



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling Folkehelse
4BACH

Bacheloroppgave i sykepleie

Mestring av depresjon ved hjelp av fysisk aktivitet

Coping depression by means of physical activity

Ajla Alagic

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Ord: 12334

Vår 2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA x NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Sammendrag

Tittel: Mestring av depresjon ved hjelp av fysisk aktivitet/ Coping depression by means of physical activity

Avdeling: Høgskolen i Hedemark

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Kandidatnummer: 223

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Antall ord: 12334

Nøkkelord: Psykisk helse, depresjon, mestring, motivasjon, fysisk aktivitet, sykepleier

Bakgrunn: Depresjon er en psykisk lidelse som opptrer hyppig over hele verden. Mennesker med psykiske lidelser kan ha liten mestringsforventning og er mer fysisk inaktive enn resten av verdens befolkning. Dette vil verken være ansett som godt for pasienten eller for samfunnet, derfor blir fysisk aktivitet belyst som en behandlingsmetode som både kan gi fysisk og psykisk velbehag.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å vise hvordan sykepleiere kan bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet, hos mennesker med depresjon på DPS.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til økt mestring til deprimerte pasienter ved hjelp av fysisk aktivitet?

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie, hvor det har blitt anvendt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler.

Teori: Nøkkelordene presenteres i denne delen for å kunne besvare problemstillingen. Hovedtemaene er sykepleie med teori av Jan Kåre Hummelvoll, depresjon, mestring og fysisk aktivitet.

Resultatet/ avslutning: Ved å besvare problemstillingen har jeg kommet frem til at fysisk aktivitet er en god behandlingsmetode for mennesker med depresjon. Forskning viser at fysisk aktivitet har god innvirkning på det fysiske, psykiske og sosiale hos alle mennesker. Fysisk aktivitet reduserer symptomer på depresjon og gir flere positive effekter. Ved å bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet bør sykepleiere tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter. For å kunne oppleve mestring ved fysisk aktivitet er motivasjon vesentlig. Et tillitsfullt, empatisk og likeverdig samarbeid mellom sykepleier og pasient kan føre til at pasienter opplever selvhjelp og kontroll over egen helse. Dette fører igjen til økt mestring og dermed økt livskvalitet, velvære og fysisk og psykisk velbehag.

Forord

Jeg har alltid trodd at fysisk aktivitet er en nøkkel ikke bare til fysisk helse, men også sinnsro. Mange ganger lot jeg mitt sinne og frustrasjon gå utover en boksesekk istedenfor å ta det ut overfor en kamerat eller endatil en politimann. Trening løser opp spenninger, og spenninger ødelegger sinnsroen. Jeg fant ut at jeg arbeidet bedre og tenkte klarere når jeg var i god fysisk form, så fysisk aktivitet ble en av de ting i mitt liv som jeg aldri gir avkall på.

(Nelson Mandela, 1995, referert i Martinsen, 2011, s. 69)

Innholdsforegnelse

Sammendrag	2
Forord	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6-7
1.2 Presentasjon av problemstillingen med avgrensing	7-8
1.3 Oppgavens oppbygging	8
2.0 Metodedel	9
2.1 Hva er metode?	9
2.2 Litteraturstudie som metode	9
2.3 Litteratursøk	9-10
2.4 Presentasjon av forskningsartiklene	10-11
2.5 Presentasjon av fagartiklene	12-13
2.6 Kildekritikk	13
2.7 Etisk vurdering	14
3.0 Teoridel	15
3.1 Hvordan jeg vil organisere alle "teoridelen"	15
3.2 Sykepleier- pasient- fellesskapet	15-16
3.2.1 Fasene i sykepleier- pasient- fellesskapet.....	16-17
3.2.2 Hjørnesteinene.....	17
3.3 Psykiatrisk sykepleie	18-19
3.4 Depresjon	19-21
3.5 Å være psykiatrisk pasient	21-22
3.5.1 Brukermedvirkning.....	22
3.6 Mestring	22-23
3.6.1 Lazarus og Folkmans hovedformer.....	23-24
3.6.2 Mestringsforventning.....	24
3.6.3 Motivasjon.....	24-25
3.7 Fysisk aktivitet	25
3.7.1 Generelle effekter.....	25-26
3.7.2 Fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon.....	26-28

4.0	Drøftingsdel.....	29
4.1	Hvordan kan sykepleiere bidra til økt mestring til deprimerte pasienter ved hjelp av fysisk aktivitet?.....	29-31
4.1.1	Selvaktelse og håp.....	31-32
4.1.2	Oppnåelse av motivasjon.....	32-33
4.1.3	Mestringsforventning ved fysisk aktivitet.....	33-34
4.1.4	Meningsfulle aktiviteter.....	34-35
4.1.5	Valg av mestringsstrategier.....	35-36
4.1.6	Utfordringer og konsekvenser for sykepleiere.....	37
5.0	Avslutning.....	38
6.0	Litteraturliste.....	39-44

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som en avslutning på tre lærerike og nyttige år på sykepleier utdanningen, har jeg valgt å skrive bacheloroppgaven min ut i fra et tema jeg synes er utrolig spennende. Det er et område jeg kan tenke meg å jobbe innen når jeg er ferdigutdannet sykepleier. Jeg har valgt å skrive om psykisk helse, fordi interessen rundt dette området har økt etter flere praksisperioder. Det som ga meg inspirasjon for valg av tema var pasientene jeg møtte i psykiatripraksis. Jeg var på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) hvor flere pasienter delte sine opplevelser og erfaringer med meg. I oppgaven vil fysisk aktivitet belyses som en behandlingsmetode hos deprimerte pasienter. Nygjerrigheten rundt dette området handler om hvordan det kan bidra til økt mestring, samt livskvalitet, motivasjon, og psykisk og fysisk velbehag.

Bortimot halvparten av verdens befolkning vil oppleve å bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet (Martinsen, 2011). Som helsepersonell vil vi møte disse menneskene over alt i samfunnet, enten det er i form av behandling, familiemedlemmer eller lignende. I følge verdens helseorganisasjon (WHO) blir helse definert som "en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte" (Lerdal & Grov, 2011, s. 654). Alle mennesker vil i løpet av livet kjenne på følelsen av motstand, og ved psykiske lidelser vil hele mennesket bli rammet. Dette i form av kroppslige reaksjoner, tankegang, atferd og følelser (Martinsen, 2011, s. 47).

En av de vanligste psykiske lidelsene er depresjon. Det er en lidelse som opptrer hyppig i verden, og kan både gi psykiske og kroppslige symptomer. Depresjon behandles vanligvis av medikamenter og samtaler (Martinsen, 2011). Ifølge nasjonale faglige retningslinjer skal ikke medikamentell behandling være førstevalget, men behandleren skal gi tilbud om tiltak mot en problemløsning. Mange pasienter ønsker hjelp og støtte gjennom samtaler og aktiviteter som kan gi en mestringsfølelse, glede, lykke og tilfredshet (Helsedirektoratet, 2015).

Teori av Jan Kåre Hummelvoll (2014) er vesentlig i arbeidet med psykiatriske pasienter ute i ulike institusjoner og andre felt innen psykiatrien. Begrepet sykepleier- pasient- fellesskapet med de fire fasene og hjørnesteinene vil være avgjørende i bedringsprosessen. Hovedfokuset vil være arbeidsfasen hvor sykepleier bidrar til økt mestring, tilrettelegging og støtte ved

hjelp av fysisk aktivitet. Motivasjon vil også være et grunnlag for å kunne oppnå mestring. Håp, selvaktelse/ signifikans, mål, mening og verdiavklaring er tre hjørnesteiner som belyses.

Det er viktig at pasienter er med på å styrke og bevare egen helse. Enkle og tilgjengelige strategier som mennesker kan bruke for å lindre, prege, samt forebygge psykiske lidelser er fine muligheter for selvhjelp. Fysisk aktivitet er en slik mulighet (Martinsen, 2011). Fysisk aktivitet har lenge vært brukt i psykiatrien. På midten av 1800 tallet ble de første institusjonene i Norge opprettet, tanken var da gårdsarbeid og frisk luft. Senere kom spørsmål og diskusjoner om gårdsarbeid var en god behandling, eller om det var utnyttelse av billig arbeidskraft. Behandlingsmetoden ble dermed lagt ned, og konsekvensene av dette ble fysisk inaktivitet (Martinsen, 2011). Ifølge senere forskning av Nyboe og Lund (2013) viser de til at mennesker med psykiske lidelser er mer inaktive enn resten av verdens befolkning. Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for forskjellige sykdommer som blant annet diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, og dermed også økt risiko for tidlig død. Dette vil verken være ansett som godt for pasienten eller for samfunnet. Derfor ønsker jeg i denne oppgaven å ta utgangspunkt i hvordan fysisk aktivitet kan bidra til fysisk og psykisk velbehag, samtidig som pasienten opplever positivitet. Som sykepleiere tenker jeg at det er nyttig å ha kunnskap rundt dette tema, nettopp fordi vi møter mennesker som sliter med psykiske lidelser over alt i samfunnet vårt.

1.2 Presentasjon av problemstillingen med avgrensing

Hvordan kan sykepleiere bidra til økt mestring til deprimerte pasienter ved hjelp av fysisk aktivitet?

I oppgaven er pasientgruppen begrenset til mennesker som hører til distriktpsikiatriske sentre (DPS), dette spesielt frivillige enheter på døgninstitusjoner. Behandlingen er for voksne mennesker av begge kjønn fra atten år og oppover. Frivillig enhet betyr at all behandling er frivillig, og at helsepersonell og pasient samarbeider for best mulig behandlingsresultat. Døgninstitusjonene tilbyr fem til syv dagers opphold, men dette varierer fra sted til sted. DPS er et sentralt område i spesialisthelsetjenesten før utskrivelse fra helsevesenet (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2013). Tvang vil ikke bli trukket frem i oppgaven, dette fordi jeg tar utgangspunkt i en frivillig enhet. Tvang kan også oppstå på slike institusjoner, men det er ikke fokuset for å kunne besvare problemstillingen. For at

pasienter skal bli mottatt som frivillig pasient i psykisk helsevern må vilkår om samtykkekompetanse være i orden. Samtykkekompetanse vil si at pasienten har innsikt i sin situasjon og sitt liv, og kan vurdere konsekvenser av sine valg (Syse, 2013).

Målgruppen på distriktpspsykiatriske sentre er pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I praksis møtte jeg blant annet pasienter med bipolar lidelse, rus, personlighetsproblematikk, spiseforstyrrelser, psykose, ulike former for angst og andre lidelser som jeg synes var interessante. Ut ifra at området innen psykiatrien er utrolig stort, velger jeg å avgrense oppgaven min til lidelsen depresjon, spesielt moderat depresjon. Dette fordi det er et felt jeg har funnet relevant forskning om og kan komme med gode eksempler fra praksis. Angst vil også bli trukket inn i oppgaven, fordi det opptrer hyppig hos deprimerte mennesker (Dahl, 2000).

Når det gjelder fysisk aktivitet vil jeg belyse hvordan det kan gi en positiv og motiverende følelse. I og med at oppgaven har begrensede krav har jeg tatt med det vesentlige om fysisk aktivitet i forbindelse med mestring og psykisk helse. Mange vil kanskje tenke at fysisk aktivitet handler om hard trening, men det handler om aktiviteter vi har lært som barn. Det er forskjell på fysisk aktivitet og fysisk trening (Martinsen, 2011). Jeg vil ikke spesifikk forskjellige aktivitetsformer, men komme med eksempler underveis i oppgaven. Negative virkninger av overdrevet fysisk aktivitet vil heller ikke bli trukket frem.

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgavens oppbygging vil bestå av fire hoveddeler. Metodedelen tar hovedsakelig for seg fremgangsmåten av hvordan jeg har funnet litteratur som er brukt, og hvorfor jeg har valgt å bruke de i oppgaven. Det kritiske blikk trekkes også frem her. I teoridelen vil jeg belyse sykepleie, depresjon, mestring og fysisk aktivitet som jeg mener er relevante nøkkelord for å kunne besvare problemstillingen. I drøftingsdelen drøfter jeg problemstillingen gjennom teori jeg har fremstilt, forskning og egne erfaringer. Til slutt avsluttes oppgaven med konklusjon og litteraturliste.

2.0 Metodedel

2.1 Hva er 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.

(Vilhelm Aubert, 1985, referert i Dalland, 2012, s. 111).

En metode sier noe om området vi vil undersøke, og er et hjelpemiddel for å samle informasjon som er nødvendig. Valg av metode vil vise forskjellige sider av et fenomen. Vi kan skille kvalitative og kvantitative metoder, og forskjellen mellom disse retningene er hvordan informasjon blir samlet. *Kvalitative metoder* tar utgangspunkt i egenskapene ved fenomener. Her er målet å ta for seg opplevelse, mening og forståelse. *De kvantitative metodene* samler informasjon og kunnskap gjennom målbare enheter for å kunne foreta regneoperasjoner. Det kan for eksempel være å finne gjennomsnitt eller prosent av noe man ønsker å vite mer om (Dalland, 2012, s. 112). I min oppgave har jeg brukt kunnskap som både er hentet fra kvalitativ og kvantitativ metode.

2.2 Litteraturstudie som metode

I retningslinjene for bacheloroppgaven står det at litteraturstudie skal brukes som metode. Det baserer på en kombinasjon av skriftlige kilder og erfaringer fra praksis (Dalland, 2012, s. 223). Å anvende kilder er et krav for å skrive oppgaver. Det tar utgangspunkt i hvordan man søker, vurderer, bruker og gjør rede for litteratur (Dalland, 2012, s. 63).

2.3 Litteratursøk

Bøker jeg har brukt har blitt hentet fra obligatorisk pensum, og selvvalgt litteratur. Ved å søke etter selvvalgt litteratur brukte jeg høgskolens biblioteket og benyttet søkemotoren Oria. Hovedverket jeg har benyttet mye gjennom oppgaven, er *kropp og sinn* av Egil W. Martinsen (2011). Boken beskriver hvordan fysisk aktivitet kan påvirke sinnet, og behandle og forebygge psykiske lidelser. Det som er relevant og nyttig ved fysisk aktivitet belyses, og forfatteren bruker fysisk aktivitet som en metode ut fra kognitiv teori. Boken tar utgangspunkt i teori og praksis, og gir nyttig informasjon til helsepersonell og brukere.

Da jeg søkte etter artikler startet jeg først med et generelt internettsøk. Jeg fikk da en oversikt over hovedområdene i problemstillingen min som mestring, sykepleie, depresjon og fysisk aktivitet. Videre søkte jeg på høgskolen sine hjemmesider, og brukte ulike databaser i helsebiblioteket for å finne artikler som jeg mener er relevante i min oppgave. Søkeord jeg har brukt er blant annet fysisk aktivitet/ trening, psykisk lidelse/ mental helse, mestring, mening, selvfølelse og sykepleie. Disse har jeg søkt hver for seg og i kombinasjon med hverandre. Jeg har også brukt Mesh termer som mental health/illness, physical activity/exercise, depression, coping, self- esteem og nursing. Noen av artiklene har jeg også funnet gjennom henvisninger i litteratur, og blitt tipset om av kollegaer.

2.4 Presentasjon av forskningsartiklene

Exercise for depression

Database: Chochrane Library. Søkeord: "mental health", "depression", "physical exercise". Jeg fikk 8 treff og valgte nummer 1.

Forskningsartikkelen er skrevet av Cooney et al. (2013). Undersøkelsen tar for seg resultater fra tidligere søk, og har i denne gjennomgangen ytterligere 54 studier som tar for seg hvordan fysisk aktivitet virker ved depresjon. Det vises at fysisk aktivitet kan ha en moderat effekt hos deprimerte mennesker. Resultatene tyder også på at fysisk aktivitet kan ha like effekter som psykologiske eller farmakologiske behandlingsmetoder.

Low levels of physical activity in patients with severe mental illness

Database: SveMed+. Søkeord: "physical activity", "mental illness". Jeg fikk 9 treff og valgte nummer 5.

Forskningsartikkelen er skrevet av Lene Nyboe og Hans Lund (2013), og er en undersøkelse fra Danmark. De har sammenlignet fysisk aktivitet hos psykiatriske pasienter med friske mennesker av samme kjønn og alder. Studien viser at pasienter med psykiske lidelser er mer fysisk inaktive enn resten av verdens befolkning. De understreker også at det er viktig med fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling og rehabilitering.

Karate som virkemiddel i bedringsprosessen- hvordan påvirker karate og sosial ferdighetstrening selvfølelsen til personer med psykiske lidelser?

Database: Idunn. Søkeord: "psykiske lidelser", "mestring", "fysisk aktivitet", "selvfølelse". Jeg fikk 11 treff og valgte nummer 1.

Forskningsartikkelen er skrevet av Trond Grønnestad og Kari Vevatne (2013). Det er en kvalitativ metode hvor det var åtte personer som ble intervjuet. Hensikten med studien var å se hvordan sosial ferdighetstrening ved karate påvirket selvfølelse. Det viser seg at mennesker med psykiske lidelser har lav tro på seg selv og mestring i forhold til resten av befolkningen. Resultatet av studien var at trening bidro til trygghet, og at deltagerne møtte ufrodringer på en annen måte enn tidligere.

Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom

Database: Pubmed. Søkord: "Mental illness", "physical activity", "barriers". Jeg fikk opp en ramme øverst på siden som passet søket. Denne artikkelen ble jeg tipset om.

Forskningsartikkelen er skrevet av Michael Ussher, Liam Stanbury, Vicky Cheeseman og Guy Faulkner (2007). Det er en studie fra Storbritannia, og er en tverrsnittundersøkelse av 120 psykiatriske pasienter. Målet med studien var å vurdere interessen for fysisk aktivitet, se på barrierer knyttet til fysisk aktivitet og andre psykososiale forhold. Resultatet viste at psykiatriske pasienter er mindre aktive enn resten av befolkningen. Halvparten av deltagerne i undersøkelsen mente at fysisk aktivitet hadde positive effekter, og at turgåing var den mest populære aktiviteten. Forskningsartikkelen viser også at psykiatriske pasienter har lav forventning av mestring, spesielt pasienter med depresjon. Barrierer for å unngå fysisk aktivitet er blant annet dårlig vær, tretthet og liten sosial kontakt.

Betydningen av terapeutisk hagebruk ved klinisk depresjon: En prospektiv studie i et eksistensielt perspektiv

Database: Idunn. Søkord: "mental helse", "depresjon", "mening", "aktiviteter", "sykepleie" Jeg fikk 5 treff og valgte nummer 1.

Forskningsartikkelen er skrevet av Marianne Thorsen Gonzalez (2013). Studien tar utgangspunkt i lidelsen depresjon, og om meningen ved aktiviteter i forbindelse med naturen. Hensikten med artikkelen var å undersøke om deltagelse i hagebruk kunne bidra til bedring hos deprimerte pasienter. Resultatet viste at det var endringer i signifikans. Deltagerne opplevde terapeutisk hagebruk som meningsfullt, og at plantenes vekst var engasjerende og lærerikt.

2.5 Presentasjon av fagartiklene

Psykisk helse og opplevelse av deltakelse i friluftsliv

Database: Idunn. Søkeord: "psykisk helse", "fysisk aktivitet", "mestring", "natur". Jeg fikk 8 treff og valgte nummer 2.

Fagartikkelen er skrevet av Odd Lennart Vikene (2012), og trekkes frem for å vise at natur og frisk luft kan være et arena innen fysisk aktivitet. Artikkelen er en kvalitativ studie hvor det var seks pasienter på et distriktpspsykiatrisk senter som deltok. Hensikten med studien var å se hvordan mennesker med psykiske lidelser opplevde å delta i friluftsliv. Resultat var at det bidro til en positiv opplevelse med økt psykisk, fysisk og sosial velvære. Det opplevdes også som givende og beroligende..

Treningssenter som arena for mennesker med alvorlig psykisk lidelse

Database: SveMed+. Søkeord: "psykiske lidelser", "trening". Jeg fikk 3 treff og valgte nummer 2.

Fagartikkelen er skrevet av Line Merete Libak (201) kulturrådgiver og spesialergoterapeut ved Sanderud sykehuset innlandet. Hun skriver om fysisk aktivitet som en betydningsfull faktor for økt livskvalitet og god helse. Sykehuset i innlandet og nærliggende kommuner har opprettet et treningstilbud for mennesker med psykiske lidelser. Resultatet av artikkelen viser at deltagerne opplever bedring ved hjelp av fysisk aktivitet. 70% av pasientene opplever at den mentale helsen ble bedre, samt at de får økt sosialt fellesskap og en meningsfull hverdag.

Å møte folk som folk

Database: SveMed+. Søkeord: Denne artikkelen har jeg blitt tipset om, hvor jeg har søkt etter tittelnavnet.

Artikkelen er skrevet av Turid Nordvik (2009), hvor hun har tatt utgangspunkt i pasienter på et akuttpsykiatrisk sykehus. Metoden er en kvalitativ brukerundersøkelse, hvor 30 pasienter har fortalt om sine opplevelser. Hensikten med studien var å få frem enkeltmenneskers synspunkt, erfaringer og det positive som pasienter ønsker mer av. Pasientene mente blant annet at det å møte folk som folk er viktig.

Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction?

Database: SveMed+. Søkeord: "mental health", "physical activity", "depression", Jeg fikk 8 treff og valgte nummer 5.

Artikkelen er skrevet av Marie E. Donaghy (2007), og tar utgangspunkt i flere studier som handler om fysisk aktivitet ved depresjon og rus. Bevisene viser at fysisk aktivitet er en god behandlingsmetode ved mild til moderat depresjon. Det kommer også frem at fysisk aktivitet kan være like effektivt som kognitiv terapi.

2.6 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som tas i bruk for å finne ut om ulike kilder er troverdig kunnskap. Det betyr at kildene som benyttes i en oppgave skal karakteriseres og vurderes (Dalland & Trygstad, 2012). Litteraturen som brukes i min oppgave mener jeg er relevant for temaet, og jeg har vært opptatt av at kildene har kvalitet og gyldighet.

Et litteraturstudie kan både ha positive og negative sider. Fordelen er at man kan anvende all litteratur som finnes i verden. Når det gjelder å skrive en bacheloroppgave kan man velge tema fritt. Det har vært en styrke i min oppgave fordi jeg er kjent innenfor området som blir presentert. En svakhet kan være at man mistolker funn i søk av litteratur. Flere av artiklene jeg har benyttet er skrevet på engelsk, hvor jeg kan ha feiltolket teksten (Dalland, 2012). Gjennom oppgaven har jeg for det meste prøvd å benytte meg av primærkilder. Dette fordi jeg vet at sekundærkilder i noen tilfeller kan ha egne tanker rundt den opprinnelige kilden.

Boken *kropp og sinn* av Egil W. Martinsen (2011) brukes mye gjennom oppgaven. Han er lege og spesialist innen psykiatrien. Når det gjelder fysisk aktivitet hos mennesker med psykiske lidelser har jeg prøvd å lete etter bøker fra et sykepleies synspunkt. Dette har vært utfordrende fordi de fleste refererer til Martinsen rundt oppgavens tema. Derfor har jeg valgt å benytte meg av primærkilden.

Noen av artiklene jeg har brukt i oppgaven er fra forskjellige land. Ut ifra at temaet innen psykiatrien er utrolig stort, og området er likt over alt i verden tenker jeg at det vil være vesentlig for besvarelsen av problemstillingen. Er et mennesket deprimert i USA, vil det være likt i forhold til symptomer og kjennetegn av depresjon som i Norge. Alle mennesker er forskjellige, og det kan være stor variasjon i en og samme diagnose. Noen pasienter vil kanskje mene fysisk aktivitet er den beste behandlingsmåten for å forebygge depresjon, andre vil heller foretrekke samtaler eller medikamentbehandling. Jeg har også anvendt en fagartikkel fra fagtidsskriftet ergoterapeuten. Som sykepleiere har vi en vesentlig rolle inne tverrfaglig samarbeid, derfor ser jeg artikkelen som relevant.

2.7 Etisk vurdering

For å skrive en oppgave må man ta utgangspunkt i forskningsetikk. Det handler om normer for god og riktig livsførsel. Dette område av etikken tar for seg planlegging, rapportering og gjennomføring av forskning. Målet er å ta vare på personvernet og troverdigheten i forskjellige resultater (Dalland, 2012, s. 96). I min oppgave har erfaringer og eksempler fra praksis blitt anonymisert.

3.0 Teoridel

3.1 Hvordan jeg vil organisere alle "teorideler"

I teoridelen velger jeg å skrive om nøkkelordene i problemstillingen. Her vil jeg vektlegge sykepleie, depresjon, mestring og fysisk aktivitet.

I første del presenterer jeg sykepleieteori av Jan Kåre Hummelvoll (2014). Her belyser jeg sykepleier- pasient- fellesskapet med de fire fasene og hjørnesteinene. Jeg skriver også om psykiatrisk sykepleie. I andre del presenterer jeg lidelsen depresjon. Her har jeg også med det å være psykiatrisk pasient, hvordan mennesker med psykiske lidelser ønsker å bli møtt og brukemedvirkning. I tredje del blir mestring med en definisjon fremvist, og teorier av Lazarus, Folkman og Bandura. Motivasjon er også vesentlig for å besvare problemstillingen og belyses i denne delen (Håkonsen, 2010). I siste del skriver jeg om generell teori rundt fysisk aktivitet, og teori som er knyttet opp mot mestring ved fysisk aktivitet hos mennesker med lidelsen depresjon (Martinsen, 2011).

3.2 Sykepleier- pasient- fellesskapet

For å belyse tema i oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i teori av Jan Kåre Hummelvoll. Han skriver om sykepleier- pasient- fellesskapet, som handler om to mennesker som møtes som hele mennesker, og ikke gjennom de ulike rollene vi har (2014, s. 38). Fellesskapet har et grunnsyn om at sykepleier og pasient møter hverandre som to likeverdige mennesker, og skaper felles opplevelser. Dette bidrar til at sykepleier ser pasienten som et menneske bak lidelse eller sykdom, og ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker og har som mål i livet. I et fellesskap samarbeider sykepleier og pasient for et best mulig behandlingsresultat, og prøver å løse problemer og vanskeligheter som påvirker pasienten. Med et slikt samspill vil man til slutt komme til den beste måten å møte utfordringer på. Det bidrar også til gjensidig tillitt og respekt for hverandre. Respekt handler om holdninger og meninger ovenfor andre mennesker (Hummelvoll, 2014).

Hvis samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal fungere forutsetter det best mulig kommunikasjon og relasjonsbygging (Hummelvoll, 2014). Kommunikasjon skjer gjennom ord eller det vi sier (verbal kommunikasjon), men også gjennom formidlinger av kroppsspråk, mimikk, berøring, klesdrakt, nærhet og avstand (nonverbal kommunikasjon).

Når man kommuniserer med hverandre er det viktig å være tydelig slik at ord eller tegn ikke mistolkes (Eide & Eide, 2012). I psykiatrien som alle andre steder er det viktig at sykepleier har et godt klinisk blikk og lærer seg å se hva den andre mener gjennom forståelse av symboler og tegn. Dette er viktig fordi nonverbal kommunikasjon kan formidle budskap som ikke blir sagt (Hummelvoll, 2014).

3.2.1 Fasene i sykepleier- pasient- fellesskapet

Hummelvoll (2014) skriver om fire faser som er avgjørende i bedringsprosessen. De tar for seg fellesskapet og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Bedringsprosessen vil være forskjellig for alle mennesker, fordi hver enkelt har sin individuelle bedringsvei.

Den første fasen er forberedelsesfasen, hvor sykepleier gjør seg klar for å møte pasienten. Både erfarne og uerfarne sykepleiere trenger forberedelse, og det handler om å være trygg på seg selv i møte med psykiatriske pasienter. Innen psykiatrien kan man møte mye forskjellig, derfor er det viktig å forberede seg godt. Er man usikker eller frykter en situasjon er det viktig å spørre om hjelp eller veiledning på arbeidsplassen. Den første fasen vil også innebære å sette seg inn i opplysninger som allerede finnes om pasienten (Hummelvoll, 2014).

Den andre fasen er orienteringsfasen hvor sykepleier og pasient møter hverandre for første gang. Her blir sykepleier kjent med pasientens tanker, atferd og følelser. For at det skal utvikles et samarbeid mellom partene er den første samtalen viktig. Sykepleier må prøve å skape tillitt og en åpen kommunikasjon slik at pasienten klarer å formidle sine problemer eller vanskeligheter (Hummelvoll, 2014).

Den tredje fasen er arbeidsfasen hvor hovedarbeidet blir gjennomført. Det er denne delen som er hovedfokuset i oppgaven og som vil belyses i drøftingsdelen. Arbeidsfasen tar utgangspunkt i hva pasienten ønsker hjelp til. Sykepleier og pasient samarbeider om faktorer som kan løse problemer og styrke pasientens selvinnsikt. Å styrke eller få øke selvinnsikt handler om at pasienten får forståelse for sin egen situasjon, og ser valgmuligheter og konsekvenser. Det handler også om å forstå og vite at man har egne ressurser og muligheter, og dette kan også brukes som selvhjelp. Det kan både skape mestring, velvære og tilfredshet. Sykepleier vil i denne fasen støtte, veilede og motivere pasienter i forskjellige situasjoner. Det er viktig at sykepleier gir mulighet for at pasienter kan komme med egne ønsker og mål for bedring av livssituasjoner. Det er dette som bidrar til retningen for et åpent og tillitsfullt

samarbeid. Å diskutere fordeler og ulemper ved løsningsforslag, samt ha relevante tiltak og mål vil hjelpe pasienten i bedringsprosessen. Det er viktig at pasienter har innsikt i egen handling for at det skal bli en del av hans eller hennes erfaring (Hummelvoll, 2014).

Den siste fasen er avslutningsfasen hvor målet er at pasienten skal klare å fungere selvstendig. Hvis pasienten trenger videre behandling, er det viktig å fortsette samarbeidsforholdet eller kontakte annen helsepersonell (Hummelvoll, 2014)

3.2.2 Hjørnesteinene

Synspunktet til sykepleier- pasient- fellesskapet har ni sentrale hjørnesteiner som handler om likeverdighet, møte/ nærværenhet, selvaktelse/ signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør, og til sist håp (Hummelvoll, 2014, s. 39). Nå vil jeg trekke frem tre hjørnesteiner som kan knyttes opp mot mestring som er vesentlig i min problemstilling.

Håp er avgjørende for å klare å holde ut lidelse eller sykdom. Pasientens ønsker og mål er betydningsfulle, og som sykepleier er det viktig å prøve å opprettholde dette hvis det er realistisk. For mange mennesker er begrepet håp personlig og som ikke ønskes å dele med andre. Det er derfor viktig at sykepleier og pasient får tillitt til hverandre, slik at pasienten klarer å dele viktige opplevelser, følelser og tanker rundt sine ønsker og mål i livet.

Mål, mening og verdiavklaring handler om verdioppfatningen til pasienten. Det vil si at mennesker har verdier som har stor mening, og som man ønsker å strebe etter. Å se mening i forskjellige situasjoner og oppleve tilværelse har stor betydning for helsen.

Selvaktelse kan bli påvirket negativt hos mennesker som søker hjelp for å løse problemer. Det er derfor viktig sykepleiere møter pasienter med en god og aksepterende holdning. Holdningen til sykepleier kan føre til at pasienten føler seg trygg og villig til å godta negative og positive følelser hos seg selv. Hvis selvaktelsen reduserer på grunn av lav mestring i forskjellige situasjoner, vil motet for å godta seg selv reduseres. Dette vil være utfordrende, men det er viktig å hjelpe og støtte pasienten til signifikans. Signifikans betyr at man er betydningsfull, både for seg selv og andre mennesker (Hummelvoll, 2014).

3.3 Psykiatrisk sykepleie

Hummelvoll skriver at psykiatrisk sykepleie er en omsorgsgivende, planlagt og psykoterapeutisk virksomhet. Utgangspunktet tar for seg å forsterke pasientens egenomsorg og helse. Det handler om å redusere og løse problemer og vanskeligheter som pasienten har. Gjennom et samarbeid mellom sykepleier og pasient bidrar det til at pasienten finner egne livsverdier og selvrespekt. Det bidrar også til å utvikle et nivå av sosialt fellesskap for at pasienten kan leve et meningsfullt og trygt liv. I tilstander hvor pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv eller uttrykke egne ønsker og behov. Vil sykepleier handle på vegne av pasienten og ha en rolle som pasientens talsmann (2014, s. 43). Den delen hvor sykepleier virker som pasientens talsmann vil ikke bli trukket inn i oppgaven, dette fordi det ikke er relevant i besvarelsen av problemstillingen.

Den *omsorgsgivende* virksomheten er vesentlig i arbeidet med alle mennesker. Omsorg handler om at man viser hensyn, tar hånd om, hjelper, støtter og har forståelse for andre. Like viktig er det å være ekte ut fra holdninger. Her ligger det et gjensidig samarbeid mellom sykepleier og pasient. Den *planlagte* virksomheten innebærer at sykepleier har en hensikt i hvordan man løser og reduserer lidelse eller problemer pasienten har. Dette skjer gjennom et samarbeid om pasientens situasjon hvor man komme med tiltak som passer vedkommende. Den *psykoterapeutiske* funksjonen handler om at sykepleier arbeider med pasientens bevisste opplevelser og erfaringer. Her er det viktig at pasienten er med på å medvirke i egen helsehjelp. For at sykepleier skal jobbe helsefremmende, støtte og hjelpe pasienten til mestring og problemløsning, er det viktig å ta små skritt om gangen. Sykepleier blir som en følgesvenn med kunnskap, som støtter og utfordrer pasienten slik at behandlingen går fremover (Hummelvoll, 2014).

Blir man utsatt for en psykisk forstyrrelse vil det påvirke hele mennesket. Målet til sykepleiere er å øke selvaktelse, bevare personlig integritet og verdighet midt i lidelsen og det vanskelige. Pasientens ønsker er det viktigste, og sykepleier må være klar over hva pasienten mener er et godt og verdig liv (Hummelvoll, 2014). Livskvalitet inntreffer i det gode liv og handler om at man opplever glede og det å ha det godt. Det innebærer også å leve et mest mulig naturlig liv (Borge, 2006).

En annen viktig del innen psykiatrisk sykepleie er å utvikle et sosialt fellesskap. Det handler om å skape et miljø som gir sosial støtte og mulighet til problemmestring. Når pasienter utskrives fra institusjoner, er det viktig at sykepleier har etablert et samarbeid med pasientens

familie og andre som står vedkommende nær hvis pasienten ønsker det. Dette for at pasienten skal ha det best mulig etter utskrivelse. Sykepleier kan vise til muligheter, støtte og motivere pasienter til sosiale fellesskap og nye miljøer.

3.4 Depresjon

Psykiske lidelser har lenge blitt sett på som livsfarlige sykdommer, og fremskritt i behandling og diagnostisering av depresjon har bidratt til bedret resultat (Steenfeldt- Foss & Krüger, 2000). Ifølge gjennomgang av forskning står det at depresjon er en vanlig sykdom som rammer 121 millioner voksne mennesker verden over. Depresjon ble sett på som den fjerde største årsaken til helseproblemer i år 2000 (Cooney et al., 2013). Verdens helseorganisasjon har per dags dato slått fast at depresjon er den vanligste psykiske lidelsen. Det er også mange årsaker til sykdom i verden, og lidelsen sees som en avgjørende årsaken til sykefravær og uførhet. Mellom seks og tolv prosent av verdens befolkningen har depresjon i en eller annen form, og flere blir rammet i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2015).

Depresjon er en fellesbetegnelse for symptomer på en sinnsstemning. Det kjennetegnes ved nedstemthet, søvnforstyrrelser, lite initiativ, redusert energinivå, dårlig matlyst, angst, redusert opplevelse av følelser, fortvilelse, lav selvfølelse, mørke og håpløse tanker om fremtiden og lignende. Selvmordtanker kan også forekomme (Malt, 2000, s. 14-15). Depresjon kan oppstå av ulike årsaker, det kan for eksempel være på grunn av traumatiske opplevelser, stress, vanskelige livssituasjoner, familieproblemer, genetiske og biologiske forhold. Slike faktorer kalles disposisjon og sier noe om bakgrunn for årsaker. Dette varierer selvsagt fra person til person (Håkonsen, 2010). Martinsen skriver at depresjonssykdommer gjør noe med hele mennesket og deles inn i to grupper, *bipolar lidelse* (nedstemthet/ oppstemthet) og *unipolare depresjoner* (2011). I denne oppgaven vil jeg bare ta utgangspunkt i unipolare depresjoner.

Unipolare depresjoner også kalt rene depresjonslidelser rammer omtrent tjue prosent av alle mennesker en eller annen gang i løpet av livet. Noen kan oppleve en episode av å være deprimert, andre vil oppleve flere. Det finnes ulike former for depresjon som mild, moderat og alvorlig depresjon. Det å være symptomfri mellom hendelser eller i en lenger periode er vanlig (Martinsen, 2011, s. 66).

De ulike variantene for depresjon kan variere, og samspillet mellom indre og ytre faktorer avgjør hvilken grad av depresjon man kommer over. Det handler om identitetsfølelse, forsvarsmekanismer og hvordan man forholder seg til realiteten (Hummelvoll, 2014, s. 199). Identitet handler om selvbildet og det å være seg selv. Det gir retninger til hva man vil i livet og ulike beslutninger. Blir selvbildet redusert vil man oppleve at alt rundt svikter, og det er vanskelig å bestemme seg for beslutninger og hva man vil. Forsvarsmekanismer er ubevisste handlinger som oppstår når det er noe som truer selvbildet vårt (Hummelvoll, 2014).

Ved *mild depresjon* (forbigående depresjon) vil realitetsorienteringen være anstendig. Det vil si at pasienten forstår virkeligheten rundt seg. Personer vil føle seg nedstemt og trenger bekræftelse på seg selv. Tristhet og vanskeligheter vil samsvare med personens situasjon, det kan for eksempel være sorg ved dødsfall, brudd, kriser også videre. Tankeprosessen og følelser kan være påvirket, og personer kan holde seg unna mennesker og sosiale aktiviteter i de tunge periodene (Hummelvoll, 2014, s. 199).

Moderat depresjon er et nivå hvor man kan forveksle hvordan virkeligheten er. Personer kan tro at andre mennesker har negative tanker og misliker dem. Det skjer ved at følelser overføres, egne tanker blir for tunge å bære og lesses over på andre. Depresjonsfølelsen er utpreget og følelsen av glede er redusert. Personer kan føle tomrom og nedstemthet, samt føle at det er noe galt med de grunnleggende behov som hjerterytmen, fordøyelsen eller eliminasjon. Impulser kan være ute av kontroll eller overkontrollerte med agitasjon, overspising eller for høyt bruk av alkohol. Tankeprosessen er påvirket og forstyrret. Dagligdagse gjøremål går langsomt og det er vanskelig å være oppmerksom og konsentrert (Hummelvoll, 2014, s. 199).

Ved *alvorlig depresjon* vil realiteten være så svekket at det forekommer vrangforestillinger. Det vil si at man oppfatter handlinger og motiver galt. Personer vil føle seg ubrukelige, ulykkelige, fortapte og håpløse. De vil feiltolke mye av hva som skjer i samfunnet og hva som blir sagt av andre. Tankeprosessen vil være urimelig og vurderingsevnen vil være dårlig i og med at personer ikke bryr seg om egen atferd og konsekvenser. Impulskontrollen er så svekket at den motoriske evnen har kommet til ro, eller blitt tilfeldige, ukontrollerte, sinte og raske kroppslige bevegelser. Mennesker med en alvorlig depresjon vil reagere med en ekstremt avhengighet og lite engasjement i forhold til andre mennesker. De kan ha redusert kommunikasjonsevne, oppmerksomhet, konsentrasjon og andre tydelige vanskeligheter (Hummelvoll, 2014, s. 200).

For mennesker som ikke har opplevd å være deprimerte er det vanskelig å sette seg inn i smerten og tilværelsen det innebærer (Martinsen, 2011). Som sykepleiere møter vi denne pasientgruppen over alt, enten det er på psykiatriske institusjoner, sykehjem, sykehuset eller privat. Depresjon kan vi ofte se i sammenheng med somatiske sykdommer, spesielt mage-tarm- sykdommer (Hummelvoll, 2014, s. 205). Angst er en diagnose i seg selv, men er et symptom som kan oppstå hos mennesker med lidelsen depresjon. Undersøkelser har vist at dette oppstår hyppig, og er et forhold med høy grad av samsykdom. Ved depresjon vil pasienter føle de er håpløse og verdiløse. Ved angst har pasienter tanker om at alt vil gå gal eller feil. Angst er signaler på at det oppstår en vanskelig eller truende hendelse. Det finnes ulike angsttyper som panikkelidelse, agorafobi, sosial fobi, spesifikke fobier og flere. Jeg velger å trekke frem en som opptrer hyppig hos deprimerte mennesker, nemlig sosial fobi. Denne lidelsen er preget av at pasienten får angst ved å frykte at han eller hun blir nervøs eller latterliggjort. Det kan for eksempel være å snakke i grupper eller presentere noe. Det er ofte derfor disse personene unngår sosiale sammenkomster (Dahl, 2000).

3.5 Å være psykiatrisk pasient

I samfunnet ligger det en verdi i at alle mennesker klarer å løse og mestre problemer som dukker opp. Når livssituasjoner man ikke klarer å løse selv oppstår, vil det å bli pasient påvirke selvbildet og være et nederlag for mange. En del mennesker holder vanskeligheter og problemer for seg selv i lange perioder. Når de først søker om hjelp, og kanskje kommer inn på behandlingsinstitusjoner kan det føles som en stor lettelse. Å ha en psykisk lidelse kan være utfordrende og smertefullt på forskjellige måter, og pasienter ønsker å bli møtt av helsepersonell med en empatisk og forståelig holdning (Hummelvoll, 2014). Ifølge en undersøkelse gjort av Nordvik om hvordan pasienter opplever behandling på psykiatriske avdelinger, kommer det frem at hovedområdet er å møte folk som folk. Det vil si at pasienter ønsker å bli møtt som vanlige mennesker. At helsepersonell skal se personen bak lidelsen, vise respekt, omsorg, forståelse, skape trygghet, lytte, ta det som blir sagt og observasjoner på alvor (2009).

I Norge har pasienter egne rettigheter som man kan finne i pasient- og brukerrettighetsloven. Målet med loven er at pasienter skal ha lik og god kvalitet i helsehjelpen som utføres. Det er tre hovedområder når det gjelder rettighetene. Den første er menneskers krav på å motta hjelp fra helsevesenet. Den andre dreier seg om hvilke rettigheter man kan ha som pasient,

for eksempel at man har rett til informasjon og medvirkning. Den siste handler om rett til klagerett og uenighet (Molven, 2011). Psykisk helsevern blir i bruk der hvor man må ta hensyn til redusert psykisk helse. Mennesker med psykiske lidelser har de samme pasientrettighetene som andre pasienter, hvor tvang ikke inntre. Alle mennesker har krav på omsorg og respekt uansett situasjon (Snoek & Engedal, 2003).

3.5.1 Brukermedvirkning

I § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven står det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (1999). Det vil si at pasienter kan være med på å bestemme helsehjelpen som utføres.

Brukermedvirkning er en sentral verdi innen psykisk helsearbeid. Det handler om at sykepleier bistår pasienter til å finne egne mål i livet, gir støtte og hjelp til å kunne godta seg selv, og samhandle i et fellesskap for å oppleve glede. Det er viktig at pasienten får mulighet til å medvirke i egen helsehjelp, noe som kan føre til mestringsfølelse. Like viktig er det at sykepleier er nysgjerrig, støtter og hjelper pasienter til å finne de beste resultatene på å løse vanskeligheter og problemer. Sykepleier kan undersøke og spørre pasienten om tidligere interesser, hvilke ressurser personen har og lete etter evner som kan gi velvære, tilfredshet og livskvalitet (Hummelvoll, 2014). Brukermedvirkning handler om at pasienten er ekspert på seg selv, og har rett til å bestemme over eget liv. Dette hvis pasienten er samtykkekompetent. Helsepersonell har den profesjonelle og faglige kunnskapen, mens pasienten har erfaringsbasert hverdagslig kunnskap (Tveiten, 2007).

3.6 Mestring

"Mestring dreier seg i stor grad om opplevelser av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre."

(Vifladt og Hopen, 2004, referert i Lerdal og Fagermoen, 2011, s. 54).

Mennesker som befinner seg i vanskelige situasjoner i livet, må utvikle egne hjelpemidler for å løse eller håndtere helseproblemer. For å finne ulike metoder som kan hjelpe ved å møte problemer handler det om utfalle av mestringsstrategier. Menneskers mestringssevne bygger

på ulike strategier som varierer fra gang til gang (Hummelvoll, 2014). Det å måtte holde ut og føle at sykdom eller lidelse tar over livet, kan for mange være overbelastende. Å *holde ut* er en mestringsstrategi i seg selv, og gjør det enkelte individ i stand til å fortsette steg for steg. Målet ved psykiske belastninger vil være å ha kontroll og balanse over uholdbare situasjoner (Bastøe, 2011). Alle mennesker vil reagere individuelt på utfordringer livet bringer med seg, og man må finne mestringsstrategier som kan passe i situasjoner man befinner seg i (Eide & Eide, 2012). Egne mestringsopplevelser er de beste kildene om mestring. Når mennesker møter hinder eller andre utfordrende situasjoner vil en føle mestring ved å nå et mål eller en plan (Martinsen, 2011).

3.6.1 Lazarus og Folkmans hovedformer

Lazarus og Folkmann skiller mellom to hovedformer blant mestringsstrategier, problemfokustert mestring og følelsesfokustert mestring. Strategiene utfyller hverandre og vi bruker begge formene i hverdagslivet. Dette for at vi skal klare å håndtere påkjenninger og stressopplevelser livet bringer med. Når det oppstår negative følelser og opplevelser vil det skape motivasjon for endring av situasjoner (Håkonsen, 2010).

Problemfokustert mestring vektlegger løsning av problemer, dette i form av å forandre, løse eller avslutte vanskeligheter som oppstår. Det vil si at når vanskelige situasjoner dukker opp må man finne ut hva problemet er og finne gode måter å løse dette på. Det kan enten være indre forandringer som handler om å endre tanker og oppfatninger i forhold til problemet. Eller ytre forandringer som å løse eller avslutte et problem. Problemløsning handler om atferd vi har erfaring med eller har lært tidligere. Dette er mestringsstrategier vi kan lære og øke når man får erfaring, og klarer å forstå vanskeligheter eller problemer (Håkonsen, 2010, s. 280).

Følelsesfokustert mestring er en mestringsstrategi som fokuserer på de emosjonelle problemene i en situasjon. Det kan for eksempel være angst, ubehag, mistriivsel og lignende. For å redusere ubehagelige følelser bruker vi strategier som er ubevisste. Formen vil ikke endre hendelsen, men vil gjøre at vi godtar eller klarer å leve med vanskelige situasjoner. Forsvarsmekanismer er et eksempel på følelsesmessig mestringsstrategi, som bidrar til å redusere angst og beskytter selvbildet vårt. Dette skjer ved at tanker holdes borte fra bevisstheten og endrer virkelighetsoppfatningen. Å skyve tanker, følelser og impulser unna er den vanligste formen av forsvarsmekanismer. Det bidrar til å opprettholde indre ro og

reduserer spenninger. Men det kan også gjøre at personer opplever feil eller få en forvrengt oppfatning av virkeligheten (Håkonsen, 2010, s. 281).

3.6.2 Mestringsforventning

Alfred Banduras har en teori om *self-efficacy* som på norsk oversettes til mestringsforventning eller mestringstro. Det handler om at man kan nå mål man har satt seg i livet, og ha tro på at man klarer å gjennomføre handlinger og utfordringer. Dette er en viktig del som styrker selvfølelse og selvrespekt hos mennesker (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 29). Egen tro på mestring sier noe om atferd, motivasjon, akseptering, forventninger og følelsesmessige reaksjoner. Når personer klarer å kontrollere og å ha tro på egen mestring, og gjøre en forandring i ulike situasjoner blir utfallet et bedre resultat. Liten tro på at man klarer å mestre belastende hendelser kan føre til at man ikke oppnår det man ønsker (Martinsen, 2011, s. 191). Bandura mener at mennesker må lære seg å se egen atferd, sette mål og bruke støtte fra miljøet og det sosiale for å oppnå økt mestring (Martinsen, 2011).

Mestringstroen kan utvikle seg og bli sterkere ved fire elementer. Den første handler om pasientens tidligere opplevelser og erfaringer. Den andre er modellering som vil si at andres opplevelser har blitt fortalt eller observert, slikt at pasienten kan se hvordan andre har mestret ulike situasjoner. Den tredje er når pasienten får støtte, bekreftelse og positive tilbakemeldinger fra omgivelsene og nettverket rundt oss. Den siste handler om å styrke mestringsforventningene, dette ved emosjonell og fysiologisk tilstand. De fire elementene gjør at pasienten kan tro på og styrke egen mestring, som igjen kan bidra til en positiv opplevelse (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 32).

3.6.3 Motivasjon

For at pasienter skal ha god mestringstro og klare å håndtere vanskelige situasjoner, handler det om motivasjon. *Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning* (Håkonsen, 2010, s. 88). Det betyr at vi handler ut i fra våre følelser for å nå et mål. Motivasjon er individuelt og man ser dette opp i mot forventninger og verdier i ulike situasjoner. Hvis det skjer en positiv reaksjon vil sannsynligheten for å gjenta handlingen øke. Negative reaksjoner vil gjøre at man unngår eller gjentar handlingen mindre. Motivasjon tar utgangspunkt i de positive reaksjonene som bidrar til å ivareta selvbildet. Man skiller mellom indre og ytre motivasjon (Håkonsen, 2010).

Indre motivasjon er noe man gjør for sin egen del, og hensiktet er å oppnå noe positivt ut av situasjonen. Det er en atferd hvor mennesker ønsker å gjøre noe for seg selv uten å søke bekreftelse fra omgivelsene. Det handler om å mestre situasjoner man liker å gjøre, og å oppnå en positiv følelse. *Ytre* motivasjon er handlinger som blir brukt mest. Det tar for seg at personer utfører noe som er forventet, og med det får belønning og ros for å ha gjort det bra. Det vil si at ytre motivasjon er atferd og handlinger som utfører for å oppnå noe (Håkonsen, 2010).

3.7 Fysisk aktivitet

Som jeg har nevnt tidligere handler fysisk aktivitet om bevegelser vi har lært i barndommen. *Fysisk aktivitet* er alle former for kroppslig bevegelser som innebærer skjelettmuskulatur som øker energiforbruket. Å skille mellom fysisk aktivitet og fysisk trening er vanlig og det gir klarhet i hva som er forskjellen. *Fysisk trening* handler om planlagte, bevisste, gjentakende, strukturerte bevegelser kroppen gjør for å forbedre form eller helse (Martinsen, 2011, s. 35- 36). Å være i fysisk aktivitet regelmessig kan forebygge ulike sykdommer og psykiske lidelser. Det kan være god behandling for mange sykdomsgrupper, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, høyt blodtrykk, kreft i tykktarm, bryst og lunger. Nå det gjelder psykiske lidelser har det blitt dokumentert at det kan forebygge og redusere depresjon og angst (Martinsen, 2011).

Det er anbefalt at alle mennesker bør være i fysisk aktivitet i minst 30 minutter hver dag. Fysisk aktivitet gir økt livsglede og fysisk og psykisk velvære (Jansson & Anderssen, 2015, s. 35). Det bidrar også til redusert dødeligheten i verden, samtidig som det blir færre mennesker som er inaktive (Helse- omsorgsdepartementet, 2013). Fysisk inaktivitet er det stadig mer av, og det kan være utfordrende for pasienten og helsepersonell å endre dårlige vaner (Bahr, 2015). Ifølge Libak (2010) har mennesker med psykiske lidelser en positiv effekt av fysisk aktivitet. Det er ikke bare en helsefremmende funksjon, men det gir også interesse og en meningsfull hverdag for mange.

3.7.1 Generelle effekter

Å være i fysisk aktivitet er både bra for kropp og sjel, og kroppen vår er skapt for å være i bevegelse. Ved regelmessig fysisk aktivitet vil funksjonsevnen og den mentale evnen øke, og dermed gi en følelse av fornøyelse og glede. Selvfølelsen og selvbildet øker, symptomer på

depresjon reduseres og man får økt søvnkvalitet (Henriksson & Sundberg, 2015, s. 27). Fysisk aktivitet bidrar også til å håndtere vanskelige situasjoner bedre, reduserer muskelspenninger og bidrar til kreativ tenking (Martinsen, 2011, s. 60-61).

Hjernen vår har evne til å endre seg ut i fra krav og oppgaver som oppstår. Biologisk grunnlag av følelser og tanker ligger i hjernen, og antall nerveceller er genetisk bestemt. Når hendelser eller tanker utføres flere ganger i løpet av en kort periode, blir det laget nye forbindelser blant nervecellene. De nervecellene som ikke brukes svekkes eller tapes. Mellom ulike nerveceller skjer det overføringer av signalstoffer også kalt transmittorsubstanser (Martinsen, 2011, s. 181). Hypoteser om virkningsmekanismer belyser fysisk aktivitet som positivt og nødvendig. Fysisk aktivitet fører til at det skjer en økning av signalstoffene endorfiner, dopamin, serotonin og noradrenalin. Dette området har det blitt forsket mye på blant dyr, og det kan tenkes at det samme gjelder for oss mennesker.

Endorfiner er et morfinlignende stoff som kroppen produserer selv. Under fysisk aktivitet øker dette stoffet og gir en følelse av positivitet og forsterket atferd. Det samme skjer ved inntak av alkohol. Dopamin er et stoff som er viktig ved motivasjon og belønning. Ved inntak av alkohol frigjøres dopamin og gir en behagelig effekt, lignende forekommer også ved fysisk aktivitet. Serotonin og noradrenalin er signalstoffer som samarbeider på ulike måter i hjernen. De forandrer områder i hjernen som regulerer stemningsleie, stress og humør. Ved psykiske lidelser er dette sentralt, hovedsakelig for depresjon og angstlidelser. Noradrenalin øker etter fysisk aktivitet, og studier har vist at serotonin øker under fysisk aktivitet (Martinsen, 2011, s. 182- 183).

3.7.2 Fysisk aktivitet hos mennesker med depresjon

Fysisk aktivitet kan hindre episoder med depresjon og er en god behandlingsmetode som kan gi positiv effekt. Dette området har det blitt forsket mye rundt, både for flere tiår tilbake og nylig. Forskning viser at fysisk aktivitet kan være en mulighet for å forebygge depresjon i mer eller mindre grad, samt redusere tilbakefall. I mange undersøkelser kommer det fram at fysisk aktivitet er en behandlingsmetode som fungerer, dette ved de vanligste formene for depresjon som mild til moderat. Alvorlig depresjon har det blitt lite forsket om, dette kan tenkes er på grunn av pasienters dårlige helsetilstand (Martinsen, 2000). Viser også til boken *kropp og sinn* hvor Martinsen skriver om dette (2011, s.71-).

Fysisk aktivitet gir bedre selvkontroll, selvtillitt, troen på seg selv og tanker og følelser som er positive (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2015, s. 280). Effekter av fysisk aktivitet hos personer som er i dårlig fysisk og psykisk form vil være gunstig. Det frigjør energi, gir naturlig avslapning og opplevelsen av følelsesmessig og kroppslig kontroll. Mestring er også en opplevelse som hører med. Mennesker som er deprimerte har ofte en atferd som er preget av at de er tilbaketrukket og isolerte fra samfunnet. Sykepleier kan sammen med pasienter lage dagsplaner eller ukeplaner for å gi struktur og oversikt over hverdagen. Planen kan inneholde alt fra hverdagslige gjøremål som å spise, vaske klær, handle til å utføre ulike aktiviteter. Den tiden på døgnet når pasienten fungerer best er det vesentlig å legge opp til fysisk aktivitet. Å velge aktiviteter som er spennende, morsomme og gir en følelse av glede og lyst er aktuelt (Hummelvoll, 2014). Vikene (2012) skriver at natur og friluftsliv kan sammenlignes med en positiv opplevelse, og at mange brukes det for økt mental, fysisk og sosial velvære. Noen mennesker har behov for stillhet og frisk luft, og bruker fysisk aktivitet i form av naturen. Dette kan bidra til å fremme lysten til fysisk aktivitet.

Ofte vil deprimerte pasienter mangler initiativ og ha lite motivasjon. Her vil sykepleierens oppgave være foreslå aktiviteter som passer hver enkelt. Det vil forutsette at sykepleier og pasient har blitt kjent med hverandre (Hummelvoll, 2014). Ulike aktiviteter kan være å gå tur, svømme, ballspill, fiske, trene på treningsstudio og lignende. Forskning viser at å gå tur er den mest vanlige aktiviteten hos mennesker med psykiske lidelser (Ussher et al, 2007).

Avledning er en strategi som ofte fungerer hos mennesker med depresjon. Å bruke fysisk aktivitet til å gjøre noe man liker og engasjerer seg i, kan bidra til å fokusere på noe annet enn det vanskelig og tunge i livet. Det skal ikke mye til for at vonde tanker kan forsvinne ved avledning. Ulike aktiviteter kan gi forskjellige virkninger. Det å finne former for aktiviteter som passer og er nyttig for hver enkelt kan gi mestring og økt livsglede. Hvis personen ikke engasjerer seg i den aktivitet som blir valgt, vil det ikke fungere som en god avledningsmåte (Martinsen, 2011). Aktiviteter bør tilrettelegges slik at pasienter får best mulig resultat av livskvalitet, humør, glede, mestring og ikke minst det å være i bevegelse (Moe, 2011).

I følge Cooney et al (2013) bør trening inngå som et behandlingsalternativ for personer med depresjon, men det er usikkert om hvordan humøret blir bedre ved fysisk aktivitet. Er det innendørs eller utendørs, i grupper eller alene, hva slags type aktiviteter og intensitet også

videre. Resultatene i forskningsartikkelen tyder også på at trening kan være like effektivt som psykologiske eller farmakologiske behandlingsmetoder for deprimerte mennesker.

Å være i fysisk aktivitet og bruke forskjellige medikamenter er ikke farlig, men medisinene har bivirkninger som kan hindre og gjøre det vanskelig å være i fysisk aktivitet. Det er fire hovedgrupper av psykofarmaka innen behandling av psykiske lidelser. Antidepressiva er det vanligste å bruke ved depresjon og angst. Stemningsstabiliserende medikamenter brukes i behandling av bipolar lidelse. Beroligende medikamenter brukes mest for å redusere angst og uro, og den siste gruppen er antipsykotika som brukes ved psykoser. Det er også vanlig å bruke sovetabletter ved forstyrret søvn. Bivirkninger som tretthet, vektøkning, blodtrykksfall, svimmelhet og hjertebank er vanlig blant noen av de forskjellige gruppene. Vektøkning kan forebygges ved fysisk aktivitet og kan bidra til at befolkningen har et mindre antall med inaktive mennesker. Når det gjelder psykofarmaka kan fysisk aktivitet erstatte antidepressive og beroligende medikamenter, men ikke stemningsstabiliserende og antipsykotiske medikamenter (Martinsen, 2011, s. 177- 180). Selv om det ikke kan erstatte de to sist nevnte gruppene, vil fysisk aktivitet være med på å forebygge inaktivitet og andre helseproblemer.

4.0 Drøftingsdel

I denne delen vil problemstillingen besvares med teori som har blitt gjennomgått, forskning og egne erfaringer. Rammen for diskusjonen er sykepleier- pasient- fellesskapet av Jan Kåre Hummelvoll (2014), hvor hovedfokuset er arbeidsfasen. Videre blir drøftingsdelen delt opp i seks underkapitler som handler om selvaktelse og håp, oppnåelse av motivasjon, mestringsforventning ved fysisk aktivitet, meningsfulle aktiviteter, valg av mestringsstrategier og til slutt utfordringer for sykepleiere.

4.1 Hvordan kan sykepleiere bidra til økt mestring til deprimerte pasienter ved hjelp av fysisk aktivitet?

For at sykepleier skal kunne bidra til økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet, er det viktig å ha kunnskap og forståelse for situasjonen pasienten befinner seg i. Når man er deprimert vil hele mennesket bli rammet, og alle vil ha egne måter å løse problemer og vanskeligheter på. Det som er avgjørende for bedring hos pasienter som er innlagt på distriktspsykiatriske sentre, er samspillet mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier er det viktig å se hele mennesket bak sykdommen eller lidelsen. Empati for pasienten er vesentlig for å forstå andre mennesker og leve seg inn i følelser og meninger. Dette er viktig fordi sykepleier kan gjøre en bedre jobb ved å hjelpe og vise omsorg. Det kan også styrke forståelse som kan bidra til at pasienten opplever økt mestring ved forskjellige situasjoner. Utgangspunktet er at pasienten blir akseptert og forstått, og at behandlingen er effektiv og nyttig som fører til bedring (Hummelvoll, 2014).

Arbeidsfasen i sykepleier- pasient- fellesskapet tar utgangspunkt i hva pasienten ønsker hjelp til. Sykepleier og pasient samarbeider for best mulig behandlingsresultat, og pasientens behov, ønsker og mål prioriteres. Virginia Henderson skriver at funksjonen til sykepleiere er å hjelpe mennesker med å bidra eller gjenvinne helse. Den enkelte hadde utført dette på egenhånd om det hadde vært tilstrekkelig i forhold til kunnskaper, vilje og styrke. Derfor er målet for sykepleiere at pasienter så raskt som mulig skal bli selvstendig (Mathisen, 2012, s. 154). Dette kan sammenlignes med teori av Jan Kåre hummelvoll, hvor han mener at sykepleierens funksjon er å styrke pasientens egenomsorg og helse. Små tiltak kan gjøre store forskjeller for pasienter, og sykepleier bør tilrettelegge for at pasienten kan anvende selvhjelp i prosessen for bedring. Å ha verdier med betydning som man ønsker å strebe etter er viktig for helsen. Det bidrar til at man ser mening i forskjellige situasjoner, som kan gi mestring og velvære ved å nå et mål. At pasienter ser meningen med fysisk aktivitet er viktig

for å starte eller fortsette med ulike aktiviteter. Fysisk aktivitet er en behandlingsmetode som kan redusere depresjon. Det har også flere positive effekter som virker forebyggende hos denne pasientgruppen, for eksempel at man får bedre søvnkvalitet, selvbylde og følelsen av glede og fornøyelse. Forutsetningen av fysisk aktivitet vil variere fra person til person, som gjør at man må forholde seg til situasjonen man befinner seg i. Å bidra til forandring vil ta tid, og det vises at det er lettere å påvirke den fysiske helsen enn den mentale (Wester et al, 2015, s. 99).

Sykepleier gir støtte og utfordringer, kunnskap og oppfølging for at pasienten skal ha det best mulig (Hummelvoll, 2014, s. 45). Ofte kan vi se at mennesker som er deprimerte ikke bryr seg om hva som skjer rundt de eller omgivelse, og ønsker å være i fred. Det å måtte reise seg opp for å være i fysisk aktivitet kan være tungt og utfordrende for mange. Derfor er det viktig at sykepleier motiverer, oppmuntrer og legger opp til fysisk aktivitet, enten alene eller med andre pasienter (Skard & Hoffart, 1988). At sykepleier og pasient utarbeider en dagsplan eller ukeplan kan gi pasienten struktur og mål i livet. Å gjennomføre det som står på planen kan gi mestringfølelse, samt engasjement til å fortsette med fysisk aktivitet. I praksis erfarte jeg at dette var et godt hjelpemiddel for å starte en tung morgen. Mange pasienter synes det var gøy å se at de utførte nyttige gjøremål i løpet av dagen, og at de orket å gjennomføre ulike aktiviteter. På institusjoner vil helsepersonell motivere pasienter til å følge planen. Hjemme kan det ofte føre til at pasienter endrer på den i løpet av dagen. Det kan gi skuffelse og negativitet ved å se at man ikke klarer eller orker å gjennomføre enkle tiltak.

I arbeidsfasen vil diskusjon om fordeler og ulemper ved fysisk aktivitet være aktuelt. Hva fungerer best, hva fungerer ikke, hvilke opplevelser gir mestring, er det noe man kan endre på og lignende. Sykepleier vil være en støttespiller i diskusjonen og gi veiledning, informasjon, hjelp og støtte slik at pasienten kan føle kontroll. Det er gunstig at fysisk aktivitet tilpasses den enkelte, og at pasienten medvirker i hva han eller hun ønsker (Wester et al, 2015). At helsepersonell informerer pasienter om symptomer og opplevelser som dukker opp under fysisk aktivitet er viktig, dette for at det ikke skal hemme lyst og mestring. Ved fysisk aktivitet er de vanligste symptomene at man blir tung i pusten, får høy puls, hjertebank og svetter. Disse reaksjonene er de samme som ved et panikkanfall, og er normale kroppslige kjennetegn ved fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Like viktig er det å gi informasjon om hvorfor fysisk aktivitet er nødvendig. Mange mennesker innser ikke at inaktivitet er et stort helseproblem, og at det kan være utfordrende og vanskelig å endre.

Fysisk inaktivitet påvirker både den fysiske og mentale delen av mennesket. Det er en stor risikofaktor for blant annet overvekt, hjerte- karsykdommer, kreft og dermed økt risiko for tidlig død. Dårlig selvbilde og sårbarhet på grunn av overvekt kan gi psykisk påkjenninger (Martinsen, 2011). Vi kan ofte se at mennesker som er deprimerte er fysisk inaktive. Symptomer på depresjon er redusert energinivå, lite initiativ, lav selvfølelse og håpløse tanker. Dette fører til at denne pasientgruppen kan være utfordrende å motivere til fysisk aktivitet. En annen begrensning er bivirkninger av medikamenter, som tretthet og vektøkning. Her kan vektøkning forbygges med fysisk aktivitet, samtidig som pasienten får bedre selvbilde og positive følelser. Fysisk aktivitet vil også føre til at man blir mer opplagt og orker mer i hverdagen.

4.1.1 Selvaktelse og håp

Selvaktelse handler om hvilke holdninger man har om seg selv. Har man god selvaktelse vil man akseptere seg selv og fungere trygt i et sosialt fellesskap. Ved lav selvaktelse vil det være det motsatte, og dette er vanlig hos mennesker som er deprimerte. Her vil selvaktelsen være avhengig av andre. Sykepleier vil hjelpe pasienten til problemløsning, lytte og vise at den enkeltes følelser er aksepterende. Det er viktig å legge vekt på pasientens sterke sider, ønsker og mål. Dette for at hindring av manglende mestring og håpløshet ikke forekommer. Området er utfordrende innen psykiatrien, men er svært viktig (Hummelvoll, 2014). At pasienter føler de er betydningsfulle for seg selv og andre, vil bidra til at man klarer å se viktigheten i forskjellige livssituasjoner. I denne sammenhengen fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet øker selvaktelse, som igjen bidrar til mestring og velvære. Målet til sykepleier er å bevare selvaktelse selv om det oppstår vanskeligheter og problemer. Å være klar over hva pasienten mener er betydningsfullt vil føre til et lettere samarbeid, som kan bygge på økt mestring. At pasienter medvirker i egen helsehjelp vil være viktig, dette for å kunne bestemme over eget liv og føle seg verdsatt. Like viktig er det å ivareta håp hos pasienter. Håp er vesentlig for å holde ut lidelse, og sykepleier prøver å opprettholde dette hvis det er realistisk. Håp er tanker som retter seg mot framtiden, og er en mestringsstrategi som gjør at mennesket streber for å oppnå nettopp håpet, og hindre vanskeligheter. Det er viktig å tenke på at håp er individuelt, og at noen har store eksistensielle spørsmål i livet, mens andre har små mål. Som sykepleiere må vi lytte, vise hensyn og ha forståelse slik at vi hjelper pasienten til å finne meningen i lidelsen (Bastøe, 2011). Når det gjelder fysisk aktivitet tenker jeg at pasienten etter hvert vil forstå hvordan dette kan redusere depresjon. Lidelsen kan være komplisert og har flere ubehagelige symptomer som kan hindre pasienter i å være i

fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan være en mulighet for å se lyset i enden av tunnelen, som igjen kan føre til positive opplevelser og økt mestring. For å oppleve mestring i ulike situasjoner er det en forutsetning at pasienten er motivert.

4.1.2 Oppnåelse av motivasjon

For at helsepersonell skal tilrettelegge og tilpasse fysisk aktivitet for deprimerte er det viktig å ha kunnskap om motivasjonsstrategier. Det handler om å finne ut hva som motiverer pasienten. Like viktig er det å være bevisst på at ulike aktiviteter kan ha god effekt på noen personer, mens ingen eller liten effekt på andre. Å følge opp, behandle og støtte pasienter som ønsker endring kan for mange komme til stor hjelp. Et samarbeid mellom helsepersonell om en felles holdning kan være motiverende for pasienter, samt at vi er engasjerte og positive. Dette kan bidra til at pasienter føler seg trygge, sett og hørt. Motivasjon smitter, og helsepersonell som er villige til å hjelpe pasienter med å være i fysisk aktivitet gjør den beste jobben. Er man ikke motivert nok selv, vil det være vanskelig å motivere andre (Moe, 2011, s. 199).

For å bidra til mestring ved hjelp av fysisk aktivitet er motivasjon vesentlig, både indre og ytre motivasjon. Da jeg var i praksis på DPS var utfordringen for mennesker med depresjon å komme i gang med aktiviteter. Etter at pasienten først hadde kommet i gang gikk det veldig fint. Ut ifra forskning mener pasienter at de vanligste grunnene for å unngå fysisk aktivitet er tretthet, sykdom og dårlig vær. Mangel på sosial kontakt viser også å være en årsak til fysisk inaktivitet i denne pasientgruppen (Ussher, 2007). Å finne motivasjonsstrategier som passer den enkelte er viktig. Det er den indre motivasjonen som gjør at man mest sannsynlig fortsetter med aktiviteter man holder på med, både sammen med sykepleier, medpasienter eller selvstendig. Hva vi mennesker er motivert for, vil ofte sees i sammenheng med hva vi liker å gjøre eller er interessert i. Målet er å finne aktiviteter som gir følelsen av mestring, livskvalitet og velvære. De generelle effektene ved fysisk aktivitet som jeg har nevnt i teoridelen kan bidra til indre motivasjon, ved at man blir kjent med kroppen på en positiv måte. Man kan se sammenheng mellom fysisk aktivitet og positiv stemning på flere måter. Det kan for eksempel være signalstoffene endorfiner, dopamin, noradrenalin og serotonin som gir sterke og behagelige følelser. Dette kan være en motiverende årsak for å fortsette med fysisk aktivitet. Antidepressiva virker ved å øke stemningsleie og har økt neurotransmitter av noradrenalin og serotonin (Øye, 2009). Det kan delvis forklare hvorfor fysisk aktivitet er et godt behandlingstiltak for mennesker med depresjon (Donaghy, 2007).

Gjennom sykepleier- pasient- fellesskapet blir sykepleier og pasient kjent med hverandre, som gjør at sykepleier kan se hele mennesket. Med det kan man motivere pasienten ut i fra funksjonsnivå, ønsker og behov. Fysisk aktivitet som både påvirker det mentale, fysiske og sosiale er utfordrende, men et mål som mange mennesker har (Moe, 2011). Dette vil være vanskelig å oppnå på et distriktpspsykiatrisk senter fordi behandlingstiden er kort. Mye kan gjennomføres og startes i arbeidsfasen ved en innleggelse, men sykepleier bør tenke på videre samarbeidspartnere hvis det er nødvendig. Tverrfaglig samarbeid er et viktig område innen psykiatrien. I et tverrfaglig samarbeid utfyller forskjellige profesjoner hverandre, og fokusere på ulike faktorer i forhold til hva pasienten trenger hjelp til (Skårderud et al, 2013, s. 85). Familien og de som står vedkommende nær vil også være en viktig ressurs, både ved en innleggelse og utskrivelse fra helsevesenet. Sosial støtte har positiv effekt ved de fleste sykdommer og psykiske påkjenninger. Familie og nære venner har et personlig og individuelt nettverk, i forhold til det helsepersonell har med pasienten. Det kan igjen føre til et raskere resultat ved å oppnå økt livskvalitet og mestring (Hummelvoll, 2014).

4.1.3 Mestringsforventning ved fysisk aktivitet

Som nevnt tidligere var det å sette i gang med fysisk aktivitet ofte en utfordring for deprimerte pasienter. Ytre motivasjon kan bidra til at pasienter kommer i gang og får en god start når det gjelder fysisk aktivitet. Det kan gjøres ved at pasienter får belønning og ros for å ha gjort noe bra, for eksempel ved å nå toppen av en bakke, få mange fisk på fisketur, utføre forskjellige øvelser og lignende. Å få støtte fra sykepleier, familie, venner og medpasienter er også en type ytre motivasjon. Det bidrar til at følelsen av mestring forsterkes. Forskning viser at lav mestringsforventning er den generelle årsaken for fysisk inaktivitet, dette blant mennesker med depresjon (Ussher et al, 2007). Har pasienter tro på egen mestring vil det gi en opplevelse av positivitet, og det vil bidra til å gjennomføre og sette i gang med aktiviteter på en lettere måte. Både sykepleiere og andre som oppholder seg rundt pasienten kan gi støtte ved hjelp av engasjement, og oppmuntre til å være i fysisk aktivitet. Sykepleier kan gi tilbud om modellering, hvor pasienten observerer og snakker med andre pasienter med samme diagnose. Det kan være om hvordan fysisk aktivitet har bidratt til mestring for de, hva de har lyktes med og hvordan. Pasienten kan også handle ut i fra tidligere opplevelser og skape meningsfulle aktiviteter. Det handler om å ha kontroll og balanse over ulike situasjoner. Å være i fysisk aktivitet i et fellesskap kan for noen være et godt alternativ som kan styrke mestringsforventningen. Andre foretrekker å være alene eller med en fagperson. Mestringsforventningen varierer ut i fra hvilken situasjon man er i, og vil styrkes når man

når et mål. Dette vil også styrkes når pasienten får tilstrekkelig med informasjon og kan reflektere rundt forskjellige opplevelser. Dette vil bidra til at pasienten føler seg trygg, sett og akseptert. Informasjon om de fysiske og psykiske tilstandene som skjer med kroppen ved fysisk aktivitet kan bidra til å redusere skremmende opplevelser. Det kan skape positive erfaringer, og pasienter kan føle kontroll i forskjellige situasjoner (Fagermoen & Lerdal, 2011)

Jeg er veldig fasinert over et eksempel som en dame i praksis delte med meg. Det handler om sammenhengen mellom fysisk aktivitet ved hjelp av en bosuball (treningsutstyr) og depresjon. Hun fortalte at det å være deprimert var slitsomt og hun var følelsesmessig ustabil. Hun brukte ballen i perioder hvor følelsen av lav selvfølelse og lite energi var hovedproblemet. For henne bidro fysisk aktivitet til å tenke på noe annet enn det tunge og vanskelige.

"Når jeg står på bosuballen føler jeg kontroll og balanse. Jeg står rolig på den og må jobbe med meg selv og trene"

Eksempelet handler om at man gjør noe for seg selv for å styrke mestringsforventningen. Hun klarte å nå et mål som hun hadde satt seg, og opplevde mestring som ga en positiv opplevelse. Hun brukte også avledning som en mestringsstrategi for å fokusere på noe annet enn det triste og tunge. Ut i fra at hun var fokusert og likte å trene på bosuballen ga det en god avledningsmåte og positive følelser med mestring og velvære.

4.1.4 Meningsfulle aktiviteter

I praksis delte flere pasienter sine historier og opplevelser om det å leve med psykiske lidelser. De fleste fortalte at det å være i fysisk aktivitet gjorde at de følte seg "normale". Fokuset fra sykdom og lidelse forsvant, og de kunne finne mestringsfølelse ved å gjøre noe de likte. Det å tilrettelegge meningsfulle aktiviteter kan være alt mulig, fra det å være i naturen til å trene på treningssentre eller hjemme. Naturopplevelser kan være meningsfulle for mange mennesker, som kan føre til glede. Det kan også gi opplevelser av andre kvaliteter ute i naturen (Martinsen, 2011). Dette kan underbygges i artiklene av Vikene (2012) og Gonzalez (2013). Artikkelen til Vikene har jeg allerede skrevet om i teoridelen. Artikkelen sier noe om at natur og friluftsliv kan brukes for å øke livskvalitet. Gonzalez skriver om hagebruk for deprimerte pasienter som en form for opplevelse av naturen. Forskningsartikkelen viser at hagebruk skaper mening, og at det er metaforer for livet som blant annet: det vakre og det stygge, spire, visne, blomstre og gjenoppstå. Her kan man

sammenligne depresjon og fysisk aktivitet med noen av metaforene. For eksempel hvis pasienter føler bedring og økt mestring ved hjelp av fysisk aktivitet, vil man blomstre og spire. En studie av Grønnestad og Vevatne (2013) tar for seg en annen type fysisk aktivitet, som innebærer sosial ferdighetstrening kombinert med karate. Det vises at det gir god effekt og opplevelse av økt selvfølelse, redusert skamfølelse og økt mestring i hverdagen. Som jeg har nevnt tidligere vil aktiviteter som man er motivert for og som gir en positiv følelse være aktuelt. Å fiske og gå tur var en populær aktivitet blant deprimerte menn i praksis, mens strikking og turgåing var noe de kvinnelige pasientene likte å gjøre. Forskning viser at turgåing er den mest populære aktiviteten blant psykiatriske pasienter (Ussher et al, 2007), noe som også gjenspeilte seg da jeg hadde min psykiatripraksis.

Hvilke aktiviteter som er meningsfulle vil variere fra person til person, og alle mennesker har et behov for et individualisert tilbud (Hummelvoll, 2014). Når man er i fysisk aktivitet kan man vurdere om aktiviteten er bra eller ikke, riktig eller meningsfull. Det er viktig at man tar små skritt om gangen, og starter med aktiviteter som pasienten mest sannsynlig vil klare å mestre. Noen former for aktivitet har en lindrende egenskap. Det kan være opplevelsen av å bety noe, klare å gjennomføre aktiviteter som gir mestring, styrke, motivasjon og kreativitet, eller at følelsen av mening ved forskjellige gjøremål oppstår. Fysisk aktivitet er også et område for å skape et fellesskap og sosialt liv som er viktig hos deprimerte pasienter, nettopp fordi denne pasientgruppen kan ha en tendens til å ikke fungere sosialt. Jo mindre man deltar i aktiviteter og holder seg hjemme, jo vanskeligere blir det å motivere til fysisk aktivitet. Man blir også trette og det kan være vanskelig å ta initiativ for å holde kontakt med andre (Berge & Repål, 2013).

4.1.5 Valg av mestringsstrategier

I følge Lazarus og Folkman har mestring to hovedfunksjoner, problem- og følelsesfokustert mestring. Disse utfyller hverandre og brukes i kombinasjon for å håndtere vanskeligheter og utfordrende påkjenninger i hverdagen. Ved problemfokustert mestring kan pasienten redusere vanskeligheter ved å være i selve situasjonen, og prøve å finne måter å forandre, endre eller løse problemer på. Pasienten kan også tilegne seg informasjon, og få støtte og hjelp fra helsepersonell (Håkonsen, 2010). Hvis pasienter opplever utfordringer i forhold til fysisk aktivitet kan man lære seg å se nye ferdigheter ved å løse disse på. Det kan for eksempel gjøres ved å være i fysisk aktivitet i naturen, med andre mennesker, eller kjæledyr. Har man for eksempel en hund vil hver enkelt være ansvarlig for å ta vare på dyret, som igjen vil føre

til at man kommer seg mer ut og får vært i fysisk aktivitet. Dette kan bidra til sosial støtte og vil styrke mestring og livskvalitet. En annen ferdighet man kan lære seg er å bruke tanker og følelser målrettet for å løse problemer. For å endre atferd gjennom fysisk aktivitet er atferdsterapi vesentlig. Kognitiv atferdsterapi er en behandlingsform som er vanlig å bruke på distriktpspsykiatriske sentre. Det tar utgangspunkt i samarbeidet mellom helsepersonell og pasient, hvor det er viktig at man får felles forståelse av hvilke problemer som skal løses. Atferdsterapi handler om øvelse i indre samtale og retter seg mot pasienters problemer. Hovedfokuset er å finne frem til pasienters interesser, ressurser, positive og sterke sider (Berge & Repål, 2013, s. 10). Å lære ulike måter å håndtere vanskeligheter og utfordringer på vil ta utgangspunkt i egne erfaringer og forståelse. Alle mennesker vil en eller annen gang oppleve motstand i livet, og det er viktig at man finner passende mestringsstrategier for problemløsning.

Hvordan pasienter tolker ulike situasjoner sier noe om hvilken mestringsstrategi som anvendes. Tolkningen er avhengig av pasienters erfaringer og indre og ytre ressurser. Indre ressurser er medfødte erfaringer, og ytre ressurser er preget av miljøet. Ved følelsesfokustert mestring vil pasienten unngå ubehagelig situasjoner, trekke seg unna problemer og beskytte selvbildet (Bastøe, 2011). Denne formen for mestring vil ikke endre et problemet, men vil gjøre at man klarer å leve med vanskelige situasjoner. At fokus fra sykdom og lidelse kan reduseres ved hjelp av fysisk aktivitet, kan være en god mestringsstrategi ved utfordringer. Det bidrar til at man slipper å gruble over vanskelige opplevelser og hendelser. Ved å flykte fra vanskelige situasjoner, engstelse eller uro ser man ofte at rusmidler blir brukt for å fylle dagene (Håkonsen, 2010). For å forebygge dette er fysisk aktivitet et alternativ som kan brukes. Fysisk aktivitet kan også oppnå egenprodusert rusopplevelse, noe jeg har nevnt kort om i teoridelen (Martinsen, 2011). En vanlig følelsesmessig mestringsstrategi kan innebære forsvarsmekanismer, hvor pasienter skyver vekk følelser, impulser og tanker i forskjellige situasjoner. Det kan bidra til å redusere depresjon og angst, fordi det beskytter selvbildet og ivaretar normale funksjoner. Det gir en indre ro, trygghet og reduserer spenninger, som gjør at man tilpasser seg omgivelsene. I noen tilfeller overlates vanskeligheter og problemer til helsepersonell. Det skjer når pasienter ønsker å ta avstand fra det uakseptable hos seg selv (Håkonsen, 2010).

4.1.6 utfordringer for sykepleiere

Mennesker som er deprimerte kan ha negative holdninger ovenfor ulike aktiviteter eller ha vanskeligheter med å finne fram til fysisk aktivitet. De kan også oppleve å ikke fortjene noe positivt i livet, eller tro de ikke har nytte av det. Mange deprimerte pasienter har tunge tanker og opplever håpløshet. Dette kan gjøre det utfordrende for sykepleier å øke mestring ved hjelp av fysisk aktivitet. Det er viktig at sykepleier og pasient blir kjent med hverandre, slik at samarbeidet baseres på felles opplevelser. Like viktig er det at sykepleier viser tydelig respekt for pasienten og den enkeltes virkelighet. Dette kan føre til et lettere samarbeid og gjensidig tillitt. Sykepleier må prøve å motivere til enkle og tidligere tilfredsstillende aktiviteter, samt komme med forslag til forskjellige muligheter for fysisk aktivitet (Berge & Repål, 2013). Det kan være flere barrierer som hindrer pasienter i å være i fysisk aktivitet, derfor vil det være viktig at pasienten har en god forståelse og har fått tilstrekkelig informasjon rundt dette.

For sykepleiere kan det i noen tilfeller være utfordrende og vanskelig å hjelpe pasienter med psykiske lidelser. Mennesker med depresjon kan være passive i egen atferd, og tanken på at man ikke klarer å nå inn til pasienten og hjelpe han eller hun kan være tungt. Like vanskelig kan det være å støtte og hjelpe pårørendes forventninger i visse situasjoner. Hvor for eksempel de er misfornøyde med arbeidet rundt pasienten eller at pårørende føler de ikke får tilfredsstillende informasjon. Mange områder innen psykiatrien kan være utfordrende, og tanken på at man ikke strekker til som sykepleier kan være belastende. Sykepleiere kan oppleve utagerende pasienter, lytte til vonde barndomsminner og møte umotiverte pasienter for å nevne noen eksempler. På DPS er behandlingstiden kort som gjør at sykepleiere kan føle de ikke får hjulpet pasienten tilstrekkelig, og avdekket pasientens ressurser (Berge & Repål, 2013). I praksis erfarte jeg at dette var utfordrende i visse situasjoner, og jeg så viktigheten med videre behandling og tverrfaglig samarbeid.

5.0 Avslutning

I forhold til besvarelsen av problemstillingen har jeg kommet frem til at fysisk aktivitet er en behandlingsmetode som gir viktige og positive opplevelser for deprimerte pasienter. Det tyder på at fysisk aktivitet har en god innvirkning på det fysiske, psykiske og sosiale hos alle mennesker. Derfor kan vi se på dette som en helsefremmende faktor. Ved å finne aktiviteter som er meningsfulle og tilpasset pasientens behov kan det gi økt mestring, og dermed økt livskvalitet og velvære. For at pasienter skal kunne oppleve mestring ved hjelp av fysisk aktivitet er motivasjonsarbeid viktig. Gjennom sykepleier- pasient- fellesskapet er fokuset at sykepleier og pasient møter hverandre som likeverdige mennesker og får en felles opplevelse av pasientens situasjon. Det bidrar til at sykepleier kan hjelpe og støtte pasienten ut i fra ønsker, behov og mål. Det bidrar også til å fremme positiv helse, og hensikten er at pasienten opplever selvhjelp og medvirker i egen helsehjelp.

Fysisk aktivitet har flere positive sider som blant annet å øke den fysiske og mentale funksjonen, redusere symptomer på depresjon og øke selvbildet. Det kan også brukes som en mestringsstrategi ved avledning, samtidig som det kan bidra til et sosialt fellesskap. Flere forskningsartikler jeg har funnet viser at fysisk aktivitet kan forebygge depresjon i mer eller mindre grad, og redusere tilbakefall. De fleste pasienter gjennom forskning og i mine praksisperioder mener at fysisk aktivitet er et godt behandlingsalternativ. Hvis sykepleiere skal tilrettelegge fysisk aktivitet hos deprimerte pasienter på en gunstig måte, er det viktig med kunnskap om mestring, motivasjon, ulike strategier og fysisk aktivitet. Jeg mener at alle psykiatriske avdelinger uansett lidelser bør anvende fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Nettopp på grunn av at fysisk aktivitet gir positive og viktige effekter både ved fysisk og psykisk velbehag.

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har jeg reflektert gjennom flere områder innen temaet jeg har skrevet om. Jeg tenker at pasienter som er lite fysisk aktive kan oppleve at depresjonen forsterkes. De som holder seg i fysisk aktivitet regelmessig vil føle det motsatte. Personlig synes jeg det har vært spennende å se hvordan kroppen vår, fysisk aktivitet og den mentale helsen henger sammen. Å være i fysisk aktivitet har jeg selv merket hjelper for en positiv opplevelse, både fysisk og psykisk.

6.0 Litteraturliste

* Bahr, R. (2015). Forord. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s. 5- 6). Oslo: Helsedirektoratet

Bastøe, L.-K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 81- 103). Oslo: Akribes AS

Berge, T. & Repål, A. (2013). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Borge, L. (2006). Det gode liv- som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 32- 52). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

* Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M. & Mead, G. E. (2013). *Exercise for depression*. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/full>

* Dahl, A. A. (2000). Forholdet mellom angst og depresjon. I M. B. Krøger, A. Lund, J. Skarstein & B. Stubhaug (Red.), *Depresjonshåndboka* (1. utg., s. 33- 50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

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

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I Dalland, O, *Metode og oppgaveskriving* (s. 63- 80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Donaghy, M. E. (2007). *Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction?* Lokalisert på

<http://informahealthcare.com.ezproxy.hihm.no/doi/pdf/10.1080/14038190701395838>

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fagermoen, M. S. & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 17- 37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Grønnestad, T. & Vevatne K. (2013). *Karate som virkemiddel i bedringsprosessen – Hvordan påvirker karate og sosial ferdighetstrening selvfølelsen til personer med psykiske lidelser?*. Lokalisert på

http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/nsf/2013/01/karate_som_virkemiddel_i_bedringsprosessen_-_hvordan_pvir

* Helsedirektoratet. (2015). *Depresjon*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

* Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s. 8- 36). Oslo: Helsedirektoratet

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, K. M. (2010). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Jansson, E. & Anderssen, S. A. (2015). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s. 37- 44). Oslo: Helsedirektoratet

* Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J. & Andersson, E. (2015). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s. 275- 284). Oslo: Helsedirektoratet

Lerdal, A. & Grov, E. K. (2011). Aktivitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 640- 656). Oslo: Akribe AS

* Libak, L. M. (2010). *Treningscenter som arena for mennesker med alvorlig psykisk lidelse*. Lokalisert på:

[http://svemedplus.kib.ki.se.ezproxy.hihm.no/Default.aspx?queryparsed=\(\(\(\(mesh_no:F01.145.126.990*\)\)%20OR%20\(mesh_no:F02.830.900*\)\)%20OR%20\(psykisk%20AND%20lidelse\)\)%20AND%20\(trening\)\)&query=trening,%20psykisk%20lidelse&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=118364&pos=9](http://svemedplus.kib.ki.se.ezproxy.hihm.no/Default.aspx?queryparsed=((((mesh_no:F01.145.126.990*))%20OR%20(mesh_no:F02.830.900*))%20OR%20(psykisk%20AND%20lidelse))%20AND%20(trening))&query=trening,%20psykisk%20lidelse&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=118364&pos=9)

* Malt, U. F. (2000). Klassifikasjon og diagnose av stemningslidelser. I M. B. Krøger, A. Lund, J. Skarstein & B. Stubhaug (Red.), *Depresjonshåndboka* (1. utg., s. 13- 32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Martinsen, E. W. (2000). *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/198276>

* Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og Sinn: Fysisk aktivitet -psykisk helse- kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 149- 168). Oslo: Akribe AS

* Moe, T. (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen, *Kropp og Sinn: Fysisk aktivitet -psykisk helse- kognitiv terapi* (s. 197- 2015). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Molven, O. (2011). Pasienters rettigheter og plikter. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 105- 135). Oslo: Akribe AS

* Nordvik, T. (2009). *Å møte folk som folk*. Lokalisert på <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/mote-folk-som-folk>

* Nyboe, L. & Lund, H. (2013). *Low levels of physical activity in patients with severe mental illness*. Lokalisert på <http://informahealthcare.com.ezproxy.hihm.no/doi/pdf/10.3109/08039488.2012.675588>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-1. (2015)

* Skard, S. B. & Hoffart, R. A. (1988). *Fysisk trening i psykiatrisk behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2013). *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2013). Å forholde seg. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stånicke, *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn* (s. 85- 92). Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

* Snoek, J. E. & Engedal, K. (2003). *Psykometri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag (16 sider)

* Steinfeldt- Foss, O. W. & Krøger, B. M. (2000). Depresjonshåndboka -utvikling i et nytt årtusen. I M. B. Krøger, A. Lund, J. Skarstein & B. Stubhaug (Red.), *Depresjonshåndboka* (1. utg., s. 9- 11). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (3 sider)

Syse, A. (2013). Psykisk helsevernloven. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stånicke, *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn* (s. 250- 265). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skolen trykker...: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

* Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V. & Faulkner, G. (2007). *Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom*. Lokalisert på <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/213082259?accountid=42560>

* Vikene, O. L. (2012). *Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluftsliv*. Lokalisert på http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/tph/2012/04/psykisk_helse_og_opplevelsen_av_delta_kelse_i_friluftsliv

* Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Ommundsen, Y. (2015). Å bli fysisk aktiv. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg., s. 84- 102). Oslo: Helsedirektoratet (19 sider)

Øye, I. (2009). *Antidepressiva*. Lokalisert på
<https://sml.snl.no/antidepressiva>