



**Haraldsplass**  
DIAKONALE HØGSKOLE  
Bergen Diakonissehjem

**Bacheloroppgave i sykepleie**

# **Hva hjelper gode tilbud, når pasienten ikke er motivert?**

*Hvordan kan en sykepleier motivere en pasient med depresjon, innlagt ved DPS, til fysisk aktivitet?*

*How can a nurse motivate a patient with depression, hospitalized at DPC, to physical activity?*

Kandidatnummer: 743  
Kull: 2013  
Antall ord: 9828  
Innleveringsdato: 16. mars 2016

# PUBLISERINGSAVTALE

## Bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

**Tittel på norsk:** Hvordan kan en sykepleier motivere en pasient med depresjon, innlagt ved DPS, til fysisk aktivitet?

**Tittel på engelsk:** How can a nurse motivate a patient with depression, hospitalized at DPS, to physical activity?

**Kandidatnummer:** 743

**Forfatter(e):** Ragnhild Raustøl Slettebø

**Årstall:** 2016

### 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 Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

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

**Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja    X  
nei   

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja      
nei    X

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja      
nei   

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

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

ja      
nei    X

*Nå trenge` de seg  
på igjen  
tunge tanker som  
vil inn  
nå må eg ut og gå igjen  
kjenna regn og kjenna  
vind  
(Bjørn Eidsvåg)*

## Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudie, og tar for seg hvordan en sykepleiere kan motivere deprimerte til fysisk aktivitet. Hensikten med oppgaven er å se hvordan vi kan motivere deprimerte, gjennom bruken av motiverende intervju (MI). For å avgrense oppgaven fokuseres det her på pasienter med mild og moderat depresjon, og pasienter innlagt ved distriktpsykiatrisk senter (DPS). Forskning viser at bruken av fysisk aktivitet i behandling har god, og tilnærmet lik effekt som medikamenter i behandling av depresjon. Likevel viser forskningen brukt i denne oppgaven, at flere pasienter mangler motivasjon. For å belyse dette har jeg tatt i bruk blant annet Miller og Rollnicks teori om motiverende intervju, Prochaska og DiClementes transteoretiske modell og Travelbees sykepleieteori. Oppgavens problemstilling lyder slik: *Hvordan kan en sykepleier motivere en pasient med depresjon, innlagt ved DPS, til fysisk aktivitet?*

Gjennom oppgaven har jeg i hovedsak benyttet meg av faglitteratur, forskningsartikler og pensumlitteratur fra studiet. Litteraturen er presentert i en teoridel som følges av en drøftingsdel. Drøftingen er bygget opp kronologisk ut fra første møtet mellom sykepleier og pasient, til vedlikehold av endringen. Her tar jeg for meg punkter som blant annet relasjonsbygging, målsetting og vedlikehold. Det kommer frem fra drøftingen hvordan sykepleiere kan bruke MI som redskap i motivasjon til en deprimert pasient.

Oppgaven gir ingen konkrete fasitsvar på hva som er rett måte å motivere på. Derimot ser vi at MI kan være et godt redskap, da det kan hjelpe pasienten til å finne hans indre motivasjon til endring. Samtidig kan vi se at det kan bygge opp den deprimertes selvfølelse gjennom mestring som igjen er med på å skape motivasjon. Det legges også vekt på hvor viktig det er å se den enkelte pasienten og tilrettelegge behandlingen individuelt.

*Nøkkelord:* Motivasjon, motiverende intervju, depresjon, fysisk aktivitet.

## **Abstract**

This bachelor's thesis is a literature study, which looks at how nurses can motivate depressed patients to increased physical activity. The purpose of the thesis is to see how depressed patients can be motivated, through the use of motivational interviewing (MI). In order to refine the thesis, it focuses only on patients with mild and moderate depression, and patients admitted to the district psychiatric center (DPC). Research shows that the use of physical activity has positive, and approximately equal effect as medicaments in the treatment of depression. However, literature used in this study show that patients lack motivation. To illustrate this, the following theories have been utilized; Miller and Rollnick's theory of motivational interviewing, Prochaska and DiClemente's transtheoretical model, and Travelbee's nursing theory. The thesis statement is: *How can a nurse motivate a patient with depression, hospitalized at DPC, to physical activity?*

Throughout the thesis, academic literature, research papers, and textbooks have been utilized. These literatures are presented in a theoretical section, followed by a discussion. The discussion section is structured chronologically from the first meeting between nurse and patient, to the maintenance of achieved changes. Discussed issues include relationship building, goal-setting, and maintenance. The discussion covers how nurses can use MI, as a motivational tool towards depressed patients.

The thesis offers no definite answer for the right way to motivate patients. However, MI can be a good tool, as it can help patients to find their inner motivation. Moreover, the use of MI can also contribute to increased self-esteem through mastery, which in turn helps to create motivation. The importance of seeing each individual patient and facilitate treatment individually are also emphasized.

*Keywords:* Motivation, motivational interviewing, depression, physical activity.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>PUBLISERINGSAVTALE .....</b>	<b>II</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>V</b>
<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG .....	1
1.2 RELEVANS FOR SYKEPLEIE OG MÅL MED OPPGAVEN.....	1
1.3 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN .....	2
1.4 DISPOSISJON AV OPPGAVEN .....	3
<b>2.0 METODE.....</b>	<b>4</b>
2.1 METODISK TILNÆRMING.....	4
2.2 KILDER .....	5
2.2.1 Pensumlitteratur .....	5
2.2.2 Annen litteratur.....	5
2.2.3 Forskningsartikler.....	5
2.3 METODE- OG KILDEKRITIKK .....	6
2.4 IVARETAKELSE AV ETISKE RETNINGSLINJER .....	7
<b>3.0 LITTERATUR .....</b>	<b>8</b>
3.1 TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI .....	8
3.1.1 Menneske-til-menneske-forhold.....	8
3.1.2 Kommunikasjon.....	10
3.2 DEPRESJON .....	11
3.2.1 Fysisk aktivitet som del av behandling .....	12
3.3 MOTIVASJON .....	13
3.3.1 Motiverende intervju.....	13
3.3.2 Kommunikasjonsteknikker .....	15
3.3.3 Transteoretisk modell av Prochaska og DiClemente.....	15
<b>4.0 DRØFTING .....</b>	<b>18</b>
4.1 Å SKAPE DEN GODE RELASJONEN.....	18
4.2 FOKUSERE PÅ DET INDIVIDUELLE .....	19
4.3 MÅLSETTING SOM SKAPER MESTRINGSFØLELSE .....	21

4.4	FORBEREDELSE PÅ ENDRING.....	23
4.5	HANDLING MOT ENDRING .....	24
4.6	HVORDAN HOLDE PÅ ENDRINGEN? .....	25
<b>5.0</b>	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>27</b>
	<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>28</b>

## **1.0 INNLEDNING**

Denne bacheloroppgaven har temaet motivasjon til deprimerte. Oppgavens problemstilling er: *Hvordan kan en sykepleier motivere en pasient med depresjon, innlagt ved DPS, til fysisk aktivitet?* I innledning sier jeg litt om bakgrunn for valg, avgrensingen av oppgaven, oppgavens sykepleierelevans og mål med oppgaven.

### **1.1 Bakgrunn for valg**

Inspirasjon til tema og problemstilling i denne bacheloroppgaven har jeg fått fra interesser og undervisning på studiet. Jeg har ingen praksiserfaring fra å jobbe med pasienter med en depresjon, men synes likevel det er et spennende område og svært allment. Med dette mener jeg at det er noe vi alle kommer borti, enten ved at vi får diagnosen selv, eller at vi kjenner noen som får den. En depresjon rammer ca 20% av befolkning en gang i løpet av livet. Noen opplever en enkeltstående depresjon, mens andre opplever gjentakende episoder. Noen mennesker opplever årstidsdepresjon, også kaldt vinterdepresjon (Martinsen, 2011, s. 66-67; Snoek og Engedal, 2008, s. 80). Vi ser også at behandlingen av depresjon er i endring ved at det tidligere har vært mest fokus på kognitiv terapi, også kaldt kognitiv adferdsterapi. Denne behandlingsformen bygger spesielt på kognitiv psykologi og læringspsykologi (Berge og Repål, 2013, s. 61). I dag er der stadig mer forskning og fokus på behandling med fysisk aktivitet. Forskning viser en viss effekt av aktivitet i behandlingen både, forebyggende og behandlende (Martinsen, 2011, s. 68). I Førde psykiatriske klinikk er det nå 6 ansatte som har fysisk aktivitet som sin eneste prioriterte arbeidsoppgave (Helsedirektoratet, 2010, s. 7). Selv om det settes inn masse ressurser på å gi pasienten et tilbud, tenker jeg at det hjelper lite om pasienten ikke er motivert til å benytte seg av det. Etter undervisning om motivasjon synes jeg derfor det virket spennende å se mer på hvordan man kan motivere en deprimert pasient til fysisk aktivitet.

### **1.2 Relevans for sykepleie og mål med oppgaven**

Oppgaven er sykepleierelevant da jeg velger å fokusere på møtet mellom sykepleier og pasient. Ved å bygge opp og fremme motivasjonen hos deprimerte tenker jeg at vi må fokusere på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren, og møtet dem i mellom. Det handler om å se hele mennesket og ikke bare sykdommen/diagnosen. For å kunne fremme



motivasjon tenker jeg at en må starte med å bli kjent og skape relasjon, et mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier. I NSF yrkesetiske retningslinjer står det blant annet: *”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”* (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette mener jeg underbygger min oppgaves sykepleierelevans da jeg ønsker å finne ut hvordan jeg kan motivere pasienten, som igjen kan skape mestring. Ved å fokusere på pasientgruppen deprimerte, tar jeg for meg en gruppe som jeg selv tror har et stort behov for motivasjon og tro på seg selv. Typiske kjennetegn ved diagnosen er lite motivasjon, engasjement og liten tro på seg selv (Martinsen, 2011 s. 65). Fysisk aktivitet som behandling har også vist seg å kunne være like effektivt som medikamentell behandling av depresjon (Cooney mfl., 2013). Slike funn fører til mer forskning og utprøving av fysisk aktivitet som behandling.

Målet med oppgaven vil være å få frem hvordan vi kan bruke motiverende intervju (MI) til å motivere en deprimert pasient. Videre ønsker jeg å se på hvordan dette kan brukes i samarbeid med deprimerte i prosessen for å motivere dem til fysisk aktivitet. Gjennom oppgaven ønsker jeg å belyse det hele med Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige forhold. Ut fra dette håper jeg å få frem hvor viktig det er med en god relasjon i møte med pasienter og hva motivasjon og motiverende intervju handler om.

### **1.3 Avgrensning av problemstillingen**

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til pasienter med mild og moderat depresjon, da det er denne gruppen pasienter forskningen i stor grad er rettet mot. Jeg velger da å ikke fokusere på pasienter med alvorlig depresjon. Det er mindre forskning på denne gruppen pasienter, da det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte forsøk. De klarer lite og ønsker helst å ligge, men de kan likevel ha nytte av treningen (Martinsen, 2011, s. 81). Jeg har også valgt å fokusere på pasienter som er innlagt ved distrikt psykiatrisk senter (DPS). DPS Hører til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Store medisinske leksikon definerer det som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern (Malt, 2014). Med begrepet fysisk aktivitet snakker vi om aktiviteter og bevegelse som fører til økt energiforbruk (Martinsen, 2011, s. 35-36).

Motivasjon handler om tanker og følelser. Får vi en oppgave vi skal utføre og som vi ønsker å mestre, er det avhengig av tankene og følelsene våre rundt oppgaven og egne ferdigheter. Det handler om å finne et motiv og mål som skaper en lyst og drivkraft (Teigen, 2013; Wormens og Manger, 2005, s. 11). Det finnes ulike teknikker og metoder for å fremme motivasjon, men jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på motiverende intervju (MI). I litteraturen jeg presenterer bruker de begreper som terapeut/behandler/veileder/rådgiver/sykepleier og klient/pasient. Jeg velger her å bruke begrepene sykepleier og pasient gjennom oppgaven, for å gjøre det mer relevant til min problemstilling. Jeg har også valgt å omtale sykepleier som ”hun” og pasienten som ”han” for å gjøre setningene og teksten lettere å lese. Dette har ingen kjønnsmessig betydning.

#### **1.4 Disposisjon av oppgaven**

Det kommer først en metodedel hvor jeg sier noe om hvordan jeg har gått frem i denne bacheloren, og hvilken litteratur som er brukt. Deretter er det en litteraturredel hvor jeg presenterer den aktuelle litteraturen innenfor de ulike delemnene. I drøftingen vil jeg drøfte teori, forskning og egne tanker. Drøftingen vil bygge på Travelbees sykepleieteori. I siste del av oppgaven kommer det en oppsummering og en belysning av problemstillingen.

## **2.0 METODE**

Thidemann (2015, s. 76) beskriver metode som den systematiske fremgangsmåten man bruker for å samle kunnskap og informasjon for å belyse problemstillingen. Denne oppgaven er et litteraturstudie og jeg vil bruke Travelbees sykepleieteori gjennom oppgaven. Hennes teori har i følge Kirkevoll (1998, s. 122-123) en humanvitenskapelig tilnærming da hun fokuserer på å hjelpe mennesker med å finne mening i situasjonen. Hennes teori bærer også preg av positivistisk og rasjonalistisk kunnskapssyn. Oppgaven vil derfor bære preg av dette. Likevel vil oppgaven bære preg av et samfunnsvitenskapelig og naturvitenskapelig syn også, da jeg mener alle disse tre vitenskapsformene går over i hverandre i utøvelsen av sykepleie. Mitt ståsted i denne oppgaven vil være humanvitenskapelig. Flere av forskningsartiklene jeg har brukt har også et humanvitenskapelig syn.

### **2.1 Metodisk tilnærming**

For å finne relevante kilder og litteratur laget jeg PICO skjema og fant MeSH-termer gjennom ”MeSH på norsk” i helsebiblioteket. Her fant jeg søkeordene: depression, mental disorder, physical activity, exercise, motivation og motivational interviewing. Videre søkt jeg på disse ordene i ulike databaser. Jeg valgte PsycINFO da dette er en database som dekke psykologisk forskning. Cochrane Library valgte jeg i håp om å finne en god oversiktsartikkel og PubMed og Medline da dette er generelle sykepleiedatabaser. Inklusjonskriterier i søket mitt var at artiklene måtte være skrevet på engelsk eller skandinaviske språk. Jeg valgte også at artiklene skulle være kvalitative for å finne pasienterfaringer. Eksklusjonskriterier i søket var i utgangspunktet å utelukke artikler før 2008, men jeg så fort at dette ble vanskelig og valgte derfor å se på enda eldre artikler. Artiklene jeg fant vurderte jeg relevant opp mot problemstilling ved å først lese overskrifter og sammendrag. De som virket interessante skumleste jeg, for så lese de jeg valgte å ha med i oppgaven nøye. Jeg har også funnet bacheloroppgaver med liknende tema, og sett på referanselisten for å finne aktuelle kilder. Videre har jeg søkt i Oria, Google og Google Scholar.

## 2.2 Kilder

Etter å ha funnet den litteraturen jeg ønsket å bruke i oppgaven, satt jeg igjen med en kombinasjon av pensumlitteratur, annen litteratur og forskningsartikler. Jeg har valgt å presentere litteraturen ut fra de overnevnte punktene. Samtidig har jeg valgt og kun presentere noe av litteraturen. Jeg har tatt med det jeg anser som ekstra viktig og det jeg har brukt mest i oppgaven.

### 2.2.1 Pensumlitteratur

”*Kommunikasjon i relasjoner*” av Eide og Eide (2007) har jeg brukt som grunnlag i teori om kommunikasjonsteknikker. Jeg har også brukt ”*Psykatri*” av Snoek og Engedal (2008) som grunnlag for kapittelet om depresjon. ”*Sykepleieteorier*” av Kirkevold (1998) har jeg brukt under punktet om sykepleieteori. Dette er bøker vi har hatt på pensum i løpet av studiet.

### 2.2.2 Annen litteratur

”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*” av Travelbee (2001) har jeg brukt som grunnlag for teoridelen om sykepleieteori. Miller og Rollnicks (2013) bok ”*Den motiverende samtale*” har vært grunnlag for teori om MI, sammen med sekundærlitteratur som ”*Motiverende intervju*” av Barth mfl. (2013) og ”*Motiverende Samtale*” av Barth og Näsholm (2007) da disse bøkene refererer mye til Miller og Rollnicks verk. Disse har jeg også brukt til å underbygge den transteoretiske modellen sammen med artiklene av Prochaska mfl. (1992) og McConaughy mfl.(1989).

”*Kropp og sinn*” av Martinsen (2011) her jeg brukt mye i oppgaven da han tar for seg akkurat det min problemstilling omhandler. Han snakker om depresjon og behandling med fysisk aktivitet og presenterer også egen forskning på pasienters erfaringer rundt dette. Jeg fant også hefter og retningslinjer hos helsebiblioteket som jeg fikk god nytt av.

### 2.2.3 Forskningsartikler

”*Patiens` s views of physical activity as treatment for depression*” (Searle mfl., 2011) er en kvalitativ studie gjennomført i 2011. Studien hadde som mål å finne ut hva pasientene synes om behandling med fysisk aktivitet i primærhelsetjenesten. Studien ble gjort med 33 deltagere og er en randomisert kontrollert studie. Resultatet av studien viser at de fleste deltagerne opplevde at fysisk aktivitet var en god behandling, de beskrev flere positive opplevelser de

selv hadde. Mange av deltagerne gav tilbakemelding om lav motivasjon og dårlig selvtillit som barrierer for fysisk aktivitet. De foreslo da medisiner som hjelpemiddel mot dette.

*”Wath are the factors that influence physical activity participation in individuals with depression? A review of physical activity correlation form 59 studies”* (Vancampfort mfl., 2015) er en oversiktsartikkel som tar for seg 42 artikler. Konklusjonen var at for personer med depresjon er fysisk aktivitet en avansert prosess som avhenger av mange ulike faktorer. Tiltak for å forandre fysiske og mentale helsefaktorer hos deprimerte bør utvikles og undersøkes mer.

### **2.3 Metode- og kildekritikk**

Jeg har valgt å fokusere mest på Travelbees primærlitteratur, men har brukt Kirkevold (1998) for å få en bedre forståelse av enkelte deler av teorien. Både Kirkevold og Travelbees bok er forholdsvis gamle, men det er likevel bøker som blir mye brukt. Kirkevold (1998, s. 124) omtaler Travelbees teori som klar og forståelig, teorien er presentert ryddig og du finner lett frem i boken. Kirkevold (1998, s. 125) trekker frem hvordan Travelbee er noe uklar i definisjonen av begrepene empati og sympati. Travelbee hevder at et nært gjensidig forhold er grunnlag for empati, mens senere beskriver hun hvordan et nært gjensidig forhold kommer av sympati. Jeg opplever også at Travelbee gjentar seg selv flere ganger gjennom teorien, dette skaper litt forvirring til tider. Hun mener også at de fire fasene følger hverandre kronologisk. Dette kan virke noe ulogisk i forhold til empatifasen, da Travelbee mener det bare kan oppstå empati i enkelte situasjoner. Ut fra dette betyr det at sykepleieren ikke kan utvikle et menneske-til-menneske forhold til pasienten, dersom hun ikke har opplevd noen liknende. Teorien er likevel veldig konkret og lett å knytte opp til sykepleiepraksis (Kirkevold, 1998, s. 126).

Forskningsartiklene jeg har funnet og brukt i oppgaven er varierende i validitet, da noen av dem er gitt ut for flere år siden, pasientgruppen er litt liten eller at forskningen ikke svarer helt til min problemstilling. Ettersom jeg søkte fant jeg flere forskningsartikler om effekten av fysisk aktivitet ved depresjon og generelt bruken av MI. Jeg fant derimot lite studier som tar for seg bruken av MI og motivasjon til deprimerte. Jeg fant også lite kvalitative studier om pasienters opplevelse og erfaring ved fysisk aktivitet som del av behandling av depresjon. Det er med på å gjøre at oppgaven stiller noe svakt i forholdt til erfaringsbaser kunnskap. På den

andre siden er dette med på å fremhever oppgavens relevans, da det er behov for fokus på området. Oversiktsartikkelen jeg fant i Cochrane Library, sier også noe om mangelen på forskning på dette området.

Enkelte av bøkene jeg har brukt er også oversatte bøker, det kan være en svakhet ved at noe av materialet kan "forsvinne" i prosessen. Litteraturen jeg har brukt i forhold til MI er også omfattende. Det gjør at jeg i denne oppgaven ikke har fått gått i dybden på MI. Jeg har derimot tatt for meg hovedprinsippene ved motiverende intervju.

Under søke i databasene måtte jeg endre må de inklusjon- og eksklusjonskriteriene jeg hadde satt meg, da jeg ikke fant det jeg så etter. Det kan tenkes at jeg kunne ha funnet mer relevante artikler om jeg hadde gjort søkene i andre databaser, eller kombinert ordene på andre måter i søket. Samtidig tenker jeg at jeg fant det som var av relevans i de databasene jeg søkte i, da jeg brukte mye tid på søkene.

## **2.4 Ivaretagelse av etiske retningslinjer**

Gjennom oppgaven har jeg konsekvent henvist og referert til mine kilder ut fra Harvard referansestil. Jeg har fulgt referanseregler ut fra nettstedet [søkogskriv.no](http://søkogskriv.no) og veiledning fra bibliotekar på skolen. Oppgaven er skrevet med egne ord og jeg har fulgt skolens retningslinjer for akademisk skriving.

## 3.0 LITTERATUR

Jeg vil i denne delen av oppgaven ta for meg aktuell teori som jeg skal bruke i drøftingen. Jeg tar først for meg Travelbees sykepleieteori, deretter teori om depresjon og litt om behandling. Til slutt legger jeg frem teori om motivasjon, motiverende intervju, kommunikasjonsteknikker og den transteoretiske modellen.

### 3.1 Travelbees sykepleieteori

Kirkvelold (1998, s. 38) snakker om sykepleieteori om noe som definerer hva sykepleie er og bør være. Hun definerer Travelbees teori som en teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter (Kirkevold, 1998, s. 113).

Travelbees defenisjon på sykepleie er:

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).*

Travelbee tar opp ulike emner i teorien sin, og alt vil være relevant til utøvelsen av sykepleie, men for å avgrense har jeg valgt å fokusere på menneske-til-menneske-forholdet og hennes kapittel om kommunikasjon. Dette er de delene av hennes teori jeg mener passer spesielt til min problemstilling.

#### 3.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

*Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at de syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 177).*

Sykepleier og pasient skal forholde seg til hverandre som enkeltindivider, og individuelle mennesker ikke som pasient og sykepleier. Som sykepleier og pasient kan en ikke komme helt inn på hverandre, det gjør en først når en ser den andre som et helt menneske. Et menneske-til-menneske-forhold er grunnleggende for at sykepleier skal kunne hjelpe et individ til å mestre og forebygge sykdom og finne mening i sykdommen. Travelbee mener dette forholdet oppstår etter at en sammen har gjennomgått fire faser, som henger nøye

sammen. De fire fasene er: det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 186).

I det innledende møtet vil sykepleieren danne seg et førstetrykk av pasienten, og pasienten vil danne seg et førsteinntrykk av sykepleieren. Denne oppfatningen kan endres etterhver som vi lærer å kjenne hverandre. I møte mellom sykepleier og pasient ser en ofte på hverandre som stereotyp, ”en sykepleier” og ”en pasient”. Man klarer ikke se det unike i mennesket og det unikt individ. Pasienten henter frem tidligere erfaringer med andre sykepleiere og bruker denne kunnskapen i møtet, og motsatt. Sykepleieren må ta et bevisst valg om å se det unike individet. Når sykepleieren klarer dette og pasienten responderer, går de videre inn i neste fase (Travelbee, 2001, s. 186-188).

Andre fase er fremvekst av identitet. I denne fasen handler det om å verdsette den andre og se han som et unikt individ, samtidig som man skal skape en tilknytning. Som sykepleier oppdager du hvem pasienten er som individ, hvordan han føler, tenker og handler. Pasienten vil gjøre det samme med sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 188-189). Selv om en kan tenke seg hva en selv ville følt i en liknende situasjon, stemmer det nok ikke overens med hva pasienten føler i samme situasjon. ”Over-identifikasjon” er når sykepleieren mangler evnene til å skille mellom pasienten og seg selv. For å unngå dette er det viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan hun oppfatter pasienten (Travelbee, 2001, s. 189-190).

Tredje fase er empatifasen. I boken sin definerer Travelbee empati som en prosess hvor en kan fornemme den andres indre opplevelse på et tidspunkt ved å se forbi ytre adferd. En forstår betydningen av den andres tanker og følelser. Empati er ikke å tenke å føle som den andre, men man tar del i det. Man opplever nærhet og tilknytning uten å bli ”tråkket oppi” (Travelbee, 2001, s. 193). Har det først oppstått empati er forholdet mellom dem endret for alltid. De har oppnådd noe som ikke lar seg utslette så fort (Travelbee, 2001, s. 194). Det er også visse forutsetninger for empati. Det avhenger av likhetstrekk mellom de to individene og deres erfaringer. En annen viktig forutsetning er ønsket om å forstå den andre sammen med ønsket om å føle empati (Travelbee, 2001, s. 195-196). Empati er en viktig del av møtet, men ikke tilstrekkelig alene. Travelbee uttrykker viktigheten av at forholdet viderutvikles til å nå fjerde fase (Travelbee, 2001, s. 199-200).



Den siste og fjerde fasen er sympati og medfølelse. I motsetning til empatifasen er det nå en grunnleggende trang og ønske om å lindre pasienten plager. Ved sympati forstår man den andres plager, og påvirkes av dette selv ved å ”ta del i det”. Man har også et inderlig ønske om å hjelpe den andre med det som er vondt. Føler man sympati er man personlig involvert (Travelbee, 2001, s. 200). Det er også viktig for sykepleieren å være følelsesmessig involvert. Uten det vil ikke sykepleieren kunne oppleve å bry seg om den syke, føle sympati og medfølelse. Det vil heller ikke være mulig for sykepleieren å bli kjent med pasienten og hjelpe konstruktivt. Sykepleieren vil da ha ”avstand til pasienten” (Travelbee, 2001, s. 205-206).

Gjensidig forståelse og kontakt omtaler Travelbee som det overordnede målet for all sykepleie. Dette oppnås etter at en har gått gjennom de fire fasene (Travelbee, 2001, s. 211). Sykepleieren må konsekvent jobbe fremover mot å lindre den sykes plager. Ofte kan vi ikke fjerne smerten eller ubehaget, men vi kan lette, dempe og minske ubehaget (Travelbee, 2001, s. 212). Både sykepleieren og pasienten vokser som mennesker i denne prosessen. Det er et viktig og meningsfylt møte mellom to mennesker. For noen kan dette være en av de få gangene de har blitt møtt med genuin interesse og verdighet (Travelbee, 2001, s. 216-217). Den gode relasjonen og forholdet er gjensidig, men ansvaret ligger hos den profesjonelle sykepleieren til å ivareta relasjonen (Travelbee, 2001, s. 178).

For å kunne ivareta sykepleiebehovene, har Travelbee også fem trinn hun mener kan være veiledende. Sykepleieren må observere pasienten og finne de ulike behovene. Antagelser sykepleieren har, blir enten bekreftet eller avkreftet. Sykepleieren må deretter avgjøre om behovene er sykepleierelatert, eller om pasienten må henvises videre til andre profesjoner. Om sykepleieren mener hun kan oppfylle behovene, må hun planlegge et forløp av handlinger. Deretter må hun evaluere om pasienten har fått tilfretstilt sine behov (Travelbee, 2001, s. 179-183).

### **3.1.2 Kommunikasjon**

Travelbee snakker om kommunikasjon som noe som foregår mellom sykepleier og pasient hele tiden, både når de prater og når de er tause. Kommunikasjonsprosessen ligger til grunn for et menneske-til-menneske-forhold. Det er en gjensidig prosess, den syke bruker det får å få hjelp, mens sykepleieren bruker det for å få og gi informasjon (Travelbee, 2001, s. 135).

Kommunikasjonen skjer gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen skjer ved hjelp av muntlige eller skriftlige ord. Den non-verbale kommunikasjonen skjer uten ord, men gjennom handlinger, ansiktsuttrykk og kroppsspråk. De vil begge være vesentlige i en dialog (Travelbee, 2001, s. 138-139). Målene i en samtale er i følge Travelbee å bli kjent med den syke, se og ivare ta den syke sine sykepleierbehov og oppfylle de mål og oppgaver som hører sykepleieren til. For at den sykes behov skal dekkes må de først identifiseres gjennom kommunikasjon og observasjon. Observasjon er derfor en viktig del av prosessen (Travelbee, 2001, s. 142). Det som kan bli avgjørende i en relasjon mellom sykepleier og pasient er kommunikasjonen, hva kommuniseres og hvordan kommuniseres det. Tanker og følelser sykepleieren har overfor pasienten vil bli kommunisert til pasienten (Travelbee, 2001, s. 147). Som tidligere nevnt snakker Travelbee om å bruke seg selv terapeutisk. Det gjelder også i kommunikasjonen. Klarer sykepleieren å bruke seg selv, sin personlighet og sine kunnskaper bevisst i kommunikasjonen, bruker hun seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 150). Ulike kommunikasjonsteknikker kan være gode redskaper i samtalen dersom de brukes riktig og med skjønn. Travelbee fremhever at sykepleiere er alle forskjellige og vil finne sine teknikker de liker å bruke. Det er derfor viktig å ikke presse det slik at samtalen blir unaturlig og en mister spontaniteten. Teknikkene som kan brukes er åpne utsagn, spørsmål, speiling eller parafrasering, dele sine egne sanseinntrykk med pasienten og bruk av klisjeer (Travelbee, 2001, s. 153-157).

### **3.2 Depresjon**

Depresjon blir ofte omtalt som affektiv lidelse eller stemningslidelse. Det påvirker hele mennesket gjennom søvn, entusiasme, glede, redusert konsentrasjon, økt eller redusert matlyst, endring i følelsene våre som svekket interesse og mindre energi. Mange beskriver det også som en indre tomhetsfølelse (Martinsen, 2011, s. 65-66). Den deprimerte klandrer ofte seg selv for å gjøre for lite og tenker at de ikke får til noe. De overdriver gjerne vanskeligheten av enkle oppgaver og undervurderer egen evne til å mestre (Berge og Repål, 2013, s. 81). Alle vil ha ulike kombinasjoner av disse symptomene, og det vil være stor variasjon i hvordan en depresjon fremtrer.

Vi deler ofte depresjon inn i tre alvorlighetsgrade som mild, moderat og alvorlig depresjon. Mild depresjon kan innebære at en har redusert stemningsleie, er mer trett eller opplever redusert opplevelse av glede og interesse. Dette opptrer ofte i kombinasjon med minst to

andre plager som følge av depresjon. Ved en moderat depresjon er det flere deprissive plager til stede, og en vil oppleve å ha problemer med å fungere sosialt (Berge og Repål, 2013, s. 20).

### **3.2.1 Fysisk aktivitet som del av behandling**

I helsebiblioteket finner man de nasjonale retningslinjene for behandling av depresjon og bruk av fysisk aktivitet i behandlingen. Det er disse retningslinjene som brukes i diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Her står det at det er dokumentert at mennesker som er fysisk aktive er mindre utsatt for depresjon enn fysiske inaktive. Fysisk aktiv vil si å følge de vanlige helseandbefalingene, som er rask gange ca. 30 minutter hver dag. Det er i utgangspunktet ikke så viktig hvordan man trener, men at man er i aktivitet. Årsaker til effekten kan være den sosiale settingen, mestringsfølelse og biologisk effekt. Tiltak i kommunen som bygger på dette er blant annet ”aktiv på dagtid” og treningskontakt (Helsedirektoratet, 2009. s. 36). Flere studier blant annet av Martinsen viser stor sammenheng mellom høy aktivitet og lav forekomst av depresjon. Det er vist at trening kan ha en forebyggende effekt og effekt i behandling (Martinsen, 2011, s. 69). Videre er det ikke vist noe konkret forskjell på depresjonsnedgang mellom kondisjonstrening og annen trening. Det er derimot vist at økt intensitet gir økt antidepressiv effekt, men litt aktivitet er bedre enn ingen ting (Martinsen, 2011, s. 76). Det er vist bedre effekt ved milde depresjoner og tilbakevendende depresjoner enn ved alvorlige og dype depresjoner (Martinsen, 2011, s. 81). Gjennom støtte fra personalet og med litt aktivitet kan de lære at de kan påvirke egen aktivitet og helse. Pasienten får et bedre forhold til sin egen kropp, det gir bedre søvn og mange opplever å få tankene bort fra tunge negative tanker (Berge og Repål, 2013, s. 92). De blir gjenre mer optimistiske noe som kan gjøre det lettere å møte problemer og ta avgjørelser. Berge og Repål (2013, s. 82) beskriver bruken av loggbok og planbok som gode hjelpemidler for deprimerte til å komme mer i aktivitet.

### **3.3 Motivasjon**

Vi skiller ofte mellom indre og ytre motivasjon. Motivasjon ut fra belønninger har i hovedsak feste i forhold utenfor selve aktiviteten, og vi kaller det for ytre motivasjon. Når vi derimot motiveres på grunnlag av indre fasinasjon for noe, har det feste i selve aktiviteten. Dette kaller vi indre motivasjon (Wormnes og Manger, 2005, s. 26). Gjennom motivasjon og konkrete mål kan pasienten lykkes og oppleve mestring som kan skape mer motivasjon (Wormnes og Manger, 2005, s. 38). Mestring vil si at man opplever å utrette noe, man har gjerne oppnådd et mål (Berge og Repål, 2013, s. 90).

#### **3.3.1 Motiverende intervju**

Motiverende intervju er ikke en teknikk men sammensatte ferdigheter (Miller og Rollnick, 2014, s. 394). Miller og Rollnick (2014, s. 36-37) snakker om fire sentrale aspekter ved motiverende intervju(MI): partnerskap, aksept, medfølelse og fremkallelse. Ved bruk av MI er en ikke ute etter å press og lure pasienter til endring, men til å finne deres indre motivasjon og resurser for endring. Som sykepleier må man godta at man ikke har alle svarene og gi slipp på følelsen av at man skal vite alt. Det handler om noe personlig og svaret ligger hos pasienten selv.

Forløpet i MI går over fire prosesser: engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge. Disse fire prosessene bygger på hverandre (Barth mfl., 2013, s. 190; Miller og Rollnick, 2014, s. 60). Pasienten kan bevege seg mellom disse ut fra situasjonen (Miller og Rollnick, 2014, s. 379). Engasjement fasen handler om å forme en god relasjon som grunnlag for MI. Hvordan lytte, samtaleferdigheter, kommunikasjon og utforske verdier og mål (Miller og Rollnick, 2014, s. 61). Fokuseringsfasen handler om å avklare mål. Hvorfor man vil endre seg, hva man ønsker å endre, hvordan man ønsker å endre seg og når man ønsker å endre seg. Dette er et grunnlag som må legges for å kunne gå videre (Miller og Rollnick, 2014, s. 121). Fremkallelse fasen handler om å fremkalle motivasjon og styrke til endring, som allerede er til stede i pasienten. Her må man kjenne igjen endringssak og hvordan man skal respondere på dette. Det handler også om ambivalensen og diskrepans hos pasienter i foroverveielsesfasen (Miller og Rollnick, 2014, s. 191). Planleggingsfasen er siste fase og handler om å starte planleggingen av selve endringen, lage en forandringsplan, styrke pasientens forpliktelse til endringen og støtte pasienten i froandringen. Det er større sannsynlighet at en gjennomfører en endring dersom

man har en konkret plan å forholde seg til og om man involverer andre i det (Miller og Rollnick, 2014, s. 301).

Ambivalensen er en viktig del av endringsprosessen. Man ønsker noe samtidig som man ikke ønsker det. Dette er en helt naturlig del av oss mennesker. Etter hvert som man nærmer seg den ene veien, vil man se ulempene med det enda tydeligere. Man vil også se fordelene med det man ha valgt bort. Dersom sykepleieren presse og argumenterer for endring, vil det automatisk fremkalle motargumenter hos pasienten. Vi vil alle lettere la oss overbevise av våre egne tanker og hva vi sier selv, enn hva andre forteller oss at vi skal gjøre (Miller og Rollnick, 2014, s. 26-27). Ambivalensutforskning blir mye brukt i MI, det er med på å fremme endringsprosessen. Det gir rom for at pasienten kan få prate om ambivalensen og til å sortere positive og negative tanker rundt endringen (Barth mfl., 2013, s. 78-79). Sammen med ambivalens kan pasienten oppleve diskrepans. Det vil si en indre konflikt og uoverensstemmelse mellom en adferd og pasientens verdisyn. Det kan være en sterk motivasjon for forandring, da spesielt i trygge og støttende omgivelser (Miller og Rollnick, 2014, s. 119). Det er viktig at diskrepansen er stor nok for å skape motivasjon, men ikke så stor at den blir demotiverende (Miller og Rollnick, 2014, s. 299). I ambivalensen og diskrepansen kan pasienten komme med uttalelser som taler til endring. Endringsnakk er det pasienten selv sier som argumenterer for endring. Det er en grunnleggende tanke i MI å lokke frem dette hos pasientene. Det motsatte av dette er motstandssnakk. Det er pasientens uttalelser som forsvarer den nåværende tilstanden og argumenterer mot endring (Barth mfl., 2013, s. 111-112).

Aksept er også sentralt i MI. Det handler om å akseptere den andre, men det er ikke dermed sagt vi skal godta alt den andre gjør eller sier. Empati inngår også i dette. Det vil være viktig å strebe etter å forstå den andre, og se verden gjennom hans øyne. Samtidig skal en gi den andre bekreftelse og anerkjenne pasientens styrker. Alt dette kommer til uttrykk gjennom sykepleierens bevisste måte å kommunisere og handle på (Miller og Rollnick, 2014, s. 38-41).

### **3.3.2 Kommunikasjonsteknikker**

I boken ”Den motiverende samtale” snakker Miller og Rollnick (2014, s. 89) om noen sentrale kommunikasjonsferdigheter som de sammenfatter til ÅBRO: åpne spørsmål, bekrefte, reflektere og oppsummere. Åpne spørsmål skaper mulighet for at pasienten kan reflektere før han svarer, det gir også en åpen mulighet for svar. Et lukket spørsmål vil innskrenke svarmulighetene, og ender ofte med et kort svar som ja/nei/kanskje (Miller og Rollnick, 2014, s.90). Ved å bekrefte kommunikasjon anerkjenner du det pasienten kommer med. Du vil også oppmuntre og støtte pasienten innsats og styrker (Miller og Rollnick, 2014, s. 91).

Reflekterende lytting er et nyttig redskap for å avklare om man har oppfattet det pasienten sa riktig. Det lar også pasienten høre hans egne tanker og følelser uttrykt på en annen måte, med noen andres ord (Miller og Rollnick, 2014, s. 77). En oppsummering samler all informasjon pasienten har kommet med. Den kan fungere samlende, sammenknyttende eller skape en overgang til nytt tema (Miller og Rollnick, 2014, s. 94).

Eide og Eide (2007, s. 219-220) snakker om bekræftende ferdigheter i kommunikasjon. Det er ferdigheter som kan hjelpe oss når vi jobber med pasientens tanker og følelser. Grunnlaget i denne form for kommunikasjon er at man respekterer og anerkjenner den andres integritet, rett til selvbestemmelse og frihet. Gjennom ulike kommunikasjonsteknikker bekrefter man at man har fått med seg det sentrale i det pasienten formidler. Vi skiller mellom to hovedtyper spørsmål, åpne og lukkede. Hvordan spørsmålet stilles bestemmer i stor grad hva slags svar vi får. (Eide og Eide, 2007, s. 269-270).

### **3.3.3 Transteoretisk modell av Prochaska og DiClemente**

I sin transteoretiske modell for endring har Prochaska og DiClemente funnet fem faser i prosessen. I sin forskning sier de noe om pasientens forventinger og betydningen av dem. Det viser at de som dropper ut av behandlingen ofte er de som har negative forventinger og holdninger til behandlingen. Likevel påpeker de at positive forventinger ikke er nødvendig for å få til endring. De beskriver også et varmt og tillitsverdig forhold mellom pasient og sykepleier som viktig. De presenterer modellen som en prosess som vil variere fra person til person. Dette avhenger av pasientens historie, miljø og personlighet. Pasienten er eksperten på eget liv, mens behandleren er eksperten på prosessen for endring. Prochaska og DiClemente beskriver det som en dynamisk prosess hvor pasienten beveger seg mellom de ulike fasene og kan få tilbakefall i alle fasene (McConaughy mfl., 1989; Prochaska mfl.,

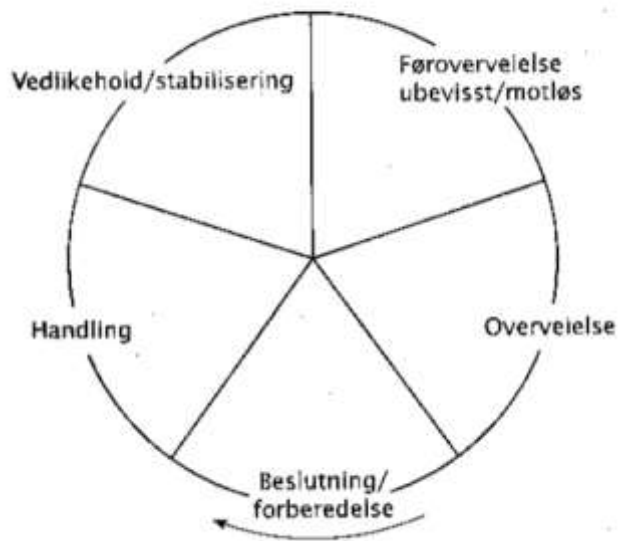
1992). De erfarte at de fleste pasientene ikke klarte å vedlikeholde det de hadde oppnådd i første omgang. De fikk tilbakefall, får så starte prosessen på ny. Forhåpentligvis lærte de noe fra sine feil, som de kunne bruke i neste forsøk på endring (Prochaska mfl., 1992).

De fem fasene er foroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold.

I foroverveielse er pasienten gjerne ikke klar over at han har et problem til tross for at andre gjerne ser at de har et problem. Disse pasienten har ofte et ønske om å endre miljøet rundt seg eller andre, og de er ofte kommet til behandling gjennom press fra andre (McConaughy mfl., 1989). En kan oppleve at pasienten ikke ser egne problemer på tross så lenge han er under press (Prochaska mfl., 1992).

I overveiellesfasen er pasienter klar over egen situasjon og er interessert i å få kunnskap. Han har ikke bestemt seg og inngått en forpliktelse til endring. Pasienten kan stå fast i denne fasen over lengre tid. Han vet hva han vil, men er ikke klar for endring. I overveiellesfasen veier pasienten argumentene sine opp mot hverandre. (McConaughy mfl., 1989; Prochaska mfl., 1992). Tredje fase er forberedelsesfasen. Denne fasen innebærer intensjoner og handlinger. Pasienten har en tanke og plan om å gjøre en endring i nær fremtid, men har ikke klart det til nå, deretter starter handlingsfasen (Prochaska mfl., 1992). Pasienten begynner her å arbeide med endringen og søker hjelp for å finne ulike metoder og strategier (McConaughy mfl., 1989). Nå tilpasser han seg gjennom oppførsel, erfaringer og miljø i den hensikt til å gjøre en varig endring (Prochaska mfl., 1992). Siste fase er vedlikeholdsfasen. Pasienten jobber nå med å vedlikeholde de endringen han har oppnådd for å unngå tilbakefall. For enkelte kan vedlikeholdsfasen vare hele livet, mens for andre er nye vaner på plass allerede etter seks måneder (McConaughy mfl., 1989; Prochaska mfl., 1992). Dette vil kreve tett oppfølging, jo lengre pasienten er i vedlikeholdsfasen jo vanskeligere blir det å komme ut av den. Typisk for pasienten kan være skyldfølelse og dårlig samvittighet. En plan for hvordan man skal møte vanskelige perioder og utforsatte hendelser kan være et hjelpemiddel (Martinsen, 2011, s. 201). Bildet under viser en modell av Prochaska og DiClemente sine 5 faser i endring.

### Prochaskas og DiClementes modell



(Barth og Näsholm, 2007, s. 79).

Modellen er ikke en samtalemetode slik som MI er. Det er derimot en måte vi kan beskrive hvordan endringer skjer og hvordan vi bør møte pasienten på ulike måter i de ulike fasene (Barth mfl., 2013, s. 75). Den transteoretiske modellen brukes som redskap i svært mye arbeid med MI, men MI kan gjennomføres uavhengig av denne modellen (Barth og Näsholm, 2007, s. 68).



## 4.0 DRØFTING

Som nevnt innledningsvis i denne oppgaven får vi stadig mer fokus og mer tilbud om fysisk aktivitet til pasienter med depresjon, men det hjelper lite når pasienten ikke er motivert. Flere helsepersonell har i studien til Sørensen rapportert problemer med å motivere pasientene til fysisk aktivitet (Sørensen, 2006, s. 192).

En femtedel av deltakerne i studien til Suija mfl. (2009) var motivert til å starte regelmessig fysisk aktivitet, men bare en fjerdedel av dem fullførte hele programmet. Her ser vi tydelig at det i utgangspunktet var få av deltakerne som i det hele tatt var motivert fra starten av. De som da var motivert kan se ut som at har mistet motivasjonen underveis og falt av. Jeg vil her drøfte problemstillingen, hvordan kan en sykepleier motivere en pasient med depresjon, innlagt ved DPS, til fysisk aktivitet?, i lys av teorien presentert tidligere i oppgaven.

### 4.1 Å skape den gode relasjonen

Når man møter pasienten første gang, skal man danne grunnlaget for videre relasjoner. Min erfaring er at dett kan være veldig avgjørende for videre forholdt og behandling. Får både pasienten og sykepleieren et godt inntrykk av hverandre blir det en bedre start enn om de har dårlige inntrykk. I lys av Travelbees teori ser vi at det har sammenheng med det første punktet i et menneske-til-menneske- forhold. Her snakker hun om det innledende møtet og førsteinntrykket. Travelbee (2001, s. 186) er litt kritiserer til bruken av tidligere erfaringer i møte med nye mennesker. Hun mener det gjør det vanskelig å se pasienten som et unikt individ. Jeg tenker det er en god grunnholdning at man skal møte alle pasienten med ”blanke ark” men likevel vil vi alltid ha med oss erfaringer fra tidligere pasienter inn i møtet på godt og vondt. Når sykepleieren her møter den deprimerte pasienten første gang, vil hennes erfaringer fra andre pasienter med depresjon prege hvordan hun møter pasienten. Det kan være positivt at hun har kunnskap om sykdommen og hvordan den påvirker mennesker. Det er samtidig viktig at hun er bevisst dette i det innledende møtet. På den måten ser hun pasienten for den han er ”bak” sykdommen. Travelbee (2001, s. 187) snakker også om å se hele mennesket og ikke bare en ”sykdom” eller en ”pasient”. I Miller og Rollnicks (2014, s. 61) første fase i MI, engasjement, snakker de om akkurat dette, det første møtet. Hvor viktig relasjonen er og hva man kan gjøre for å skape en god relasjon. De fire aspekter ved MI, partnerskap, aksept, medfølelse og fremkallelse, bygger på relasjonen (Miller og Rollnick, 2014, s. 36). Prochaska mfl. (1992) snakker også om dette møtet. I forskningen sin så de at et

varmt og tillitsfullt forhold var viktig. Vi ser her at alle disse ulike fagpersonene fremhever viktigheten av en god relasjon som begynnelsen på behandlingen.

Sykepleieren må i denne prosessen prøve å bli bedre kjent med pasienten. Miller og Rollnick (2014, s. 72) gir uttrykk for faren for at pasienten kan bli passiv. Når sykepleieren prøver å bli kjent med pasienten, kan det bli mange spørsmål i en utredningsprosess. Bruker man spørsmålene feil kan det passivisere pasienten og gjør at man går glipp av informasjon, det ser vi hos Eide og Eide (2007, s.219). De snakker om bekreftende ferdigheter (Eide og Eide, 2007, s. 219). Sykepleieren kan ved bruk av disse teknikken, få frem pasienten tanker og følelser. Hun bruker åpne og lukkede spørsmål bevisst i dialogen (Eide og Eide, 2007, s. 269). Bruken av ulike kommunikasjonsteknikker er også fokusert på i MI. Her snakkes det om ÅBRO (Miller og Rollnick, 2014, s. 89). Miller og Rollnick og Eide og Eide snakker altså om mye av det samme bare fremstilt på ulike måter. Dette fremhever hvor viktig det er å være bevisst hvordan man formulerer og ordlegger seg og hvordan man uttrykker interesse gjennom kroppsspråk. Det nonverbale er like viktig som det verbale man kommuniserer. Dette ser vi også igjen i Travelbees teori hvor hun snakker om kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 138).

## **4.2 Fokusere på det individuelle**

Pasienten blir her kjent med sykepleier og de skaper sammen en god relasjon som er grunnlag for videre behandling. Sykepleieren blir kjent med pasienten gjennom observasjoner og kommunikasjon. Travelbee (2001, s. 178 - 179) nevner fem trinn får å finne pasientens sykepleiebehov. Sykepleieren må finne ut hva pasienten trenger hjelp til og hvordan hun kan hjelpe han. Pasienten kan ha behov for psykoterapi og medikamentell behandling, men sammen med dette skal pasienten prøve å motivere seg for fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Denne pasienten trenger da å finne sin motivasjon for å komme videre i behandlingen med fysisk aktivitet. Som Barth mfl. (2013, s. 190) nevner bygger de ulike prosessene på hverandre, og vi kan ikke begynne å sette pasienten i aktivitet før han er motivert for det. Da vil han mest sannsynlig få tilbakefall og mislykkes. Sykepleieren og pasienten må nå sammen finne ut hva pasienten ønsker å endre på, hvilke verdier han har og hvordan han ønsker å gjennomføre endringen. Dette snakker Miller og Rollnick (2014, s. 27) om i den andre fasen om fokusering. Det er bedre at pasienten selv kommer frem til ønsket om endring og hvilke mål som skal settes enn at sykepleieren forteller ham det. Vi hører mer på våre egne tanker enn på hva andre forteller oss at vi skal gjøre. I en undersøkelse ble en

pasienter fortalt av legen at han burde trene da det kan være forebyggende mot depresjon. Dette viste seg å negativ effekt på pasientens motivasjon det er ikke dermed sagt at legen ikke skal anbefale trening som en del av behandlingen, men det viser at indre motivasjon kan være mer effektivt (Sørensen, 2006, s. 296). Ser vi dette gjennom Travelbees teori kan vi se på punktet om kommunikasjon hvor hun snakker om målene i en samtale og 3 forutsetninger for å nå disse målene (Travelbee, 2001, s. 139). Hun snakker om mye av det samme som Miller og Rollnick ønsker å få frem i denne prosessen om fokusering. Sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk og kommunikasjonsferdigheter for å få frem det som allerede ligger i pasienten (Travelbee, 2001, s. 150).

Ut fra Prochaska og DiClementes transteoretiske modell kan vi tenke oss at den deprimerte pasienten her er i en prosess mellom foroverveielse og overveielserfasen. Da modellen er dynamisk kan vi oppleve at pasienten ikke bare er i en fase, men veksler mellom dem. Pasienten her er klar over at han har en depresjon, og at han ikke er i anbefalt aktivitet som er 30 min daglig (Helsedirektoratet, 2009, s. 36). Samtidig er han ikke overbevist om hvordan han skal klare å komme i aktivitet og at det er noe for han. Som en del av diagnosen vil den dårlige selvtilliten, mangel på entusiasme og lite energi prege denne prosessen (Martinsen, 2011, s. 65-66). Han er i en fase av endringsprosessen hvor han sammen med veiledning fra sykepleier nå må utforske ambivalensen og diskrepansen for å finne fordeler og ulemper med endring (Barth mfl., 2013, s. 78-79). Han føler gjerne diskrepans ved at han ønsker å bli frisk fra depresjonen og ønsker å få et mer aktivt liv, men slik situasjonen og livet hans er nå klarer han ikke det. Det samsvarer da ikke mellom nåværende situasjon og ønsket situasjon og verdier. Dette kan likevel være til motivasjon og nytte for pasienten senere dersom det er stor nok diskrepans, men samtidig ikke for stor (Miller og Rollnick, 2014, s. 299). Ambivalensen pasienten kan oppleve er at i det ene øyeblikket har han lyst til å begynne med litt aktivitet da han vet det kan hjelpe mot depresjonene, mens i neste øyeblikk kan han kjenne på at han kanskje ikke strekker til, eller at det ikke vil være noe for han. Da mange med depresjon har dårlig selvfølelse og selvtillit og pessimistiske kan det være en hindring og utgangspunkt for ambivalens (Snoek og Engedal, 2008, s. 81). Han har gode minner med å gå tur fra tidligere, før han ble syk, samtidig som han kjenner på frykten for å ikke mestre det. Når pasienten kommer med sine tanker og sin usikkerhet rundt endringen møter sykepleieren dette med respekt og anerkjennelse. Det kan sykepleieren formidle gjennom kommunikasjonen. Eide og Eide (2007, s. 219-220) snakker om kommunikasjon som fremmer anerkjennelse og respekt for pasientens. Han vet gjerne at det har en effekt, men klarer likevel ikke å komme i

gange med aktiviteten. En pasient i forskningsartikkelen ”Patients`views of physical activity as treatment for depression” (Searle mfl., 2011) forteller (min oversetting):

*Jeg vet det (fysisk aktivitet) kan hjelpe å distrahere meg. Jeg går over til å tenke positive tanker, positive tanker om bedre ting, så jeg vet det virker. Jeg vet at når jeg har gått ut på tur med en venn, konsentrerer jeg meg om omgivelsene som er fantastiske, jeg ser på forskjellige ting, jeg tenker ikke på alt det negative forferdelige som jeg plager meg (Searle mfl., 2011, s. 153).*

Pasienten har er erfart positive effekter av aktiviteten. Dette trenger likevel ikke være nok til å motivere han, men det kan være en del av grunnlaget for motivasjonen.

Miller og Rollnick sine fire prosesser i MI er veiledende for hvordan sykepleieren skal gå frem. Pasienten begynner nå å komme i en del av endringsprosessen hvor fremkallelse av motivasjon blir sentral. Gjennom ambivalensutforskning og gjennom å finne den indre motivasjonen hos pasienten begynner pasienten å bli klar for å begynne med litt fysisk aktivitet (Miller og Rollnick, 2014, s. 60).

### **4.3 Målsetting som skaper mestringsfølelse**

For å komme i gang med fysisk aktivitet må pasienten sette seg mål og finne aktiviteter som han er interessert i. Om pasientens mål ikke er realistiske ut fra hva sykepleier tenker, og om aktivitetene ikke er hva sykepleier hadde tenke, må de sammen finne ut hva som er best for pasienten. Sykepleien skal likevel ikke styre pasienten i en ønsket retning ( Miller og Rollnick, 2014, s. 153). Pasienten kan han ha behov for kunnskap om effekten ved fysisk aktivitet ved depresjon og hva det innebærer med fysisk aktivitet. Dette må sykepleieren vurderer nøye i hvor stor grad det skal gis informasjon (Miller og Rollnick, 2014, s. 165; Martinsen, 2011, s. 219). Sykepleieren kartlegger så hvilken informasjon pasienten er interessert i og ikke hva hun mener han trenger. Sykepleieren må også være forsiktig med å være bastant, hun må anerkjenne at pasienten er ekspert på seg selv og at hun bare skal gi råd og veiledning ikke klare instruksjoner (Miller og Rollnick, 2014, s. 173). Dette kan vi se i sammenheng med Travelbees menneskesyn om å se et unikt individ. Sykepleieren må ikke overidentifiser seg med pasienten, da hun ikke kan hvite fullt ut hva pasienten føler og tenker. (Travelbee, 2001, s. 189). For den deprimerte pasienten vil det være svært viktig å finne mål som han kan mestre. Setter pasienten seg konkrete mål vil det påvirke ferdighetsnivået og arbeidsinnsatsen han vil vise. Det målet han velger kan være avgjørende for motivasjon og

mestring. Det gjør at oppgaven blir avgrenset og lettere å gjennomføre og motiverer til gjennomføring (Wormnes og Manger, 2005, s. 35). Miller og Rollnick snakker også om å finne mål som skaper motivasjon. I lys av Travelbee sin teori kan vi se at sykepleierne her må være bevisst sine egne tanker og følelser i møtet med pasienten. Hun må ha pasienten i fokus og ikke la hennes egne behov og ønsker komme i veien for pasientens. Opplever pasienten at sykepleieren presser i en retning han gjerne ikke er klar for enda eller ikke ønsker å gå i kan det skape motstand og konflikt i forholdet. Som Travelbee spesifiserer er det sykepleierens oppgave å finne årsaken til en eventuell oppløsning og konflikt og jobbe med å få opprettet en god relasjon (Travelbee, 2001, s. 178). Sørensen (2006) fant i forskningen sin at for å motivere psykiatriske pasienter, er det viktig gjøre den fysiske aktiviteter på pasientens premisser i den grad det er mulig. (Sørensen, 2006, s. 395). I en forskning gjort for å finne deprimerte pasienters syn på fysisk aktivitet ble det sagt: ”Jeg likte ikke innendørs klatring i det hele tatt. Jeg har absolutt ingen styrke i overkroppen, så jeg likte det ikke, jeg følte meg helt utilstrekkelig” (Searl, mfl., 2011, s. 153). Det hjelper lite om sykepleieren velger hva pasienten skal gjøre om pasienten ikke er interessert. I eksempelet ser vi en pasient som av ukjent årsak har begynt med en aktivitet som tydeligvis ikke passet ham. Det fører her til at han føler seg utilstrekkelig og kan da tenkes at han mister mye av motivasjonene som han har opparbeidet seg. Martinsen fant i si forskning at aktiviteten må ha en viss intensitet. Det er viktig å informere pasienten om det, samtidig må sykepleieren hjelpe pasienten til å finne en individuell tilpasning. På den måten kan vi også unngå overbelastning ved for hard aktivitet (Martinsen, 2011, s. 224). For pasienten er det nok å starte med rask gange som får opp pulsen. Han velger da sammen med veileder å gå en tur hver morgen. Dette er noe han har hatt glede av tidligere og har gode minner fra, det kan da virke motiverende for han. De setter dette som kortsiktig mål. Et langsiktig mål han selv kan se for seg kan være at han å klare å jogge. Pasienten synes det ofte er vanskelig å komme seg ut og å komme i gang, men har i fra tidligere erfart at når han bare kommer i gang med aktiviteten trives han med det. Neste fase i endringsprosessen blir derfor for pasienten og sykepleieren å legge opp et program og en plan for hvordan han skal klare å gjennomføre. Det vil hele tiden være fokus på å hente frem motivasjon.

#### 4.4 Forberedelse på endring

Pasienten har etablert en god relasjon til sykepleier og sammen har de funnet mål for endring og aktivitet som pasienten er interessert i. Som både Miller og Rollnick og Prochaska og DiClemente snakker om i sine prosesser og modeller er de dynamisk og pasienten beveger seg mellom dem. Å hente frem motivasjon hos pasienten har startet og vil nå ha hovedfokus. Da pasienten er på DPS vil kontakten mellom han og sykepleieren ha en kontinuitet som gjør det letter å skape og vedlikeholde relasjonen. Pasienten må nå forberede seg på endring. Den deprimerte pasienten preges ofte av symptomene som manglende entusiasme og energi (Martinsen, 2011, s. 65-66). Dette i seg selv gjør det vanskelig for den deprimerte pasienten å komme i aktivitet. Av egen erfaring kan selv mennesker som er psykisk friske slite med å endre livstil til et mer aktivt liv. I tillegg til de utfordringene de fleste av oss har når vi skal gjøre endringer i livet, vil den deprimerte pasienten ha alle sine ekstra utfordringer. Målet blir her å finne pasientens indre motivasjon og bruke sine styrker til å nå målene sine. I MI snakkes det her om endringssnakk og motstandssnakk (Barth mfl., 2013, s. 111-112). Når pasienten kommer med utsagn som ”jeg kunne gjerne tenke meg å være litt mer i aktivitet”, ”jeg vil nok sove bedre også” og jeg orker ikke ha det sånn lenger” er det endringssak. Det tyder på at pasienten har indre ønsker og indre motivasjon til endring, men trenger hjelp på veien til å realisere ønskene. Motstandssnakk som ”jeg tror ikke aktiviteten er noe for meg” gjør at pasienten mister troen på endring igjen. Sykepleieren bør nå respondere med å fange opp endringssnakket. Når pasienten kommer med endringssak må sykepleieren bruke dette for det det er vert, for å prøve å lokke frem motivasjon i pasienten. For å gjøre dette bruker sykepleien, i følge motiverende intervju, ÅBRO i kommunikasjonen. Det er de samme teknikkene Eide og Eide (2007, s. 219-220) snakker om i bekreftende teknikker i kommunikasjon. Det kan gjøre at pasienten føler seg sett og hørt og at han er betydningsfull. Igjen kan vi se på det Travelbee sier om å bruke seg selv terapeutisk. Her kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk ved å bruke sine kunnskaper om kommunikasjon. Måten hun kommuniserer gjennom kroppsspråk og viser interesse for pasienten vil også påvirke pasienten. Når sykepleieren responderer på endringsutsagn med anerkjennende blick og kroppsspråk, kan pasienten oppleve føle han gjør noe riktig og mestrer situasjon. Det motsatte kan skje dersom sykepleieren viser negativt kroppsspråk og uttaler seg negativt til det pasienten sier.

I prosessen med å motivere pasienten kan sykepleieren oppleve motstand. Motstand kan være diagnosen depresjon med sine symptomer. Som en del av symptomene kan pasienten ha en treghet og vegring, dette kan oppfattes som motstand av sykepleier. Dette kan være en sykepleiefaglig utfordring. Ved bruk av MI vil pasient bli møtt med forslag og råd på en konstruktiv og respektfull måte (Barth, mfl., 2013, s. 144). Dette kan hjelpe sykepleieren å håndtere motstanden. Empati er også grunnleggende viktig i MI og i møtet med en deprimerte, det er vist at det vil gi et bedre resultat i behandlingen (Bruns og Nolen-Hoeksma 1992, referert i Barth mfl., 2013, s. 144). Når Travelbee snakker om menneske-til-menneske-forholdet har hun en egen fase som omhandler empati. (Travelbee, 2001, s. 193). Vi kan forstå effekten av empati i møtet med den deprimerte, gjennom det Travelbee sier. Hun beskriver empati som endrende. Det er noe felles mellom individene som gjør at de utvikler empati. Samtidig kan vi stille spørsmål ved måten Travelbee presenterer empati på. At forutsetning for empati er likhetstrekk i erfaringer og opplevelser. Dett vil jeg si meg uenig i da jeg mener sykepleier kan føle empati overfor den deprimerte pasienten uten å ha vært i situasjonen selv. Vi kan aldri helt sikkert vite hvordan den andre har det, men jeg tror at gjennom gode relasjoner, tillit og kommunikasjon kan vi etablere et forhold med empati uten å ha like erfaringer. Bruns og Nolen-Hoeksma fremhever at de som er varme, empatiske og forståelsesfulle får bedre resultater enn andre (Bruns og Nolen-Hoeksma 1992, referert i Barth mfl., 2013, s. 144). Vi kan nå si at pasienten befinner seg i forberedelsesfasen av endring ut fra Prochaska og DiClemente transteoretiske modell.

#### **4.5 Handling mot endring**

For å motivere den deprimerte pasienten under treningen er det viktig å fokusere på positive opplevelser med aktiviteten, samtidig som man hjelper pasienten å utvikle et egentreningsskjema. (Sørensen, 2006, s. 395). Egentreningsskjema kan være til god hjelp får å ha noe å forholde seg til og noe konkret å følge. Miller og Rollnick (2014, s. 301) snakker også om bruken av en forandringsplan og involvere andre i prosessen. Det samme ser vi at Berg og Repål (2013, s. 82) anbefaler for å motivere den deprimerte pasienten. De beskriver bruken av planbok. Dersom pasienten vet han ofte føler seg mer deprimert på morgenen kan en slik plan kan være til hjelp. Det gir pasienten noe konkret å gjøre når negative tanker presser på. Det kan være med på å gi pasientens dag struktur og felleskap om det gjøres i sammen med andre (Berge og Repål, 2013, s. 86). Dette kan være nyttig for alle som er i en endringsprosess, men da gjerne spesielt for den deprimerte pasienten. Oversiktsartikkelen til

Vancamfort mfl. (2015) finner indikasjoner på at aktivitetsplanlegging kan hjelpe mennesker med depresjon til å være mer fysisk aktive (Vancamfort mfl., 2015, s. 220).

Når pasienten nå skal starte med selve treningen kan sykepleieren være med som motivator så lenge pasienten er innlagt ved DPS. Sykepleieren kan da støtte og anerkjenne han før aktiviteten, mens aktiviteten pågår og etterpå. Miller og Rollnick (2014), Travelbee (2001) og Martinsen (2011) snakker om viktigheten av sykepleierens støttende rolle overfor pasienten. Oversiktsartikkelen jeg har brukt fant de også viktigheten av støtte. De så at å utvikle en aktivitetsplan gav støtte til de deprimerte pasientene. Det var viktig i utførelsen, og det burde derfor være i fokus i behandlingen (Vancampfort mfl., 2015, s. 220). Som nevnt innledningsvis underbygger NSF sine retningslinjer også dette, ved at sykepleieren skal fremme blant annet håp og mestring. Martinsen fant også at det var letter for pasienten å delta i aktivitet når personer de er trygge på er med. Han peker mot viktigheten av at sykepleier selv er deltakende i aktiviteten. Det kan også vise pasienten at det er gøy og noe naturlig (Martinsen, 2011, s. 222).

Berge og Repål nevner bruk av loggbok i behandling av den deprimerte pasienten. Det kan tas i bruk her. Når pasienten har gjennomført turen kan han skrive i loggboken følelser han hadde før økten, under økten, og etter økten. Det kan hjelpe han å se effekten av det og samtidig være med på å motivere til vedlikehold og fortsettelse (Berge og Repål, 2013, s. 84). Den deprimerte pasienten har gjerne dårlig hukommelse på positive opplevelser (Berge og Repål, 2013, s. 13). For pasienten kan det da være motiverende å se tilbake i loggboken for å minnes positive opplevelser han har hatt med aktiviteten.

#### **4.6 Hvordan holde på endringen?**

For at pasienten skal klare å holde på endringene og fortsette å gå turer må det bli en del av hverdagen (Barth mfl., 2013, s. 69). Prochaska mfl. fant i sin forskning viktigheten av å jobbe med vedlikehold da mange pasienter fikk tilbakefall (Prochaska mfl., 1992). Likevel så de at pasienten lærte av dette, ved å analysere hva som gikk galt (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Det kan være viktig å informere pasienten om normaliteten av det, da det er vist at sannsynligheten er stor for tilbakefall ved første forsøk på endring (Prochaska mfl., 1992). Pasienten med depresjon vil gjerne være ekstra sårbar da han letter kan føle seg mislykket og føle et nederlag i kombinasjon med dårlig selvfølelse (Helsedirektoratet, 2010, s. 14).



Travelbee definerer sykepleie som å hjelpe pasienten til å forebygge og finne mening i sykdom eller tilstanden. Ut fra Travelbees syn på sykepleie er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å vedlikeholde og forebygge tilbakefall samtidig som hun skal hjelpe han å finne mening i treningen og i å fortsette med å vedlikeholde.

Pasienten må også forberedes på å fortsette med den fysiske aktiviteten når han kommer hjem og er mer alene. Dette kan han forberede seg på sammen med sykepleieren. Tilbud som treningskontakt eller ”aktiv på dagtid” kan være aktuelt for pasienten, da de kan overta rollen som motivator som sykepleieren har hatt. Pasienten får da noen å forholde seg til og gjøre avtaler med. (Helsedirektoratet, 2009, s. 36) Av egen erfaring er det lettere å gjennomføre oppgaver og mål om man har noen å gjøre det samme med.

Det kan også være til hjelp for pasienten å lage en plan. Hva skal han gjøre når han føler han møter motstand? Når han mister motivasjon? (Martinsen, 2011, s. 201). Dette kna sykepleier og pasient gjøre i fellesskap før pasienten reiser hjem. På den måten vil pasienten være mer forberedt. Pasienten kjenner seg selv best og kan gjerne tenke seg hva i hverdagen som kan skape ekstra utfordringer for fortsette med aktiviteten Miller og Rollnick, 2014, s. 173). Dette vil også være med på ansvarliggjøring pasienten.

## 5.0 AVSLUTNING

Jeg har nå drøftet problemstillingen; *Hvordan kan en sykepleier motivere en pasient med depresjon, innlagt ved DPS, til fysisk aktivitet?* Det er stadig mer fokus på bruken av fysisk aktivitet i behandling av pasienter med depresjon. Jeg har prøvd å få frem hvordan vi kan bruke motiverende intervju (MI), sammen med Prochaska og DiClementes transteoretiske modell til å motivere pasienten. Vi ser at relasjonen er det grunnleggende og hovedfokuset i starten, i møtet mellom sykepleier og pasient. Videre må sykepleieren bruke nonverbal og verbal kommunikasjon som en teknikk i MI, til å finne pasienten indre motivasjon og ønske om endring. MI kan være et godt redskap i motivasjonen til en deprimert pasient. Dette er også med på å bygge opp pasienten selvfølelse, da det gir mulighet for mestring som igjen skaper motivasjon. Vi kan også her se hvor viktig det er at pasienten blir sett som et individ, og hvordan det kan skape motivasjon. Det kan også bidra til at pasienten føler seg betydningsfull. I MI ser vi også mye av det samme som Travelbee snakker om i sin sykepleieteori. Det å skape en relasjon setter Travelbee fokuserer hun på gjennom hele teorien sin. Dett kan være med på å vise hvor sentralt MI er i sykepleien.

Gjennom å jobbe med denne oppgaven har jeg fått et innblikk i hvordan vi som sykepleiere kan ta i bruke teknikker og strategier for å motivere deprimerte pasienter. Vi ser at behandlingen vil være individuell fra pasient til pasient. Samtidig som grunnleggende kunnskap om for eksempel MI, kan være nyttig. Som vist i drøftingen lærer man teknikker for å møte motstand og for å hjelpe pasienten å finne indre motivasjon. MI kan også brukes i behandling og samarbeid med mange andre pasientgrupper, som rusomsorgen og rehabilitering av fysiske skader. Samtidig ser vi at det er stort behov for mer forskning på hvordan vi kan motivere deprimerte pasienter. Likevel vil jeg anbefale at sykepleiere tilegner seg kunnskap om hvordan man kan fremme motivasjon hos pasienter. Enten gjennom MI, eller andre teknikker og metoder.

# LITTERATURLISTE

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2013) *Motiverende intervju: samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Barth, T. og Näsholm, C. (2007) *Motiverende samtale – MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.

Berge, T. og Repål, A. (2013) *Lykketyvene: hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug.

Bruns, D og Nolen-Hoeksma, S. (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression: A structural equation model. *Journal of consulting and clinical psychology*. Referert i: Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2013) *Motiverende intervju: samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. og Mead, G.E. (2013) Exercise for depression. *The Cochrane Library* [Internett], 9 (9), DOI:10.1002/14651858.CD004366.pub6

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. 15-1561. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010) *Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer* [Internett]. 15-1670. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf> [Lest 29. Februar 2016].

Malt U. (16. september 2014) Distriktpsikiatrisk senter, i: Store medisinske leksikon [Internett]. Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra:

[https://sml.sn.no/distriktpsikiatrisk\\_senter](https://sml.sn.no/distriktpsikiatrisk_senter) [Lest 24. februar 2016].

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.

McConaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. og Velicer, W.F. (1989) Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26 (4), s. 494-503. <http://psycnet.apa.org/journals/pst/26/4/494.pdf>

Miller, W.R. og Rollnick, S. (2014) *Den motiverende samtale: støtte til forandring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Moe, T. (2011) Motivasjon for fysisk aktivitet. I: Martinsen, E.W. red. *Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 197-215.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett]. 30673. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)> [Lest 17. februar 2016].

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. og Norcross, J.C. (1992) In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47 (9), s. 1102-1114.

Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. og Turner, K. (2011) Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice* [Internett], 61 (585), s. 149-156. DOI:10.3399/bjgp11X567054

Snoek, J.E. og Engedal, K. (2008) *Psykiatri: kunnskap, forståelse og utfordringer*. Trondheim: Akribe.

Suija, K., Pechter, U., Kalda, R., Tähepõld, H., Maaros, J. og Maaros, H.I. (2009) Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32 (2), s. 132-138.

Sørensen, M. (2006) Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16 (6), desember, s. 391-398.

Teigen, K.H. (5. desember 2013) Motivasjon, i: *Store norske leksikon* [Internett]. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/motivasjon>> [Lest 2. februar 2016].

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vancampfort, D., Stubbs, B., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Rosenbaum, S. og Probst, M. (2015) What are the factors that influence physical activity participation in individuals with depression? A review of physical activity correlates from 59 studies. *Psychiatria Danubina*, 27 (3) september, s. 210 – 224.

Wormnes, B. Og Manger, T. (2005) *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.