



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Fysisk aktivitet til pasienter med depresjon**

Eva Rekdal Skarsbø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 07. mai 2009



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Fysisk aktivitet til pasienter med depresjon**

**Tittel på engelsk: Physical exercise for mental depressed patients**

**Forfatter(e): Eva Rekdal Skarsbø**

**Fagkode: SAE00 Sykepleie**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Ragnhild Michaelsen**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 07.05.09**

**Antall ord: 11560**

## **Forord**

En av dagene jeg var på akutt psykiatrisk avdeling, traff jeg en pasient som gjorde inntrykk på meg og som inspirerte til å skrive dette diktet.

### **Fuglen**

Du stod der i døråpningen med engstelig blick  
Rastløs og uviss om hva som var ute å gikk  
To mennesker møtes i et evighets sekund  
I en tone av nærhet en liten stund



I hjertet så kjennes din sårhet som min  
Din sorg er i luften som sur gammel vin  
Den sperrer for gleden og sødmen som var  
Når ting har fått surne i gamle kar

Men skyller du ditt kar og renser det godt  
Da er det igjen mulig å fylle til topp  
Med ny vin som blir bedre med åra  
Og ingen kan lengre se de gamle sår

Fri som fuglen, lykkelig og trygg.  
Med intet annet å bære enn deg selv på din rygg

*Eva Rekdal Skarsbø ( 2009 )*

I forbindelse med arbeid med oppgaven vil jeg takke alle de som har bidratt med råd og hjelp til oppgaven. Spesielt vil jeg takke bibliotekets ansatte for deres velvilje og tålmodighet i hjelpen med å finne relevant forskningslitteratur

Jeg vil ellers takke mine medelever som har støttet og oppmuntret meg og til veileder Ragnhild Michaelsen.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for valgt tema og problemstilling.....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensing .....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
1.5 Hensikten med oppgaven .....	3
1.6 Oppgavens disposisjon .....	3
2.0 Framgangsmåte .....	4
2.1 Litteratursøk .....	4
2.2 Databaser .....	5
2.3 Kildekritikk .....	6
3.0 Teori .....	9
3.1 Psykisk lidelse .....	9
3.1.1 Depressiv lidelse .....	10
3.2 Fysisk aktivitet .....	11
3.2.1 Hvordan virker fysisk aktivitet .....	11
3.2.2 Hvordan drive fysisk aktivitet i en psykiatrisk avdeling.....	13
3.3 Mestring .....	14
4.0 Aktuell forskning .....	15
5.0 Sykepleiefaglig forankring.....	19
5.1 Teoretiker .....	19
5.2 Sykepleie pasientfellesskapet i institusjon .....	20
6.0 Drøfting .....	22
6.1 Pasienthistorie .....	22
6.2 Sykepleier – pasientfellesskapet – Hvordan bli kjent .....	23
6.3 Bruke fysisk aktivitet terapeutisk. ....	24
6.3.1. Det terapeutisk fellesskap .....	24
6.3.2. Sykepleiers bruk av fysisk aktivitet .....	25
6.4 Program - Arbeidsplan / Dagsplan .....	27
6.5 Hvordan motivere til fysisk aktivitet .....	29
7.0 Konklusjon .....	32
8.0 Etterord.....	33
9.0 Litteraturliste .....	34
Vedlegg : Tabell 2	

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valgt tema og problemstilling

En sommer arbeidet jeg på en akutt psykiatrisk avdeling. Jeg hadde ikke arbeidet innenfor psykiatri før, og hadde derfor ingen forståelse om hvordan behandlingen foregikk. Jeg så at noen av pasientene brukte fysisk aktivitet, som spaserter, ballspill og bordtennis, men det var lite struktur i hvordan dette skjedde. Det var som oftest brukerne som ønsket å bevege seg, men jeg så ikke noen direkte tiltaksplaner som gikk på bruk av fysisk aktivitet. Jeg har senere blitt oppmerksom på at fysisk aktivitet har hatt fokus som behandling helt tilbake til 1980 tallet.

Allerede i 1983 skrev Egil W. Martinsen om den antidepressive virkningen systematisk kondisjonstreningens hadde på deprimerte pasienter (Haldorsen (red) 1990, 54).

Jeg har alltid hatt interesse for mennesker og en sterk tro på at kropp og sjel henger sammen. I min familie har fysisk aktivitet betydd mye. Min far var aktiv friidrettsutøver, og jeg ble derfor fra barnsben av kjent med hvor viktig det var å bruke kroppen. Jeg har vært bevisst på å bruke fysisk aktivitet både som oppbygging av kroppen og til middel for avkobling, og ikke minst til sortering av tanker. Det er mange problem som føltes uoverkommelige og store, som har blitt til bagateller etter en spaserter.

*” Jeg har hatt flere bekymringer i livet,  
men de fleste har det ikke blitt noe av ”*

*Ukjent*

Psykisk lidelse er interessant å se på fordi det har blitt ett av vår tids største helseproblem. Det har økt vesentlig de siste 20 årene og øker fortsatt. Av de psykiske lidelsene er depresjon den lidelsen som forekommer hyppigst. Det er gjort undersøkelser som viser at behandlingen og tjenestene som mennesker med psykisk lidelse får, ikke er gode nok (Samhandlingsreformen 2009). Sykepleie til psykisk syke er et arbeid hvor en må observere hele mennesket både somatisk og psykisk. Fysisk aktivitet gir ifølge forskning bedre helse både mentalt og fysisk. Jeg ønsket derfor å se nærmere på hvordan sykepleier kan bruke denne behandlingsform innenfor akutt psykiatrisk avdeling, og endte opp med følgende problemstilling.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier bruke fysisk aktivitet terapeutisk, som en del av en mestringsstrategi for pasienter med depressiv lidelse ved akutt psykiatrisk avdeling.*

## **1.3 Avgrensning**

På akutt psykiatrisk avdeling kommer det vanligvis inn voksne personer mellom 18 og 60 år med forskjellige psykiske lidelser. Jeg vil i oppgaven ha hovedfokus på pasienter med mild til moderat depresjon. Denne gruppen av pasienter har best effekt av fysisk aktivitet i henhold til forskning. I oppgaven vil all fysisk aktivitet over hvilenivå være bedre enn ingenting, selv om det er vist i forskning at forskjellig intensitet i den fysiske aktiviteten virker på forskjellig måte, og at regelmessighet i treningen forebygger depresjon (Martinsen 2004).

## **1.4 Begrepsavklaring**

Ordet strategi blir brukt i mange forskjellige sammenhenger i dag, og går egentlig ut på å legge en plan for å gjennomføre noe eller vinne over noe. I oppgavens problemstilling blir strategi det å vinne over depresjonen.

I mestringsstrategi legger jeg i at en pasient får hjelp til å legge en strategi på å utnytte sine egne ressurser til den fysiske treningen. I tillegg ligger det også i ordet at sykepleier har en strategi og målsetting for den enkelte pasient i et behandlingsøyemed. Sammen har de en felles plattform hvor de skal arbeide seg framover mot en bedre hverdag for pasienten.

I problemstillingen er det lagt vekt på at sykepleier skal bruke fysisk aktivitet terapeutisk. Med det mener jeg at sykepleier bruker sin profesjonelle faglige bakgrunn som middel til å nærme seg pasienten og til å forme en behandlingsmetode. Sykepleiers terapeutiske evne til å motivere pasienten blir avgjørende for hva pasienten orker å utføre fysisk. Innenfor psykiatrien er hovedmålet å oppnå et godt terapeutisk felleskap mellom sykepleier og pasient. Sykepleie-pasient- fellesskapet beskrives som ”*Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses – og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsett og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand støtte og utfordring*” (Hummelvoll 2004, 41).

## **1.5 Hensikten med oppgaven**

Fysisk aktivitet har vært i fokus hos myndighetene i lang tid og er fortsatt et satsningsområde i opptrappingsplan for psykisk helse der det vektlegges som behandlingsmetode for mennesker med psykiske lidelser, dette fordi flere forskningsresultater konkluderer med at dette hjelper. (*Helse – Sosial og helsedepartementet forslag til tiltak 2005- 2006*).

I den avdelingen som jeg arbeidet, virket det ikke som om det var så sterkt fokus på strukturert bruk av fysisk aktivitet som behandling.

Som sykepleier må en ha fokus på både kropp og sjel og jeg ønsker å utøve sykepleie på en måte som ikke utelukker det ene framfor det andre.

Jeg håper at oppgaven kan inspirer andre også til å se nytten av å motivere pasienter til å bruke fysisk aktivitet som behandlingsmetode og sykepleietiltak til deprimerte.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 Innledning, her presentere jeg bakgrunn for valgt tema, problemstilling og hva som jeg mener er hensikten med oppgaven.

Kapittel 2 Her presenteres det hvordan jeg har gått fram for å lete etter forskning og fagartikler. Det presenteres en tabell over søk i databaser og hvilke søkeord som ble brukt. I tillegg skrives det litt kildekritikk.

Kapittel 3 Teori om psykisk lidelse og oversikt over nivåer på depresjon. Fysisk aktivitet og aktuell forskning. Litt om mestring, presentasjon av brukt sykepleieteoretiker Jean Watson og psykisk sykepleie.

Kapittel 4 Drøftingskapittel om og rundt problemstillingen.

Kapittel 5 Konklusjon

## 2.0 Framgangsmåte

Dalland(2007) sier i sin bok (Dalland 2007), at vi kan bruke forskjellige metoder for å få svar på en problemstilling. Denne oppgaven er en teorioppgave, hvor det kan brukes praksiserfaringen, observasjoner, forskningsartikler, tidsskrifter, fagbøker og andre skriftelige kilder for å gi relevant kunnskap om tema og svar på en problemstilling.

### 2.1 Litteratursøk

Jeg hadde ikke søkt mye etter forskningsartikler før, Jeg synes det var vanskelig og trengte noe hjelp fra bibliotekets personale for å finne de rette ordene som søket måtte inneholde for å få ut artikler. Det ble etter hvert mye materiale som måtte sorteres bort og mange artikler var ikke forskningsartikler, men fagartikler.

Jeg søkte i forskjellige databaser på fysisk aktivitet og psykisk lidelse.

I Ovid søkte jeg på ordene: activity, anxiety, angst, depression, disorder, mental, nursing, physical, psychiatry. Etter ny avgrensning av problemstillingen søkte jeg forskning spesielt innenfor depresjon og trening, med ordene: Exercise, depression, clinical. I Proquest søkte jeg på litt færre ord : Mental illness, Intervention, activity

De fleste artiklene jeg fant er fra 2005 til 2007.

På Bibsys fant jeg fram til en bok av Egil W. Martinsen, som tar for seg sammenhengen mellom kropp og sinn (Martinsen 2004). Egil W. Martinsen som er overlege og professor i psykiatri, er en sentral person for valgt tema. Han har skrevet flere artikler som er spennende og relevante for oppgavens problemstilling. I referanselistene fra artiklene, fant jeg en forskningsartikkel av Marit Sørensen(2005) som jeg brukte i oppgaven.

Annen faglitteratur som er relevant for problemstillingen er Hummelvolls bok om psykiatrisk sykepleie.( Hummelvoll 2004)

Via nettet fant jeg at sosial og helsedirektoratet har gitt ut informasjonshefter om bruk og tilrettelegging av fysisk aktivitet til psykisk syke.

#### **Mail kontakt med Jean Watson**

Jeg har valgt Jean Watson som teoretiker, på grunn av hennes holdning til å hjelpe pasienter til mestring ved hjelp av sykepleier- pasient fellesskapet. I den forbindelse skrev jeg til henne på e-post Watson, Jean [Jean.Watson@ucdenver.edu] den 06 jan d.å. for å få vite litt mer om hennes holdning til fysisk aktivitet som middel i behandling av psykisk lidelse, Den 29.01 d.å. skrev hun tilbake:

*“Thanks for your interest. Yes, you are correct in relating the theory of caring to also improve physical treatment contributing to healing. Best wishes Jean”*



Jeg hadde håpet på et svar med litt mer utredning om hva hun mener om tema, men det er allikevel morsomt å ha en teoretiker som en faktisk kan spørre om det en tenker er i riktig bane.

## 2.2 Databaser

Søkene etter forskningsartikler i forskjellige databaser resulterte i følgende:

**Tabell 1: Oversikt på søk i databaser**

Database	Dato	Søkeord	Citing Articles	Limits	Antall treff	Tatt ut/bestilt	Gjennomlest abstrakt	Antall valgt	Annen Info	Ref.nr.
Ovid	24.09.2008	Activity, anxiety, physical			8043	1		0	Litteratur studie	
Ovid	24.09.2008	Activity, anxiety, physical	CA			1		1	Publisert , 2002	Ov1
Ovid	29.12.2008	activity mental illness, intervention, physical activity, treatment			45	1	2	0	(Samme artikler som fra Proquest)	
OVID	05.01.2009	Nurse, treatment and therapy mental illness, Physical, help		Fulltekst	18		3	0		
Ovid	02.04.2009	Exercise, depression, clinical		Fulltekst	1273	2	2	1	Pub. 2006 (nr. 6) Metaanalyse	
Ovid	01.04.2009	Physical activity depression		Fulltekst	16307	1	1	1	Publisert 2006 (nr5)	Ov2
Ovid	01.04.2009	Mental illness physical activity		Fulltekst	8	2	2	2	Publisert 2007 (nr. 2)	Ov3
Proquest	16.09.2008	Intervention, activity, mental illness			20	4	2			Pr1, Pr2
Svemed	05.01.2009	Mental, fysisk			97	1	1	0		
Phy	02.04.2009	Exercise, depression, clinical		Fulltekst	1	1		1	Pub 2002.	
Phy	05.01.2009	Mental, Physical, Nurse, Intervention		Fulltekst	120	1	5	1	Publisert 2007 Nr. 37	psy1
Phy nurse	05.01.2009	Mental Illness, Intervention, exercise, Gay Faulkner					3	0		
Forskning.no	24.09.2008	Mental illness				1	1	0		

### **2.3 Kildekritikk**

Det er utført mye forskning om virkning av fysisk aktivitet. Mange av forskningsartiklene måtte forkastes på grunn av at de var eldre enn skolens krav til slike artikler.

Jeg har allikevel tatt med en artikkel fra 2002, da denne er relevant for drøftingen av problemstillingen min. I forskningsartikkelen, *Mental health nursing and the promotion of physical activity* (Faulkner & Biddle 2002) brukes en kvalitativ undersøkelse ved å intervju 12 psykiatriske sykepleiere i Storbritannia. Det kommer fram holdninger gjennom denne undersøkelsen som jeg har brukt i oppgaven min, men når det kun er 12 stykker som er intervjuet, så kan det være tvil om det er representativt i forhold til hele denne gruppen. Vi får heller ikke vite hvilke bakgrunn disse pleierne har, noe som kan gjenspeile hvorfor holdningene og kompetansen er som den er. Men artikkelen stemmer overens med hva jeg opplevde innenfor avdelingene og den gir i så måte en forskningsbase for min opplevelse.

Noen forskningsartikler har med få aktører til utprøving av sin problemstilling og det gjør at konklusjon og resultat må ses i lys av dette. Forskning fra Belgia som var gitt ut av *Psychology of sport and Exercise* i 2004, men selve undersøkelsen er gjort tilbake til 2002. Her ble en mann intervjuet om hvordan han mente fysisk aktivitet virket på ham. Dette er bekreftende forskning. Den gir et lite innblikk i en enkeltpersons opplevelse (Van de Vliet, et al. 2004).

Jeg har tatt med en undersøkelse som ble gjort i California, USA i 2005-2006, som ser på relasjon mellom fysisk aktivitet og depresjon i fire perioder, ett år, fire år og 10 år. Dette er også bekreftende forskning som viser at det er en positive relasjoner mellom disse to variablene (Harris, Cronkite og Moos 2006).

I en forskningsundersøkelse fra England i 2007, har de brukt en kvalitativ undersøkelse ved å intervju 120 pasienter med psykisk lidelse hvordan de opplevde seg selv i forhold til det å være fysisk aktive og hvordan de selv mente at egen selvdrift til aktivitet var.

Denne har jeg brukt i oppgaven min og syns den gir et fint bilde av hvordan pasienten selv opplever sin situasjon og institusjonsmiljøet rundt seg (Usser et al. 2007).

Marit Sørensen har også brukt kvalitativ metode og intervjuet pasienter som hadde vært med i den fysiske aktivitet ved Aker Sykehus. Hun undersøkte hvordan motivasjonen til fysisk aktivitet hadde vært og hvorfor de deltok. Hun benyttet en regresjonsmodell for å analysere svarene hun fikk fra pasientene for å se på sammenheng mellom de forskjellige variablene som eksempel sammenhengen mellom indre, ytre motivasjon, arbeidsplan og

nivå for fysisk aktivitet. Forskningen viser her at det nytter å informere fordi den indre motivasjon er bedre enn å bare bli fortalt av en lege, at de skal trene (Sørensen, 2006). I en av artiklene er det den kardiovaskulære fordelene av å trene som har størst fokus. Det ble utført en direkte undersøkelse av pasienter som ble med på et program. Artikkelen er litt utenfor min problemstilling, men de konkluderer med at trening i tillegg til bedring av den fysiske helse, øker selvaktelsen og jeg har derfor tatt den med som en relevant (Smith, et al. 2007).

Den siste artikkelen er fra 2004 er en kvalitativ undersøkelse. Intervju av 43 personer med psykisk lidelse og med fokus på strategier for å mestre sin lidelse. Av de spurte hadde halvparten diagnosen schizofreni, men funnene var relevant for min problemstilling.

Leting etter relevant forskning som treffer akkurat inn i den problemstillingen er ikke lett, men de jeg har funnet har vist en trend i forhold til tidligere forskning, angående bruk av fysisk aktivitet. Det er sannsynlig at det finnes mange artikler som er nyere og mer relevant og belysende enn de jeg har funnet fram til, men jeg har trukket mine vurderinger og konklusjon ut fra de forskninger jeg har funnet og de fagartikler som jeg har brukt.

Egil W. Martinsen er en pioner innenfor tema fysisk aktivitet og er spesialist i psykiatri. Han har arbeidet med psykisk syke i mer enn 25 år, og har deltatt på forskning og arbeidet på forskningsinstituttet Modum Bad. Han har gjennom sin forskning påvist at fysisk aktivitet hjelper på deprimerte pasienter, men han har ikke gått så mye inn i og sett på hvordan dette kunne integreres i en behandling. Fysisk aktivitet som behandlingsform var på 1980 tallet en lite utprøvd innenfor psykiske lidelser, men forskningen som ble utført, er fortsatt relevant, selv om nyere forskning går mer i dybden på årsakssammenhenger. Jeg har i min oppgave også brukt denne forskningen som ble gjort på 1980- 90 tallet og som ble utgitt av kultur og vitenskapsdepartementets ungdoms og idrettsavdeling (STUI) (Haldorsen (red.) 1986)

Valg av Jean Watson som teoretiker ble gjort på grunnlag av hennes fokus på omgivelser i forhold til helse. Hun mener at helsetjenesten i dag fokuserer for mye på diagnostisering i stedet for å se hele pasienten med sin livsstil, og harmoni i sinn, kropp og sjel. Innenfor psykiatri har diagnosen omtrent vært som en person, og forståelsen for de psykiske lidelsene ung historisk sett. Watson bygger på tidligere teorier fra Nightingale og Maslov's behovspyramide. Det vil si at du må ha de grunnleggende behov på plass før du kan realisere deg selv. Kroppens fysiske helse har betydning for kroppens mentale helse. Det er kun engelske bøker fra henne, jeg har derfor brukt mest fra beskrivelsen av hennes teori i Nina Kristoffersen Jarens bok (2002). Det har vært vanskelig å finne spesifikt hva hun

mener om hvordan fysisk aktivitet skal kunne brukes i en behandling for depresjon. Jeg syns allikevel at hennes sykepleiefokus er passende for den problemstilling som jeg har valgt. Det hun skriver i sin teori, samt den bekreftelse jeg fikk på mail, så stiller hun seg positiv til fysisk aktivitet som behandling så lenge den blir utført på en måte som er pasientoppbyggende og at det er en samhandling mellom sykepleier og pasient. En psykisk lidelse som depresjon har ofte begrunnelse i det menneskets levde liv og de sosiale forhold som det har levd under. Sykepleie ifølge henne kan være å hjelpe personen til å se seg selv fra en annen vinkling.

## 3.0 Teori

### 3.1 Psykisk lidelse

Ordet psykisk er fra det greske ordet ”psykhe” som betyr sjel., sjelsliv (Med. Ordbok, 2004). Det betegner det sjelelige eller sinnsmessige i motsetning til det fysiske – kroppslige. Historisk sett har det psykiske og det fysiske blitt sett på som to separate deler, men senere tids lære og forskning blir mer og mer klar over at kropp og sjel henger sammen. Fysisk slitasje og sykdom kan få psykiske utfall, og psykisk slitasje og sykdom kan få fysiske utfall. Eksempelvis kan lite søvn gi psykisk forstyrrelser, og angst og dissosiasjon kan gi midlertidige lammelser.(Snoek & Engedal 2000).

Psykiske problemer og lidelser er som tidligere nevnt et stort og voksende folkehelseproblem i dag. Dette får innvirkning på enkeltindividet, pårørende, arbeidsmiljø og lokalmiljø. Det fører til problem med å opprettholde yrkesdeltakelsen og deltakelse i fritid og sosialt miljø.

Psykisk helsearbeid er ikke lenger noe for spesielt interesserte, men angår oss alle og tas nå mer og mer på alvor av offentlige myndigheter. Regjeringen Bondevik utarbeidet og iverksatte opptrappingsplan av psykisk helsevern 1999- 2006( St.prp. 2002), mye som følge av at statsminister Bondevik selv opplevde å ”miste grepet om seg selv” i en kort periode. Han ga psykisk lidelse et ansikt. Hans åpenhet om sin lidelse hjalp og hjelper mange psykisk syke i dag med å akseptere sin situasjon på en bedre måte.

Opptrappingsplanen har senere blitt fulgt opp av nye planer med øremerkede midler til psykiatrien, og i juni i år skal det legges fram for stortinget en samhandlingsplan, hvor psykisk helse står i fokus, som følge av den påviste økningen av psykiske lidelser (Samhandlingsreformen 2009).

- I følge WHO er psykiske lidelser årsak til en tredel av all uførhet i verden.
- Depresjon er den vanligste av de psykiske lidelsene.
- Over 20 % av barn og ungdom har en eller annen form for psykisk lidelse.
- I Norge har vi ingen sikre resultater (unntatt antall selvmord) for endring i psykiske lidelser over tid.
- Man har ikke funnet noen enkelt årsak til psykiske lidelser. De skyldes vesentlig et samspill av gener, oppvekst, livshendelser og sosiale faktorer.

(Folkehelse rapporten St. mld nr. 16. 2002-2003).

Egil W. Martinsen(2004) refererer til befolkningsundersøkelse fra Norge og USA, som viser at halvparten av alle mennesker i løpet av livet vil få en psykisk lidelse, hvor en av tre av disse har behov for behandling. (Martinsen 2004)

### 3.1.1 Depressiv lidelse

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr egentlig nedtrykking(Hummelvoll 2004).

Den deprimerede er en som har mistet troen på det meste, troen på mennesker i sine omgivelser, troen på seg selv, på livet og på høyere makter. Sinnet er fylt av fortvilelse og de føler seg kraftløse og matte. De føler seg utslått og overvældes av håpløshet, ha tanker om selvskading og ser heller ikke hensikt i å bekjempe depresjonen. De har en generell nedsatt energi både fysisk og psykisk(Hummelvoll 2004).

I tillegg til de psykiske forandringer kan de også få fysiske forandringer som forstoppelse, nedsatt appetitt, søvnforstyrrelse, menstruasjonsforstyrrelser. Kroppslige smerter som rygg smerter, magesmerter og en vedvarende tretthet er også vanlige plager.

Evne og vilje til å være seksuelt aktiv blir redusert eller borte.

Angst er også et vanlig symptom for mennesker med depresjon. Angsten kan være like framtrædende i alle nivåer for depresjon. Angsten er tanken på at noe ubehagelig kanskje kommer til å skje, mens depresjonen kan være reaksjonen på det ubehagelige som har skjedd (Hummelvoll 2004).

Årsaken til denne lidelsen er ukjent, men det ser ut til å være både arvelige, biologiske og psykososiale forhold i forskjellig grad som spiller en rolle både behandlingsmessig og som årsaksfaktorer. (Snoek, Engedal 2000)

Det er ellers mange teorier og forklaringsmodeller av årsaker for utvikling av depresjon. Hummelvoll(2004), har i sin bok, gjengitt diverse teoretikerens syn på hvordan depresjon oppstår. Han sier videre at det er gjort et forsøk på å fremme en samordnet forklaringsmodell hvor de ser på de adferdsmessige, opplevelsesmessige, biokjemiske p.g.a. lavt serotonin og noradrenalin nivå i sentralnervesystemet og kulturelle sider ved depresjonen som innbyrdes påvirkende faktorer.



### Mild depresjon

Ved mild, forbigående depresjon er resultatorienteringen inntakt. Personen vil føle seg trist men dette vil ikke påvirke dømmekraften i forhold til seg selv og andres motiver. Personen opprettholder selvfølelsen selv om selvaktelsen kan være noe redusert. Når personen har det på denne måten vil de ha et øket behov for ytre bekreftelse på seg selv. De kan trekke seg tilbake fra andre mennesker og sosiale samvær og kan ofte bli følsom for antatte avvísninger. Noen ganger kan fysiske ubehag forekomme som følge av økt følsomhet(Hummelvoll 2004).

## **Moderat depresjon**

Ved moderat depresjon har personen en fordreid virkelighetsoppfattelse, dømmekraften er dårlig og de kan lett misforstå andres intensjoner. Depresjonsfølelsen er framtreddende og evnen til å føle glede er vesentlig redusert. De har en tendens til å trekke seg tilbake fra all sosial aktivitet, de har vansker med konsentrasjon, og blir lett distraheret. Tankeprosessene går langsommere, de blir ordknappe og setninger inneholder ofte selvnedlatende tale. De leter ofte etter mening med tilværelsen er grublende og ytrer ofte anger over ting de har gjort (Hummelvoll 2004).

Det er flere risikofaktorer for å få depresjon, og hvis en tidligere har hatt depresjon er det lett at det gjentar seg. Etter en fødsel er det også mange som kan få en depresjon. Ved vanskelige livsopplevelser og ved sammensatte sykdomsbilder øker risikoen for at en kommer til å få en depressiv lidelse (Stuart 2009)

### **3.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet defineres som "All kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur, som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå. Eksempel på dette kan være mosjon, friluftsliv, lek, trening trim, arbeid m.m. (Handlingsplan for fysiske aktivitet (2005-2009)

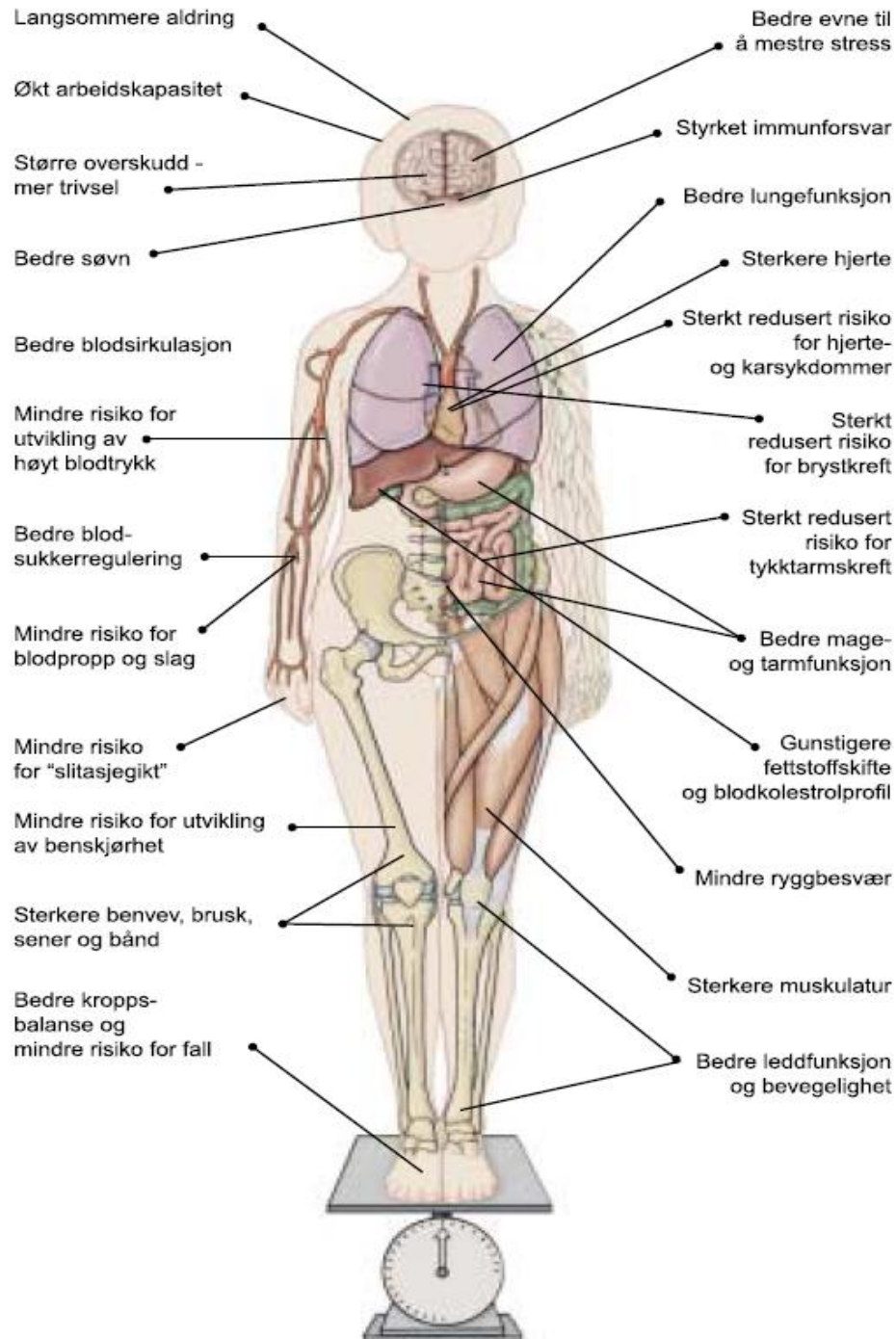


#### **3.2.1 Hvordan virker fysisk aktivitet**

Alle som har trent har kjent følelsen av velvære. Mange som begynner å trene opplever også bedring av selvfølelse, sannsynligvis som følge av at en får et bedre forhold til sin egen kropp. Effekten av jevnlig fysisk aktivitet for kroppen er en bedre helse som igjen gir grobunn for glede og mestring. (Martinsen 2004). Når vi trener produseres endorfiner som blir kalt for lykkehormonet. Dette medvirker til at vi får en god følelse etter en god treningsøkt. Det forbrukes også stresshormoner som blant annet adrenalin og kortison når en er fysisk aktiv. Disse har en tendens til å hope seg opp ved langvarig stress og ved angst og depresjon. På skissen under er det gitt en illustrasjon av alle de positive virkninger fysisk aktivitet gir.

(Handlingsplan for fysisk aktivitet utgitt av departementet, 2005-2009).

## Regelmessig fysisk aktivitet gir:



Bedre grunnlag for opprettholdelse av riktig kroppsvekt  
Utarbeidet av Sigmund B. Strømme. Illustrasjon: Kari C. Toverud

Figur 2: Effektene av regelmessig fysisk aktivitet (Gjengitt med tillatelse fra Sigmund B. Strømme).

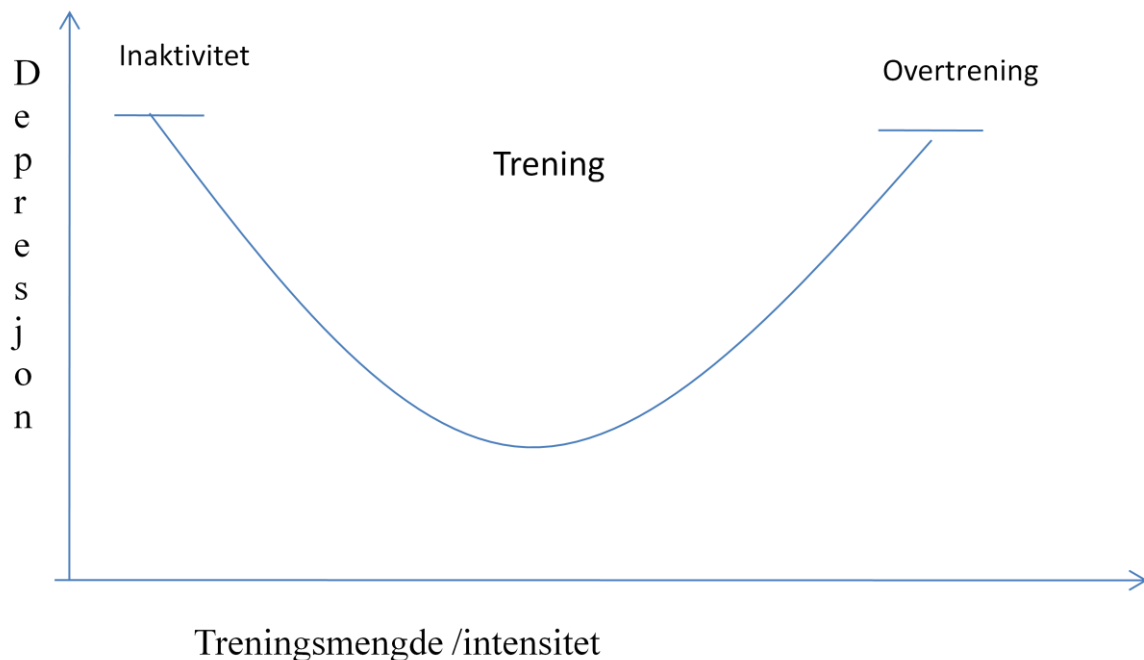


### 3.2.2 Hvordan drive fysisk aktivitet i en psykiatrisk avdeling

Illustrasjonen gir en oversikt over alle de generelle positive virkninger som fysisk aktivitet har på kroppen. Men det kommer også fram virkninger av fysisk aktivitet vil ha direkte innvirkning på depressiv lidelse, slik som bedre søvn, mer energi, og at en blir mindre stressutsatt.

Det er mange måter å drive med fysisk aktivitet på og ifølge Egil Martinsen (2004) er det ikke så mye som skal til. Ved moderat trening i ca en halvtime pr dag tar en ut den største helsegevinsten. Hvis en trener for hardt i starten kan treningen bli opplevd ubehagelig, og faren for skader øker og mange kan miste lyst og motivasjon til å trene. (Martinsen 2004)

Hypotetisk forhold mellom depresjon og treningsmengde /Intensitet



(Illustrasjon fra,(Martinsen 1992)

Kondisjonstrening er den treningsform som gir den beste effekten psykologisk.

Målrettet trening i mindre grupper er anbefalt bedre for pasientenes psykiske helse.

(Haldorsen(red) 1990)

I temaheftet ”*Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykisk lidelse*” som er gitt ut fra Sosial og helsedirektoratet i 2005 og revidert i 2008, er det anbefalt å ta med deltakerne i valg av aktiviteter og legge opp enkle, morsomme og trygge aktiviteter som ikke krever så mye utstyr.

Dersom pasientene får være aktiv med det de har lyst til og liker, er det mer sannsynlig at de vil fortsette med dette over tid og også etter de er kommet hjem(Martinsen, 2004).

Martinsen forteller i sin bok(2004 )at lek ofte ble brukt som redskap til fysisk aktivitet. ”Gjennom leken får pasienten frem latteren, smilet og gleden , samtidig som de får god trening(Martinsen, 2004, 159)

### **3.3 Mestring**

Å mestre noe er definert som å beherske noe, det å gjennomføre en oppgave eller et oppdrag.(Norsk ordbok 1998)

Hvis du har en fortid som plager deg, så glem den: Tenk deg en ny historie for ditt liv, og tro på den. Konsentrer deg om de stundene du har oppnådd det du ville, - og denne kraften vil hjelpe deg til å oppnå det du vil(Coelho, 2004, 15).

Hva er det som gjør at mennesker føler mestring? Det er mange teorier på dette området. Måten en møter tap av kontroll og manglende mestring på kan være skapt allerede fra fødselen av. Eriksons teorier om utviklingsfaser sier at barn som opplever omsorg og støtte i sin utvikling får en positiv grunnholdning som hjelper de å mestre de utfordringer de møter som liten og senere i livet(Bunkholdt 2002).

Martinsen skriver at det å tro på egen mestring handler om det å lære seg regulerende strategier for å kontrollere belastende situasjoner. Ved økning av fysisk aktivitet øker den fysiske utholdenhet, dette overskuddet kan overføres til økt mestring av andre livsområder. En økt selvregulering øker selvtilliten og reduserer depresjon. Fysisk aktivitet er en hjelp til selvhjelp til egenomsorg og mestring (Martinsen 2004)

”Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapasutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse /redusere hans helseproblem”.(Hummelvoll, 2004, 46).

Mennesket har evne til tilpassning og mestring av påkjenning og stress. ”Om man makter å holde ut og komme gjennom pressede og vanskelige livssituasjoner vil man være bedre rustet til å møte nye påkjenninger og utfordringer” (Hummelvoll 2004)

Som sykepleier er en av hensiktene er å hjelpe pasienten slik at han bedrer sine mestrings- og problemløsningsmåter i forhold til sin situasjon og sin psykiske plager(Hummelvoll 2004).

## 4.0 Aktuell forskning

I forskningsartikkelen "*Mental health nursing and the promotion of physical activity*" intervjues 12 psykiatriske sykepleiere i Storbritannia, om hvilke rolle trening og fysisk aktivitet har i en terapeutisk strategi for innlagte pasienter (G. Faulkner & S. Biddle 2002). Alle spurte sa at de hadde brukt fysisk aktivitet i behandling av psykisk syke, noen mente de brukte behandlingen tilfeldig, mens andre mente at de brukte fysisk aktivitet planlagt i en eller annen sammenheng i løpet av en uke. Alle sykepleierne var meget positive i utgangspunktet og hadde tro på bruk av fysisk aktivitet som behandling. De uttalte at de så at pasienter som drev med fysisk aktivitet ble raskere bedre. De ga tilbakemelding om at pasientene som hadde drevet med fysisk aktivitet følte seg mer våkne, mer konsentrert og de hadde mindre hodepine. Fysisk aktivitet ble sett på som et sosialiseringspotensiale med andre pasienter, men også for å bedre relasjon mellom pleier og pasient. Men pleiepersonalet mente at det var pasienten selv som måtte bestemme om de ville trene. De mente også at de som var vant med å trene før de ble innlagt ville fortsette med dette i institusjonen. Fysisk aktivitet ble sett på som en livsstil som ikke kunne påtvinges noen. Det kom fram at personalet manglet teoretisk kunnskap om sammenhengen mellom trening og mental helse. En av pleierne sa: "Jeg ser at trening virker for kropp og sinn, men jeg skjønner ikke hvorfor". Så hvordan kan en pleier innlemme fysisk aktivitet i sin behandling hvis de ikke skjønner sammenhengen faglig om hvordan dette virker? Konklusjonen ble at selv med økende bevismasse og støtte fra ansatte om at fysisk aktivitet har en nytteverdi, så kreves det en større kunnskap av personell, samt en forståelse og kunnskap i institusjonen for integrering av denne behandlingsformen. Psykiatriske sykepleiere eller andre som arbeider med mennesker som er psykisk syke, har store mulighet til å påvirke pasientene til en mer fysisk rettet livsstil (Faulkner & Biddle 2002).

I artikkelen "*Physical Activity, exercise, coping and depression in a 10 year cohort study of depressed patient*" er det utført en kvalitativ undersøkelse over en 10 års periode. Alle pasientene var over 18 år. Målinger ble utført ved 1 år, 4 år og 10 år.

Studien hadde til hensikt å undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet, treningsmestring og depresjon.

Resultatet bekrefter at fysisk aktivitet er en effektiv behandlingsform for mild og moderat depresjon. Mer fysisk aktivitet ga lavere depresjon. Dette sto fast uansett alder, medisinske problemer og negative livsopplevelser. Det var ikke etterfølgende depresjon

etter fysisk aktivitet. Funnene om treningsmestring var sammenlignbare for resultater om fysisk aktivitet.

Konklusjonen på undersøkelsen er at ved mer fysisk aktivitet så reduseres faren for etterfølgende depresjoner. Det er spesielt virkningsfullt for personer i livskriser og medisinske problemer. Uansett vil ingen ta skade av å bedrive fysisk aktivitet(Harris et al. 2006).

Forskning gjort i Belgia i 2007 med tittel "*The effect of fitness training on clinically depressed patients an intra – individual approach*".

De brukte en hierarkisk klasseanalyse for å få innblikk i effekten av trening sett i lys av de forskjellige aspekter av funksjoner til en deprimert pasient. Det ble foretatt intervju av en 32 år gammel mannlig deprimert pasient.

Resultat: Treningen resulterte i en positiv og forbedret mestringsstrategi og vedvarende vilje til å fortsette med fysisk trening. Resultatet ble også en forbedret forståelse for fysisk helse. De mente at en slik undersøkelse som dette var bra som et komplement til den mer tradisjonelle måte å undersøke effekten av fysisk aktivitet for deprimerte pasienter.

Konklusjon var at fysisk aktivitet ikke hadde en direkte antidepressiv effekt, men resultatet viste at fysisk trening sammen med et kognitivt behandlingsprogram, forbedret mestring.(Van de Vliet et al. 2007).

Forskningsartikkelen av Marit Sørensen (2006) "*Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment*" hadde til hensikt å se nærmere på hvordan pasientene i psykiatrisk behandling er motivert for fysisk aktivitet når dette er en del av behandlingsopplegget. Deltakerne var psykiatriske pasienter fra Gaustad, som hadde erfart at fysisk aktivitet var en del av behandlingen. De ble spurt om hvilke nivåer de selv mente de lå på innenfor fysisk aktivitet, og hvorfor de brukte det og hvilke begrunnelse det var for at de tok det i bruk.

Resultatet viste at at det var vanskelig å få fullstendig svar på spørsmålene innenfor denne gruppe av deltakere. Noen fant det vanskelig å svare fullstendig på spørsmålene selv om de var forholdsvis enkle. Svarene kom fra 109 pasienter fra 15 forskjellige psykiatriske sykehus eller dagsenter. Av de som svarte var det flere kvinner enn menn, de fleste var i aldersgruppen mellom 30 og 49 år. 20 av deltakerne fra sykehus 71 fra dagsenter. 60 av de så seg selv som moderat aktiv.

Det ble foretatt en kryssanalyse for å se på beslektskap korrelasjon mellom svarene/variablene. Negativ korrelasjon mellom nivå på aktivitet og motivasjon. En signifikant positiv korrelasjon mellom fysisk aktivitet, motivasjon og aktivitetsplan. Når variablene fysisk aktiv, selvdrikt og aktivitetsplan ble kryssbehandlet så en at motivasjon er den faktoren som påvirker nivået av fysisk aktivitet.

Konklusjon: Den psykiske lidelsen ble redusert ved å være fysisk aktiv. De fant at det ikke er noen forskjell på pasienter i denne gruppen og andre personer når det gjelder motivasjon, selv om denne gruppen har større vansker på grunn av sykdomsbildet. For å motivere pasienter med psykisk lidelse er det viktig å fokusere på de positive effekter som fysisk aktivitet har samtidig som det var god hjelp i en aktivitetsplan. (Sørensen 2006)

Artikkelen "*Physical Activity Preference and Perceived Barrier to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom*" er en studie fra 2007, som vurderer interessen for fysisk aktivitet blant psykisk syke. Undersøkelsen er gjort i en kvalitativ metode, hvor av 120 psykiatriske pasienter intervjues. (Usser et al. 2007)

Resultat: Av 120 som ble med på undersøkelsen var de fleste menn, med forskjellige psykiske lidelse. Den mest populære aktiviteten var spasering etterfulgt av strukturerte øvelser i et treningsrom. Majoriteten mente at de ville trene mer hjemme, enn i en treningssal. Analysen viste at det ikke var forskjell på pasienten når det gjaldt nivå på trening. Selvdrikt for å komme i gang var lavere for damer enn menn og lavere for de med depresjon enn annen psykisk lidelse.

Sammenlignet med resten av befolkningen i Storbritania, var de som svarte mindre aktive. Halvparten av de spurte trodde på helsefordelene ved å trene, gleden ved å trene, og de hadde ønske om å bli mer aktiv. De hadde liten tiltro til seg selv eller selvtillit til det å trene når de var triste og stresset. Fatigue (overtrøtthet), stygt vær og sykdom var de største barrierene mot å trene. Ønske om individuell og gruppetrening sto likt. Og de rapporterte at det var lavt nivå på støtte til å trene.. Majoriteten av de spurte trodde at de ville trene mer om de ble instruert av en instruktør eller anbefalt dette av sin lege. De ville trene mer hvis stedet hadde hatt en instruktør.

Konklusjon: Alle er positive til fysisk aktivitet som tiltak for psykisk lidelse, men det må gjøres noe for å redusere gapet mellom den positive interessen og den lave profesjonelle støtten. Ved å forsterke selvdrikt ved å bekjempe hindringer og skreddersy behandlingen (Usser et al. 2007).

I artikkelen med tittel ” *Persons with Psychosis as Active Agents Interacting with their disorder*”. ble det gjort en undersøkelse hvor de ønsket å se nærmere på om de som led av en psykisk lidelse, kunne spille en aktiv rolle i å se hvordan deres problem hadde kommet til, og hvordan de best skulle være aktiv til å komme seg ut av dette.

Undersøkelsen ble gjort i en kvalitativ metode, hvor 43 personer som var innlagt på psykiatrisk sykehus ble intervjuet. De skulle være mellom 18 og 55 år. Uten hjerneskade og ikke rusmisbrukere av alkohol eller narkotika. Intervjuet hadde oppfølging over en 2 til 3 års periode. Halvparten av de spurte led av Schizofreni, og 18,6 % av alvorlig stemningslidelser.

Fra undersøkelsen fant de at det å lære seg å regulere aktivitetsnivået, ble en meget viktig læreprosess for mange av de spurte. Å være aktiv var en viktig rehabiliteringsmetode, men det var perioder hvor intens aktivitet ikke var riktig metode den kunne til og med virke nedbrytende

Resultat av undersøkelsen viste at det å få hjelp til å legge opp strategier for regulering av aktivitetsnivå, var en av bidragene som de mente kunne bedre deres tilstand.

Undersøkelsen viste at de personer som ikke greide å regulere sitt aktivitetsnivå ble dårligere. Regulering av involvering og ytre stimuli var også viktig. Det kom fram hvor viktig det var å føre en dagbok over forbedringer som de hadde oppnådd, for å opprettholde håp og ambisjoner. Det ble konkludert med at det var behov for flere studier om integrering av flere effektive . behandlingstiltak for personer med psykiske lidelser (Roe, Chora, og Rudnick 2004).

I forskningsartikkel ” *A well - being program (WSP) in severe mental illness. Reducing risk for Physical Ill Health: A Post programmed service evaluation at 2 years*” var hensikten å undersøke om psykisk syke var mer utsatt enn andre for kardiovaskulære sykdommer. Det er kjent at mennesker med psykiske sykdommer har flere kardiovaskulære sykdommer enn resten av befolkningen. Det kom fram at de vil ha fordel av en endret livsstil med fysisk aktivitet i grupper. Slike program som "Well - being support" skulle være mer vidt tilgjengelig og i bruk. I tillegg fant de at selvfølelsen ble bedre og selvaktelsen økte(Smith et al. 2007).

## 5.0 Sykepleiefaglig forankring

### 5.1 Teoretiker

Teoretikerne er plassert innenfor forskjellige kategorier, etter måten de tenker på.

Opgaven min handler om mennesker som er psykisk syke. De vil ha et spesielt behov for å bli sett og hørt. De teoretikerne som kommer nærmest min problemstilling er de som er kategorisert innenfor interaksjon (*Nina Kristoffersen Jaren 2002*). Disse ser relasjonen mellom sykepleier og pasient som grunnleggende. Kommunikasjon og dialog er også et sentralt begrep innenfor interaksjonsmodellene. Det å forstå andres livsverden framheves som vesentlig. Sykepleieren rolle blir å avdekke pasientens opplevelse av sin situasjon. Innenfor denne kategorien finner vi blant annet Joyce Travelbee f. 1926 som er opptatt av å hjelpe pasienter til egen mestring ved at sykepleier terapeutisk bruker seg selv i menneske til menneske forhold.

*Jean Watson* er også en av disse teoretikerne. Hun ble født 1940. i West Virginia USA. Hun har definert sykepleiers mål som det å fremme en høy grad av helse og indre harmoni. Gjennom økt

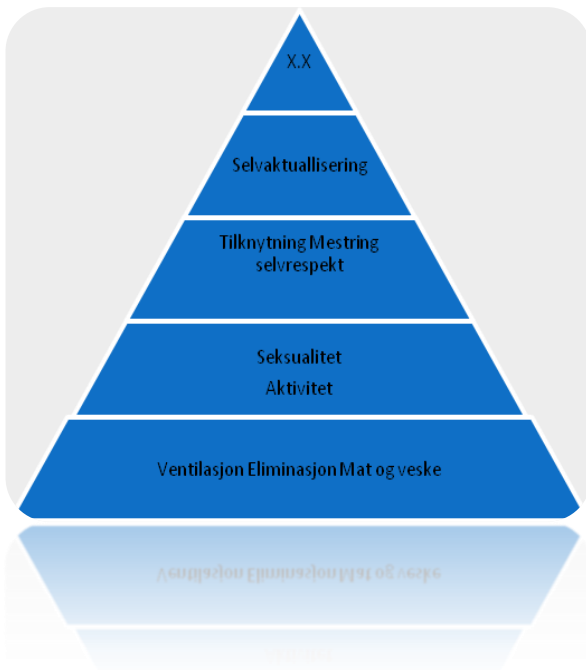


Fig 2 Watsons hierarkiske organisering av de menneskelige behov

selvinnst og selvforståelse blir pasienten bedre rustet til å mestre situasjoner med endring, konflikt og tap. Mestring av livssituasjon kan ses som sykepleierens mål og som et kjennetegn på helse. Hun er opptatt av pasientens omgivelser slik som Nightingale en gang var, dog med nye tilføringar om hva som tilfaller pasientens omgivelser.



Hun mener at kulturelle faktorer har stor innflytelse på hvordan sykepleien utøves. Omsorgen varierer i forhold til den kulturelle forståelse av helse, sykdom og helbredelse. Watson har et helhetlig humanetisk menneskesyn. Hun ser på mennesket som en helhet og summen av det hele kan ikke reduseres.

Watson har vært kritisk til helsevesenets holdninger som har vært å diagnostisere og behandle sykdom. Hun mener at helsetjenesten må rettes mer mot livsstil, sosiale forhold som innvirker på menneskers helse. Hun definerer helse som ” Helse refererer til enhet og harmoni i sinn, kropp og sjel. Helse dreier seg også om graden av samsvar mellom det oppfattede selvet og erfarte selvet.” Hun mener at sykepleien har mye større betydning enn medisinen.

Begreper som kongruens, at det er samsvar mellom det en sier og måten en handler på. At en har empati det vil si evne til å sette seg inn i pasientens problem. Watson har videre skissert opp ti viktige faktorer som hun mener utgjør omsorgens kjerne:

1. Å etablere et humanetisk – altruistisk verdisyn
2. Å etablere tro og håp
3. Å utvikle lydhørhet overfor seg selv og andre
4. Å utvikle en hjelpende og tillitsfull relasjon
5. Å hjelpe pasienten å uttrykke positive og negative følelser, og akseptere disse
6. Å bruke den vitenskapelige problemløsningsmetode når beslutning skal tas
7. Å fremme et mellommenneskelig samspill med læring og undervisning
8. Å tilrettelegge en støttende, beskyttende og (eller) korrigerende mentalt, fysisk, sosiokulturelt og åndelig miljø
9. Å assistere ved ivaretagelse av menneskelige behov
10. Å la ekstensiell – fenomenologiske krefter få virke

Sykepleie er både å fremme helse, forebygge sykdom, gjenvinne helse og yte omsorg til syke. Ifølge henne selv så er fysisk aktivitet en viktig brikke for i helningsprosessen for at personen skal finne tilbake balanse i livet sitt.( Nina Kristoffersen(red) 2002).

## ***5.2 Sykepleie pasientfelleskapet i institusjon***

Som sykepleier i psykiatrisk avdeling treffer vi på pasienter som er deprimert i mer eller mindre grad.

Behandlingen må ha som målsetting å hjelpe pasienten til å uttrykke og gjenkjenne sine følelser. De trenger hjelp til å få bearbeidet følelsen av meningsløshet, og til å få kontroll over sin egen livssituasjon.

Sykepleier må finne hjelpemidler til å gi pasienten økt selvaktelse og hjelpe pasienten til å tørre å knytte seg, og til å stole på andre mennesker.



Slik hjelp kan sykepleier tilby i pasientens hjem eller i poliklinikk, men ved depresjon hvor pasienten føler seg fortvilet og handlingslammet og kan stå i fare for å prøve å ta sitt eget liv, er sykehus det stedet som pasienten kan få den beste hjelpen(Hummelvoll 2004).

I en institusjon er pasienten på en fremmed arena, som kan gjøre at de blir mer vare for tilnærming. Fellesskapet er et motivert møtet mellom to mennesker. Hummelvoll(2004) har skissert utvikling av et sykepleier – pasient -fellesskap i fire faser gjennom tid. Han deler opp utviklingen i en forberedelsesfase, hvor sykepleier vet at pasienten kommer og har gjort seg kjent med historien til pasienten og samtidig gått inn i seg selv som forberedelse på det første møtet. Pasienten har sine forberedelsesprosesser, han har søkt hjelp og har gått gjennom mange tanker rundt seg selv og sitt problem før han er kommet så langt og han har videre gjort seg opp et bilde av hvordan møtet vil bli.

Den neste fasen er orienteringsfasen, det er i denne fasen selve møtet finner sted. Det er viktig at sykepleier i denne fasen er åpen og aksepterende i sin holdning for å gi grobunn for godt samarbeid i fortsettelsen.

Det neste som skjer er en kartleggingsprosess, hvor en ser hvor en står i dag og gjør opp status, og vurderer hvor en vil gå videre. Det er her hovedarbeidet blir gjort. Dette kalles en arbeidsfase, og er den perioden hvor man i fellesskap ser på de problemutløsende faktorer, kommer til erkjennelse og finner ut hvordan en kan komme videre.

Til slutt er det en avslutningsfase, hvor sykepleier må fristille seg fra pasienten. Pasienten kan i de foregående faser kommet til å bli meget avhengig av sykepleieren og det er viktig at pasienten igjen skal stå på egne ben og mestre det å stå på egne ben. Dette bør skje ved nedtrapping, slik at ikke overgangen blir for brå. Det er også lurt av sykepleier å snakke om dette med pasienten før tiden er inne for dette uunngåelige

Som sykepleier er det viktig å stimulere pasienten til større forståelse av egne problem, muligheter og ressurser. I den forbindelse bør det utarbeides en sykepleieplan som hjelpemiddel for å fremme samarbeidsprosessen, og stimulere til problemløsning og mestring. Å arbeide fram en slik plan krever en toveis kommunikasjon med forhandling mellom sykepleier og pasient om hva som skal stå i den. Planen kan deretter brukes som arbeidsredskap mellom sykepleier og pasient, i tillegg til å kunne fungere som undervisning av annet helsepersonell om pasienten(Hummelvoll 2004).

## 6.0 Drøfting

*Hvordan kan sykepleier, bruke fysisk aktivitet terapeutisk, som en del av en mestringsstrategi for pasienter med depressiv lidelse ved akutt psykiatrisk avdeling?*

### 6.1 Pasienthistorie

En pasient på avdelingen sto i døråpningen, døren var så vidt åpen og hun tittet ut og møtte blikket mitt. Jeg ventet, smilte til henne og gikk mot henne. Hun så forundret, og spørrende ut som om hun lurte på om jeg virkelig var interessert i henne. Hun tok et steg over dørstokken i min retning prøvende. Hvordan har du det i dag spurte jeg. Hun så ned og svarte: ”Jo jeg har det greit jeg, men jeg er ikke verdt noe, og jeg fortjener ikke noe. Alle fortjener å bli tatt vare på sa jeg og berørte armen varsomt, og det gjelder deg også. Jeg har en gammel mor, men jeg greier ikke å ta vare på henne sa hun, og så enda mer lei seg ut. Hvor er hun da spurte jeg, hun er på aldershjem sa hun. Da blir hun vel tatt godt vare på der kan du skjønne, sa jeg litt spørrende. Vi trenger alle å bruke tid til bare oss selv av og til, og nå trenger du det?

Samtalen fortsatte og jeg penset inn på hund og hundehold, jeg visste at hun hadde et forhold til dette, det sto i journalen hennes. - Å, jeg savner hunden min, hun ble stille et lite øyeblikk, den er død, sa hun. Uff tenkte jeg, hvordan skal jeg nå klare å dreie samtalen til noe positivt igjen. Men hun fortsatte, det var kjekt da hunden levde, da hadde jeg hvert fall en som var glad i meg, jeg tok den med på tur hver dag. Jeg så at hun lysnet litt når hun snakket om turene og jeg grep sjansen til å dreie samtalen over til dette. Dere gikk tur i naturen da? Ja vi gikk lange turer hunden og jeg. Hun stoppet å snakke og så ut i luften. Kanskje du vil være med å gå en tur ut sammen med meg, det er så deilig ute. Hun så på meg, litt mistenksom først, men så lysnet blikket. - Ja det vil jeg gjerne, hun så ut i luften igjen, det var godt å snakke med deg sa hun og smilte litt med øynene.

Det ble tur sammen med pasienten klokken ett som vi avtalt. Turen ble ikke så lang, men jeg var fornøyd med resultatet av samtalen og at jeg faktisk hadde fått henne med ut å gå. Mens vi gikk snakket vi om lyset og våren og den deilige luften ute. Og vi kom nærmere hverandre.

Dette var en liten fortelling om et møte med en deprimert pasient som jeg ble godt kjent med når jeg arbeidet på en psykiatrisk avdeling. Hun hadde mistet matlysten og var nesten

bare en skygge av seg selv. Selvtillit og selvaktelse var så godt som borte. Hun hadde diagnosen moderat deprimert.

Alle mennesker har sin historie, vi kan være så forskjellige, men allikevel så like i våre behov.

## **6.2 Sykepleier – pasientfelleskapet – Hvordan bli kjent**

I Hummelvolls bok(2004), snakkes det om faser for å etablere et godt sykepleie pasientfelleskap. Det er viktig å være forberedt som sykepleier på hvilke pasient som kommer, få tid til å kjenne på sine egne holdninger, være åpne og ærlige. Dette for å danne ståsted for felles plattform med pasienten(Hummelvoll 2004). Hvis en får presentert ny informasjon om pasienten som en ikke er forberedt på, kan en via kroppsspråk og stemme avsløre ubearbeidede og gale holdninger, og dermed skape et vanskelig utgangspunkt for videre samarbeid.

Det å ønske å bli kjent med noen, betyr for meg at en bruker tid på den personene en vil bli kjent med. Når personen har noe å fortelle, så lytter en av interesse til det som blir sagt og husker det i ettertid. I sykepleie - pasient forholdet så fungerer det nesten på samme måte som i det private. Som sykepleier i møte med pasient er det den grunnleggende interessen for mennesket og ønske om å yte omsorg som vises i måten en går fram på, i en bli kjent fase.

I den forberedende fasen må en danne seg et bilde av pasientene. Hvem er de, hva liker de og hvilke interesser har de?(Hummelvoll 2004).

Hvordan kan en vite hva som er best for en pasient, hvis en ikke bruker tid på å bli kjent ?

I en avdelingen jeg arbeidet i en periode, var det ikke alle som brukte tid på å lese journalen før de møtte en pasient. En pleier sa til meg, når jeg ville lese litt i journalen om pasienten: ”Det er bare å hoppe i det, du blir nok kjent med pasienten etter hvert”. Jeg likte ikke å føle at det var galt å bruke tid på å sette meg inn i den pasient som jeg skulle ha ansvar for den dagen. Det krever styrke å fortsette å lese på pasienten, når kolleger prøver å antyde at det er misbruk av tid. Heldigvis fikk jeg støtte fra en annen av personalet som understreket viktigheten i å lese om pasienten før et møte. Etter mitt syn så handler det om respekt for det mennesket du skal møte, samtidig vite hva en skal se etter for å kunne tenke sykepleie. Det er ikke alltid at opplysningen i en journalen forteller så mye, og det er først når en møter pasienten at en blir kjent på ordentlig, så slik sett så kan det være riktig som pleieren sa, at du vil finne kunnskapen om pasienten etter hvert. Blikk og kroppsspråk og

uttalelser fra pasienten selv, gir en dypere informasjon og følelse av hvordan denne personen virkelig er og hvordan han har det.

Pasientene forstår når du har lest om dem før du møter dem, jeg opplevde at pasientene ble glad fordi jeg hadde tatt meg tid til å lese litt om dem på forhånd. De utrykte at ved å være litt forberedt, viste jeg at jeg virkelig var interessert i dem. Men det er i samvær og når en snakker og spør pasienten direkte, at en får det mest utfyllende og reelle svar på hva og hvordan pasienten foretrekker at ting skal være.

Det er ikke alltid at samtale er den riktige måten å oppnå fellesskap og kontakt på. Den deprimerte trenger noen som viser at de har tid og tålmodighet og som også kan tåle å sitte sammen med dem i taushet(Hummelvoll 2004) I et samvær må pleier se etter tegn som forteller hva som er det riktige å gjøre i øyeblikket for å komme pasienten nærmere. De deprimerte søker trygghet og støtte og setter seg ofte i nærheten av en pleier som de føler en tilhørighet til. I en avdeling kan det derfor i noen tilfelle være riktig bare å sette seg ned med et blad i et fellesrom. Og bruke denne stunden til bare å observere.

### ***6.3 Bruke fysisk aktivitet terapeutisk.***

#### **6.3.1.Det terapeutisk fellesskap**

Når pasienten kommer inn i en psykiatrisk avdeling og har behov for hjelp, er han ekstremt sårbar og var for sykepleiers holdninger. En moderat depressiv pasient har i tillegg en redusert dømmekraft på andres motiver. Dette stiller store krav til den sykepleier som skal møte pasienten når han kommer til avdelingen, det er selve møtet at den gjensidige forståelsen for hverandres eksistens oppstår. Jeg fikk i den tiden jeg arbeidet i psykiatrisk avdeling føle det granskende blikket fra pasientene. De lette etter bekreftelser dypt inn i øynene mine, skulle liksom finne ut hva jeg sto for og om jeg mente alvor med å ville hjelpe dem.

Hvordan kan sykepleier klare å gi pasienten økt selvfølelse og sykdomsinnsikt i en atmosfære av mistenksomhet ? Den deprimerte pasienten er ofte likegyldig og har mistet grepet om seg selv og trekker seg tilbake fra det sosiale samvær. Og ofte føler de seg avvist, og har vansker med å forstå at sykepleier gjerne vil hjelpe. De har et negativ tankemønster, og leter ofte på bekreftelser for å få den negative vinklingen til å stemme med virkeligheten.

I et terapeutisk nærvær må en tilpasse kommunikasjonen og skape en terapeutisk atmosfære. En person trenger støtte til å utvikle sine egne mestringmåter gjennom felles planlegging av tiltak(Hummelvoll 2004).

Det å evne og vise pasienten at hun eller han faktisk betyr noe, og at pleien er noe sykepleieren virkelig ønsker å gi, krever at en er nyskjerrige på pasienten som menneske og hundre prosent tilstede i den jobben en skal utføre. Hverdagen er fylt opp av forskjellige jobbmessige gjøremål som kan okkuperer tankene og forstyrrer konsentrasjonen pleieren har mot pasienten.

Det å ha etablert en felles plattform bli viktig for at pleier skal tørre å utfordre pasienten til gjøremål i et behandlingsøyemed. Hummelvoll påpeker i sin bok(2004) at en som sykepleier må tåle å bli for pasienten en følgesvenn, som vekselvis gir støtte og utfordringer. Men har sykepleiere i dag nok tid til å etablere et slikt ansvarlig fellesskap? Med den nedskjæring som har vært innenfor psykiatrien, ser det ikke ut som om myndighetene har forstått hva som må til for å kunne gi god terapeutisk sykepleie. Det har heldigvis ved vår nye omsorg og helseminister Bjørn Håkon Hansen blitt satt fokus på at de med psykisk lidelse ikke får den optimale pleien i dag. Hansen har gjort noe ingen har gjort før og det er å trekke inn en pasient, Dag Enerly, for å hjelpe myndighetene til en bedre forståelse for menneske som pasient i helsenorge.(Samhandlingsreformen 2009)

I en terapeutisk sykepleie må en ha tid og kompetanse. Kompetanse ved at en må kunne forklare til pasienten hva som skjer med kroppen når en er fysisk aktiv , hvorfor aktiviteten virker og hvor mye som skal til for at det skal virke som behandling. Kompetansen skinner igjennom i måten en tenker på. I forskningen som ble gjort i England kom det fram en holdning fra sykepleierne som vitnet om at de ikke helt forsto konsekvensen av pleien de utførte. Det er ikke nok å bare mene at pasienten ikke har en fysisk aktiv livstil, og så la være med å oppmuntre, og prøve å overbevise pasienten til å bli med på den fysiske aktiviteten. (G.Faulkner & S. Biddle 2002). Å yte omsorg som sykepleier er å etablere tro og håp og gi pasienten en større selvinnsikt, sier Jean Watson(Kristoffersen (red),2002). Fysisk aktivitet er et middel som gir pasienten et reelt håp om bedring og gjør det lettere å velge å bli med på de aktivitetene som er på programmet(Roe, Chora, og Rudnick 2004).

### **6.3.2. Sykepleiers bruk av fysisk aktivitet**

Å gjøre noe terapeutisk vil si at en har et mål for øye. En bruker en behandlingsform bevisst for å oppnå et bestemt resultat. Som Hummelvoll(2004) sier så arbeider sykepleier på en måte som har en til hensikt å gi pasientene en økt selvinnsikt og situasjonsforståelse. I min fortalte pasienthistorie, så oppnådde jeg å få pasienten med ut å gå, men dette er ikke nok for at det skal kunne kalles terapeutisk. Jeg hadde et mål for øye, men dette var ikke et

mål som pasientene var kjent med, og det var ikke etablert en avtale. Pasienten ble med ut, og det var selvsagt godt for henne og jeg var for så vidt fornøyd med at jeg hadde greid å få dette til. Men hvis jeg som sykepleier skulle kalles å bruke fysisk aktivitet terapeutisk, så måtte dette være en planlagt handling, hvor pasienten var bevisst på at hun gikk tur i hensikt i å bli bedre for sin depresjon. Men samtidig så kan det allikevel være terapeutisk, hvis pasienten er sterkt deprimert. En pasient som er moderat deprimert, kan han ha vanskeligheter med å involvere og engasjere seg i en arbeidsplan, så i en fase hvor pasienten er langt nede så kan det være riktig av sykepleier å bruke etablert sykepleie-pasientfellesskap til å ta avgjørelser for pasienten som er tjenelig i behandlingsøyemed på sikt.

Martinsen nevner i sin bok (2004) at lek var et godt middel for å få pasienter til å bli med å bevege kroppen sin. Men hvis leken skal være en del av en terapeutisk behandlingsform, så må den være målrettet og en del av en behandlingsplan, slik at pasienten hvis mulig vet at de er med i lek som en del av et behandlingsopplegg.

Det er viktig sykepleier bevisstgjør og informerer pasienten under trening, om at den gode virkningen de føler i kroppen sin, faktisk kommer av den treningen de utfører. Hvis de ikke blir fortalt hvordan treningen virker og at de selv har et ansvar for sin egen kropp og helse, så er det lite sannsynlig at de fortsetter med trening etter at de kommer hjem.

I forskningen fra Storbritannia kom det fram av svarene fra pasienter, at sykepleierne ikke var nok støttende og at de ikke var flinke nok instruktører (Usser et al. 2007). Hvis en skal arbeide terapeutisk så innebærer det også å kunne gi det nødvendige push og den motivering som skal til for å komme i gang. Hvis kompetansen ikke er til stede, kan det ofte bli feil pleie som blir gitt, ved at pleien inneholder en feilslått forståelse av hva som er det riktige å gjøre. Det har altså ikke noe med at pleierne ikke ønsker å gi omsorg, men at de gir den på en måte som ikke er tjenelig for pasienten. I forskningsundersøkelsen av pleiepersonalet viste det seg at de egentlig visste lite om hvordan trening virket på kroppen (G.Faulkner & S. Biddle 2002).

Mobilisering er en viktig sykepleietiltak i en postoperativ fase for en pasient. Det er da ingen som spør pasienten om han gidder å bevege seg, det er simpelthen bare noe pasienten må gjøre. Sykepleierne bruker ofte mange motiveringsstrategier for å få til dette, og de lykkes, vil jeg påstå i de fleste tilfeller. Hvis pleierne hadde brukt en lignende tankegang og strategi for å bruke fysisk aktivitet som et nødvendig tiltak for pasienter med psykisk lidelse, så hadde vi kanskje sett mye mer fysisk aktivitet innenfor de psykiatriske avdelinger. Å bruke fysisk aktivitet som terapeutisk tiltak betyr at sykepleier må tenke på

dette som en vesentlig del av behandlingen for en pasient. Aktiviteten blir ikke likedan som en prosedyre for en postoperativ pasient, men det bør være en prosedyre som sier at sykepleier i samarbeid med pasienten, skal finne en fysisk aktivitet, som passer for den enkelte pasient.

#### **6.4 Program - Arbeidsplan / Dagsplan**

Kan vi tvinge noen til fysisk aktivitet? Forskning (G.Faulkner & S.Biddle 2002) gir et innblikk i sykepleiernes holdninger om at det ikke gikk an å påtvinge noen av pasientene fysisk aktivitet. I Norge ble det i 1979 gjort et forsøk på å gjøre aktivitet obligatorisk. I Haldorsen(1986) bok er det referert en artikkel av Leif Roar Falkum(1979). Han forteller om jogging som obligatorisk fast del av behandlingsprogrammet i psykiatrisk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus. Artikkelforfatteren var den gang en relativt fersk lege med nylig avsluttet idrettskarriere bak seg, og han ble provosert av å se på passivitetet som rådet blant pasienter med psykisk lidelse og fikk klarsignal til å starte opp denne joggegruppebehandlingen. Behandlingen var obligatorisk men differensiert i forskjellige vanskelighetsgrader alt etter fysisk form. Pasientene ble orientert ukentlig fordi de ønsket informasjon, undervisning, bevisstgjøring og støtte, for personalet var møtene viktig for å øke forståelsen og innsikten.

Kanskje må en pushe på og lage obligatoriske aktiviteter for å få alle til å bli med. Ved å involvere pasientene slik som det ble gjort ved Aker Sentralsykehus, så viste det seg at det fungerte.

Jeg har spurt noen pasienter direkte om hvordan de syns det ville være å ha en obligatorisk trening på programmet. De mente at hvis noen prøvde å tvinge de til noe aktivitet, ja så ville de i hvert fall ikke bli med. Og det hørtes logisk ut for meg.

I heftet fra sosial og helsedirektoreatet er det uttalelser fra to pasienter om hvordan de så på fellesskapet med sin veileder :

”Endelig noen som har tid til å lytte!

Dessuten turte veilederen min å spørre om litt vanskelige saker uten å gå rundt grøten og kalte en spade for en spade.

Så det var helt greit å bli ”tuppa litt i ræva”- på en OK måte!

Han pratet med meg og ikke til meg; – det er det stor forskjell på. Så jeg fikk følelsen av at han virkelig ville hjelpe meg.

I tillegg fikk jeg svar på det jeg lurte på. Når veileder var seg selv, kunne jeg også være det.” (Shir. 2007)

Så hvordan kan man lage en obligatorisk trening og så føle at de lykkes med det? Etter min forståelse må det komme an på måten det blir framlagt på. Hvis pasienten føler seg involvert i prosjektet og delaktig i måten det gjøres på, så blir det ikke lenger en pekefingermentalitet. At pasienten føler at sykepleier snakker med han og ikke til han som referert over.

Den deprimerte pasienten har gjerne konsentrasjonsvansker og de kan ha vanskeligheter med å huske hva som blir sagt til dem (Hummelvoll 2004). I forhold til denne teorien så stemmer det at de deprimerte trenger noen til å huske for dem, og til å ha en enkel ukeplan å følge, som de selv har vært med å forme. Det er ikke nok å vente på at de selv skal ta et initiativ om å bli fysisk aktiv. Det er for lett å si at pasienten ikke vil bli med fordi de ikke har en aktiv livsstil (G. Faulkner & S. Biddle 2002). Pasientene ønsker mer hjelp og instruksjon fra pleier (Usser et al. 2007) og som sykepleier kan en i tillegg hjelpe pasienten med å få laget et individuelt og konkrete treningsprogram og treningsmål dag for dag. En aktivitets og dagsplan som i forskning viste seg å være en viktig motivasjonsfaktor. I boken til Berge og Repål (2003), er det skrevet om viktigheten av dette. I dagboken er det anbefalt å sette tallverdier fra en til ti på hvor deprimerte de føler seg i de forskjellige gjøremål i løpet av en dag. For eksempel *kl. 07.00 sto opp (7)*. Her skisserer pasienten at han følte seg ganske bra om morgenen, dette kan være til hjelp for personale for å kartlegge tidspunkt for en eventuell aktivitetsplan, der pasienten selv kan bestemme når på dagen det vil passe best å utføre en aktivitet.

Fysisk aktivitet kan gjøres på så mange måter og i flg. Martinsen (2004), er det ikke så mye som skal til. En halvtime med ballspill som alternativ eller hva med en spasertur? Det at det er strukturert og i faste former er viktig. I en slik prosess hvor det er nedskrevet planer om neste dags gjøremål kan deprimerte pasienter lett la seg stresse. Det er derfor viktig at sykepleier forstår hvordan pasientene har det og viser anerkjennelse for framskritt, og vise forståelse for tilbakeskrittende som også vil komme. (Torkil, Berge og Arne Repål 1997). ”Når mennesker er trette er det på tide å hvile litt. Men hvis det er depresjon som forårsaker trettheten er det best å bli aktiv. Legger en seg ned kan en bli mer deprimert og utmattet.” (Berge, Repål 2003).

Hvis en er langt nede så er det ekstra tungt å bli motivert til å utføre en aktivitet, men etter hvert som pasienten erfarer at trening hjelper, så er det kanskje nettopp i disse øyeblikkene han godt av å komme seg opp av sengen eller sofaen, og bevege kroppen.

Selve arbeidsplanen fungerer som en mestringsstrategi i seg selv, ved at pasientene fysisk ser at de deltar på trening de kjenner at de blir bedre og de føler at de mestrer noe. De vil



føle en større kontroll over egen kropp og et økt velvære(Hummelvoll 2004) i tillegg så motiveres de av den tilbakemelding de får av personalet.

### **6.5 Hvordan motivere til fysisk aktivitet**

For å kunne motivere andre er det en fordel om en selv har interesse for det en skal motivere i. Det er ikke dermed sagt at hele personalet skal ha en unik interesse for fysisk aktivitet, men at der er noen som går foran med den nødvendige kompetansen. De som har kompetansen, kan inspirere andre i personalet og ikke minst undervise pleiere i hvordan fysisk aktivitet virker, og gi råd om hvordan en slik motivering kan skje.

”Det er påfallende hvordan personalets motivasjon til å delta på trimmen, påvirker pasientenes deltakelse. Pasientene har flere unnskyldninger til å ikke delta, dersom personalet er fraværende”(Martinsen 2004, 159).

Forskning sa at personalet så på fysisk aktivitet som en livsstil.(Faulkner & Biddle 2002). Det er riktig at det er en livsstil å trene, men for å få dette som livsstil, må en begynne en gang. Forskning viste også at ved å trene, så fikk pasienten lyst til å fortsette med dette etter de kom hjem (Usser,et al. 2007).

Det kan være vanskelig å motivere personer i en sterkt nedstemt perioden. Depresjon er en stemningslidelse og manglende motivasjon er en av de symptomer som denne lidelsen har. Det er derfor naturlig at det blir vanskelig å motivere denne gruppen( Jfr. s.11) Personalet i undersøkelsen fra (G.Faulkner&S.Biddle 2002) viste til at en ikke kunne tvinge noen til å trene. Det er sannsynlig at de som led av depresjon var innenfor denne kategorien som personalet så ikke hadde lyst og ikke ville tvinge på trening(Usser et al. 2007). Så hvordan kan en da motivere en slik gruppe som ikke har fnugg av interesse for å gjøre noe annet enn å trekke seg tilbake og ligge på rommet sitt.

I Hummelvolls bok(2004), var det trukket fram viktigheten av å ha en arbeidsplan hvor pasienten selv er delaktig i å sette opp planer for konkrete handlinger som kan bedre situasjonene. Men hva om pasienten ikke vil trene selv etter en som sykepleier har prøvd å motivere og informere etter alle kunstens regler. De deprimerte trenger tid og støtte og sykepleier må huske å ikke ha for mange spørsmål eller gjøremål på en gang. Det er viktig at sykepleier ikke gir opp, men prøver med nye innfallsvinkler og trekker inn og bruker bevisst det som kan ses av positivitet fra pasienten i øyeblikket.

Det å bli motivert krever at kunnskapen som pasienten har blitt tildelt har fått tid til å modne. Når sykepleier kommer tilbake til pasienten og gjentar spørsmålet og gir tilbud på

nytt om å bli med på fysisk aktivitet, har kanskje pasienten fått tenkt over tilbudet ordentlig og blitt mer positiv til å prøve å være deltagende allikevel. I forskningen til (Falkum 1979) var det pasientene som ville ha informasjon om trening for å bli bevisstgjort. Den ukentlige informasjonen som de hadde på Aker universitetssykehus, er et klassisk eksempel på hvordan de som blir informert og orientert føler seg sett, ivaretatt og blir motivert til å fortsette. I Arbeidspsykologisk historie har vi også lignende eksempel på at når de som er med i et prosjekt føler at de er ”viktige” øker motivasjonen og gleden i å fortsette. Så det å informere og orientere om den fysiske aktiviteten regelmessig er en motivasjonsfaktor i seg selv.

De som er innlagt på sykehus, ønsker å bli kvitt sin angst eller depresjon. Hvis sykepleie - pasientfellesskapet er optimalt, så vil pasienten stole på pleierens informasjon og ha et ønske om å prøve de råd som kommer.

For at pasienten skal føle motivasjon til å delta på en aktivitet er det viktig å starte med noe som pasienten mestrer noe som er lystbetont og morsomt (Sosial og helsedep. 2005).

De bør begynne med noe de får til og lykkes med. Dette er med å styrke selvfølelsen, minsker oppgittheten og gir lyst og ny giv til å delta på mer.

I forskningsartikkelen (Faulkner & Biddle 2002) så pleiepersonalet så god effekt av trening. De forklarte i studien at pasienter som trente selv sa at hodepinen ble borte og at de ble mer våkne og deltagende. Hvis disse pasientene hadde god virkning, så hadde det kanskje vært en ide om personalet brukte disse pasientene som en motivasjonsfaktor til de som ikke så nytteverdien av å trene. Her hadde personalet et levende eksempel på at trening faktisk hjelper. Hummelvoll (2004) nevner også i sin bok at det å bruke medpasienter i omsorgsarbeid, er et ubrukt motivasjonspotensiale (Hummelvoll 2004).

Som sykepleier må det være flott å kunne bruke medpasienter som motivasjonsfaktor. De kunne eksempelvis delt sine erfaringer med de andre pasientene i et møte hvor personalet holdt informasjon om fysisk aktivitet og virkningen av det. Det ville kanskje også føre til en økt sosialisering, hvor pasientene lettere kunne samtale med sine medpasient og om ønskelig få mer informasjon om hvordan treningen virket.

For at deprimerte pasienter skal bli motivert til å trene, må det også være de rette rammer. Hvis det skal være en prosedyre i en behandling så må det legges tilrette for dette i avdelingene. Det må finnes muligheter for forskjellige typer av aktivitet, og det må også tas hensyn til de forskjellige typer av psykiske lidelsers behov. For deprimerte pasienter

blir et stort rom med mange pasienter som trener samtidig, kanskje noe overveldene og støyende. Den deprimerte søker trygghet og støtte og de vil derfor heller ikke trives hvis de blir alene i et treningsrom. Hvis sykepleier skal ha mulighet for å finne det optimale tilbud for den enkelte pasient så må det finnes etablerte alternative treningsmuligheter å velge i. Det er også viktig å få etablert et ettervern til pasienten. Sykepleier kan orientere seg om hvilke treningsmuligheter som ligger der hvor pasienten bor og tenke på dette når det blir laget treningsplan. Det er viktig at pasienten fortsetter å trene etter oppholdet på sykehuset, og for at dette skal bli lettere trenger pasienten hjelpe til å få etablert en rutine som han selv greier å opprettholde og forholde seg til.

## 7.0 Konklusjon

Så hvordan kan sykepleier, bruke fysisk aktivitet terapeutisk, som en del av en mestringsstrategi for pasienter med depressiv lidelse ved akutt psykiatrisk avdeling? Martinsen skrev i sin konklusjon i sin undersøkelse i 1983, at fysisk aktivitet var lite påaktet og at det psykiatriske fagpersonalet ikke hadde erfaring med å bruke dette som behandling. (Haldorsen 1990)

Jeg kan ikke se ut fra funnet forskning og mine egne erfaringer at vi er kommet så mye lenger innenfor sykehusavdelinger i dag. Akutt psykiatrisk avdeling er spesielt siden pasientene er her så kort periode, men det er allikevel viktig å få på plass planer som innbefatter forskjellige former for fysisk aktivitet alt etter hva som passer best for den enkelte pasient.

*Fysisk aktivitet øker selvaktelsen, gir mesting og glede. Det er derfor et viktig virkemiddel, som koster lite å bruke og som ikke har noen bivirkninger for pasienten. En generell virkning av fysisk aktivitet er at den bidrar til ytre og indre motivasjon, samt positiv tenkning(Martinsen 2004)*

Forskning viser at det ikke er nok kompetanse blant pleiepersonell om virkningen av fysisk aktivitet, så for å kunne bruke fysisk aktivitet som en behandling må denne kompetansen bli bedre. *Det bør derfor komme inn flere pleiere med kompetanse som forstår å bruke fysisk aktivitet som behandlings og mestringsstrategi for pasientene.*

De som er ansatt som pleiepersonell må ha interesse for å være aktiv sammen med pasienten – fordi forskning viste at dette ga mer motivasjon for pasientene til å delta (Sørensen 2006)

Fysisk aktivitet brukes i psykiatriske sykehusavdelinger i dag. Men ut fra den forskning og litteratur jeg har funnet, så er det lite strukturert som behandlingform.

*For å kunne bruke fysisk aktivitet terapeutisk så må det være bevisst integrert i form av konkrete arbeids, dags og ukesplaner for pasienten.*

Pleierne må forsterke selvdriften til pasientene, bekjempe hindringer og skreddersy behandlingen(Usser et al. 2007).

Arbeidsmiljøet må gi større rom og tid slik at sykepleier kan utvikle et godt sykepleie – pasientfellesskapet, og det må være ytre rammer og støtte i omgivelsene for å kunne bruke denne behandlingssform på en mest mulig individuelt tjenelig måte.

## 8.0 Etterord

Det er ikke mye tid til rådighet i forbindelse med skriving av en slik hovedoppgave. Tema vakte mer og mer interesse etter hvert som oppgaven skred fram. Det er nå etablert et studie ved Høyskolen i Hedemark. Gjennom teoretisk og praktisk tilnærming skal studiet kvalifisere helsepersonell til å bevisstgjøre egne roller og fokusere på og stå ansvarlig for tilrettelegging av fysisk aktivitet som en integrert behandlingsform i psykisk helsearbeid. Hadde jeg hatt mer tid skulle jeg ha kontaktet de for å høre hvordan de tenker i forhold til motivasjons faktorer de har lagt vekt på.

**Mauren** (av Inger Hagerup)

Liten ?

Jeg?

Langt ifra

Jeg er akkurat stor nok.

Fyller meg selv helt på langs og på tvers.

Fra øverst til nederst.

Er du større enn deg selv kanskje ?

## 9.0 Litteraturliste

### Bøker

Almås, Hallbjørg (red), 2001. *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Berge, Torkil og Repål, Arne. 2003. *Lykketyvene , hvordan overkomme depresjon*, Oslo: Aschehaug & Co. ( W. Nygaard)

Berge, Torkil og Repål, Arne. 1997. *Trange rom og åpne plasser* ( 3. og reviderte utgave 2004) Oslo: Aschehaug & Co. ( W. Nygaard)

Bunkholdt, V. 2002. *Psykologi; En innføring for Helse og Sosialarbeidere*, Oslo: Universitetsforlaget.

Coelho, Paulo 2004 *Livet* Oslo: Bazar forlag

Dallan, O. 2007. *Metoder og Oppgaveskrivning for studenter*, Oslo: Gyldendal Fossum

Hummelvoll, J.K. 2004. *Helt- ikke stykkevis og delt*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren (red). 2002. *Generell sykepleie 1, fag og yrke – utvikling verdier og kunnskap*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Haldorsen Jahn. Redaktør. 1986. *Psykiatri og fysisk aktivitet*, Del 1, utg. 1990.

Martinsen, Egil W. (1983) *Erfaring med fysisk trening ved en psykiatrisk klinikk –avdeling Kultur og vitenskapsdepartementet, Ungdom og Idrettsavdeling (STUI)* Oslo: Universitetsforlaget AS

Haldorsen Jahn. Redaktør. 1988. *Psykiatri og fysisk aktivitet*, Del 2.

Falkum, Leif Roar (1979) *Jogging som obligatorisk program ved åpen psykiatrisk avdeling Kultur og vitenskapsdepartementet, Ungdom og Idrettsavdeling (STUI)* Oslo: Universitetsforlaget AS

Martinsen Egil W. 2004. *kropp og Sinn: Fysisk aktivitet og Psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Stuart, Geil W. 2009. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Canada: Mosby Inc. and Elsevier Inc.

Snoek, J.E., & Engedal, K. 2000. *Psykiatri: Kunnskap forståelse Utfordringer*, Oslo: Akribe forlag.

Watsen, J. 2005. *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia, United States of America: F.A. Davis Company.

### Artikler

Faulkner G. & Biddle S. Mental health nursing and the promotion of physical activity, *Journal of mental health, nursing*, Vol. 9, 659-665

Harris Alex H. S., Cronkite Ruth, Moos Rudolf, Physical Activity, exercise, coping and depression in a 10 year cohort study of depressed patient, *Journal of Affective disorders* Vol. 93(1-3),ss. 79 -85

Martinsen, Egil W.1992. Fysisk aktivitet hjelp til selvhjelp ved psykiske lidelser, *Hefte fra serien; depresjonshåndboken*. Lysaker: H. Lundbeck AS.

Martinsen, Egil W. (2008). Let's get Physical, *International Journal of Mental Health Nursing* Vol. 17 ss. 363-369.

Roe David, Chopra Miriam & Rudnick Abraham, (2004) Persons with Psychosis as Active Agents interacting with their Disorders, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1. 28 s 2

Smith Shibulade, Yeomans David, Bushe Chris J.P., Erikson Cecilia, Harrison Tom, Holms Robert, Mynors - Wallis Laurence, Oatway Helen og Gary Sullivan, (2007) A well - being program (WSP) in severe mental illness. Reducing risk for Physical Ill Health: A Post programmed service evaluation at 2 years. *European Psychiatry* vol. 22, 413-418.

Sørensen, Marit (2006), Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment, *Scandinavian Journal of medicine & science in sport*, Vol. 6, ss. 391-398

Usser Michel, Stanbury Liam, Cheeseman Vicky og Faulkner Guy (2007), Physical Activity Preference and Perceived Barrier to activity among persons With Severe Mental Illness in the UK, *Psychiatric Services Arlington* Vol.58 s. 3; s. 405.

Van de Vliet P., Auweele Y. Vanden, Knapen J., Rzewnicki R., Onghena P og Van Coppenollo H. (2004), The effect of fitness training on clinically depressed patients an intra – individual approach, *Psychology of sport and exercise* Vol. 5, ss.153-167

### Offentlig publikasjoner

Sosial og helsedirektoratet, Norges Idrettsforbund, Olympiske komitè, Idrettskonsulent Toril Moe, Aker Universitetssykehus (2005, revidert 2008) Tipshefte, *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med Psykiske lidelser* Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Helse og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen, en ny helsereform*.

Helse og omsorgsdepartementet(2002-2003), Stortingsproposisjon nr. 1

Web side: <http://www.regjeringen.no>

Helse og omsorgsdepartementet. 2003. *Resept for et sunnere Norge –Folkehelsepolitikken*

Web side: <http://www.helsedirektoratet.no>

Sosial og helsedirektoratet 2007, *Muligheter og mot* Trykksak Ludens reklamebyrå.

Web side: <http://www.shir.no>

St.meld. nr. 16 (2002-2003) Opptappingsplanen Web side: <http://www.fhi.no>