

Emnekode: SPL3902

Kandidat: Camilla Bergum

Emnenavn: Bachelor i sykepleie

***FYSISK AKTIVITET OG DEPRESJON***



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleiefag

April- Mai 2012

Antall ord: 10248

# SAMMENDRAG

Oppgave/ eksamen

Kull 08HBSPLD

Camilla Bergum

Dato 07.05.2012

Veileder: Kari.H.Hugsted

---

Norsk tittel (Undertittel/ Problemstilling):

FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE.

Hvordan kan sykepleiere bruke fysisk aktivitet som ledd i behandling av depresjon?

Engelsk tittel ( Undertittel / Problemstilling)

How can nurses use physical activity as part of the treatment of depression?

---

Sammendrag.

Formålet med min oppgave er å finne ut hvordan vi sykepleiere kan bidra til å bruke fysisk aktivitet i behandlingsøyemed, som ledd i en behandling. På grunn av depresjonens kjennetegn, der man ser at deprimerte ofte er inaktive og har liten motivasjon for å drive med aktiviteter, er det viktig å se på hvordan vi kan motivere og bidra til at pasienten får brukt fysisk aktivitet i behandlingen. Flere studier viser at fysisk aktivitet er hensiktsmessig både for å forebygge og lindre depresjoner, og jeg ser derfor på det å bruke fysisk aktivitet som en viktig faktor i en behandling. Jeg har brukt begreper som depresjon, psykiske lidelser og fysisk aktivitet, behandling, motivasjon, trening, inaktivitet og mestring. Jeg har også valgt ut Dorothea Orem som sykepleier teoretiker i min oppgave. Jeg har brukt hennes egenomsorgsteori fordi jeg synes den var relevant oppimot min problemstilling. I min drøfting har jeg kommet frem til hvordan sykepleieren kan bidra, for å nå målene med å fremme fysisk aktivitet i den deprimerte pasientens liv.

---

Nøkkelord

Depresjon, psykiske lidelser og fysisk aktivitet, behandling, motivasjon, trening, inaktivitet og mestring

---

Klausul på utlån av oppgaven/delprodukter

NEI

JA

## Innholdsliste

1.0 INNLEDNING.....	4
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	4
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	4
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	6
2.0 METODE.....	7
2.1 Valg av metode.....	7
3.0. TEORI OG DRØFTING.....	9
3.1 Sykepleiemodeller.....	9
3.2 Sykepleier teoretiker.....	10
3.2.1 Dorothea Orem`s sykepleierteori.....	10
3.3 Depresjon.....	12
3.3.1 Symptomer og tegn på depresjon.....	13
3.3.2 Depresjonens inndelinger.....	14
3.3.3 Behandling og diagnostisering av depresjon.....	16
3.3.4 Konsekvensene av en depresjon.....	16
3.3.5. Antidepressiva.....	17
3.4 Depresjon og fysisk aktivitet.....	18
3.4.1 Hva kan gjøre fysisk aktivitet effektivt i behandling av depresjon.....	18
3.4.2 Mestringsevnenes hensikt.....	19
3.4.3 Hvilke motivasjonsfaktorer kan jeg som sykepleier bruke, for å motivere den deprimerte pasienten til fysisk aktivitet.....	20
3.4.4 Autonomi.....	24
3.4.5 Hvilken fysiske aktiviteter kan sykepleier oppfordre til, som gir best resultat som ledd i en behandling.....	26
3.5 Den fysiske virkningen av aktiviteter.....	26
3.5.1 Voksnes fysiske aktivitet.....	27
3.5.2 Den fysiske aktivitetens helsemessige konsekvens.....	28
3.6 Forebyggende arbeid.....	29
3.6.1 Helseforskning blant menn og kvinner.....	32
4.0 HENSIKTMESSIGE FYSISKE AKTIVITETER.....	34
5.0 KONKLUSJON.....	35
6.0 ETTERORD.....	36
7.0 LITTERATURLISTE MED VEDLEGG.....	37

## **1.0 INNLEDNING.**

### **1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.**

I min avsluttende eksamen i sykepleie ved høyskolen på Gjøvik har jeg valgt temaet “Depresjon og fysisk aktivitet”. Dette har jeg valgt på bakgrunn av de erfaringer jeg har gjort meg, både i min jobb i hjemmetjenesten, og i praksisperiodene i min sykepleierutdanning.

Min problemstilling er:

*«Hvordan kan sykepleiere bruke fysisk aktivitet som ledd i behandling av depresjon.»*

### **1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Under min praksisperiode på Reinsvoll psykiatriske sykehus fikk jeg for første gang se at fysisk aktivitet var en del av behandlingstilbudet for pasienter med psykiske lidelser.

De hadde et veldig variert tilbud som inkluderte spaserturer, ridning, langrenn, slalåm, trimrom, styrkerom, turer i skog og mark og balltrening. Det var også en utstrakt bruk av medikamenter, og jeg ble derfor nysgjerrig på hvilke alternative behandlingsmetoder jeg som sykepleier kunne bidra med. Ettersom jeg selv er opptatt av trening ønsket jeg å se nærmere på nettopp hvordan vi som sykepleiere kan bruke fysisk aktivitet som et ledd i behandling av depresjoner. Hva er effekten av fysisk aktivitet på psykisk helse? Og er det mulig å redusere medikamentbruken med noe så enkelt som trening? Nå var det ikke denne problemstillingen jeg ønsket svar på, men det gjorde meg nysgjerrig når det gjaldt hva vi kan gjøre med fysisk aktivitet på psykisk helse og om det kan være mulig å redusere medikamentbruk med noe så enkelt som fysisk aktivitet.

I dagens samfunn er psykiske lidelser et økende problem. I Kringlen (2004) finner man at stiftelsen Psykiatrisk opplysning oppgir at det i år 2000 var 150 000 mennesker i Norge, som til enhver tid enten

var uføretrygdet eller sykemeldt pga. psykiske lidelser.

Det ble utført en undersøkelse av Statistisk sentralbyrå for allmennlegetjenesten i 2005. Den viste at 12 % får diagnosen psykisk lidelse, og videre at 39 % av de som rammes er i alderen 22 til 44 år. Dette gjør med andre ord psykiske lidelser til den vanligste lidelsen blant Norges befolkning (vedlegg II). Diagnosen omfatter både livskriser, depresjoner, angst og psykoser (Statistisk sentralbyrå, 2005). Eknes (2006) sier videre at 10 % av alle menn, og 20 % av alle kvinner vil i løpet av livet rammes av mild eller moderat depresjon.

I 2011 ble det i Norge registrert 284 000 brukere av antidepressiva (Reseptregisteret, 2011).

I Norge har det de siste 15 årene vært fokusert på at fysisk inaktivitet er et samfunnsproblem.

Myndighetene satte fokus på «Resept for et sunnere Norge» i stortingsmelding nr. 16 i 2002-2003, for å bidra til folkehelsearbeidet. Målet er å bidra til flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller.

Helseminister Dagfinn Høybråten har skrevet ut fire resepter for et sunnere Norge: *Det skal bli enklere for den enkelte å ta ansvar for egen helse, det skal bygges brede allianser for folkehelse, helsetjenesten skal legge større vekt på forebygging og tiltakene skal bli mer kunnskapsbaserte.* (Regjeringen, 2003)

Helsetjenestens mål har vært å kunne forebygge så mye som mulig, og behandle mindre.

Dette kan oppnås ved å tilrettelegge for økt mestring, bedret selvfølelse, trygghet og positivt menneskeverd for pasienter. Det er blitt satt i gang en «grønn resept» ordning som gir leger refusjon fra folketrygden når de anbefaler fysisk aktivitet til blant annet personer med depressive lidelser.

Ettersom depresjon viser seg å være blant de hurtigst voksende sykdommene i verden (Kringlen, 2000) er det viktig å se på hvordan vi som sykepleiere kan bruke aktivitet som ledd i en behandling.

### **1.3 Avgrensning av oppgaven.**

Jeg har valgt å skrive oppgaven min med utgangspunkt i pasienter som er innlagt på frivillig basis over en bestemt periode. Jeg vil som eksempel bruke et selvopplevd tilfelle med en pasient som var inneliggende under min praksisperiode på Reinsvoll Psykiatrisk Sykehus. Mikkel (38) var innlagt med depresjon i kategorien alvorlig grad. Han var suicidal, frivillig innlagt i to måneder før han ble friskmeldt.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i alle gradene av depresjon. Mild, moderat og alvorlig. Men jeg har valgt å fokusere på unipolar depresjon. Forskning har vist at fysisk aktivitet har en gunstig antidepressiv effekt på spesielt mild og moderat depresjon (Almvik & Borge, 2006). Jeg har likevel også valgt å se på den alvorlige kategorien av depresjonen.

Det finnes mange behandlingsformer for depresjon, og det er ofte kombinasjoner av flere forskjellige metoder som er effektivt. Forskjellige behandlingsformer som kan benyttes er feks sosial ferdighetstrening, musikkterapi, fysioterapi, samtale terapi, kognitiv terapi og psykoterapi i kombinasjon med antidepressiva som øker nivået av serotonin og noradrenalin. Og i alvorlige tilfeller brukes også ECT (electroconvulsive therapy). Jeg har valgt å ikke fokusere så mye på de forskjellige behandlingsmåtene, men konsentrere meg om hva fysisk trening kan gjøre med en deprimert pasient.

I mitt case har jeg tatt for meg en mann i yrkesaktiv alder. Jeg ikke funnet noe i litteraturen som underbygger at alder er av vesentlig betydning. Jeg har heller ikke funnet at kjønn spiller noen avgjørende rolle, men at kvinner kan ha noe økt effekt av trening som ledd i behandlingen. Samlet sett er oppgaven generell med hensyn til kjønn og alder.

## 2.0 METODE

En metode forteller oss hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe, eller etterprøve kunnskap.

Det går også ut på å fordype seg i bestående og relevant litteratur på et spesifikt område.

Dette kan være litteratur som f.eks. artikler, tidsskrifter og fagbøker. Her kan det brukes både primære og sekundære kilder. Primærkilden handler om den opprinnelige kilden mens sekundær kilder refererer til primærkilden (Dalland, 2007).

### 2.1 Valg av metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Jeg har brukt en kvalitativ metode siden den beskriver kvalitet, mening og egenskaper som ikke er mulig å få tallfestet (Dalland, 2007). Jeg har i tillegg prøvd å holde meg så langt som mulig til primærkilder. Men jeg har også sett det nødvendig å bruke sekundærkilder. Jeg har i hovedsak brukt databaser som bibliotekets BIBSYS som søkemotorer. På bakgrunn av min problemstilling har jeg brukt forskjellige søkeord som: depresjon, psykiske lidelser og fysisk aktivitet, behandling, motivasjon, trening, inaktivitet, og mestring. Jeg har også kombinert ordene i flere søk. Jeg har samlet data til min oppgave ved høgsolen Gjøvik, ved biblioteket i Gjøvik og Lillehammer, samt på internett.

I mine søk fant jeg både ny og eldre litteratur som jeg mener er viktig å benytte. Dette ettersom det allerede i 1905 ble diskutert sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjon i en artikkel i et psykiatrisk tidsskrift (j.f 3.4.1).

Når jeg søkte etter litteratur fikk jeg opp navnet Egil Martinsen. Martinsen er lege og spesialist i psykiatri (Martinsen, 2004). Han har mer en 20 års klinisk- og forskningsmessig erfaring fra dette fagområde. Hans bok, "Kropp og sinn, fysisk aktivitet og psykisk helse", har vært en godt benyttet kilde i min oppgave. Jeg har i tillegg brukt artikler som jeg har funnet på helsedirektoratets hjemmesider. Blant mine funn har også boka "Psychology and Physical Activity" (Biddle & Mutrie, 2008) vært relevant.

For mitt fokus på forebygging av depresjon har noen politiske føringer vært viktige. WHO(World Health Organization) regner med at depresjon vil være den nest hyppigste sykdommen i 2020 (J.f 3.3). Og det er derfor viktig at man raskt finner forebyggende tiltak. Jeg har sett på samhandlingsreformen som ser på forebyggende tiltak i stedet for behandling.



### **3.0. TEORI OG DRØFTING**

Her vil jeg presentere sykepleiemodeller, valg av sykepleieteoretiker og Dorothea Orems sykepleierteori. Jeg vil i kapitel 3.3 forklare begrepet depresjon, hvilke sykdomstegn det gir og forekomsten av sykdommen. Jeg vil også ta for meg de forskjellige inndelingene man kategoriserer depresjon under, behandlingsformene samt hvilke konsekvenser depresjon kan føre til. Jeg vil også berøre antidepressive medikamenter.

I kapitel 3.4 skildre jeg fysisk aktivitet og hva som kan gjøre det effektivt i behandlingsøyemed. Jeg vil også se på ulike fysiske aktiviteter som vil gi best behandling, mestringsevnenes hensikt og ivaretagelse av pasientens autonomi. Videre vil jeg se på hvilke fysiske aktiviteter sykepleiere bør oppfordre til for å oppnå best resultat. Den fysiske virkningen av aktiviteter vil bli fremstilt i kapitel 3.5. Her vil yrkesaktives fysiske aktivitet og helsemessig konsekvens bli presentert. Jeg vil nevne forebyggende arbeid, forebyggende psykiatri og hva som gjør at fysisk aktivitet er forebyggende mot depresjon. I kapitel 3.6.1 vil jeg vise til helseforskning som behandler sammenhenger mellom fysisk aktivitet og depresjon. I kapitel 4.0 tar jeg for meg hensiktsmessige fysiske aktiviteter i forhold til depresjon.

Jeg har også valgt å drøfte etterhvert som jeg presenterer teorien.

#### **3.1 Sykepleiemodeller**

Det finnes forskjellige kategorier av sykepleiemodeller. Disse er blitt delt inn etter et teoretisk prinsipp, og det er teorigrunnet som er kjernen i de forskjellige modellene. Det finnes fem hovedgrupper:

- Behovsmodellen
- Utviklingsmodellen
- Omsorgsmodellen
- Interaksjonsmodellen
- Systemmodellen

«Sykepleiermodeller omhandler ulike sider ved sykepleie på et svært overordnet og generelt plan. Modellene beskriver sentrale sykepleierbegreper og relasjonene mellom disse. Slik teori beskriver i stor grad sykepleien slik den bør være, ikke slik den faktisk er» (Kristoffersen 2002:361)

## **3.2 Sykepleier teoretiker.**

Jeg valgte å bruke Dorothea Orem som sykepleierteoretisk referanseramme. Dette valget gjorde jeg fordi Orems modell blir sett på som en utviklingsmodell. Dette da den legger stor vekt på problemløsning. Den legger også vekt på læring, og det å utvikle seg selv under begrepet egenomsorg (Kristoffersen, 2002). Som sykepleier vil det være viktig å hjelpe pasienten til å ivareta sin egenomsorg. Dette er spesielt viktig der livssituasjonen har forandret seg, og en må bidra til at pasienten kan tilegne seg ferdigheter og kunnskaper for å opprettholde sin livskvalitet.

Orems modell og tenkning betegnes også som en behovsmodell. Hun har bygget opp sin egenomsorgsmodell på 8 egenomsorgsbehov som skal fremme menneskelig utvikling, funksjon og overlevelse. Orems sykepleieteori gjenspeiler min problemstilling.

Jeg mener videre at Orems beskrivelse av sykepleierens hjelpemetoder er funksjonelle i møte med den deprimerede pasient. Sykepleieren oppfordres til å bruke fysisk aktivitet som ledd i behandling av for å fremme egenomsorgen for pasienten.

### **3.2.1 Dorothea Orem`s sykepleierteori**

Dorothea Orem ble født i USA i 1914. Hun utdannet seg til sykepleier ved The Catholic University of America i 1939. Hun jobbet ved flere universitetssykehus som sykepleier. I tillegg jobbet hun i statsadministrasjonen med utdanning (Kristoffersen, 2002). I 1959 startet Orem å utvikle sin sykepleiemodell, og i 1971 utga hun boken “*Nursing: Concept of Practice*” ut. Her blir egenomsorgstenkning og egenomsorgsmodellen presentert. Orem er en sykepleieteoretiker som har hatt stor påvirkning på sykepleietenkning i mange land (Kristoffersen, 2002).

^ Teorien om egenomsorg blir beskrevet som målrettede aktiviteter som mennesker utfører på eget initiativ, for seg selv, eller for avhengige og hjelpeløse familiemedlemmer.

^ Teorien om egenomsorgssvikt er med å utdype egenomsorgsbegrepet enda mer.

^ Her blir det beskrevet de mål og hensikter som egenomsorgshandlinger må ha. Dette skal være med å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse.

^ Teorien om sykepleiesystemene er med på å beskrive hvordan sykepleierens tilrettelegging av sykepleien avhenger av svikten i pasientens egenomsorgsevne.

^ Det er da viktig at sykepleieren kan utvikle pasientens evne til egenomsorg, og kompensere for pasientens mangelfulle eller manglende omsorgsevne.

(Kristoffersen, 2002:393).

Gjennom tre sykepleiesystemer beskriver Orem ulike grader av svikt i en pasients egenomsorgsevne:

^ *Det helt kompensierende system.* Dette brukes i de situasjoner der en pasients ressursvikt er total. Den beskriver situasjoner der sykepleieren må kompensere for denne ved å ta initiativ til og utføre handlinger som er i samsvar med terapeutiske egenomsorgskrav.

^ *Det delvis kompensierende system.* Dette brukes i situasjoner der pasienten innehar egne ressurser til å utøve deler av sin egenomsorg.

^ *Det støttende og undervisende system.* Dette blir brukt der pasienten selv har gode ressurser, og muligheter til å utvikle nødvendige ressurser og ivaretagelse av terapeutiske egenomsorgskrav. Men; pasienten er ikke i stand til å gjøre dette uten hjelp  
(Kristoffersen, 2002:404).

Orem har utviklet 5 generelle hjelpemetoder under disse tre sykepleiesystemene. Disse kan sykepleieren bruke i møte med pasienten for å fremme terapeutisk egenomsorgskrav.

^ å gjøre eller handle for noen

^ å veilede og rettlede en annen

^ å sørge for fysisk og psykisk støtte

^ å sørge for omgivelser som fremmer utviklingen

^ å undervise

(Kristoffersen, 2002:404)

### **3.3 Depresjon**

Depresjon er det vi kaller stemningslidelse (affektiv lidelse). «Depresjon» kommer fra latin og betyr «nedtrykking» (Hummelvoll, 2004). En enda mer utdypende forklaring på hva en depresjon er finnes i WHO (Verdens Helseorganisasjon) sine klassifikasjoner av psykisk lidelse, ICD-10 (Kruger et.al, 2000).

ICD-10 klassifikasjonene beskriver hvilke symptomer og tegn som må være tilstede for at en lege skal kunne stille rett diagnose (Helsebibloteket.no).

Som tidligere nevnt er depresjon en av de mest utbredte psykiske lidelsene i verden. WHO antar at depresjon vil være den nest hyppigste sykdommen i 2020, og at depresjon blir diagnosen som er den hyppigste årsaken til varig invalidisering, og som i sin tur vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i fremtiden (Kruger et.al, 2000).

Depresjon blir ofte brukt i sammenhenger der man er litt nedfor, trist, tenker dystert og ser negativt på fremtiden, men dette har som oftest ikke noe å gjøre med diagnosen depresjon i klinisk betydning. En klinisk depresjon betegnes med følelsesmessige, fysiologiske og kognitive komponenter (Vindholmen, 2007).

Ifølge diagnosesystemet (ICD-10) kan man dele opp stemningslidelsene i to grupper. Den første er bipolar og manisk depressive lidelser. I noen faser av denne gruppen er pasientene deprimerte eller nedstemte, i andre faser er de maniske eller oppstemte. Mellom disse fasene kan de ha relativt symptomfrie perioder der de tilsynelatende er friske. Denne formen for depresjon er sjelden og rammer kun 1% av Norges befolkning.

Unipolare depresjoner er den andre gruppen. Dette er rene depresjonslidelser. Denne varianten er hyppigere og har en forekomst på ca. 20 % blant alle mennesker (Martinsen, 2004).

Noen har kun enkelttilfeller av depresjon. Mens andre har gjentatte episoder. De sistnevnte er da symptomfrie i periodene imellom depresjonene.

Man har også dystemi som er en kronisk form for depresjon. Denne arten seg på den måten at man aldri er dypt deprimert og men man går med en kronisk moderat depresjon. De symptomfrie periodene er veldig korte.

### 3.3.1 Symptomer og tegn på depresjon

Når en diagnose på en depressiv tilstand skal stilles kreves det at tilstanden har vart i minst to uker. Den må ha minimum to faktorer av det som betegnes som hovedsymptomer på en depresjon. Dette er: økt tretthet, manglende interesse og gledeløshet, samt depressivt stemningsleie og energitap.

Andre symptomer som depresjon kan preges av og kjennetegnes ved er tristhet og en følelse av håpløshet. Dette kan gi redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, og videre kognitive symptomer som manglende motivasjon. Manglende motivasjon kjennetegnes ved en redusert selvfølelse og selvtillit, skyld- og mindreverdighets følelse. Depresjon gir lite fremtidstro, og kan utløse planer om, eller føre til selvskaade og selvmord (NHI.no, 2009).

De kognitive symptomene kan føre til handlingslammelser og somatiske symptomer som søvnløshet, appetittmangel, mensforstyrrelser, nedsatt potens og frigiditet, samt smerter i kroppen (Kringelen, 2004). Årsakene til depresjon er sammensatte, og på det viset også ukjente. Mye kan tyde på at det er både arvelige faktorer, og biologiske og psykososiale forhold som spiller inn. Det har derfor vist seg vanskelig å kunne systematisere lidelsen på en måte som ivaretar alle hensyn (Snoek/Engedal, 2004).

Hos Mikkel kunne jeg observerte de sterkt fremtredende symptomene som pessimisme, utartet tristhet og lav selvtillit. Han hadde ingen energi og var preget av total kraftløshet og hadde sterkt nedsatt fysisk og psykisk energi, noe som gjorde hverdagen hans tung.

Kringelen (2004) beskriver de samme symptomene jeg observerte og forteller at den deprimerte kan føle seg overveldet av følelsen av håpløshet. Om denne depressive reaksjonen vedvarer ser ikke pasienten noen poeng i å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen. Videre beskriver Kringelen at det ikke bare er de psykiske funksjonene som forandres, men også de somatisk/kroppslige funksjonene nedsettes, og det kunne jeg gjenkjenne hos Mikkel J.f min historie i 3.3.2.

*En depresjon vil også bli forbundet med forandringer i hjernen. Det er slik at det er nervebanen i hjernen som regulerer følelsene våres. Også tanker, matlysten, adferden, følelser, og søvn reguleres av nervebanene. Nevrotransmitteren, som er kjemisk budbringer sender signaler fra nerve til nerve. Hos en deprimert person vil ikke disse signalene fungere som hos friske mennesker. Nevrotransmittere som kalles noradrenalin og serotonin vil være ute av balanse i hjernen hos en deprimert pasient. (Norsk Helseinformatikk, 2009)*

### 3.3.2 Depresjonens inndelinger.

I mitt case tar jeg for meg Mikkel som hadde alvorlig depresjon, dvs. unipolar depressiv stemningslidelse. Ved min praksis på Reinsvoll Psykiatriske Sykehus fikk jeg et godt innblikk i depresjonsproblematikken. Det er viktig å forstå hvordan en depresjon arter seg, graden av den og videre hvordan pasienten selv opplever sykdommen på kroppen. Jeg skrev flere refleksjoner rundt temaet når jeg var i praksis, og ønsker derfor å gjengi en observasjon jeg hadde av Mikkel den ene dagen jeg var på vakt. Han lå på kontinuerlig observasjon pga. suicidalfare.

*“Jeg kunne høre pasienten våkne, men han ble bare liggende å vri seg i senga i stedet for å stå opp. På spørsmål om han hadde lyst til å stå opp til frokost, kunne jeg både se og høre håpløsheten han følte. På spørsmål hadde han lang latenstid, og svarene han ga var preget av håpløshet. Han kom med negative hentydninger og svarte monotont at “det var ingen ting å stå opp til”. Han kunne ikke se meningen i å stå opp til nok en meningsløs dag. Jeg kunne observere at han hadde manglende motivasjon og grunnstemningen var tydelig preget av pessimisme og ulyst. Han svarte også at han ikke var sulten, og det var ingen mening i å spise. Han hadde helt tydelig appetitt mangel, samtidig som han så mørkt på tilværelsen siden han ikke fant noen mening i å skulle spise. Da jeg snakket med pasienten etter jeg hadde motivert han til å stå opp, forklarte han meg at han følte han levde inne i en mørk glassklokke”.*

Mikkel forklarer ganske konkret hvordan han føler seg og det er et godt bilde på hvordan en depresjon oppleves.

Det jeg observerte på denne pasienten, som har alvorlig grad av depresjon, var de sterkt fremtredende symptomene på hans pessimisme, en utartet tristhet og lav selvtillit. Han hadde ingen energi og var preget av total kraftløshet der han hadde sterkt nedsatt fysisk og psykisk energi til å kunne leve en normal hverdag.

Hummelvoll(2004) beskriver de samme symptomene jeg observerte og forteller at den deprimerte kan føle seg overveldet av følelsen av håpløshet. Om denne depressive reaksjonen får vedvare ser ikke pasienten noen poeng i å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen sin.

Videre beskriver Hummelvoll at det ikke bare er de psykiske funksjonene som forandres. Dette kunne

jeg tydelig observere. De somatisk/kroppslige funksjonene nedsettes hos deprimerte pasienter(Jf 3.3.1).

De depressive episodene kan komme akutt eller snikende. Depresjon har som regel en utløsende årsak og den kan opptre i alle aldersgrupper. Som tidligere beskrevet har jeg valgt å konsentrere oppgaven rundt alle tre gradene av depresjon. Disse utdypes som:

^ Ved mild depresjon vil minst to av de nevnte hoved symptomene (j.f 3.3.1) være tilstede, og minst to av de andre nevnte symptomene. Denne graden av depresjon betyr at ingen av symptomene er i alvorlig grad, men pasienten kan f.eks. ha noen vansker sosialt eller jobbmessig. Her er realitetsorienteringen intakt. Personen vil kunne føle tristhet men det senkende stemningsleie vil ikke påvirke dømmekraften i forhold til seg selv eller andre.

^ Ved moderat depresjon vil to av hoved symptomene (j.f 3.3.1) være tilstede og minst fire av de andre symptomene. Ved en moderat depresjon vil det i større grad føles mer problematisk å fungere i hverdagen. Her vil alvorlighetsgraden på symptomene være enda større. På dette nivået vil det være større tendens til å dreie på virkelighetsoppfatningen. Et eksempel på det kan være at personens egen følelse av å ikke strekke til projiseres over på andre, i den forstand at han tror andre misliker eller har en negativ oppfatning av han. Selvaktelsen er lav og selvbilde er negativt ladet og evnen til å føle glede vil være merkbart redusert.

^ Ved alvorlig depresjon vil tre av hovedsymptomene (j.f 3.3.1) være tilstede og minst fem av de andre symptomene. Hos alvorlig deprimerte pasienter vil virkelighetsoppfattelsen være så dårlig at vrangforestillinger kan forekomme. Personen vil ikke bry seg om konsekvensen av sin adferd og derav er vurderingsevnen dårlig. Siden personens oppfattelse av det moralske selv (hvordan han burde være) og egen selvaktelse (hvordan han oppfatter seg selv) vil han kunne få følelser av skyld, verdiløshet og syndighet. En alvorlig deprimert pasients evne til å registrere sensorisk stimuli vil være så godt som ikkeeksisterende, og de kan ofte uttrykke at de har en følelse av bunnløs tomhet (Hummelvold, 2004)

### **3.3.3 Behandling og diagnostisering av depresjon**

Depresjon blir først og fremst behandlet av allmennlegene. Det er stor variasjon i behandlingen, og det kommer blant annet av at de behandler etter diagnosen, symptomene, pasientens personlighet og alder.

Ved mer alvorlige depresjoner, der det er snakk om suicidal fare, blir pasienten henvist til sykehus eller spesialister. Det antas at bare halvparten av alle pasienter som går til sin allmennlege får riktig diagnose. Det kan være de somatiske problemene, som faktisk gjør at de går til legen, kamuflerer den faktiske depresjonen. Pasientene kan oppleve å være trøtte, ha smerter, hodepine og søvnproblemer. De ønsker kanskje ikke å presentere en depresjon som sitt hovedproblem, eller de rett og slett skjønner ikke selv at de har en psykisk lidelse (Norsk psykologiforening, 2002).

For å kunne behandle en lidelse må man først finne ut om man har diagnosen. Da bruker man ICD-10 (ICD-10 revisjon 10). I ulike forskningsprosjekter bruker de også et annet diagnosesystem kalt DSM-IV. Begge systemene gir presise diagnoser og det er kun små forskjeller på disse (Martinsen, 2004). I diagnoseutredningen finnes det enkelte steder en selvtest som kalles CES-D scale (“Center for epidemiological studies depression scale”). Denne testen er utviklet av Lenore Radloff (1977). Hvis denne testen viser at pasienten har en psykisk lidelse vil det straks igangsettes behandlingstiltak. Det finnes flere måter å behandle på, blant annet psykoterapi, medikamenter og i enkelte tilfeller ECT (Kringlen, 2005). I tillegg vil det være gunstig å supplere med behandlings tiltak som sosial ferdighetstrening, musikkterapi, fysioterapi, osv. Her er fysisk aktivitet et viktig alternativ (Vindholmen, 2007).

### **3.3.4 Konsekvensene av en depresjon.**

Det er viktig å se de helsemessige konsekvensene av en depresjon. Dette for å kunne se hvordan man kan bruke fysisk aktivitet som ledd i en behandling.

Det som kjennetegner en depresjon kan oppsummeres med at det gir energitap, personen blir passiv og har et pessimistisk og negativt syn på sitt liv og omgivelsene. De pessimistiske tankene gir pasienten en opplevelse av maktesløshet og håpløshet. De vil ofte føle at alt er meningsløst og de føler seg



hjælpeløse i dagliglivet. Deprimerte vil ofte føle at de aldri klarer å komme seg ut av denne smertetilstanden, og det føles som en ond sirkel (Norsk Psykologforening, 2002).

Den smerten de føler vil kunne føre til at noen blir engstelige for at de har en alvorlig somatisk sykdom. Det kan også oppstå selvmordstanker, men dette skjer ikke i alle tilfeller (Kruger et.al, 2000).

Den deprimerte kan i tillegg få en holdning som er negativ og passiv overfor de nærmeste. Dette vil kunne føre til at de nærmeste vil reagere negativt mot den deprimerte. Det vil da igjen påvirke den deprimerte personen slik at han får en enda mer negativ tenkning. Og man har havnet i den onde sirkelen (Berge & Repål, 2005).

Jf. 3.3.1 vil en depresjon gi fysiske og fysiologiske konsekvenser for pasienten. Og den deprimerte får derfor mange problemer. har lite eller ingen energi, og har ofte søvnproblemer. Depresjon gir konsekvenser i form av fysiske plager som svimmelhet, fordøyelsesproblemer, og kvalme. Det er også helt vanlig med nedsatt seksuell interesse.( Berge Repål, 2005)

En depresjon vil også kunne gi noen indirekte konsekvenser i form av at den også rammer de rundt personen. Etersom depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen i verden vil det selvfølgelig være et stort antall mennesker som blir berørt (Norsk psykologforening, 2002).

### **3.3.5. Antidepressiva**

I forebygging av depresjoner er det psykofarmaka med fellesbetegnelsen antidepressiva, som blir brukt. Denne type medikamenter fører til at signaloverføringen fra nerve til nerve, øker opptil flere monoaminer. Hos de deprimerte vil denne signaloverføringen være redusert, og årsaken til det kan vise seg å være redusert noradrenalin og serotonin i synapsespalten. Den antidepressive effekten beskrives med at det blir økt signaloverføring av monoaminer og at disse da vil virke inn på det noradrenerge og serotonerge systemet. Dette vil så bidra til en høyere konsentrasjon av noradrenalin og/eller serotonin i synapsespalten og medisinen har dermed virkning (Kringlen, 2004). Det finnes varierende former for bivirkninger på antidepressive medikamenter, men de vanligste er slapphet og tretthet (Martinsen, 2004).

Det er vanskelig å dele inn virkningsmekanismene på antidepressiva siden det stadig kommer nye medikamenter med nye mekanismer. Kringlen har valgt denne inndelingen:

- Ikke selektive, monoamin- reoptakshemmere. TCA*
  - Selektive, serotonin-reoptakshemmere. SSRI*
  - Selektive, noradrenalin- reopatakshemmere. NRI*
  - Kombinert, selektive, serotonin- og noradrenalin-reoptakshemmere. SNRI*
  - Reversible monoaminoksidase-A- hemmere. RIMA*
  - Uselektive monoaminokidasehemmere.*
  - Alfa-2-antaagonister*
  - Andre*
- (Kringelen, 2004:458)*

### **3.4 Depresjon og fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er når kroppen er i bevegelse som er forårsaket av skjelettmuskulatur, som videre gir kroppen et energiforbruk. Dette måles i kilokalorier per tidsenhet. I løpet av en vanlig hverdag har vi ulike fysiske aktiviteter. Alt i fra arbeid, fritidsaktiviteter, husarbeid, dans, lek, sport og mer systematisk trening (Martinsen, 2004). Når vi snakker om fysisk trening er dette en undergruppe av fysisk aktivitet. Den utføres med tanke på å vedlikeholde eller forbedre den fysiske helsen. En depresjon vil gi negative helsemessige konsekvenser både for pasienten og samfunnet ellers. Jeg vil derfor se på hvordan fysisk aktivitet kan være effektivt i behandlingsøyemed hos en deprimert pasient. Jeg vil også undersøke forskning som er blitt gjort rundt temaet positive effekter mellom et aktivt liv og fravær av depresjon. Videre vil jeg fokusere på hvilken form for aktiviteter som er mest hensiktsmessig for en deprimert pasient.

#### **3.4.1 Hva kan gjøre fysisk aktivitet effektivt i behandling av depresjon.**

Menneskekroppen er laget for å brukes, og muskler som ikke brukes vil ganske fort begynne å forfalle. Dette innbefatter både skjelettmuskulaturen og hjertemuskulaturen. Er vi inaktive vil leddene svekkes

og det vil videre føre til en økt sjanse for overbelastning og skader (Martinsen, 2004).

Det foreligger mange hypoteser som gir en forklaring på hvordan fysisk aktivitet kan være med å påvirke mental helse, men jeg kan ikke finne så mye vitenskapelig dokumentasjon som bekrefter disse hypotesene. En sterk hypotese på hva som skjer under fysisk aktivitet er at kroppstemperaturen stiger og at dette påvirker hjernens endorfinnivå. Det er gjort forsøk som støtter denne hypotesen (Bahr, 2009). Virkninger vi mennesker kan ha av dette hormonet ligner det smertestillende middelet morfin. Ordet endorfin kommer av endo som betyr "i kroppen" og orfin kommer av ordet morfin. Endorfiner er kroppens egenproduserte morfinstoff (Sinnets helse, 2009) Vi produserer dette hormonet når vi har smerter, under fysisk aktivitet, når vi ler eller når vi utfører seksuell aktivitet. Vi har endorfiner i hjernen og i spinalvæsken i ryggmargen, og den beste måten å utløse disse endorfinene er å ha jevn fysisk aktivitet i hverdagen (Sinnets helse, 2009).

Det har vist seg at det ikke spiller noen rolle hvilken type aktivitet en utfører, men at jo mer muskelaktivitet en har, jo mer endorfin utløses (Sinnets helse, 2009). Det er blitt gjort forsøk hvor aerob trening (kondisjonstrening) er sammenliknet med ikke-aerobe treningsformer (trening av smidighet, muskelstyrke og avspenning). Her er funnene veldig klare og de viser at man uansett trening oppnår de samme psykologiske virkningene. Dette fastslår altså at det viktigste er at en trener, og ikke hvilken type trening som utføres (Moe, 1998).

Mestringsopplevelser, og sosiale aspekter ved trening, er også med på å gi en positiv følelse for den deprimerte i en behandling (Norsk psykologiforening, 2002). Det finnes også teorier om at følelsene våre går via adferd og tanker, og at det er viktig å endre adferd for å kunne endre tanker og følelser. Om man kan bruke den kognitive teorien som et ledd i behandling for å fremme fysisk aktivitet, vil man kunne skape endringer (Martinsen, 2004). Hvis treningen kan gi en så stor positiv effekt at pasienten får tankene over på noe annet, slik at man kan fokusere på å nå sine mål, så vil treningen også bli mindre anstrengende (Helsedirektoratet, 2009).

### **3.4.2 Mestringsevners hensikt**

Det finnes psykologiske teorier som har en grunnleggende ide om at fysisk aktivitet kan være med på å gi mestringsevne og erfaringer som videre kan gi en god læreprosess, og påvirke våres psykologiske

funksjoner. Gjennom aktiviteter vil det være mulig å kunne endre måten man opplever og forstår seg selv på. Tankemessig og følelsesmessig vil man også kunne endre synet og opplevelsen av omverden (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998).

For at en sykepleier skal kunne motivere en pasient til aktivitet er det viktig å vite noe om mestring og tro på egen mestring. Vi må vite noe om hvordan man kan skape mestringsfølelse. Mestring har mye med forventninger å gjøre. Dette inkluderer hva pasienten forventer av seg selv, hva pasienten selv føler han kontrollerer, hva pasienten tenker om resultatet han prøver å oppnå, og selvfølgelig pasientens selvtillit og hvordan han oppfatter seg selv. Det vil også være viktig for pasienten hva han tror førte til et enten godt eller dårlig resultat (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998).

Siden de fleste deprimerte pasienter lever i en hverdag som har ført dem inn i en negativ sirkel, tror de ofte at de ikke kan klare å oppnå noe, og ønsker derfor heller ikke å prøve. Dette vil gi de små sjanser til å oppleve mestringsfølelser. For å snu det negative til noe positivt er det viktig at vi som sykepleiere bidrar til å skape positive forventinger rundt det å mestre en aktivitet eller oppgave. Vi må bidra til å skape mestringstro. Dette kan igjen føre til at pasienten får større pågangsmot, bedret utholdenhet, mer aktivitet, og kan bidra til flere positive mestringsopplevelser (Harter, 1986, her i Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998).

### **3.4.3 Hvilke motivasjonsfaktorer kan jeg som sykepleier bruke, for å motivere den deprimerte pasienten til fysisk aktivitet.**

Depresjon er en godt kjent lidelse i samfunnet, og den gir ofte store helseproblemer (J.f 3.3.1).

Ettersom et av symptomene på depresjon er inaktivitet, vil en ubehandlet depresjon gi risikofaktorer i forhold til funksjonssvikt som følge av den nedsatte aktiviteten. Dette sender pasienten inn i en ond sirkel og bidrar videre til økte lidelser og en høy samfunnsøkonomisk kostnad.

En pasient med depresjon kan ses opp mot Orems sykepleieteori om egenomsorgssvikt. Denne teorien tar for seg mål og hensikter som egenomsorgshandlinger er nødt til å ha for å sørge for normale menneskelige funksjoner, utvikling og helse (Jf 3.2.1). Jeg har beskrevet depresjon (Jf 3.3) og hvilke

symptomer og tegn som kjennetegner denne lidelsen. Det kapitelet beskriver er at de fleste ikke opprettholder en tilstrekkelig funksjon, utvikling og helsetilstand. Jeg ønsker å fokusere på at de fleste trenger hjelp til omsorg, støtte, tilrettelegging og god veiledning for å komme seg ut av en negativ sirkel, og for å komme seg inn i en hverdag med fysisk aktivitet. Under sine sykepleiesystemer har Orem beskrevet fem generelle hjelpemetoder. En av disse metodene er å veilede og rettlede (Jf 3.2.1).

Mitt fokus er klinisk sykepleie. I denne prosessen har man forskjellige verktøy og jeg har valgt å fokusere på veiledning for å motivere. Veiledning vil være et viktig virkemiddel for å kunne påvirke pasientens motivasjon og mestringsevne til fysisk aktivitet. Ved veiledning vil sykepleieren kunne videreformidle kunnskap om erfaringer og utvikling av praktiske ferdigheter (Kristoffersen, 2002). Det er viktig å huske på at veiledning og undervisning er to forskjellige måter å kommunisere på. Ved veiledning skal kommunikasjonen gå begge veier og det er ikke bare sykepleieren som skal stille spørsmål og få svar. Når den deprimerte pasienten mottar veiledning vil det gjennom kunnskapen det gir, kunne virke mer overkommelig å prøve seg på utfordringer. Her har vi som sykepleier en utfordring fordi vi må kartlegge og vurdere pasientens funksjonsnivå, kunnskapsnivå og egen forståelse for sin sykdom.

En sykepleier kan med gode råd og veiledning bidra til å fremme endring hos pasienten og viktige trinn i veiledningsprosessen er:

♣ *Utforskning*

♣ *Konkretisering*

♣ *Oppsummering*

♣ *Klargjøring* (Håkonsen, 1999:147)

Gjennom råd kan man gi anbefalinger om hvordan pasienten skal løse et spesielt problem eller en spesiell situasjon. Dette vil gjøre at pasienten overtar sykepleierens løsninger og mestring i forhold til sine egne problemer. Det å gi råd innebærer å kunne gi pasienten alternativer til hvordan han kan løse situasjoner og hva han bør gjøre for å møte de kravene og utfordringene som han står over. En god veileder vil ha en indirekte veiledning som bidrar til at personen selv kan komme frem til svarene som er hensiktsmessige. Sykepleieren må gi rom for forskjellige synspunkter og perspektiver fra pasienten,

slik at det gir rom for å finne de løsningene som er i samsvar med pasientens eget ønske. På den måten beholder man integriteten til pasienten og beskytter pasientens autonomi (Kristoffersen, 2002).

Det vil være meget hensiktsmessig å få pasienten til å fortelle mest mulig om sine problem og hvorfor noe har blitt til problemer. Det er av høy viktighet å vite så mye som mulig om pasienten for å kunne yte en korrekt individuell behandling (Håkonsen, 1999). Dette gjenspeiler Orems unike syn på hvert enkelt menneske (Jf 3.2.1).

I min praksisperiode på Reinsvoll var jeg veldig opptatt av hva jeg som sykepleier kunne bidra med i motivasjonsarbeidet for Mikkel og hvordan jeg kunne utforske slik at jeg kunne lykkes med mine mål.

I min observasjon av de ansatte som jobbet på avdelingen kunne jeg se at personalets egen motivasjon for å lykkes med målet om å få Mikkel med på aktiviteter gjenspeilte hvor godt de lyktes. Det gav lite resultat om man skulle si til Mikkel “Klokken 14 er det felles trening i gymsalen, gå og ta på deg treningstøy og ha det gøy”. Det var ikke nok å fortelle Mikkel om treningstilbudene. Når personalet ikke oppmuntret og motiverte pasienten på pasientens egne premisser, fant han mange unnskyldninger for ikke å være med. Det vil på en slik avdeling alltid finnes pasienter som er mindre motivert for aktivitet enn andre, ut i fra hvor alvorlige lidelser og symptomer de har, og det vil derfor være viktig å møte pasienten på det nivået han befinner seg på og tilstrebe individuelt tilpasset tilnærming.

Det er derfor viktig at samtalene vi har med pasientene klargjør de utfordringer pasienten har fortalt til oss, og at vi oppfatter pasientens problemer og benytter det konstruktivt for å komme oss videre. Vi som sykepleiere må hele veien gjøre vurderinger ut i fra de data pasienten gir oss.

I starten av oppholdet til Mikkel var han demotivert, og jeg så viktigheten av å finne ut hans fysiske nivå og deretter begynne i det små for å ivareta mestringsnivået hans. Det holdt å ha som mål å gå en liten tur ute på parkeringsplassen den første stunden. Jeg følte det derfor viktig å hele tiden vurdere ut i fra pasientens ståsted for hver enkelt dag. Det var viktig å ivareta pasientens følelse av hva han kunne mestre i forhold til lengden, hvor ofte og hvordan vi skulle gjennomføre de aktivitetene vi bestemte oss for. Når jeg som sykepleier ga han råd, gikk det ut på å fortelle Mikkel hva han kunne gjøre eller burde gjøre i forhold til de utfordringene han syntes han sto overfor.

Jeg observerte at Mikkel oftere lot seg motivere til aktivitet de gangene personalet selv var med på den

fysiske aktiviteten. Det var helt tydelig lettere for Mikkel å delta i f.eks. treningsalen eller å komme seg ut på en gåtur når personer han var trygg på var tilstede, og ikke minst deltakende.

Når vi skal konkretisere for en pasient, så skal uklare meldinger tydeliggjøres, og man skal gjøre utsagn personlige og tanker som er generelle skal gjøres spesifikke (Håkonsen, 1999:150) Jeg oppfatter at det er viktig at all informasjon man tilegner seg fra personen er konkret, tydelig, personlig og spesifikk for å klare å lykkes. Om man gjør disse tiltakene, vil vi som sykepleiere ha et godt grunnlag for å kunne planlegge fysisk aktivitet for pasienten, og det vil være lettere å vite hvilket nivå den fysiske aktiviteten skal ligge på. Om vi ikke har god nok informasjon fra pasienten slik at vi kan vurdere pasientens fysiske nivå, vil sjansen for at vi legger nivået for høyt være tilstede, og det tror jeg kan være med på å redusere mestringsfølelsen til pasienten, enn om vi hadde lagt den fysiske aktiviteten på et lavere nivå. Derfor var det så viktig å forstå hvilket fysisk nivå Mikkel var på, for å tilpasse aktiviteten best mulig.

Under samtale med pasienten, er det underveis viktig å oppsummere det pasienten har fortalt. Det vil gi pasienten mulighet til å korrigere om jeg har oppfattet feil eller om noe er upresist. På den måten kan jeg som sykepleier være sikrere på at jeg har forstått innholdet av det pasienten forteller meg. Den deprimerede vil ofte preges av kognitive symptomer som medfølger konsentrasjonsvansker og i tillegg somatiske symptomer som søvnvansker(jf. 3.3.1). Pga disse symptomene kan det fortere oppstå misforståelser i en samtale. Konsentrasjonsproblemer kan gjøre at han faller ut av samtalen og lite søvn kan føre til at han har lang latens tid og ofte kan være ordknapp. Dette skal man vite at ikke nødvendigvis behøver å komme av selve depresjonen men også kan komme av bivirkninger av medikamenter.

En fin måte å skaffe seg et bilde av pasienten på, og hvilke erfaringer han har med fysisk aktivitet, er å starte veiledningen med samtaler. Vi kan spørre hvilke erfaringer han har og hvilke interesser han vanligvis pleier å bedrive på fritiden. Det er som sagt essensielt for motivasjonsfaktoren at man oppfordrer til aktiviteter som er kjent for pasienten. Det er videre viktig at vi som sykepleiere ikke fokuserer på det negative rundt pasienten, men heller fokuserer på de ressursene pasienten allerede innehar. Det er disse ressursene vi må bruke for å motivere pasienten til fysisk aktivitet.

Det vil neppe være særlig hensiktsmessig å oppfordre til en fysisk aktivitet som pasienten aldri har

prøvd eller mestret før. Det å spille på pasientens interesser vil være oppskriften for å komme nærmest mulig målet om å lykkes med å motivere til aktivitet.

Mikkel hadde tidligere hatt stor interesse for bedriftsfotball, og jeg så etterhvert at det var lettere å motivere han til å bli med på fotballgrupper i gymsalen enn å få han med ut på f.eks. ridning.

Det er etter mitt syn viktig at vi som sykepleiere er forbilder og kan vise at fysisk aktivitet er gøy og en naturlig del av livet. Jeg mener det er viktig at aktiviteten er tilpasset pasienten og at man aldri prøver å utkonkurrere pasienten, men heller har lav selvhøytidelighet og er med på å bygge opp mestring følelsen ved å tilpasse treningen etter ferdighetsnivået.

Derfor ser jeg også viktigheten av å gjøre seg godt kjent med pasienten så man vet pasientens funksjonsnivå, kunnskapsnivå og motivasjonsfaktorer som kan fungere for den enkelte. I dette ligger spesielt hvilke aktiviteter som kan være med å bygge opp mestringsnivået til pasienten slik at selvbildet kan økes.

### **3.4.4 Autonomi**

Ordet autonomi kommer fra de greske ordene autos (selv) og nomos (lov, styring, regulering).

Det er en personlig rettighet å ha handlingsfrihet i saker som handler om en selv. Man skal selv kunne foreta valg i samsvar med egne normer og planer. Det skal innebære selvstendighet, uavhengighet og mulighet til å ta egne valg og konklusjoner. (Hummelvold, 2004)

Jeg vil også kort forklare hva paternalisme er. Det er i denne sammenhengen et begrep som blir nyttet for å beskrive hva helsepersonell gjør om de overstyrer pasientens egne ønsker (Natvig, 1993).

Det blir pekt på to hovedprinsipper som bør ligge til grunn for tiltak som skal være med å fremme autonomi: (Kerr (1990) i Hummelvold, 2004)

*1. Støtte og oppmuntring, godkjenning og positiv forsterkning av moden, selvstendig adferd som*



*fremmer en sunnere egostruktur.*

*2. Ikke forsterke eller støtte adferd som regressiv, og destruktiv- men peke på konsekvenser av slik adferd.*

Når man møter en pasient som skal oppmuntres til fysisk aktivitet vil det reises faglige og etiske utfordringer. Faglig er det viktig at vi som sykepleiere møter pasienten på en slik måte at det kan lindre hans lidelser, ta vare på hans sosiale og personlige integritet og er med på å fremme hans helse.

De etiske utfordringene vi kan møte i slike situasjoner vil alltid være mange. Det er viktig at vi som sykepleiere utformer en praksis som reflekterer en etisk bevissthet. Autonomi må veies mot genuin og ønsket paternalisme. Vi må være bevisst vår “maktposisjon” som sykepleierrollen kan fremstå som for pasienten, og ikke misbruke vår posisjon og rolle. Vi må handle ut i fra velgjørenhet og ikke skadeprinsippet. Det vil kreve stor omsorg, medmenneskelighet og klokskap for å vise omsorg for pasientens velferd (Hummelvold 1995 og 2003, i Hummelvold 2004). En sykepleier må alltid handle ut i fra en empatisk forståelse for pasientens situasjon og behov, og vi må tilnærme oss pasienten på en slik måte at vedkommende føler seg ivaretatt, sett og verdsatt. (Hummelvold 2004) Pasienter som er innlagt vil være i en sårbar situasjon. Som sykepleier skal vi ikke bare være den som er i en maktposisjon. Vi skal passe på at autonomien ivaretas og at overgrep ikke forekommer. Jeg har vanskelig å se for meg hvordan vi kan få til dette om man ikke er kritisk og reflektert over sin egen posisjon. Vi må ta valg som ivaretar pasienten ut i fra etiske vurderinger. Situasjoner der pasienten f.eks. ikke ønsker å høre på sykepleierens faglige vurderinger rundt hans beste, vil stadig kunne oppstå. *“Uten faglig etisk vurdering kan etiske valg bli bestemt på feil grunnlag eller ut fra følelser og tilfeldigheter”* (Natvig, s.183,1993).

Lovverket er som en rettesnor for pasientens rettigheter. Lovverket har som formål å sikre at psykisk helsevern gjennomføres i samsvar med grunnleggende rettighetsprinsipper. Videre er målet å sikre de tiltak som er fastlagt i loven, og gi en føring på pasientens behov og respekt for menneskeverdet (Psykisk helsevernlov, 2003, § 1-1.). Dette sier etter min mening hvordan hele loven skal forstås. Ved å vite hvordan lovene er skrevet kan vi på best mulig måte ivareta pasienten. Den pleien som gis skal være i tråd med lovens intensjoner.

### **3.4.5 Hvilken fysisk aktiviteter kan sykepleier oppfordre til, som gir best resultat som ledd i en behandling.**

Det er gjort undersøkelser hvor det er testet om husarbeid kan ha samme fysiske tilfredsstillelse som fritidsaktiviteter. Disse to sett oppimot hverandre ga derimot ikke samme effekt. Det viste seg at det var mer å hente for den mentale helsen ved fritidsaktiviteter enn ved husarbeid (Martinsen, 2004).

I følge Bahr (2009) er det foreslått å ha fysisk trening som gir et moderat til anstrengende nivå, som f.eks. jogging eller rask gange, to til tre ganger pr. uke. Det er angitt at treningen bør vare i 30-40 minutter. Det vil også gi positiv effekt om man har daglige spaserter der man holder lett til moderat tempo. Ved styrketrening bør man bruke ca. 10 forskjellige øvelser der man varierer med 1-3 serier og repeterer disse 8 til 12 ganger. Også her er det anbefalt en intervall på 2-3 ganger i uken.

For å være sikker på at man trener riktig må man prøve ut både sin styrke, sin utholdenhet og kondisjon før man starter med et treningsprogram. Da vil det være større sjanse for å lykkes og det vil gi en positiv opplevelse av mestring. Til å begynne med kan man oppmuntre pasienten til å være med på f.eks. friluftslivsaktiviteter der man spiller på de interessene pasienten har. Det kan være fisketurer, ski, sykling, seiling, ballaktiviteter, vanlig trim, svømming, ridning osv. Dette er vanlige fysiske aktiviteter som brukes i de forskjellige psykiatriske institusjoner i Norge og som er et godt ledd i behandlingen av en deprimert pasient (Moe, Retterstøl & Sørensen, 1998). I kapitel 3.4.3 har jeg sett på hensikten med tilrettelegging av individuelle aktiviteter etter pasientens ferdigheter og nivåer for å oppnå best effekt som ledd i behandlingen.

## **3.5 Den fysiske virkningen av aktiviteter**

Det har vært kjent i lang tid at det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet og vårt sinns helse. Så vår fysiske form balanseres sammen med vår psykiske balanse på hvordan vi føler oss og hvor god livskvalitet vi har. Det er gjort studier som viser at trening har en positiv påvirkning på helsen vår (Kristoffersen, 2002).

I 1905 ble det publisert av Franz og Hamilton en artikkel som beskrev hvordan fysisk aktivitet kunne redusere tankemessige, kroppslige og følelsesmessige problemer hos to alvorlig deprimerte personer

(Martinsen, 2004). Det ble også tidlig prøvd ut om fysiske aktiviteter hadde virkning på psykiatriske pasienter ved institusjoner (Biddle & Mutrie, 2008). Det er i senere tid gjort forskning på fysisk aktivitet og depresjon. De som deltok på forskningen var personer fra ungdomsalder til pensjonsalder. Denne forskningen viste at om man hadde lite fysisk aktivitet på et gitt tidsrom (fra to til tretti år) kunne dette settes i sammenheng med klinisk depresjon (mild og moderat) på en senere tidspunkt i livet. Dette kommer frem ved gjentatte studier som viser at det er sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon. Her har de målt den fysiske aktiviteten ved testing opp i mot depresjon som er målt etter ICD-10, DSM-IV eller CES-D scale (Biddle & Mutrie, 2008).

Det vil være en rekke fysiologiske faktorer som påvirker oss når vi er i aktivitet. Disse faktorene vil kunne gi en forklaring på hvorfor kroppen vår påvirkes positivt ved fysisk aktivitet. Vi vil blant annet kunne påvirke kroppen til å få kraftigere hjertemuskulatur, som igjen vil gjøre at det pumpes mer blod for hvert hjerteslag. Aktivitet vil øke transporten av sukker fra blodet til skjelettmuskulaturen og følsomheten for insulin vil kunne bedres. Økt sirkulasjon vil kunne forebygge åreforkalkning. Økt energiforbruk vil også føre til at muskelmassen øker og fettvevet reduseres, noe som vil gi vekttap og økt kondisjon. Disse faktorene til sammen kan bidra til at vi lever lenger (Martinsen, 2004).

I tillegg vil aktivitet bidra til økt velvære. Hvis vi opplever økt velvære vil det videre bidra til en reduisering av negative faktorer i livet vårt, som depressive tanker, angst, alkoholforbruk, muskelspenninger, søvnvansker og forbruk av medikamenter.

Hvis man kan bruke fysisk aktivitet i behandlingen vil det kunne føre til en bedring av pasientens selvfølelse og gi han et bedre forhold til sin egen kropp. Aktivitet kan også øve opp evnene til å mestre stress i dagliglivet og opparbeide evnene til å tenke problemløsning i stedet for å se negativt på problemer. I sum vil dette både kunne forebygge og bedre en depresjon.

### **3.5.1 Voksnes fysiske aktivitet**

Det er gjort studier på hvor aktiv en voksen nordmann er. Det viste seg at kun 20 % av de som deltok klarte å innfri de anbefalte 30 minuttene med fysisk aktivitet hver dag. Og at det var 22% kvinner og 18% menn som innfridde. Det viste seg videre å være liten forskjell i alder på de mennene som oppfylte kravene, mens det hos den kvinnelige delen av befolkningen var en lavere oppslutning i

aldersgrupper 30-49 år. Det viste seg også å være forskjeller på innfrielse av fysisk aktivitet ut i fra hvor høyt utdannet en var. 25 % av de med 4 års høyskoleutdanning var aktive, i forhold til bare 16% hos de med grunnskoleutdanning. De største forskjellene som ble funnet var mellom høyskoleutdannede kvinner hvor 25% var aktive, mot kvinner med grunnskoleutdanning hvor kun 14% var aktive. Hos menn var tallene 25% mot 18% (Helsedirektoratet, 2009).

### **3.5.2 Den fysiske aktivitetens helsemessige konsekvens.**

Helsen vår har godt av å være i fysisk aktivitet. Det endrer flere kroppsfunksjoner som gjør at helsen ivaretas. Det å være fysisk inaktiv er det verste vi kan gjøre for våres helse (Gjerset.et. al, 2001). Jeg har sett på (j.f 3.5) de fysiologiske forholdene som påvirker oss når vi er i aktivitet. I dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på hjerte, blodkarsystem og lungefunksjon, og de helsemessige konsekvensene vi kan tilegne oss ved fysisk aktivitet. Som jeg tidligere har skrevet (j.f 3.5) så vil utholdenhetspreget aktivitet ha positiv effekt på hjertekamrene. De vil øke i volum og hjertemuskel vil da bli sterkere. Det vil ha samme gunstige effekt ved styrketrening siden dette er med på å øke tykkelsen i veggene på hjertet (Gjerset et. al, 2001). Dette vil påvirke hjertet til å bli sterkere, og om man f.eks. skulle bli utsatt for et hjerteinfarkt er sjansen for å overleve større hos trente enn for utrente. Blodstrømmen i hjertet vil gå lettere siden den totale blodmengden vil øke og hjertet fylles bedre. Det medfører at årene til hjertet får større blodforsyning og kapillareringen i muskelvevet vil øke. Videre vil kombinasjonen med redusert blodtrykk og reduksjon av fettstoffer i blodet (triglyserider og kolesterol) minske risikoen for hjerte- og karsykdommer (Gjerset. et.al, 2001). Lungefunksjonen vil også ha samme gunstige påvirkning ved fysisk aktivitet, og den vil utvikles sammen med hjertet og kretsløpet (McArdle et.al,2001). Summen er at det maksimale oksygenopptaket øker som følge av den fysiske treningen og man puster lettere og mer effektivt (Gjerset.et.al, 2001).

Blodsukkerreguleringen vil påvirkes ved fysisk aktivitet, fordi følsomheten for insulin øker. Muskler og annet vev vil lettere få tilgang på sukker fra blodet. Fysisk aktivitet er med å regulere appetitten og om man kombinerer trening med sunt kosthold vil man kunne bidra til å opprettholde riktig vekt som er gunstig for den fysiske helsen (Vindholmen, 2007).

Ved trening vil man kunne øke muskelmassevolumet og dette vil gi fordelene ved at musklene kan utøve mer kraft. Selv om man blir eldre, vil fysisk aktivitet bidra til at koordinasjon, reaksjonsevne og hurtighet holdes ved like. Knokler, sener, leddflater og leddbåndene blir sterkere pga. at bindevev og brusk blir styrket, og det gjør at de tåler større belastninger (Gjerset et.al, 2001).

Når man opprettholder et fysisk aktivt liv vil man bidra til at bevegelsesapparatet i kroppen blir sterkere, mer fleksibelt og man får mindre belastningsskader (Vindholmen, 2007).

Fysisk aktivitet har som vi ser stor helsemessig gevinst fysiologisk, og den har ekstremt stor påvirkning psykologisk. Det aller viktigste er kanskje at fysisk aktivitet vil gi en følelse av velvære og tilfredshet. Fysisk aktivitet kan være med å bidra til at mange kan få bedre selvtillit gjennom at man får et sunnere selvbilde på egen kropp. Regelmessig trening gir et bedre søvnmønster og man får bedret kreativt- og problemløsende tankemønster ved fysisk aktivitet (Norsk psykologiforening, 2002). Fysisk aktivitet kan bevist brukes for å unngå depresjon (Bahr, 2009). Det kan brukes som et ledd i behandling av depresjon, i tillegg til andre behandlingsformer som medisiner og samtaleterapi. Det er også viktig å tenke på at man kan bruke fysisk aktivitet for å forebygge tilbakefall når pasienten er erklært frisk.

Det finnes likevel noen få tilfeller der fysisk aktivitet kan være negativt. Mennesker som har alvorlige spiseforstyrrelser må være forsiktige, dette fordi det kan også se ut som at de personene som er disponert for psykiske lidelser kan utvikle spiseforstyrrelser om de driver med hard fysisk trening eller konkurranse idrett (Sosial og helsedirektoratet, 2000)

### **3.6 Forebyggende arbeid**

Som jeg tidligere har skrevet ( j.f 3.3.4), så er de helsemessige konsekvensene av en depresjon store for pasienten og miljøet rundt. Det vil derfor være viktig med forebyggende arbeid, både for pasienten, miljøet og samfunnet. Det er viktig å jobbe med forebyggende psykiatrisk arbeid og dette gjøres på tre nivåer. Disse deles inn i primær, sekundær og tertiær forebyggende nivå. Primærnivå vil forebygge at nye tilfeller oppstår, sekundærnivå jobber med å prøve å forebygge sykdommen ved å korte ned

sykdomsforløpet med riktig behandling. Tertiærnivå forebygging jobber med å senke forekomsten av de invalidiserende kroniske tilstandene ved å bygge utføringstiltak (Kringlen, 2005).

Samhandlingsreformen er et viktig virkemiddel for å sette føringer for psykisk helsevern og forebygging. Hensikten er å bidra til å tenke nytt i dagens helse-Norge. I dagens samfunn er ofte mennesker med psykiske lidelser sosiale tapere, og dette kommer av manglende samhandling. Det bør derfor være et minimum av tilbud om fysisk aktivitet i alle nærmiljøer i Norge. Fokus må ligge på forebygging istedenfor behandling (Samhandlingsreformen, 2008-2009).

Denne reformens hoved utfordringer er:

- ^ pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok*
  - ^ tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom*
  - ^ demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer*
  - ^ som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne*
- (Samhandlingsreformen, 2010, kapittel 3.2)

En samhandlingsreform går ut på å bevare disse utfordringene. For å få til det må tiltakene være strukturerte og det må etableres rammebetingelser for å kunne motivere de forskjellige virksomhetene til et samarbeid. De må levere tjenester som samsvarer med helse og omsorgspolitikken.

Det er satt opp fem hovedgrep for å besvare disse utfordringene:

- 1: Klarere pasientrolle*
- 2: Ny framtidig kommunerolle*
- 3: Etablering av økonomiske intensiver*
- 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse*
- 5: Tilrettelegge for tydelige prioriteringer (Regjeringen, 2012).*

I 2012 kom den nye samhandlingsreformen der man har utarbeidet en ny helse- og omsorgslov som tydeliggjør kommunens ansvar for befolkningens helse og for å styrke folkehelsen. Dette er videre gjort

med den hensikt å tydeliggjøre statens og lokalsamfunnets rolle i folkehelsen og for å fordele ansvar.

Hovedgrep 2 innbefatter at kommunene nå har fått et større ansvar rundt det forebyggende arbeidet.

Det skal nå tilrettelegges tjenester slik at man kan utsette eller forhindre sykdomsutvikling og det skal være positivt både for samfunnets økonomi og folkets helse (Regjeringen, 2012).

For å kunne forebygge depresjon med fysiske aktivitet er det viktig å fokusere på de rette målgruppene som er disponerte for sykdommen. Som jeg skrev i kapittel 3.5.1 kan det synes at lav utdanning er en faktor for å være mer disponert for en depressiv lidelse, og da spesielt hos kvinner. Det er også observert at de i alderen 20-40 år er mer utsatt. Det vil med andre ord være viktig å fokusere på de riktige tiltakene til riktig tid og rett sted for å kunne forebygge optimalt. Forskning (jf. 3.6.1) viser at fysisk aktivitet kan være et godt forebyggende tiltak både primært, sekundært og tertiært. Altså vil det å igangsette tiltak på det nivået der sykdommen er mest utbredt være mest hensiktsmessig

Det vil derfor for Mikkel være svært viktig å forebygge sekundært for å kunne korte ned sykdomsforløpet, men også jobbe primært for å forebygge tilbakefall av depresjonen.

På et samfunnsnivå vil det antagelig være nyttig å ansette mennesker for å fremme fysisk aktivitet i kommunene. For å kunne klare å organisere de som ikke er med i noen organisert idrett så burde det være noen i kommunene som har et ansvar. Det finnes mange frivillige organisasjoner rundt om i kommunene. Men det bør være en overordnet myndighet som kan delegere ulike oppgaver til de forskjellige frivillighetsorganisasjonene. Et viktig tiltak er å starte så tidlig som mulig med den hensikt å oppnå primær forebygging. Et godt tiltak mener jeg kan være å begynne i skolene, både barneskoler og ungdomskoler. Der kan man gjøre undersøkelser med den hensikt å finne ut hva de som ikke er med i noen organisert idrett kunne tenke seg å være med på. Videre kan man velge ut de med størst oppslutting. Dette er selvsagt noe som vil ha en kostnad. Men man spekulere i om det koster samfunnet mer å ha mennesker som er inaktive med depresjon, enn det vil koste å igangsette fysiske forebyggende tiltak. Dette vil bli mer kostbart på sikt ettersom depresjon vil kunne bli den diagnosen som er den hyppigste årsaken til varig invalidisering og som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i fremtiden (J.f 3.3). Man må bruke penger for å spare penger. NAV er også er område man burde vurdere å gi ansvar for å fremme forebyggende tiltak. Jf 3.5.1 rammer depresjon flere av de med lav utdanning enn de med høyere utdanning. Årsaken til det kan kanskje være at ved å ta en høyere utdanning får man informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet og god helse. Dette burde være en

viktig læring ved alle arbeidsplasser, og da spesielt NAV, og man burde fokusere på det. Hvis NAV kan igangsette informasjon og tiltak, vil man lettere nå ut til de med lav utdanning og de som er arbeidsløse.

### **3.6.1 Helseforskning blant menn og kvinner.**

I USA studerte Farmer et.al (1988) 1497 menn og kvinner i en stor helse- og ernæringsstudie. Det ble også gjennomført oppfølging åtte år senere av de samme personene. I disse studiene ble det klarlagt at av de kvinnene som hadde vært lite eller ikke fysisk aktive i denne tidsperioden på åtte år hadde dobbel så stor sannsynlighet for å utvikle depresjons lidelser, i forhold til de kvinnene som var i fysisk aktivitet. For menn derimot viste studiene at det ikke kunne påvises noen særskilt sammenheng mellom inaktivitet og depresjonslidelser. Det studiene derimot viste hos menn var at av de som allerede var deprimerte ved studiets begynnelse, og som også da var fysisk inaktive, var like deprimerte under oppfølgingsstudiene åtte år senere. Det har også blitt gjort flere studier i USA, der blant annet Camacho et.al (1991) gjorde en studie på 8023 personer som ikke var deprimerte. Studiene ble gjennomført i 1965, 1974 og 1983. De viste at av de personene som ikke var deprimerte men som var inaktive i 1965, hadde så mange som 70 % større sjanse for å ha fått depresjon i oppfølgingsstudiene som ble gjennomført i 1974, enn de som var regelmessige fysisk aktive. I det siste oppfølgingsstudiet i 1983 fant de videre ut at økt fysisk aktivitet reduserte risikoen for å få depresjon, men at det også kunne være flere faktorer som spilte inn på dette resultatet.

I Tyskland gjorde Weyerer (1992) en studie på 1536 personer. Her ble oppfølgingsstudiene gjort 5 år senere. Disse studiene viste at det var større sjanse å få depresjonslidelser blant de som kun trente av og til, sammenlignet med de som trente regelmessig. Men dette resultatet hadde ikke noen statistisk betydning og for de som utøvde liten fysisk aktivitet var det ingen tegn til mer depresjon ved oppfølgingsstudiene.

Også i Nederland er det blitt gjort studier på feltet, og Bernaards et.al (2006) undersøkte 1747 arbeidstakere fra 34 forskjellige firmaer. Her ble det gjort oppfølgingsstudier 3 år etterpå. Disse studiene viste at for de som hadde stillesittende arbeid, men som på fritiden var fysisk aktive opp til to



ganger i uka hadde bemerkelsesverdig mindre sjanse for å få depresjonslidelser. Dette ble sett oppimot de som trente 3 eller fler ganger i uka. Hos disse kunne man ikke se at det ga mindre risiko.

## 4.0 HENSIKTMESSIGE FYSISKE AKTIVITETER

Både fysiologisk og psykologisk har kroppen vår god nytte av fysisk aktivitet (J.f 3.5.2). Gjentatte forskningsprosjekt viser at det er depresjons forebyggende å være i aktivitet (J.f 3.6.1).

Samfunnsøkonomisk har depresjoner en stor kostnad, og denne kostnaden vil gå ned om flere er i aktivitet. For å oppnå best effekt av den fysiske aktiviteten og for å oppnå effektiv forebygging mot depresjon er det (J.f 3.4.5) anbefalt å trene kondisjon to til tre ganger i uka der man holder intensiteten fra moderat til anstrengende nivå. Hva slags type aktivitet som utføres er viktig og J.f 3.4.3 er det viktig at det er en type aktivitet som pasienten kan trives med. Det er stadfestet at både lett og anstrengende aktiviteter er forebyggende og det viktige er at treningen har et regelmessig intervall. Etter hva jeg kan forstå er det naturlig å tenke at det sosiale aspektet ved fysisk anstrengelse er med å påvirker i positiv retning. Det kan være viktig å f.eks. ha gruppetreninger ettersom et typisk kjennetegn på depresjon er at personen trekker seg tilbake og mister tiltakslyst og interesse (J.f 3.3.1). Fordelen med gruppetimer kan være at det føles vanskeligere å utebli fra avtalte timer. Det kan også være med på å skape mer regelmessig aktivitet enn om pasienten er overlatt til seg selv. J.f 3.4.5 er det viktig at den deprimerte tester ut både kondisjon, utholdenhet og styrke før han begynner å trene. Og ut i fra dette setter han seg mål med treningen. Her ser jeg det som essensielt at sykepleieren hjelper til å finne motiverende aktiviteter, fornuftige og realistiske mål, følger opp, og gir konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntrer til videre trening.

## 5.0 KONKLUSJON

På bakgrunn av materialet jeg har jobbet med i denne oppgaven er min konklusjon at fysisk aktivitet som behandlingsform vil være en betydelig bidragsfaktor i behandling av depresjon, samt i det forebyggende arbeidet mot depresjonslidelser. Det er vesentlig å trekke frem at den positive gevinsten ved fysisk aktivitet henger mer sammen med aktivitetens regelmessighet enn intensitet, og således er det essensielt å motivere enhver pasient til den grad av aktivitet vedkommende er i stand til. Det er vist gjennom en rekke forskningsresultater at sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjonslidelser gjelder alle mennesker, men at især kvinner kan ha ekstra god effekt av trening som ledd i behandlingen. Vi ser at personer med lav utdanning er mer utsatt for depresjonslidelser enn personer med høyere utdanning. Dette kan ses i sammenheng med at generell høyere utdanning bidrar til generell økt bevissthet rundt de helsemessige fordelene ved fysisk aktivitet og et følgelig økt aktivitetsnivå. På bakgrunn av dette bør forebyggende tiltak rettes mot gruppen med lav utdanning og det vil være hensiktsmessig å rette arbeidet mot barn i skolealder. Bruk av fysisk aktivitet som ledd i behandlingen vil kunne redusere bruken av medikamenter, med reduserte bivirkninger for pasienten. Dette vil også kunne gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

For å dra nytte av denne kunnskapen er det viktig at jeg som sykepleier motiverer, tilpasser og tilrettelegger for fysisk aktivitet hos pasienten. Dette må gjøres på bakgrunn av god kunnskap om emnet og kjennskap til pasientens individuelle behov og begrensninger. Summen av dette mener jeg danner forutsetninger for de beste resultater.

## 6.0 ETTERORD

Da jeg skulle velge meg tema til min oppgave viste jeg at jeg ønsket å skrive om hva fysisk aktivitet kan gjøre med depresjon. Dette er et tema jeg brenner for etter mine observasjoner både gjennom min praksis men også i min jobb i hjemmetjenesten. Selve problemstillingen hadde jeg flere forskjellige forslag til, men valgte tilslutt en problemstilling som jeg synes var mest mulig relevant for jobben som sykepleier.

Det å skrive alene har både fordeler og ulemper. Jeg hadde ett ønske om å skrive alene ettersom jeg så for meg at det var vanskelig å finne en medstudent som ønsket å skrive om akkurat dette temaet. I tillegg til at det gir muligheten til å jobbe med oppgaven til de tidene som passer meg best, siden jeg har små barn. Utarbeidelsen av denne oppgaven har vært både tid og ressurskrevende. Ulempen med å skrive alene er at man lett kan bli ukritisk til det man skriver og man har ingen å diskutere med og få nye impulser og vinklinger fra.

Veiledningstimene har vært en god hjelp, spesielt med tanke på en god disposisjon. Jeg var til tider i tvil om jeg hadde fått med alt jeg synes var relevant i teorien for å klare å drøfte godt nok. Men synes det gikk greit når jeg først kom i gang.

## 7.0 LITTERATURLISTE MED VEDLEGG

Almvik, Arve; Borge, Lisbet (2006): Psykisk helsearbeid i nye sko. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Bahr, Roald (2009): Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet

Berge, Torkil; Repål, Arne (2005): Lykketyvene – hvordan overkomme depresjon. NordBook AS, Skien 2005

Bernaards, C, M; Jans, M, P; van den Heuvel, S, G; Hendriksen, I, J; Houtman, I, L og Bongers, P, M (2006): Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? *Occup Environ Med*, 63 (1), 10 – 16 (Lest: 10.03.12)

Biddle, Stuart J.H; Mutrie, Nanette (2008) *Psychology of Physical Activity, Determinants, well – being and interventions*. Routledge, New York, 2008

Camacho, T, C; Roberts, R, E; Lazarus, N, B; Kaplan, G, A; Cohen R, D (1991): Physical activity and depression: Evidence from the Alameda county study. *American journal of epidemiology*, 134, 220 – 31 (Lest: 01.03.12)

Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Eknes, Jarle (2006): *Depresjon og mani – forståelse og behandling*. Universitetsforlaget 2006. Oslo

Farmer, M; Locke, B; Moscicki, E; Danneberg, A; Larson, D; Radloff, L (1988): Physical activity and depressive symptoms: The NHANES – 1 epidemiological follow – up study. *American journal of Epidemiology*, 128, 1340 – 5 (Lest: 01.03.12)

Gjerset, Asbjørn; Haugen, Kjell; Holmstad, Per (2001): *Treningslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

Helsedirektoratet:

A: *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 - 2009* (2008):

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2005-2009/Sider/default.aspx> ( Lest: 29.03.12)

B: *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2009*:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-voksne-og-eldre/Sider/default.aspx> (Lest: 30.03.12)

C: Fysisk aktivitet og psykisk helse 2010:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>  
(Lest 29.03.12)

Hummelvoll, J, K: (2004): Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, Kjell Magne, (1999). Mestring og relasjon. Oslo: Universitetsforlaget.

ICD – 10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. Revisjon  
<http://finnkode.kith.no/2012/> (Lest: 12.04.12)

Kringlen, Einar (2004): Psykiatri. Oslo: Gyldendal Forlag AS 2005

Kristoffersen, Nina Jahren, (2002). Generell sykepleie-bind 1. Oslo : Gyldendal Akademiske AS, 5 opplag.

Krûger, Marit B; Lund, Anders; Skarstein, Jon; Stubhaug, Bjarte (2000): Depresjonshåndboka. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2000.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) fra Lovdata:  
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html> (Lest: 22.04.12)

Martinsen, Egil W (2004): Kropp og sinn, fysisk aktivitet og psykisk helse. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

McArdle, William D; Katch, Frank I; Katch, Victor L (2001): Exercise Physiology. Energy, nutrition, and human performance. USA: Lippincott Williams & Wilkins. (Lest 12.04.12)

Moe, Toril; Retterstøl, Nils; Sørensen, Marit, (1998): Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling. Aker Sykehus – divisjon psykiatri. Universitetsforla, 16-22

Natvig, Randi- Susanne.(1993). Sykepleie i etikk. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Helseinformatikk (NHI)(2009): Hva er depresjon?  
<http://nhi.no/sykdommer/psyke/depresjon/depresjon-symptomer-og-tegn-9114.html> (Lest: 15.03.12)

Norsk psykologiforening (2002): Mestring av depresjon, veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening April 2002 – 39 (Lest: 20.03.12)

Radloff, L, S (1977): The CES-D scale: A self – report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1 385-401 (Lest: 05.04.12)

Reseptregisteret.no (2011): <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx> (Lest:27.03.12)

Samhandlingsreformen (2008-2009): Rett behandling – på rett sted – til rett tid.  
(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> ) (Lest: 25.04.12)

Samhandlingsreformen (2012): Rett behandling – på rett sted – til rett tid  
(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/4/2.html?id=567209> ) (Lest:25.04.12)

Sinnets Helse. Endorfiner: <http://www.sinnetshelse.no/artikler/endorfiner.htm> (Lest: 02.04.12)

Snoek, J.E og Engedal, Knut, (2004). Psykiatri. Oslo : Akribe Forlag.

Sosial – og helsedirektoratet (2000): Fysisk aktivitet og helse, anbefalinger. Rapport 2/2000

Statistisk sentralbyrå (2005): Allmennlegehelsetjenesten 2005, Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen. <http://www.ssb.no/emner/03/02/alegetj/>. (Lest: 28.03.12)

Vindholmen, Solveig (2007): Fysisk aktivitet brukt som behandlingsmetode i distriktpspsykiatrien. Masteroppgave i idrettsvitenskap. Fakultet for helse og idrettsfag. Høgskolen i Agder

Weinberg, Robert S; Gould, Daniel (2007): Foundations of sport and exercise psychology. USA: Kinetics Human ( Lest: 08.03.12)

Weyerer, S. (1992): Physical inactivity and depression in the community: Evidence from the Upper Bavarian Field Study. Journal of Sport Medicine, 13, 492 -6 (Lest:11.03.12)

WHO (World health organization). Depression:  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) (Lest: 14.04.12)

Vedlegg I: MADRS Skjema.

<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madr-3271.html> (Lest: 29.03.12)

Vedlegg II: Oversikt over diagnoser.

<http://www.ssb.no/emner/03/02/alegetj/fig-2006-10-09-04.html> (Lest: 19/3-12)