasjoner, ikke pasientens.

Travelbee (1997) legger også vekt på at kommunikasjon er en prosess som kan skape et menneske til menneske forhold. Kommunikasjon skjer i alle situasjoner, av og til uten at pasienten og sykepleieren er klar over det. Det er en prosess for å speile tanker og følelser, men mennesker vil ikke dele noe meningsfylt hvis de er usikre på hvordan det vil bli tatt imot. Det kan også sees på som en prosess til å gi informasjon til pasienten samtidig som man også støtter den syke og dens familie. Hun understreker også at sykepleieren kommuniserer for å motivere og påvirke den syke personen, men sykepleier blir også påvirket av pasienten. Målene med interaksjonen er å bli kjent med personen, møte sykepleiebehovene hos den syke og gjennomføre selve meningen med sykepleie (Travelbee, 1997).

4. Presentasjon av forskning

Her kommer jeg til å presentere den aktuelle forskningen som jeg kommer til å bruke i drøftingen. Jeg velger å la tittelen stå på sitt originale språk, slik at det ikke blir forvirringer rundt dette.

Artikkel 1.

”Exercise for depression”

Av Cooney, Dwan, Grieg, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo, & Mead (2013)

Denne artikkelen er et review. Det ble søkt i ulike kjente databaser frem til mars 2013 for å finne ulike randomiserte studier med høy kvalitet for å finne ut hvor effektivt trening er som behandling ved depresjon. Deltakerne var fra 18 år og oppover. Inneliggende pasienter ble også inkludert. Det ble stilt ulike krav til hva depresjon og fysisk aktivitet var. Det ble til sammen inkludert 39 studier med til sammen 2326 deltakere. Resultatene viser at trening er mer effektivt enn ingen behandling for å redusere symptomer på depresjon. I forhold til antidepressiva og psykologisk behandling er trening mindre effektivt. Men dette er basert på et lite antall studier. Som en oppsummering blir det sagt at trening kan ha en moderat effekt på depresjon. Men hvilken type trening og intensitet må det bli forsket mer på, avslutter forskerne.

Artikkel 2.

”Patients perspective on self management in recovery from depression”

Av Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabit, & Schene (2013)

I dette studiet blir det fokusert på hvordan ”selvledelse” kan få pasienten ut av en depresjon. Hensikten med studien var å finne ut: Hvilke strategier pasientene brukte for å komme seg ut av depresjonen, hvilke hovedtemaer på strategier som kan brukes og hvilke av disse som var de mest hjelpsomme. Metoden gikk ut på å sette pasienter i fokusgrupper for å diskutere, og

resultatene ble deretter satt opp i et klyngediagram bestående av til sammen 8 klynger. Resultatene viste at klyngen ”deltakelse i aktiviteter” var en av de som ble betraktet som viktig/svært viktig. Noe som ble nevnt her var blant annet å delta i moderat fysisk aktivitet (som for eksempel turgåing eller sykling) og delta i idrettsaktiviteter. Andre resultater viste blant annet at fokus på andre og fokus på de med samme problemer var mindre viktig enn fokuset på seg selv. Forskerne anbefaler til slutt kombinasjonen med selvledelse og profesjonell hjelp, dette grunnet pasienter med depresjon ofte er lite motivert. De konkluderer med at det finnes mange strategier som gjør det mulig for pasienter å komme seg ut av depresjonen.

Artikkel 3.

”Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic walking in family practice”

Av Suija, Pechter, Kalda, Heli, Maaros, & Maaros (2009)

Hensikten med denne forskningen var å finne ut hvor motiverte deprimerte pasienter er for å trene regelmessig, men også for å finne ut hvordan Nordic Walking (stavgang) påvirker humøret og fysisk trening på deprimerte pasienter. Stavgangen skulle skje 30 minutter i uka x3 i 24 uker med jevn oppfølging. Pasientene ble også bedt om å dokumentere humøret sitt før og etter trening på en skala fra 1-10. Det var totalt 106 som ble intervjuet deriblant 48 som var deprimerte og 58 som ikke var. Resultatene viser til at det er positive tilbakemeldinger. De fleste ønsket å starte med et treningsprogram grunnet de håpte at fysisk aktivitet kunne redusere depresjonen. Ingen hadde utviklet depresjon under programmet, og av de som var deprimerte viste ingen tegn til forverring. Cirka halvparten av de deprimerte pasientene rapporterte at de var mindre deprimerte etter programmet og alle pasientene evaluerte humøret som bedre etter treningen. Noe som kan ha vært med å fremme motivasjonen kan være muligheten til å føre en treningsdagbok i tillegg til muligheten til å kontakte helsepersonell. Forskerne konkluderer med at fysisk aktivitet kan være viktig i kombinasjon med annen profesjonell hjelp.

Artikkel 4.

”Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment”

Av Sørensen (2006)

Denne studien undersøker selvbestemmelse, ”selv-skjemaer” og motivasjonsvariabler i sammenheng med fysisk aktivitet. Hensikten med studiet var å undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet med selvbestemmelses konstruksjoner og finne ut om et trenings ”selv-skjema” var til stede i den fysiske aktiviteten til pasienter som hadde erfaring med trening tidligere i behandlingen. Deltakerne i studien var pasienter fra 15 psykiatriske døgnopphold. Metoden ble gjennomført med spørreskjemaer. Resultater fra studien viser blant annet at flesteparten av pasientene synes sykdomssymptomene ble redusert. De rapporterer dette var grunnet tankene ble tatt bort fra problemene. Samtidig var det noen som ikke opplevde forskjell, og ytterst få opplevde en økning i sykdomssymptomene. Det kom også frem i forskningen at aktivitetsnivået var høyere ved indre motivasjon enn ytre motivasjon. Hvis indre motivasjon var til stede var det mye høyere sannsynlighet å være aktiv fremfor inaktiv. Indre motivasjon og ”selv-skjema” hadde noe å si om pasienten fortsatte med fysisk aktivitet eller ikke. Artikkelen sier også at det er viktig å få pasienten til å fokusere på de positive opplevelsene med aktiviteten og samtidig prøve å gjøre den så motiverende som mulig. Dette kan bli gjort ved å tilby aktiviteter som kan være morsomme og gode slik at det gir egenverdi. En kan også være med pasienten å lage et trenings ”selv-skjema”. Studien rapporterer også at det var svært få som drev med sport utenfor institusjonen de bodde på, og forskerne mener derfor det er viktig at fysisk aktivitet blir tilbudt som en del av behandlingen.

5. Drøfting av problemstillingen

I drøftingen har jeg tenkt å ta for meg problemstillingen: *”Hvordan kan sykepleier motivere den deprimerte pasient på en psykiatrisk avdeling til fysisk aktivitet?”*

Den første artikkelen som omtale fysisk aktivitet som behandlingsmetode mot depresjon, kom i 1905 av Franz og Hamilton. Her ble det beskrevet hvordan fysisk aktivitet endret blant annet kroppslige og tankemessige problemer for to alvorlig deprimerte pasienter. Temaet blusset mer opp igjen på 1970 tallet. Siden dette er det kommet en rekke undersøkelser som omhandler tematikken (Martinsen, 2004). Fysisk aktivitet i henhold til depresjon har altså vært et tema opp gjennom tidene, men hvordan man kan motivere den deprimerte kan være en annen sak. Dette ønsker jeg å se nærmere på.

5.1 Skape relasjon og samarbeid

En har nok mest sannsynlig erfart selv hvor vanskelig det kan være å komme seg opp fra sengen. At man rett og slett ikke gidder, og ikke har noe lyst. Men hva er det da som får oss til å gjøre det? Ivarsson og Prescott (2008) viser til at man må gjøre jobben selv, men at det ikke alltid er like lett. En kan legge konkrete planer, for at de senere virker urealistiske og en kan oppleve at motivasjonen forsvinner. I tillegg til dette kan innstillingen til å bli mer fysisk aktiv også variere over tid. En konsekvens av dette kan være at pasienten trekker seg tilbake og isolerer seg (Berge & Repål, 2013).

Sykepleierens rolle kan være viktig i denne sammenhengen. Denne rollen går blant annet ut på å ivareta den enkelte pasientens verdighet og utføre helhetlig sykepleie. Det skal samtidig bygge på omsorg, barmhjertighet og være kunnskapsbasert. (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). I tillegg til dette plikter vi, i følge de yrkesetiske retningslinjene formulert av Norsk sykepleierforbund, til å blant annet å fremme helse og forebygge sykdom (gjengitt av Sneltvedt, 2013, s. 100). Å komme i kontakt med pasienten og prøve å skape et samarbeid kan være et viktig skritt for prøve å skape en relasjon. Travelbee (1997) legger vekt på at kommunikasjon er noe som kan skape en relasjon. Dette kan også sees på som en prosess til å gi informasjon til pasienten samtidig som man støtter han/henne. Ingeberg et al (2006) viser til at kontaktetablering er et generelt prinsipp i psykisk helsearbeid. Hovedoppgaven her er å prøve å få klienten til å ta imot hjelpen og skape psykologisk trygghet (Barth & Näsholm,

2007). Her tolker jeg det som viktig at sykepleieren fra første stund han/hun er med pasienten, er at en relasjon etableres. Pasienter kan ofte være ambivalente og usikre på flere aspekter (Barth & Näsholm, 2007). Ingeberg et al (2006) viser også til at ydmykhet kan være nyttig. Jeg anser det som viktig at sykepleier tenker på at alle mennesker er individuelle og at det ikke finnes noen oppskrift på hvordan man kan skape en relasjon. Noen pasienter trenger kanskje mer tid enn andre for å oppleve trygghet hos sykepleier. Sykepleierens respekt overfor den deprimerte kan sees på som et fundament i relasjonen mellom pasienten og sykepleieren (Ingeberg et al, 2006).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1997) legger vekt på et menneske til menneske forhold i sin teori. Hun viser til at det er sykepleiers ansvar å skape relasjon med pasienten. Hun mener også at enhver kontakt sykepleieren har med pasienten, kan være et skritt mot en relasjon. Dette er som regel ikke noe som bare skjer over natten, men det kan gå over flere faser; Det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati. Likevel kan dette ut ifra egen erfaring fra praksis virke vanskelig, da det på en psykiatrisk avdeling finnes mange ansatte og å få en nær relasjon med en av dem kan i noen tilfeller være utfordrende. Selv om flere undersøkelser tyder på at helsearbeideren er en viktig kilde for å finne håp (Renolen, 2008). Ingeberg et al (2006) viser også til at den deprimerte pasienten trenger menneskelig kontakt, til tross for det er taushet i samtalen. Flere pasienter har beskrevet det som verdifullt da sykepleieren kom. Det å stå den andre bi, kan være med på å formidle håp. Og dette kan være verdifullt i relasjonsarbeid. På den andre siden mener Travelbee (1997) at det er sykepleiers ansvar å finne mangler og feil på veien mot en relasjon. Da jeg var i praksis erfarte jeg hvor lite tid det var til å skape en relasjon med en enkelt pasient, noe som kan være en utfordring. Dette på grunn av stressnivået som kan oppstå på en psykiatrisk avdeling og at det ofte er andre gjøremål som kan komme foran selve relasjonsarbeidet. I tillegg kan man ikke vite hvor lenge pasienten blir på avdelingen. En deprimert person kan i verste fall isolere seg fra venner og familie. Isolasjon kan blant annet også føre til dårlige mellommenneskelige relasjoner (Kristoffersen, 2011). Ingeberg et al (2006) viser til slutt til at det kan være lurt å arbeide etter en plan for å skape en relasjon. Og sykepleieren burde vise at han/hun er villig til å bruke tid på dette.

5.2 Ytre motivasjon og motiverende samtale

Å være med på samtaler og knytte relasjon med pasienter tar tid, samtidig som det også trenger nærvær og tilstedeværelse (Borge, 2012). Etter at sykepleier har fått kontakt med den deprimerte og kanskje fått opprettet en relasjon, kan en sakte men sikkert gå videre til motiveringsfasen. Jeg anser det som viktig å ha en god relasjon før en starter motivasjonsarbeidet. Dette er også noe som Travelbee (1997) kan bekrefte og legger vekt på i sin teori, som tidligere beskrevet. I min praksis erfarte jeg hvor vanskelig det var å motivere pasientene til fysisk aktivitet. Dette gjaldt spesielt deprimerte pasienter. Det var gjennomgående at flere av de deprimerte pasientene helst likte å ligge i sengen eller å se på TV. Jeg brukte mange gode grunner for at pasienten skulle bli med på gruppetime med fysioterapeuten, men det virket nytteløst. Men hvordan få pasienten til å bli fysisk aktiv?

Martinsen (2004) viser til at deprimerte pasienter kan oppleve mangel på motivasjon, men at de også har liten tro på å klare målene sine. Sykepleier kan her være med på å sette mål sammen med pasienten, men dette bør være individuelt. For ingen kan sette seg inn i hvordan den deprimerte pasienten har det på innsiden. Et dikt som er skrevet fra en deprimert person kan sette egne ord på hvordan det kan føles;

Jeg er langt nede i den sykeste dal. Ingen som ser når jeg virkelig trenger hjelp.

Jeg er som alle andre, men har tvangstanker så det holder.

Tristheten er en del av meg.

Hvem kan redde meg?

Svaret må være meg selv, men jeg har ikke krefter til det akkurat nå. (Anonym)

Moe & Martinsen (2011) viser til at det kan være vanskelig å komme i gang for mange, da dette kan være på grunn av manglende motivasjon. Hvordan sykepleier møter og forholder seg til en med depresjon kan ha mye å si og kan være avgjørende i motiveringsfasen. Pasienter med mild og moderat depresjon kan ofte trekke seg tilbake fra sosiale aktiviteter og være preget av selv-nedvurderende snakk (Hummelvoll, 2012). På den ene siden kan sykepleieren være en viktig drivkraft til pasientens ytre motivasjon. Men på den andre siden kan motstand skapes ved å forsøke for hardt og presse pasienten. Da kan det også vekkes en motreaksjon hos pasienten når noe nytt tilføres (Ivarsson & Prescott, 2008).

Gjennom kommunikasjon og påvirkning utenfra kan pasienten motta en ytre motivasjon i

første omgang. Deci viser til at ytre motivasjon kan sees på som nyttig for å skape en indre motivasjon (gjengitt av Martinsen, 2004, s.144). Travelbee (1997) viser til at sykepleier kommuniserer for å motivere og for å prøve å påvirke den syke personen. Under motivasjonsfasen kan det være viktig at sykepleier tenker på hvordan hun går frem og til hvilken person hun snakker til, da alle mennesker er individuelle. Noe av det viktigste kan være at sykepleieren ser pasienten for den han/hun er i og med at respekten kan være fundamentet i en relasjon, som tidligere anvist (Ingeberg et al, 2006). Det finnes derimot flere intervensjoner som kan bli brukt for å endre adferd. Renolen (2008) viser til at man kan motivere gjennom veiledning. Et eksempel på en god motivasjonsteknikk, kan være motiverende intervju. Som tidligere anvist handler motiverende intervju om å være med klienten og utveksle tanker, synspunkter og overveielser som kan bidra til å skape endring (Barth & Näsholm, 2007). Metoden er godt egnet til å stimulere en annen person til å endre adferd, og en kan derfor godt bruke metoden til samtaler om for eksempel fysisk aktivitet (Ivarsson & Prescott, 2008). Her kan sykepleier for eksempel sammen med pasienten sette bevisste mål for hva pasienten ønsker å oppnå. Renolen (2008) viser til at mål kan virke stimulerende i seg selv da det setter fokus på fremtiden. Studien til Sørensen (2006) kom det frem at pasienten fikk bedre resultater om det ble brukt et trenings ”selv-skjema”. Sykepleier kan være med på å utforme dette sammen med pasienten. Sykepleier kan også styre den motiverende samtalen, men er sjelden ekspert. Pasientens tanker og følelser kan komme frem, og sykepleier kan hele tiden prøve å skape en endring. Å hente frem motivasjon er en av fasene som går inn under motiverende intervju. Her er det viktig for sykepleieren å fokusere på det som peker i retning av endring. (Barth & Näsholm, 2007) Sett fra den andre siden kan det være en utfordring hvordan man skal gå frem for å få i gang en samtale om fysisk aktivitet. En strategi kan være å unngå å si hva pasienten skal/bør gjøre (Ingeberg et al, 2006). Dette i og med at egne evner hos den deprimerte ofte blir undervurdert (Hummelvoll, 2012).

God kommunikasjon med pasienten kan altså være viktig i form av motivasjonsarbeidet. Eide & Eide (2013) legger vekt på informasjon og kunnskap med hjelp av kommunikasjon. Å gi veiledning og informasjon kan bli ansett som en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver. Sykepleier burde også kommunisere på en god måte gjennom dialog. På den andre siden kan dette bli et problem dersom pasienten ikke ønsker å kommunisere eller motta informasjon. Dette bekrefter §3.2 i pasient og brukerrettighetsloven med at dette er fullt lovlig. Samtidig påpeker loven at pasienten bør kunne få informasjon om sin helsetilstand (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Men det kan være en viktig forutsetning for at

pasienten skal ta et selvstendig valg om å begynne med fysisk aktivitet, at han/hun har fått så objektiv og god informasjon om alternativene som finnes (Brinchmann, 2013).

5.3 Finne den indre motivasjonen

Et viktig grep sykepleieren kan gjøre er å prøve å skape en indre motivasjon for selve aktiviteten. Men hvordan sykepleier kan gå frem kan være individuelt. Men uansett hvordan dette blir løst, bør det være ut i fra en plan. Ingeberg et al (2006) viser at pasienten kan være med på å utarbeide denne planen selv. Om pasienten nekter, skal vedkommende likevel være kjent med denne. Barth & Näsholm (2007) viser til at selve valget om å bli fysisk aktiv må bunne i pasienten selv, og det må være basert på egne prioriteringer.

Deci & Ryan (2000) beskriver indre motivasjon som en aktivitet man gjør for å oppnå indre tilfredsstillelse. Teorien om indre motivasjon ikke går ut på hva som forårsaker dette, men hva som utløser og opprettholder det. Når mennesker ikke er motiverte kan det føre til at de utfører noe i det hele tatt. Lite motivasjon kan resultere i å ikke verdsette en aktivitet eller at man ikke føler seg kompetent nok til å utføre det. I studien til Sørensen (2006) kom det frem at det var høyere sannsynlighet for å være aktiv fremfor inaktiv dersom den indre motivasjonen var tilstede. Den indre motivasjonen hadde også noe å si om pasienten fortsatte med aktiviteten eller ikke. Renolen (2008) viser til at utfordringen ligger i å få pasienten til å få tak i den indre motivasjonen, og understreker at den indre motivasjonen har større kraft enn den ytre. Dette viser da enighet innen fagfeltet. Men hvordan man kan få frem indre motivasjon hos en pasient kan virke noe vanskelig.

Som tidligere anvist kan ytre motivasjon bidra til å utvikle indre motivasjon (Martinsen, 2004). Deci & Ryans (2000) selvbestemmelsesteori fokuserer på menneskets indre motivasjon. Fra denne teorien kommer det frem tre behov som har noe å si for optimal fungering og sosial utvikling; Autonomi, kompetanse og tilhørighet. Jo mer kompetente vi er, jo mer motivert vil vi være. Et viktig mål er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpne som mulig. En av sykepleiers oppgaver her kan være å undervise pasienten om sykdommen, behandling, treningsprogrammer og så videre. Informasjon og kunnskap bør bli lagt vekt på (Eide & Eide, 2013). Sykepleier kan bruke sin undervisende rolle og snakke med pasienten om helsegevinstene med fysisk aktivitet. Pasienten kan også få informasjon om hva som skjer i kroppen med endorfinene som frigjøres under fysisk aktivitet

og at man da kan føle velvære (Letnes, 2007). Studien til Suija et al (2009) kan bekrefte dette da cirka halvparten av de deprimerte pasientene i studien rapportere humøret ble bedre etter at de hadde utført selve øvelsen. Å kunne ta kontakt med helsepersonell kunne virke som en viktig grunn til å holde motivasjonen oppe. Her tolker jeg det som at sykepleier kan være med å gi kunnskap til pasienten når han ønsker det selv, og ikke presse kunnskap og informasjon på pasienten.

Sykepleier kan gi informasjon om at hvordan aktiviteten blir utført ikke har så mye å si, da selve poenget er å være fysisk aktiv (Berge & Repål, 2013). Sykepleier kan motivere til at pasienten aktivt kan påvirke sin egen trivsel. Det kan bli gjort ved å gjøre små endringer i dagliglivet. Dette kan igjen gi opplevelse av mening, som kan gi motivasjon for pasienten. Økt bevisstgjøring på egne behov og valg er også et grunnlag for å være tydelig i kommunikasjon med andre (Langeland, 2012). I studien til Sørensen (2006) blir det lagt vekt på at det er viktig for pasienten å fokusere på de positive opplevelsene med aktiviteten og at den må være så motiverende som mulig. Tydelighet er grunnleggende for trygghet, og tillitt mellom mennesker er dermed en viktig faktor i sosial kompetanse (Langeland, 2012).

Deci & Ryan (2000) legger vekt på at hovedgrunnen til at pasienter ikke vil utføre handlinger og aktiviteter er fordi atferden er bedt om, eller verdsatt av andre som ønsker å komme inn på pasienten. Dette kan tyde på at sykepleier bør ha en nær relasjon til pasienten. Travelbee (1997) bekrefter også dette ved at hun legger vekt på et menneske til menneske forhold i sin teori, som tidligere anvist. Deci & Ryan (2000) viser også til at tilhørighet er en viktig faktor for å oppnå indre motivasjon. Pasienten har også en selvbestemmelsesrett, og Brinchmann (2013) viser også til at spesielt der pasienter er sårbare, kan det stilles høyere krav til helsepersonell om å ivareta pasientens autonomi. Her er det viktig å tenke på hvem og i hvilken mengde informasjonen skal gis. Helsepersonells kompetanse kan være betydelig i møte med pasienter i ulike situasjoner (Brinchmann, 2013).

Klarer ikke sykepleieren å motivere pasienten alene, kan et alternativ være at flere støttespillere kommer på banen. Travelbee (1997) nevner at bruk av kollegaer kan være et hjelpemiddel for å oppnå et menneske til menneske forhold. Tverrfaglig samarbeid kan være et alternativ. Jeg erfarte i praksis at sykepleier tok i bruk fysioterapeuten for blant annet å henvende seg til de ulike pasientene. På den annen side kan dette svekke relasjonen sykepleier allerede kan ha skapt. Men grunnet stress på avdelingen kan også bruk av andre yrkesgrupper

bli en løsning. Det trenger ikke bare å være helsepersonell som er med i denne motivering. Flere undersøkelser trekker frem ulike forhold som er viktige for å fremme håp. Betydningen av familie og venner blir det lagt vekt på, og håpet kan styrkes når man vet at andre stiller opp. Om familien er med pasienten på aktiviteten kan dette altså virke motiverende for pasienten. De kan enten være med under selve aktiviteten, eller som en støtte for pasienten (Berge & Repål, 2013).

5.4 Aktivitet tilpasset den enkelte

Sosial og helsedirektoratet viser til at det overordnede målet med fysisk aktivitet er å oppnå økt livskvalitet og bedre helse. Gjennom å utføre regelmessig fysisk aktivitet kan mange bli sterkere, noen kan også oppleve å bli gladere (gjengitt etter Moe & Martinsen, 2011, s. 77). Men hvordan fysisk aktivitet eventuelt kan komme mer inn i rutineene til avdelingen og til pasienten generelt finnes det ingen fasitsvar på. Moe og Martinsen (2011) påpeker også at fysisk aktivitet har tradisjonelt hatt liten plass i psykisk helsearbeid. Manglende kontinuitet og forskjellige tilfældigheter er noe av det som har preget mange av tilbudene. Og dette har i begrenset grad dekket pasientens behov for aktivitet. Dette kan peke i retning av at fysisk aktivitet er noe som blir tatt lite hensyn til generelt.

Sykepleier bør sette seg inn i situasjonen til pasienten før han/hun kom på avdelingen og hvordan aktivitetsnivået var da. Har pasienten aldri vært aktiv bør det bli tatt hensyn til. Hummelvoll (2012) viser til at man kan prøve å finne ulike oppgaver som pasienten kan delta i. En kan for eksempel ta del i aktiviteter som pasienten har vært interessert i tidligere. Hvilke tilbud som finnes på avdelingen og eventuelt utenfor må også sykepleier informere om. Å ta hensyn til hvilken type trening pasienten ønsker kan være lurt da det finnes ulike typer trening og om pasienten ønsker å trene individuelt eller i gruppe. Sammen med behandler og eventuelt alene kan pasienten finne noen aktiviteter som han/hun kan like å holde på med over tid. Varighet og intensitet bør tilpasses (Moe & Martinsen, 2011). Positive effekter ved fysisk aktivitet kan være at selvfølelsen blir bedret (Martinsen, 2004). Det kan også bli lettere å ta vanskelige avgjørelser (Berge & Repål, 2013). Studien til Suija et al (2009) viser at de deprimerte pasientene ønsket å starte med et treningsprogram i håp om at dette kom til å redusere depresjonen. I tillegg til dette rapporterte alle deltakerne at humøret var bedre etter trening. Studien til Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabitz, & Schene (2013) bekrefter også den positive effekten av fysisk aktivitet. Pasientene viste her at deltakelse i aktiviteter ble betraktet

som viktig/svært viktig for å komme ut av depresjonen. Her ble spesielt sykling og gåing tatt opp. Dette anser jeg som enkle aktiviteter. I studien til Suija et al (2009) ble det brukt gåstaver, en aktivitet som de fleste kan mestre. I egen praksis erfarte jeg gode tilbakemeldinger etter aktivitet i aktivitetsgruppe. Her ble det utført enkle aktiviteter som alle klarte å gjennomføre. Pasienten ble oppfordret av fysioterapeut til å ta ordet om hvordan timen var for dem. Positive tilbakemeldinger ble gitt, og pasienten ble som regel med på neste time. En aktivitet som ikke krever så mye fra pasienten kan komme til nytte, da pasienten kan ha ulike negative erfaringer med fysisk aktivitet. Et eksempel kan være om pasienten er svak i armene, er det ikke sikkert at for eksempel klatring er den beste aktiviteten for denne pasienten.

Det kan også hende at pasienten ikke ønsker å være fysisk aktiv. Negative opplevelser kan spille inn. Da kan det være sykepleiers oppgave å hjelpe med bearbeiding av disse negative opplevelsene. Studien til Cooney et al (2013) viser at trening er mer effektivt enn ingen behandling for å redusere symptomer på depresjon. Men i forhold til antidepressiva og psykologisk behandling er trening mindre effektivt. Følgende kan bety at fysisk aktivitet ikke har like stor effekt som annen forskning tilsier. Men det kan også tyde på at mennesker responderer ulikt på forskjellig type behandling. Da noen responderer bedre på aktivitet, kan andre respondere bedre på annen type behandling. Studien til Grieken et al (2013) viser til at selvledelse og profesjonell hjelp bør sammensettes da mennesker med depresjon ofte er lite motiverte. Verdens helseorganisasjon (2015) viser til at antidepressiva helst ikke er førstevalget i en mild depresjon. Sykepleier må vurdere sammen med pasienten hva som er best for den enkelte.

Et forslag til å bli mer fysisk aktiv, kan være å ta inn fysisk aktiviteter som en fast del i avdelingen (Hummelvoll, 2012). På den ene siden kan dette være et bra tiltak for pasienter som ikke er særlig kjent med fysisk aktivitet og hva dette gjør. Johannesen (2004) viser til at jo dårligere pasienten er, jo mer burde man vite hva trening er og hvordan kroppen reagerer på dette. På den andre siden kan dette skape uro og opplevelse av press. Kanskje pasientene da senere oppfatter aktiviteten som veldig påtrengt og får et dårlig syn på fysisk aktivitet. Studien til Sørensen (2006) viser til at det var få pasienter som holdt på med aktiviteter utenfor institusjonen de bodde på, og Sørensen konkluderer derfor med at det bør bli tilbudt som en del av behandlingen.

Hummelvoll (2012) viser til at man også kan trekke inn medpasienter inn i motiveringsarbeidet for å få pasienten til å begynne med fysisk aktivitet. Disse kan ha ubrukt potensial i omsorgsarbeidet. Pasienten kan kanskje føle felleskap og det er mulighet for å gi og motta støtte fra andre med samme lidelse. På den andre siden kan også dette ha negative konsekvenser. Det kan forekomme øvelser som pasienten ikke mestrer og pasienten kan da få et dårlig forhold til den type aktivitet. I min egen praksis erfarte jeg under en øvelse med flere baller at det ble vanskelig for den ene pasienten å fokusere. Fysioterapeuten tok da hensyn til pasienten, og reduserte antall baller. Noe som førte til at pasienten ble med i leken igjen og følte han mestret dette. Renolen (2008) sier at negative livserfaringer kan gi følelsen av at det man gjør blir galt uansett. Johannesen (2004) viser til at mange tror at fysisk aktivitet er sammenliknet med jogging og å ta seg helt ut. Og en bør gi seg med aktiviteten når det virker behagelig, på denne måten kan man opprettholde motivasjonen til neste dag. Noe aktivitet er bedre enn inaktivitet. Hummelvoll (2012) viser til at fellesaktiviteter som jogging, turer og svømming er verdifulle. Dette på grunn av at disse gir utløp for spenning og følelser. I tillegg til dette gir disse aktivitetene mulighet for følelse av et felleskap.

Et utsagn er at aktivitet tar noe av oppmerksomheten vekk fra de smertefulle følelsene (Berge & Repål, 2013). Studien til Sørensen (2006) kan bekrefte dette da denne viser til at flestparten av pasientene synes at sykdomssymptomene ble redusert ved fysisk aktivitet. Dette var på grunn av at tankene ble tatt bort ifra problemet. Men på den andre siden var det også noen som ikke opplevde noen forskjell og ytterst få opplevde en økning i sykdomssymptomene. Hvordan pasienten kan mestre situasjonen sin er opp til hver enkelt i samarbeid med helsepersonell. Renolen (2008) viser til at håp er sentralt for mestring. Håp kan formidles gjennom blant annet å ta seg tid til å snakke, være omsorgsfull og vise respekt ovenfor pasienten. Berge & Repål (2013) viser til at mestring kan handle om å ha utrettet noe. Det behøver ikke å være en stor oppgave som er blitt gjort, men bare det å ha oppnådd et mål kan være tilfredsstillende.

6. Konklusjon

Å fremme motivasjon hos deprimerte grupper forutsetter oppmerksomhet og en innsats fra både pasienten og helsepersonell. Hummelvoll (2012) viser til at godt planlagte programmer kan hjelpe mennesker å oppleve en meningsammenheng, bygge opp og vedlikeholde relasjoner for å mestre livet. Depresjonen kan reduseres hvis helsepersonell går inn tidlig og hvis tilpasset behandling blir gitt til den enkelte pasienten.

Da pasienten som tidligere anvist kan være plaget av ubeslutsomhet, kan det være en viktig oppgave for sykepleier innledningsvis å bidra med ytre motivasjon til pasienten. Det er viktig at motivasjonsarbeidet blir gjort innenfor faglige, trygge og gode relasjonelle rammer, da det ellers kan få uheldige følger. Det er den indre motivasjonen som hovedsakelig styrer pasienten til handling. Moe & Martinsen (2011) og Deci and Ryan (2000) viser til at autonomi og medbestemmelse står sentralt her. Og det er denne sykepleier ønsker at pasienten skal oppnå for å komme i fysisk aktivitet. Martinsen (2000) viser at da fysisk aktivitet i behandling og forebygging er så lett, enkelt og billig kan dette være viktig i folkehelsen.

Selv om forskningen tilsier at fysisk aktivitet er bedre enn inaktivitet, tilsier ikke dette at dette gjelder for alle. Mennesker er individuelle og responderer ulikt på ulike behandlinger. Det er også viktig å legge vekt på hva pasienten ønsker i forhold til aktiviteter. Kjellman et al (2008) og Grieken et al (2013) viser til at den fysiske treningen ikke trenger å foregå alene. Den kan også skje parallelt med samtale og annen behandling.

Det var utfordrende å finne artikler som omhandlet hvordan sykepleier kunne motivere den deprimerte pasienten, men flere forskningsartikler sier at fysisk aktivitet har god effekt mot depresjon. Jeg har med denne oppgaven funnet noen teorier på hvordan jeg som sykepleier kan møte den deprimerte pasienten og hvordan jeg kan motivere til fysisk aktivitet. Det bør til slutt nevnes at det ville vært nyttig med mer forskning rundt hvordan motivering til fysisk aktivitet ved depresjon kan skje.

7. Litteraturliste

- Anonym. (udatert). *Depresjon*. Hentet 9. februar 2016 fra <http://www.sidetmedord.no/Erfaringer-og-dikt/Dikt/Depresjon/Depresjon>
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berge, T., & Repål, A. (2013). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug.
- Borge, L. (2012). Å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. I T. Danbolt, G. Nordhelle, & G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet - mening og tro*. (s. 117-133). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2013). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cooney GM, Dwan K, Grieg CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE (2013) Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W., & Schene, A. H. (2013). Patients perspective on self-management in the recovery from depression. *Health expectations*, 18(5), 1339-1348. doi:10.1111/hex.12112
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 13. februar fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsedirektoratet. (2015). *Hva er motiverende intervju*. Hentet 12. februar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>
- Helsedirektoratet. (2015). *Depresjon*. Hentet 21. januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og sekundærhelsetjenesten*. Hentet 17. februar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og sittestilling*. Hentet 10. februar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>

Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s.8-36). Oslo: Helsedirektoratet

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W., & Eide, B. (2006). *Mentale knagger. En innføring i psykisk helsearbeid*. (1.utg.). Oslo: Akribe.

Ivarsson, B. H., & Prescott, P. (2008). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s.103-116). Oslo: Helsedirektoratet

Johannesen, B. (2004). Praktiske erfaringer med trening av mennesker med psykiske lidelser. I E.W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn - fysisk aktivitet og psykisk helse*. (s. 155-166). Bergen: Fagbokforlaget.

Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depresjon. I R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s.275-284). Oslo: Helsedirektoratet

Kristoffersen, N. J. (2011). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s. 197-240). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Langeland, E. (2012). Salutogense som forståelsesramme i psykiske helsearbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. (s.195-212) Bergen: Fagbokforlaget.

Løwendahl, B. R., & Wenstøp, F. (2008). *Skriv gode oppgaver*. Cappelen akademisk forlag.

Letnes, O. (2007). *Rusa på kroppens egne stoffer*. Hentet 9. februar 2016 fra <http://forskning.no/hjernen/2008/02/rusa-pa-kroppens-egne-stoffer>

- Martinsen, E. (2000). *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. Hentet 3. februar 2016 fra <http://tidsskriftet.no/article/198276>
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn - fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T., & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid . I L. Borge, E. W. Martinsen, & T. Moe, *Psykisk helsearbeid-mer enn medisiner og samtaleterapi*. (s. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T., & Moser, T. (2004). Motivasjon. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn - fysisk aktivitet og psykisk helse*. (s.143-154). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven)* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Selfdetermination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian journal of medicine and science in sports*, 16(6), 391-8. Hentet 19 februar 2016 fra Cinahl: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=27&sid=85d3d3ab-478d-4ac8-ad60-a2d1c855fb32%40sessionmgr4003&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=105938276>
- Sneltvedt, T. (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (s.97-111). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk. Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Suija, K., Pechter, U., Kalda, R., Heli, T., Maaros, J., & Maaros, H. I. (2009). Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice, *International journal of rehabilitation reasearch*, 32(2),132-8. DOI: 10.1097/MRR.06013e32831e44ef
- Torjuul, K. (2001). *Oversikt over Joyce Travelbees sykepleieteori*. Trondheim: Høyskolen i Sør-Trøndelag.

Travelbee, J. (1997). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.

World health organization. (2015). *Depression*. Hentet 4. februar 2016 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>