



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Depresjon og fysisk aktivitet /
Depression and physical activity

Monika Slemmen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 29.05.2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Depresjon og fysisk aktivitet

Tittel på engelsk: Depression and physical activity

Forfatter(e): Monika Slemmen

Fagkode: VPLO5

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 28.05.2009

Antall ord: 10044

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Tema og bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Problemstillinger	3
1.2.1 Begrepsavklaring.....	4
2.0 Metodevalg og forforståelse	4
3.0 Teoridel	6
3.1 Psykiske lidelser.....	6
3.2 Depresjon	6
3.2.1 Depresjon hos barn og unge.....	6
3.2.2 Mild depresjon	7
3.2.3 Moderat depresjon.....	7
3.2.4 Kjennetegn	8
3.2.5 Symptomer	8
3.2.6 Forekomst.....	9
3.2.7 Årsaker og risikofaktorer	10
3.2.5 Medikamentell behandling.....	10
4.0 Fysisk aktivitet	10
4.1 Fysisk aktivitet	10
4.1.1 Fysiologisk	11
4.1.2 Fysiologiske og psykologiske teori	11
4.1.3 Indikasjoner.....	12
4.1.4 Manglende fysisk aktivitet i et helseperspektiv	12
4.1.5 Virksomhetsteorien	13
6.0 Mestring	14
6.1 Mestringsteorien.....	14
5.0 Sosiale	15
5.1 Sosial-kognitive læringsteori	16
5.1.1 Aaron Beks kognitive modell.....	16
6.0 Selvbildet	16
7.0 Emosjonelle	18
8.0 Vernepleieres kompetanse	18
8.1 Den helhetlige arbeidsmodellen.....	19
9.0 Drøfting	20
9.1 I hvilken grad kan fysisk aktivitet ha innvirkning på oss når vi er deprimerte - sosialt, emosjonelt og mht selvbilde?.....	20
9.1.1 I hvor stor grad kan depresjoner utløses og vedlikeholdes av fysisk inaktivitet?..	23
9.1.2 Kan alle med depresjon ha nytte av fysisk aktivitet?.....	26
9.1.3 Hvordan kan vernepleiere være med å tilrettelegge for fysisk aktivitet overfor personer med depresjon?.....	27
10.0 Avslutning	30
10.1 Refleksjon og oppsummering	30
10.1.1 Konklusjon	30

1.0 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for oppgaven

Oppgaven er en fordypningsoppgave som er forbundet med avsluttende semester ved vernepleierutdanningen. Temaet for oppgaven er depresjon og hvilken betydning fysisk aktivitet kan ha for barn og ungdom som har denne lidelsen.

Det var i praksis ved en barnevernsinstitusjon at jeg fikk interessen av å se fysisk aktivitet i et annet perspektiv. Barnevernsinstitusjonen hadde stort fokus på fysisk fostring. Dette gjorde meg nysgjerrig og gjorde at jeg ønsket å skrive om dette i min fordypningsoppgave.

Depresjon er en av en lang rekke av psykiske lidelser. Jeg hadde hørt om lidelsen men hadde lite kunnskap til hva den innebærer. I praksisen fikk jeg noe innblikk i hva det kan bety for den enkelte å slite med en depresjon.

Det foreligger god dokumentasjon på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse. En artikkel jeg fant med overskriften "Fysisk aktivitet i befolkningen" sier at Norge er rammet av det moderne samfunns helsevekkende livsstil som blant annet inkluderer mindre fysisk aktivitet. Befolkningens nedgang i fysisk aktivitet er en del av en trend i alle industrialiserte land (<http://www.hol.kommune.no/Tjenester/Helse/Friskliv/Fysisk-aktivitet-i-befolkningen>).

Regelmessig fysisk aktivitet blant barn og unge er nødvendig for normal vekst og utvikling av funksjonelle aktiviteter, den har stor betydningen for helsen både i oppveksten og senere i livet ved blant annet å forebygge psykiske helseproblemer (www.regjeringen.no).

Bjørn Sverre Birkeland som er fagleder i psykiatritjenesten sier at inntil 250 000 nordmenn (7-8 % av befolkningen) lider til enhver tid av depresjon

(http://www.psykiatriforum.no/fysisk_aktivitet1.htm). Dette innebærer også at alle vil komme i berøring med problemet, enten det er oss selv eller noen vi kjenner. Det er således svært sannsynlig at vernepleiere og andre fagfolk må forholde seg til en person med denne diagnosen. Jeg har også erfart i ulike praksiser at depresjon kan være en del av et annet sykdomsbilde.

Tilrettelegging av aktiviteter for mennesker med depresjon (psykiske lidelser) vil være relevant i mange brukergrupper, som for eksempel eldre, mennesker med utviklingshemming og barn og ungdom som er plassert ved en barnevernsinstitusjon. Det kan være flere modeller man kan jobbe etter men for vernepleiere vil den helhetlige arbeidsmodellen være et godt redskap i denne sammenheng.

Franz og Hamilton publiserte allerede i 1905 den første rapporten om effekten av fysisk aktivitet. De beskrev hvordan moderat fysisk aktivitet medførte betydelig forbedring mentalt, kroppslig og emosjonelt hos to pasienter med dyp depresjon (Aktivitetshåndboken 2008). Det har senere kommet flere viktige studier som bekrefter tidligere funn om positiv effekt av fysisk trening ved depresjon. Blumenthal og medarbeiderne kom i 1999 med en studie der 156 pasienter (50-77 år) var tilfeldig fordelt i 3 behandlingsgrupper:

Gruppe 1 ble behandlet med sertralin (Zoloft) 50-200 mg per dag.

Gruppe 2 hadde fysisk trening i form av spaserturer og jogging i 30 minutter 3 dager i uken.

Gruppe 3 fikk både sertralin og fysisk trening.

Dette forsøket varte i 4 måneder og det ble ikke funnet noe signifikant forskjell i behandlingseffekt mellom de tre gruppene, og alle hadde god effekt av behandlingen. Babyak og medarbeiderne fulgte senere opp pasientene etter ytterligere 6 måneder og fant ut at de som hadde deltatt i fysisk aktivitet hadde signifikant mindre risiko for tilbakefall enn de som bare hadde fått sertralin (Aktivitetshåndboken 2008).

Det finnes også flere studier med lengre oppfølgingsperioder. Blant annet Harris og medarbeidere fulgte i en tiårs periode 424 deprimerte pasienter. De fant ut at mer fysisk aktivitet var assosiert med mindre depressivitet og motvirket effekten av kroppslige sykdommer og negative stressfaktorer på de depressive symptomene (Aktivitetshåndboken 2008).

I et tidsskrift som utgis av JAMA (Journal of the American Medical Association) omtales en studie på kliniske grupper hvor forskere har sett at regelmessig mosjon minsker angst og depresjonssymptomer. Men det er uklart om denne effekten finnes i større befolkningsgrupper, eller om det er en tredje underliggende faktor som påvirker både

fysisk aktivitet og risikoen for psykiske lidelser

(<http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/nyheter/350235>).

Det ble også gjennomført en studie ved Amsterdam universitet. De som var med i undersøkelsen var 5952 tvillinger fra det nederlandske tvillingregistret sammen med 1357 søsken og 1249 foreldre. Disse deltakerne var mellom 18 og 50 år. Alle fikk et skjema med spørsmål om mosjonsvaner, i tillegg gjennomførte de en test som måler eventuelle tegn på angst og depresjon. Resultatene viste at sammenhengen mellom fysisk aktivitet og angst og depresjonssymptomer var små, og at felles genetiske faktorer er en like sannsynlig forklaring. Hos genetiske tvillinger hadde den tvillingen som mosjonerte mest, ikke mindre symptomer på angst og depresjon enn den andre.

(<http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/nyheter/350235>)

1.2 Problemstillinger

Jeg har valgt å ha flere problemstillinger for å kunne se på forskjellige aspekter. I den første ønsker jeg å se på hvordan fysisk aktivitet kan ha innvirkning på det emosjonelle, sosiale og selvbildet hos barn og ungdom med mild og moderat depresjon. Det er også viktig å se på om alle kan dra nytte av fysisk aktivitet i forhold til at fysisk aktivitet ikke er for alle og at noen typer depresjoner er upåvirkbare via fysisk aktivitet.

Vi er også i et samfunn hvor barn og unge er opptatt av pc og derfor ønsker jeg å se på hvordan depresjon utløses og vedlikeholdes av fysisk inaktivitet.

I den siste problemstillingen kommer vernepleierens kompetanse inn, og hvordan de kan tilrettelegge for fysisk aktivitet overfor barn og ungdom med depresjon.

Problemstillinger:

- *I hvilken grad kan fysisk aktivitet ha innvirkning på oss når vi er deprimerte*
- *sosialt, emosjonelt og mht selvbilde?*

- *I hvor stor grad kan depresjoner utløses og vedlikeholdes av fysisk inaktivitet?*

- *Kan alle med depresjon ha nytte av fysisk aktivitet?*

- *Hvordan kan vernepleiere være med å tilrettelegge for fysisk aktivitet overfor personer med depresjon?*

1.2.1 Begrepsavklaring

- **Depresjon hos barn**

Eknes (2006) skriver at det depressive bildet hos ungdom ligner på tegnene hos barn. Tristhet er ikke ofte så tydelig for andre, men til gjengjeld kan stor grad av irritabilitet og aggresjon komme til syne. Typiske tegn på depresjon er at de også mister interessen for omgivelsene og isolerer seg sosialt. De sier gjerne at de ikke orker og at alt er så kjedelig.

- **Mild og moderat depresjon**

Mild: Symptomet har forekommet siste 4 uker, men sjelden *eller* symptomet har forekommet, men i så lett grad at det ikke har medført vansker for personen selv eller for andre.

Moderat: Symptomet har helt klart forekommet i løpet av de siste 4 ukene, det forekommer ofte, men er likevel ikke der mesteparten av tiden *eller* symptomet har forekommet og har forårsaket en moderat grad av plager for personen selv eller for andre.

(Eknes 2006)

2. 0 Metodevalg og forforståelse

I følge Dalland (2007) forteller metoden oss om hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Jeg har valgt litteraturstudie av praktiske årsaker. For å finne litteratur har jeg brukt bibliotekets søkemotor: BIBSYS og brukt ord som depresjon, psykiske lidelser, fysisk aktivitet, sosialisering og selvbildet. Jeg har også kombinert

enkelte søk som fysisk aktivitet + depresjon. Jeg har også brukt søkemotorer på internett men har vært kritisk til informasjonen som jeg har funnet. Jeg har brukt mye tid på å lete etter studier på depresjon og fysisk aktivitet men har ikke alltid funnet primærkilden til studiene; det jeg har funnet er artikler basert på det opprinnelige studiet. For øvrig har jeg lent meg på aktivitetshåndboken for å kunne gi best mulig faktaopplysning om diagnosen. Eknes (2000) sin bok «Depresjon og Mani» har også kunne være med å underbygge opplysningene i en større skala.

I forhold til kilde har jeg vært kritisk til kildematerialet jeg har brukt i oppgaven og jeg har støttet meg til nyere teori. Jeg har også gjort rede for kildene jeg har brukt gjennom oppgaven.

Gjennom praksis har jeg vært i samhandling med ungdom og voksne med depresjoner, det har gitt meg erfaringer som jeg nå har fått anledning til å knytte sammen med teori. Jeg ser viktigheten av å ha forståelse for andres væremåte og handlinger og kunne se symptomer som kan gi et større bilde av individet. Fysisk aktivitet har jeg valgt på grunn av erfaringen det ga meg ved fordypningspraksis ved en barnevernsinstitusjon. Jeg har også egne erfaringer som tilsier at fysisk aktivitet kan være en positiv faktor i hverdagen.

Min forforståelse av det å ha en depresjon er at de mangler tiltakslyst, er mindre sosial og ikke har det så bra med seg selv. Jeg tenker også at det er mange grader av depresjon, hvor det kan være snakk om synlig og usynlig depresjon. Med usynlig mener jeg at noen kan skjule det i sosiale sammenhenger hvor man kan virke overivrig for å gjemme sine vansker for eksempel for sine nærmeste venner. Jeg tenker også at man kan ha det bedre sammen med andre, hvor man kan ta pause fra sine vanskeligheter. Med synlig tenker jeg at det kan ses ved kroppsholdning og tause ord.

3.0 Teoridel

3.1 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en av de største sykdomsgruppene og det er vanskelig å gi en nøyaktig oversikt over omfanget fordi det handler om svært sammensatte problemer (Kristoffersen (2002). I følge Martinsen (http://test.tidsskriftet.no/?seks_id=198276) vil omlag halvparten av befolkningen vil få en behandlingstrengende psykisk lidelse. Det vil som oftest være i form av depresjoner, angstlidelser og misbruk eller avhengighet av rusmidler. Samtale og medikamenter er en av de vanligste behandlingsformene. Fysisk aktivitet har i senere tid blitt et godt alternativ.

3.2 Depresjon

I denne delen av oppgaven skal jeg gi en sammenfatning om hva depresjon er.

Depresjon

I følge Eknes (2006:29) kommer *ordet depresjon fra det latinske verbet deprimere, som betyr å presse ned*. Hummelvoll (2004) sier at det kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en gruppe sykdommer.

Eknes (2000:155) sier at *depresjon har en annen betydning i hverdagsspråket enn som diagnose. Når mennesker snakker om at de er deprimert vil det som oftest forklares med en følelse av å være nedstemt. Når depresjon blir omtalt som en diagnose omfatter det hele menneskets psykiske tilstand, ikke bare følelseslivet*.

Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008:132) skriver at *depresjon medfører både kognitive, følelsesmessige, kroppslige og atferdsmessige symptomer. Det er store individuelle forskjeller i symptom bildet, særlig ved lette og moderate depresjoner*.

3.2.1 Depresjon hos barn og unge

I de senere år er man blitt mer oppmerksom på at også mange barn og ungdommer rammes av depresjon. Deprimerte kjennetegn hos barn er at de blir:

- triste, trette og passive
- får angst

- kroppslige plager
- noen blir stille og innadvendte
- andre blir urolig og irritable
- mister interessen for aktiviteter de tidligere satt pris på
- problemer på skolen
- faller utenom venneflokk

(Berge og Repål 2003).

I følge Berge og Repål (2003) vil mange unge med depresjon også få det igjen. Derfor vil det være viktig med tidlig behandling og oppfølging. Når et barn blir deprimert er det viktig at familien får kunnskap om diagnosen og hva man kan gjøre for å overkomme den.

3.2.2 Mild depresjon

Realitetsorienteringen er intakt ved mild forbigående depresjon. Personen vil oppleve tristhet, men det senkende stemningsleiet påvirker ikke dømmekraften til seg selv eller andres motiver. Personen kan ha et økt behov for å ytre bekreftelse på seg selv fordi selvaktelsen kan være noe redusert. En stabil selvfølelse kan også beholdes. Personen vil kunne trekke seg tilbake fra andre mennesker og fra sosiale aktiviteter og kan bli følsom for avvisinger. Konsentrasjon og oppmerksomhet kan bli forstyrret og fysisk ubehag kan komme på grunn av øket mottagelighet for sensoriske stimuli (Hummelvoll 2004).

3.2.3 Moderat depresjon

I følge Hummelvoll (2004) kan man ved moderat depresjon få en større tendens til å fordreie virkelighetsforfatningen. Egen følelse av utilstrekkelighet kan projiseres over på andre, slik at de tror de er mislikt. Dømmekraften er svekket og andres intensjoner kan mistolkes og egne evner undervurdert. Virkelighetsopplevelsen er forstyrret og personen kan føle tomhet. Selvbildet er negativt preget og depresjonsfølelsen er fremtredende. Evnene til å kunne føle glede er redusert. Hummelvoll (2004) skriver også at impuls kontrollen kan være mangelfull eller overkontrollert med aggressive gjennombrudd. Personer med moderat depresjon kan også i følge Hummelvoll (2004) ha en tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltakelse. Man blir lett distraheret når man skal konsentrere seg om noe og det er vanskelig å fokusere på daglige gjøremål

3.2.4 Kjennetegn

Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008:109) sier at depresjon kjennetegnes av:

- *passivitet*
- *tap av ferdigheter*
- *gledesløshet*
- *reguleringsproblemer.*

Det er flere måter reguleringsproblemer kan komme til uttrykk, som ved søvnproblemer, spiseforstyrrelser, vekttap eller forstyrrelser av fordøyelse og stoffskifte. Man kan også gjennom passivitet og gledesløshet miste interesse for eller uvilje mot tidligere positive aktiviteter, synlig tristhet og mimikkfattighet. Synlig tristhet og nedstemthet kan også kombineres med kroppsholdningen. Reguleringsproblemer kan komme til syne ved at personen viser mindre interesse for eksempel ved å komme til måltidene, spiser mindre enn man gjør til vanlig og er preget av vekttap. Vedkommende har nedsatt tempo og har problemer knyttet til søvn som ikke har vært tidligere (Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle 2008).

3.2.5 Symptomer

Diagnosekriteriene for depresjon (depressiv episode F32) hentet fra ICD-10.

** Ved typisk milde, moderate eller alvorlige depressive episoder lider pasienten av senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå.*

** Evnen til å glede seg, føle interesse og konsentrasjon er nedsatt, og en uttalt tretthet og tretthet er vanlig selv etter den minste anstrengelse.*

** Vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert.*

** Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket, og selv i den milde formen er forestillinger om skyld og verdiløshet ofte til stede.*

** Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene og kan ledsages av såkalte "somatiske" (melankoliforme) symptomer, som tap av interesse og lystfølelser, oppvåkning om morgenen flere timer tidligere enn*

vanlig, depresjon som er tyngst om morgenen, uttalt psykomotorisk retardasjon, uro, appetittløshet, vekttap og tap av seksualdrift.

** Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad, kan en depressiv episode spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig*

(Eknes 2000:159)

I følge Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008) er det den samlede vurderingen som er avgjørende for å kunne gi en nødvendig diagnose, og at ingen av symptomene i diagnosekriteriene er nødvendige for at diagnosen skal gis. De sier også at depresjon i mange tilfeller er lettere å diagnostisere fordi diagnosen i hovedsak krever at det foreligger en forandring i personens funksjonsnivå i en kortere, identifiserbarperiode. Depressive episoder kan variere i lengde og den er gjennomsnittlig mellom seks og åtte måneder.

Berge og Repål (2003) skriver i sin bok «Lykketyvene» at de fleste deprimerte menneskene vil oppleve tilstanden som fremmed og en opplevelse at de ikke er seg selv. I følge dem er også mange unge mennesker deprimerte men innser dette først når de seg tilbake, lenge etterpå.

3.2.6 Forekomst

I følge Norsk helsedirektorat er depresjonssykdom vanlig og forekomsten øker. WHO rangerte depresjonssykdom som det fjerde største helseproblemet i verden i år 2000. Det er også forskjell mellom kjønnene, hos kvinnene er depresjon den fjerde største årsaken til total sykdomsbyrde, mens den kommer på en sjuende plass hos menn (Aktivitetshåndboken 2008).

Eknes (2006) sier at depresjon rammes gutter oftere enn jenter og etter 12-års alder skjer det en markant endring i kjønnsforskjellene når det gjelder forekomsten av depresjon. Forekomsten anslås også å være 2 % for barn og 6 % for ungdom.

3.2.7 Årsaker og risikofaktorer

I følge Snoek og Engedal (2004) kan årsakene som ved flere andre psykiatriske lidelser være sammensatte og dermed på sett og vis ukjente. Det kan være både arvelige faktorer og biologiske og psykososiale forhold som i forskjellig grad kan ha innvirkning behandlingsmessig og som årsaksforhold.

En modell som ofte brukes er stress- og sårbarhetsmodellen. Tapsopplevelser (negativt stress) kan utløse depresjon, men den individuelle sårbarheten er vekslende. Risikofaktorer som separasjon i barndommen og somatiske faktorer kan gi økt sårbarhet. Det er vanlig at tap av ulik slag er en utløsende faktor (Aktivitetshåndboken 2008). En slik modell innebærer at personen er født med eller har utviklet en sårbarhet for depresjon (Kvalem og Wichstøm 2007).

3.2.5 Medikamentell behandling

Fluoksetin er det eneste SSRI-preparat med dokumentert effekt og er førstevalg når behandling hos barn og unge er indisert. Effekten er dokumentert i to dobbelt-binde, randomisert, placebo-kontrollerte studier (Eknes 2006:128).

I følge Berge og Repål (2003) er medikamentell behandling av depresjon blant unge diskutabelt. Antidepressiva virker generelt dårligere enn hos voksne. De studier som er gjort, viser at virksomheten stort sett ikke er bedre en placeboeffekten. Toleransen for bivirkninger er også vanligvis lavere blant unge mennesker.

4.0 Fysisk aktivitet

I denne delen skal jeg skrive om fysisk aktivitet og områder det kan ha innvirkning på.

4.1 Fysisk aktivitet

I følge Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) kan fysisk aktivitet beskrives som alle former for kroppslig utfoldelse og virksomhet som tar sikte på å vedlikeholde og øke funksjonsevnen og den menneskelige kapasiteten både fysisk, psykisk og sosialt. De

skriver også at fysisk aktivitet er aktiviteter som påvirker fysiologiske, psykologiske og sosiale variabler, uten at et hovedmål er nødvendigvis å dokumentere treningseffekt. Strømme (2000) i Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001:158) knytter fysisk aktivitet til fysisk form. Han definerer begrepet ”fysisk form” i to deler:

1. Overskudd i forhold til livets krav.

2. Fysiologiske trekk og kvaliteter som er forbundet med lav risiko for utvikling av livsstils sykdommer og lidelser.

4.1.1 Fysiologisk

I følge Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) er de fysiologiske virkningene av fysisk aktivitet godt dokumentert. Når menneskekroppen er i aktivitet vil den reagere med å prøve å tilpasse seg. Ved regelmessig påvirkning av organismen kan fysiologiske prosesser stimuleres, som for eksempel utholdenhet, muskelstyrke, bevegelighet og koordinasjon.

4.1.2 Fysiologiske og psykologiske teori

Det spesielle med fysisk aktivitet er at vi kan dra nytte av både fysiologiske og psykologiske prosesser, og det er sannsynlig at disse prosessene påvirker og forsterker hverandre dersom vi legger til rette for det (Stokkenes, Sudmann og Sæbøe 2001:163).

Man tar utgangspunkt i at det er de fysiologiske prosessene som skaper de psykiske effektene i de fysiologisk-psykologiske teoriene:

*Endret stemningsleie

* Følelse av større ro

*Avspenning

*Bedre kognitive funksjoner

Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001:163) sier at *den grunnleggende ideen i de psykologiske teoriene er at fysisk aktivitet gir opplevelse og erfaringer som resulterer i en læreprosess, og at denne igjen påvirker den psykologiske funksjonen.*

4.1.3 Indikasjoner

- 1. Fysisk aktivitet og trening kan brukes til å redusere faren for å bli syk av depresjon.*
- 2. Fysisk aktivitet kan brukes som behandling av depresjon. Treningen kan kombineres med annen antidepressiv behandling, som medisiner og/eller samtaleterapi.*
- 3. Fysisk aktivitet kan brukes for å redusere risikoen for tilbakefall etter vellykket behandling.*

(Aktivitetshåndboken 2008:281).

4.1.4 Manglende fysisk aktivitet i et helseperspektiv

Det kommer frem i aktivitetshåndboken (2008) at fysisk aktivitet for deprimerte utgjør ingen fare, så fremt de ikke har kroppslige sykdommer som kan forverres ved fysisk trening. Fysisk aktivitet representerer en stor gevinst både for den enkelte og for samfunnet.

I helseperspektivet vil fysisk aktivitet innebære en aktivitet som gir helsegevinster for den enkelte, uavhengig av individuelle forutsetninger, muligheter og ståsted.

Hjort (1994) definerer helse som å ha overskudd i forhold til hverdagens krav.

Helse ses her i sammenheng med varierende livsbetingelser som mennesker utsettes for, og som har evnen til å fungere eller mestre. Helse skal forstås som en ressurs som gir styrke til å fungere og motstandskraft til å stå i mot påkjenningene man som menneske utsettes for gjennom hele livet. Helse kan være som et uttrykk for hvordan vi føler oss, hvordan vi har det med oss selv og i forhold til andre, og at vi har en ekstra giv når vi møter en krise. Det å kunne gjøre noe med egen vilje og krefter er det som er meningen med fysisk aktivitet, gjennom å bedre funksjonsevnen kan vi få oppleve mestring.

(Stokkenes, Sudmann og Sæbøe 2001).

I følge Hummelvoll (2004) har fysisk aktivitet en egenverdi i seg selv, særlig i forhold til milde og moderate former for depresjon. Virkningene er bedret fysisk form, øket velvære

og glede, et bedre forhold til egen kropp og bedre sovemønster. Hummelvoll (2004) sier også at det er rimelig å anta at kroppskontrollen styrker selvaktelsen noe som kan resultere i at depresjonen hever raskere. I følge Berge og Repål (2003) er et av de sterkeste og vanligste funnene i forskning rundt depresjon er at passivitet øker depresjon og at aktivitet svekker depresjon.

Berge og Repål (2003) nevner flere grunner til at aktivitet er særlig viktig for deprimerte.

- Aktivitet får det til å føle deg mindre trøtt. Når man vanligvis er sliten er det bra å hvile, men det er snakk om noe helt annet med deprimerte. Om du lar være å gjøre noe vil man trolig føle seg mer sliten. Energimangel ved depresjon er et tegn på at du har behov for å være mer aktiv og ikke mindre.
- Aktivitet tar vekk oppmerksomheten rundt smertefulle følelser. Man grubler og tenker mindre og man kan i alle fall for noen øyeblikk få fri fra tunge følelser.
- Aktivitet gir mersmak, jo mer du gjør, desto mer har du trolig lyst å gjøre.
- Aktivitet gir depresjon mindre spillerom. Det kan svekke din følelse av hjelpsløshet og håpløshet. Man kan tenke mer kreativt og det blir lettere å se muligheter og løse problemer.

(Berge og Repål 2003).

4.1.5 Virksomhetsteorien

Virksomhetsteorien belyser begrepet meningsfull aktivitet. Denne teorien innen utviklingspsykologien ser virksomhet som de prosesser som mennesket forandrer og utvikler seg gjennom. I virksomhetsprosessen foregår det en kontinuerlig og gjensidig forandring og utvikling mellom mennesket og omgivelsene (Almvik og Borge 2006).

I følge Almvik og Borge (2006) er forutsetningen for menneskelig virksomhet at det skal være en sammenheng mellom personens motiv og mål. Virksomhetsteorien representerer et kvalitetsstempel for aktiviteter med vektleggingen av mening.

Almvik og Borge (2006) skriver også at hensikten med fysisk aktivitet kan være å få et menneske ut i sosiale sammenhenger igjen. I følge dem er det også en forutsetning at aktivitetene tilpasses den enkeltes ståsted og muligheter.

6.0 Mestring

6.1 Mestringsteorien

Mestringsteorien er basert på psykiateren Whites teorier. Han sier at barns identitet og selvfølelse bygges opp ved stadige erfaringer av å lykkes.

Mestring kan skje på flere nivåer:

- *Fysisk*
- *Psykologisk*
- *Sosialt*

Etter denne teorien vil opptrening av den fysiske mestringsevnen bidra til styrket identitetsfølelse og bedret selvfølelse.

Med mestring menes individets forsøk på å:

- *regulere følelser*
- *tenkning*
- *atferd*
- *miljøet*
- *fysiologiske forhold*

(Kvalem og Wichstøm 2007:98).

I følge Kvalem og Wichstøm (2007) er det tre måter man kan dele mestringforsøk på:

Aktiv problemløsning/kognitiv problemløsning

Man tenker seg om for å finne ut hva som kan stoppe eller redusere den stressende hendelsen.

Unngående mestring

Er et forsøk på å komme seg unna det ubehagelige (for eksempel ikke tenke på, gjøre noe annet).

Emosjons-orientert mestring

Reagerer emosjonelt enten med sinne eller håpløshet eller ved å distansere seg fra problemet.

Problemløsende mestring synes å beskytte mot depresjon, særlig emosjonsorientert mestring og unngående mestring kan øke sårbarheten for senere depresjon for ungdom (Kvalem og Wichstøm 2007).

I følge Eknes (2006) kan fysisk aktivitet gi antidepressiv effekt, for eksempel ved at trening fører til kjemiske forandringer i hjernen, som er med å redusere depresjon. Eknes (2006) sier også at å være i aktivitet kan føre til økt opplevelse av mestring. Dette kan også være med å bedre selvbildet. Aktivitet sammen med andre kan bidra til et sosialt fellesskap og en gruppe som virker antidepressivt.

En rekke undersøkelser viser at fysisk aktivitet kan bedre selvfølelsen, særlig for dem som har lav selvfølelse (Martinsen i Eknes 2006).

5.0 Sosiale

I følge Bunkholdt (2000:57) omfatter den sosiale utviklingen fremveksten og internaliseringen av normer og regler, utvikling av oppfatninger av og holdninger til hva som er akseptabelt og uakseptabelt, riktig og galt, det som kalles for sosialisering.

For at hver enkelt skal finne en plass i et større sosialt fellesskap er de sosiale ferdighetene svært avgjørende (Bunkholdt 2000). Bunkholdt (2000) sier at barn er sosiale fra fødselen av og det sterke behovet for og gleden av å få kontakt og stimulering viser oss det.

Samspillet mellom barn og foreldre er også en av de viktigste delene av sosialiseringprosessen, det blir dannet et grunnlag for deltakelse i større sammenhenger ved at barn får sine første erfaringer med sosial samspill (Bunkholdt 2000).

Vygotsky mener at aktivitet er grunnleggende for at barn skal lære om sin omverden. Han mente også at de første og mest grunnleggende erfaringene barn gjør, er de interpersonlige, det vil si samspillene med andre mennesker. Vygotsky mente altså at barn må lære å gjøre ting sammen med andre før de kan handle selvstendig (Bunkholdt 2000).

5.1 Sosial-kognitive læringsteori

Banduras sosial-kognitive læringsteori kan være med å forklare hva som påvirker atferd. Teorien springer ut fra den behavioristiske tradisjonen, men hos Bandura er de kognitive elementene knyttet til våre valg og handlinger særlig fokusert på. Samspillet mellom de personlige forutsetninger hos individet, hans eller hennes atferd og omgivelsene står sentralt i teorien.

De personlige forutsetningene omfatter:

- Kognitive aspekter
- Følelsesmessige aspekter
- Biologiske aspekter

For å forstå individet må man analysere forutsetninger hos individ, atferd og omgivelser. Mestring og mestringforventning er sentrale begrep i teorien. (Stokkenes, Sudmann og Sæbøe 2001).

5.1.1 Aaron Beks kognitive modell

Beck mente at deprimerte var preget av tre negative syn:

- *Negativt syn på seg selv*
- *Negativt syn på situasjonen*
- *Negativt syn på fremtiden*

Personer som er sårbare for depresjon, har altså en måte å fortolke hendelser og å trekke slutninger på som øker sannsynligheten for depressive følelser.

Kvalem og Wichstøm (2007:97)

6.0 Selvbildet

Goffman (Brodtkorb og Rugkåsa 2009) sier at mye av det vi kommuniserer med andre ikke handler om å løse en oppgave sammen med den vedkommende, men å fortelle den andre og dermed oss selv, hvem vi er. Vi presenterer oss selve, altså vårt selvbilde.

Selvbildet vårt har en kjerne av egenskaper og erfaringer som endrer seg lite, men grunnleggende sett er ikke vårt selv, vår identitet, statisk; den er dynamisk og et resultat av samhandling med andre mennesker.

I følge Eknes (2006) utvikler man gjerne dårlig selvbilde ved depresjon, som består så lenge depresjonen er til stede. Lavt selvbilde kan påvirke kognitiv stil og sosiale relasjoner med andre. Man kan ofte ha følelsen av å ikke strekke til, noe som er kjernen bak depresjon.

Hummelvoll (2004) sier at mennesker med lav selvaktelse og et usikkert selvbilde kan ha et sterkt avhengighetsbehov, og de kan være spesielt utsatt når de opplever at noen de er avhengig av svikter eller dør. Selvbildet og opplevelsen av sammenheng og mening i tilværelsen vil kunne ødelegges.

Kvalem og Wichstrøm (2007) sier at mennesker ikke er et ferdig bilde av seg selv. Det er sosialt bestemt hvordan man beskriver og oppfatter seg selv, gjennom tilbakemeldinger en har fått sammenlikning med andre og selvrefleksjoner gjennom hele oppveksten.

I følge Kvalem og Wichstrøm (2007) vil noen ungdommer ha en generell dårlig selvfølelse gjennom ungdomstiden hvor en kan tvile på seg selv og tolke de tilbakemeldingene man får negativt. Andre igjen kan være godt fornøyd med seg selv. De sier også at verdiene ungdommene setter på seg selv er på bakgrunn av tilbakemeldingene de får fra foreldre, venner og jevnaldrende. De som har et positivt syn på seg selv gjennom oppveksten vil ikke i samme grad ha behov for kontinuerlige tilbakemeldinger. Et slikt syn kan i følge Kvalem og Wichstøm (2007) også være med å forebygge stressende opplevelse og hendelser senere i livet. Lav selvfølelse har vist seg å spille en rolle i utviklingen av diverse typer problemer som for eksempel depresjon.

De viktigste byggesteinene for å utvikle en følelse av selvverdi er gjennom aksept og bekreftelse fra andre, det kan se ut som selvfølelse er prisgitt av vårt sosiale nettverk (Kvalem og Wichstøm 2007).

I følge Linde og Nordlund (2006) virker individets selvtillit inn på all sosial atferd. Det er for det første individets egen vurdering av ferdigheter som nærer selvbildet, i tillegg

kommer betydningen av samspill med andre. Betydningsfulle personer danner det sosiale speil hvor den enkelte kan hente impulser til utvikling av selvbildet (Linde og Nordlund 2006:150)

7.0 Emosjonelle

I følge Bunkholdt (2000) er emosjoner sammensatte fenomener og består av en fysiologisk komponent, uttrykkskomponent og en opplevelseskomponent.

Følelsene våre har et klart fysiologisk grunnlag hvor det fleste av oss har hatt ”hjertebank” eller ”sommerfugler i magen”. Forskning har vist at slike reaksjoner er hensiktsmessige men samtidig er dette stressreaksjoner som over tid kan ha skadelige virkninger på kroppen. Utviklingen av emosjoner handler om forskjellige typer følelser og hvordan det utvikler seg i takt med annen utvikling.

Bunkholdt (2000:225) skriver at *utviklingen av emosjoner handler om hvordan forskjellige typer sinne, glede, frykt og sjalusi utvikler seg i takt med annen utvikling, og hvordan uttrykk for følelser utvikles og nyanseres.*

I følge Kvaem og Wichstøm (2007) foregår en viktig del av selvutviklingen i vennekretsen og venner er en sentral kilde til emosjonell støtte og en sosial arena for å teste ut og lære ting. Vennskap er også viktig for sosial tilpasning og det psykiske velvære

8.0 Vernepleieres kompetanse

Vernepleieren skal ha kompetanse både i forhold til handling og samhandling som skal være basert på teori og erfaringsbasert kunnskap. Som vernepleier skal vi forholde oss til et mangfold av personer med ulike behov. Vår yrkesfunksjon er knyttet opp mot mennesker som er avhengig av oss, som trenger bistand og støtte men som også det må stilles krav og forventninger til.

Vernepleiere har mye kunnskap om samfunnet og om årsaker til forskjellige former for funksjonshemming. Vi behersker teorier, analyseredskaper og praktiske ferdigheter som gjør det mulig å kompensere funksjonssvikt, og vi er flinke til å formulere mål og jobbe

systematisk med å tilrettelegge livssituasjoner som fører til utvikling og mestring (Temaplan A «profesjonalisering – å bli vernepleier»).

8.1 Den helhetlige arbeidsmodellen

En del av yrkesutøvelsen krever systematisk og målrettet tiltaksarbeid. For å komme frem til ulike begrunnede løsningsforslag tar vernepleieren i bruk den helhetlige arbeidsmodellen som begrepsfester forskjellige faser i en målrettet arbeidsprosess. Dette er nødvendig for systematisk å dokumentere sammenhengen mellom utfordringer i yrkesutøvelsen og begrunnede løsningsforslag (FO – om vernepleieryrket).

En vernepleier skal med helhetlig perspektiv se på både fysiske, psykiske og sosiale forhold i individets tidligere og nåværende situasjon. Som vernepleier kan man bidra til å forebygge depresjon (psykiske lidelser) på flere felt, den helhetlige arbeidsmodellen kan anvendes både på individ, gruppe og samfunnsnivå.

En helhetlig arbeidsmodell består av 4 hovedområder:

- **Kartlegging:** innhente relevante opplysninger for å få et helhetlig bilde av situasjonen for den enkelte. Vernepleieren kan bruke ulike metoder som for eksempel intervju/samtale, observasjon og registrering for å innhente opplysninger. Ved å finne relevant teori og forskning på området skal man analysere den aktuelle situasjonen. I samarbeid med den enkelte brukes analysen for å finne tilpasset og realistiske mål og tiltak for den enkelte tjenestemottaker.
- **Målvalg:** Resultatet av analysen gir utgangspunkt for mål ut ifra tjenestemottakers ønske. Målformuleringen kan for eksempel være trivsel eller læringsmål.
- **Tiltak:** Metodevalg, planlegging og gjennomføring vil foregå parallelt for å finne frem til det mest velegnede tiltaket.
- **Evaluerings:** Før tiltaket gjennomføres skal man utarbeide rutiner og metode for evaluering. Evalueringen er viktig for å videreutvikle erfaringsbasert kunnskap.

(FO – om vernepleieryrket)

9.0 Drøfting

9.1 I hvilken grad kan fysisk aktivitet ha innvirkning på oss når vi er deprimerte - sosialt, emosjonelt og mht selvbilde?

Som det kommer frem i teorien tilsier diagnosekriteriene blant annet at de med mild og moderat depresjon har nedsatt evne til å glede seg, selvfølelsen er svekket og de har mindre interesse for ting enn til vanlig. Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008) sier at depresjon både medføre kognitive, følelsesmessige, kroppslige og atferdsmessige forandringer. Ut i fra dette kan man se at depresjon kan føre til at man trekker seg unna sosiale situasjoner, føler seg nedstemt og har dårlig selvbilde.

Bunkholdt (2000) sier at barn har behov for kontakt med andre mennesker. De med mild og moderat depresjon har i følge Hummelvoll (2004) en tendens til å trekke seg unna sosiale deltakelse. For de som har hatt et sosialt nettverk vil det være en omveltning å forstå hvorfor man ikke mestrer å være i sosiale sammenhenger lenger. Dårlig selvbilde er en faktor i sykdomsbildet og i følge Eknes (2006) er det med å påvirke sosiale relasjoner.

I følge Kvalem og Wichstrøm (2007) er de viktigste byggesteinene for å utvikle selvverdi gjennom aksept og bekreftelse fra andre. Fra barn er små får de tilbakemeldinger som skal være med å styrke selvfølelsen og få dem til å føle seg tryggere blant annet i sosiale sammenhenger. I barnehagepraksis observerte jeg hvordan barn utviklet seg i tråd med tilbakemeldingene de fikk fra voksne og at de gjennom mestring vokste. Barna ser på de voksne som betydningsfulle mennesker og i følge Linde og Nordlund (2006) er de med på å danne sosiale speil hvor den enkelte kan hente impulser til utvikling av selvbildet.

For mange som er deprimert og isolerer seg vil de miste noe av det mest grunnleggende barn gjør, nemlig samspill med andre mennesker. Det kan få en innvirkning på det voksne liv om man går glipp av de erfaringene man skal tilegne seg i tidlig barneår. I følge Goffman (Brodtkorb og Rugkåsa 2009) handler kommunikasjon med andre mye om å presentere vårt selvbilde, altså hvem vi er. Vår identitet er dynamiske og et resultat av samhandling med andre mennesker.

Studier tilsier at fysisk aktivitet har en positiv påvirkning for mennesker med depresjon. Harris og medarbeiderne fant ut at mer fysisk aktivitet var assosiert med mindre depressivitet og motvirket negative stressfaktorer på symptomene. En studie ved Amsterdam universitet viste derimot at sammenhengen mellom fysisk aktivitet og angst og depresjonstegnene var små og at felles genetiske faktorer var en like sannsynlig forklaring. (Aktivitetshåndboken 2008)

Fysisk aktivitet kan være med å bidra til å styrke selvfølelse og opplevelse av mestring. Det var noe av ideologien ved barnevernsinstitusjonen hvor jeg var utplassert at deltakelse på fysisk aktivitet skulle være med å bidra til dette. Ungdommene ved institusjonen hadde også mange forskjellige og sammensatte problemer, men noen felles faktorer var at de hadde dårlig tro på seg selv og har hatt liten følelse av mestring gjennom skolegang og problemer med å finne sin plass i det sosiale livet. I følge Kvaalem og Wichstrøm (2007) vil noen ungdommer ha generell dårlig selvfølelse gjennom ungdomstiden. Noen av ungdommen ved barnevernsinstitusjonen hadde også en form for psykisk lidelse, og depresjon var en av dem.

Dette eksemplet kan relateres til Eknes (2006) som sier at det å være i aktivitet kan være med å øke opplevelsen av mestring. Mestringsteorien som er basert på Whites teorier sier også at selvfølelse bygges opp av stadige erfaringer av å lykkes.

Når man er barn og ungdom betyr det mye å kunne mestre noe med en gang for å skape interessen for å fortsette videre. Det vil derfor være viktig at noen bidrar og motivere dem til å fortsette og at de skal se sin egen utvikling ved å kunne mestre noe steg for steg. Dette kan også relateres til Aaron Beks kognitive modell som sier at deprimerte er preget av tre negative syn, negativt syn på seg selv, negativt syn på situasjonen og negativt syn på fremtiden.

Noen mestrer noe med en gang mens andre må jobbe hardere, likevel kan de ende opp med samme mestringsfølelse og glede av den aktuelle aktiviteten. Men hva vil de si om man stadig føler liten grad av mestring og hva kan det gjøres med selvfølelsen? Kan fysisk aktivitet være med å skape dårligere selvfølelse enn det de har?

Hva man mestrer må også ses i sammenheng med hvilke forventninger man har til den enkelte. Virksomhetsteorien belyser meningsfull aktivitet. I denne prosessen vil det foregå en kontinuerlig og gjensidig forandring og utvikling mellom mennesket og omgivelsene. Det er også i følge Almvik og Borge (2006) en forutsetning for menneskets virksomhet at det er en sammenheng mellom personens motiv og mål. De sier også at virksomhetsteorien representerer et kvalitetsstempel for aktiviteter med vektlegging av mening. Almvik og Borge (2006) skriver at hensikten med fysisk aktivitet kan være å få mennesker ut i sosiale sammenhenger igjen og det er en forutsetning at aktivitetene tilpasses den enkeltes ståsted og muligheter. Hva slags innvirkning aktivitet har avhenger blant annet om disse faktorene og det vil være viktig at aktiviteten er tilpasset den enkelte på bakgrunn av at det er individuelle forskjeller. Det er også viktig at vernepleieren er bevisst i sitt arbeid for at den skal virke etter sin hensikt.

Fysisk aktivitet har en egenverdi i seg selv, særlig i forhold til milde og moderate former for depresjon (Hummelvoll 2004). Det er også i følge Hummelvoll (2004) rimelig å anta at kroppskontroll styrker selvaktelsen. I følge Berge og Repål (2003) kan passivitet øke depresjon mens aktivitet kan svekke depresjon.

Noen av symptomene hentet fra ICD-10 sier at de med depresjon har redusert energi og aktivitetsnivå og selvfølelsen og selvtilliten nesten alltid er svekket. Det skal kanskje ikke så mye til for at de kan føle mestring. Likevel er det ikke sikkert fysisk aktivitet er det mest frembringende å bruke i forhold til at barn og unge med depresjon skal føle mestring. Alle er forskjellige og har ulik ferdighet opparbeidet og fysisk aktivitet ikke er den største interesse som omgir hvert enkelt menneske. I følge Eknes (2006) er følelsen av å ikke strekke til kjernen bak depresjon.

I forhold til det emosjonelle sier Bunkholdt (2000) at emosjoner er sammensatte fenomener blant annet bestående av en opplevelseskomponent. Det vil være sannsynlig at dette kan relateres til hvordan et menneske kan oppleve det å være i fysisk aktivitet. Barn går gjennom ulike stadier i livet hvor man gir uttrykk for følelser ved å vise glede og sinne, i noen sammenhenger kan de komme uten forvarsel og det også kan være uforståelig for den enkelte i forhold til hvordan man reagerer. I den forstand kan venner være en god kilde til emosjonell støtte. Kvalem og Wichstrøm (2007) sier at vennskap er viktig for sosial

tilpasning og det psykiske velvære. Men hvilke innvirkning kan det ha på barn og ungdom med depresjon som trekker seg fra sosiale sammenhenger?

Barn og ungdom med mild og moderat depresjon kan ha en tendens til å trekke seg fra sosiale sammenhenger og de har behov for økt bekreftelse på seg selv fordi de har dårlig selvfølelse. De kan også være følsomme i forhold til avvísninger. I forhold til at alle har behov for sosial tilpasning for det psykiske velvære vil de som utelukker seg fra sosial kontakt ha en grå hverdag i form av at det er alene med følelsene sine og de kan komme til uttrykk i uforståelige sammenhenger. I følge Berge og Repål (2003) kan de fleste deprimerte menneskene oppleve tilstanden som fremmed og opplevelse av å ikke være seg selv.

Berge og Repål (2003) skriver at fysisk aktivitet kan være med å ta vekk oppmerksomheten rundt smertefulle følelser og aktivitet gir depresjon mindre spillerom. I følge Kvalem og Wichstrøm (2007) kan fysisk aktivitet gi en antidepressiv effekt som kan være med å redusere depresjon. For barn og ungdom som tidlig ser bedringer ved atferden og ser hvordan aktivitet kan være med å regulere følelsene kan dette være med å forebygge depresjon i tidlig stadiet. Aktivitet sammen med andre kan også i følge Kvalem og Wichstrøm (2007) være med å få dem til å føle seg inkludert i fellesskapet og være en del av en gruppe som kan virke antidepressivt.

9.1.1 I hvor stor grad kan depresjoner utløses og vedlikeholdes av fysisk inaktivitet?

Det er spennende å se på hvilke faktorer og andre interesser som tar mye av tiden til barn og ungdom i dag som gjør at de avstår fra fysisk aktivitet. Det er også mye omtalt i media om at det skal innføres mer gymnastikk på skolen, noe som skal være med å forebygge blant annet psykisk helseproblemer. Det kommer frem i en av artiklene jeg har valgt å vise til at Norge er rammet av en moderne samfunns helsevekkende livsstil som blant annet inkluderer fysisk aktivitet. Hva har da ”erstattet” fysisk aktivitet hos barn og ungdom i dagens samfunn? Og har mindre aktivitet en innvirkning på utviklingen av depresjon hos barn og ungdom?

Mange ting kan føre til fysisk inaktivitet, men jeg har valgt å fokusere på pc og dataspilling. Data og pc-spill har lenge vært en interesse blant barn og har tatt en del av hverdagen deres. Hos enkelte tror jeg interessen tar for stor del av hverdagen hvor det å være i fysisk aktivitet blir mindre fokusert på. En annen side er også hvordan det har innvirkning på det sosiale livet deres? Jeg tror flere sitter alene og kommuniserer bare gjennom pc og nettverket omhandler de med de samme interessene. De kan også komme inn i en ond sirkel ved at de spiller store deler av døgnet.

Jeg har gjennom arbeidserfaring ved barnevernsinstitusjon vært i kontakt med ungdom som har vært plassert på grunn av spilleavhengighet. Ungdommen var hektet på et pc-spill og det skapte konflikter med foreldrene. Han var så opptatt av dataverden at han hadde fravær fra skole og ikke noe kontakt med venner lenger, alt omhandlet det som var på skjermen. Ved barneverninstitusjonen fikk han begrenset tilgang på datamaskin og målet var at ungdommen skulle komme seg i arbeid og fungere sosialt igjen.

Dette eksemplet viser hvordan spilleavhengighet kan ha negativ påvirkning på andre områder i livet. Men hvordan kan depresjon utløses av inaktivitet? I følge Eknes (2006) kan aktivitet gi en antidepressiv effekt som er med å redusere depresjon og flere studier viser at det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon. Harris og medarbeiderne (Aktivitetshåndboken 2008) fant ut at fysisk aktivitet var assosiert med mindre depressivitet og motvirket effekten av kroppslige symptomer og negative stressfaktorer.

Vygotsky (Bunkholdt 2000) sier at de mest grunnleggende erfaringene man gjør er samspill med andre mennesker. Når man er barn og yngre ungdom skal man finne seg en plass i et større sosialt fellesskap. Jeg tenker at man har skapt et fellesskap gjennom skole, men at det er viktig å skape det på andre områder også, for eksempel gjennom aktivitet sammen med andre på fritiden. Dette understøtter også Bunkholdt (2000) som sier at barn er sosiale fra fødselen av og det sterke behovet for og gleden av å få kontakt og stimulering viser oss det.

Fysisk aktivitet er viktig for barns vekst og motoriske utvikling og sosialt samspill har betydning for sosial og emosjonell utvikling. Strømme i Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) sier at utholdenhet, muskelstyrke, bevegelighet og koordinasjon kan stimuleres ved

at att organismen har en regelmessig påvirkning. De sier også at opplevelse og erfaringer resulteres i en læringsprosess som er med å påvirke den psykologiske funksjonen.

Gjennom praksisstudiene har jeg observert at barn og ungdom må motiveres for å delta på fysisk aktivitet. Ungdommen kan motiveres gjennom positivitet overfor aktiviteten og positive tilbakemeldinger til den enkelte. Det kan også være noen faktorer som gjør at de kan komme med unnskyldninger for å slippe unna for eksempel at de ikke føler de kommer til å mestre aktiviteten på lik linje med de andre. Noen kan ha lite erfaring med ulike aktivitetene og har ikke fått opparbeidet de samme ferdighetene gjennom oppveksten.

Helse kan ses i sammenheng med overskudd i hverdagens krav (Hjort 1994 i Stokkenes, Sudmann og Sæbøe 2001). Dette kan også relateres til hverdagslige ting hvor man er for lite i fysisk aktivitet. Helse er en ressurs om skal være med å styrke fungering og i følge Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) er det en ressurs i forhold til hvordan vi føler oss og relasjonene vi har til andre.

Fysisk aktivitet kan i følge Stokkmann, Sudmann og Sæbøe (2001) være med å vedlikeholde og øke funksjonsevnen og den menneskelige kapasiteten både fysisk, psykisk og sosialt. Det kan tyde på at fysisk aktivitet i tidlig alder kan være med å forebygge depresjon hos barn og ungdom for eksempel ved å hindre ungdom mye tid på pc og kunne bidra til at de også har andre interesser, som å være i fysisk aktivitet.

Å sitte foran en dataskjerm store deler av dagen kan også gjøre en energiløs og man er for lite i aktivitet for å forebygge blant annet depresjon. I følge Berge og Repål (2003) kan aktivitet få deg til å føle deg mindre trøtt og energimangel er et tegn på at du har behov for å være mer aktiv og ikke mindre. Når man først er i aktivitet gir det også en mersmak og kan være med å skape nye interesser. Det kan også for ungdom som er opptatt av data være med å skape nye interesser. Det kan ses også opp mot at man forebygger depresjon før det bryter ut.

Spilleavhengighet trenger ikke ensbetydende være en utløsende faktor i forhold til at man utvikler depresjon, men fravær på skole problemer med å komme seg ut, mindre interesse for aktiviteter de tidligere satte pris kan ha en innvirkning på dette.

Positive sider ved fysisk aktivitet er at det kan være med å øke engasjement og interesse og det kan virke mot tendens til latskap og isolasjon. Det kan også ses i sammenheng med interessen mange barn og ungdom har fått for pc verden. Fysisk aktivitet sammen med andre mennesker er også med å skape nye vennskap og gjennom det med å skape glede og livsutfoldelse.

Det kan også tenkes at dataspill har positive faktorer også, for eksempel kan det være med å aktivisere hjernen. I forhold til at aktivitet tar vekk oppmerksomheten fra vonde følelser kan også spilling være med å skape positive øyeblikk. Dataspill kan også kreve at man tenker kreativt og at man må se muligheter og løse problemer.

9.1.2 Kan alle med depresjon ha nytte av fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet trenger ikke nødvendigvis være det første og beste tiltaket for alle barn og unge. For barn og unge med depresjon vil det være vel så viktig å motivere dem til noe som kan få dem ut av negative tanker. Utfordringen blir således å få dem til å føle glede gjennom en positiv opplevelse. Å se på årsakene til hvorfor de er deprimert kan også være viktig for å kunne gjøre noe med det.

I forhold til at barn og ungdom skal føle mestring vil det være viktig at aktiviteten som legges opp ikke krever at den enkelte må ha spesielle ferdigheter. Altså for at det skal være nyttig må det tas noen hensyn. Utfordringen slik jeg så det ved barnevernsinstitusjonen var at aktiviteten måtte skape interesse tidlig, noe som kunne være med å bidra til at de ønsket å delta flere ganger. Fordelen med å ha aktiviteter de allerede mestrer kan være at de stadig kan ha mestringsfølelse og at det kan være med å bidra til at de ønsker å prøve nye aktiviteter. Whites teori sier at opptrening av den fysiske mestringsevnen vil bidra til styrket identitetsfølelse og bedret selvfølelse (Kvalem og Wichstrøm 2007).

I følge Bunkholdt (2000) er de sosiale ferdighetene svært avgjørende for at hver enkelt skal finne en plass i et større fellesskap. Mennesker er forskjellige selv uten en diagnose, men et fellestrekk for de med depresjon er at de kan trekke seg fra sosial deltakelse. Fysisk aktivitet sammen med andre kan også skape et forventningspress som kan være med å svekke selvfølelsen. Det kommer frem i diagnosekriteriene for mennesker med depresjon at selvfølelse og selvtilliten er nesten alltid svekket, det skal kanskje ikke så mye til for at

de får et dårlig utbytte av å være i fysisk aktivitet. For de som har hatt denne opplevelsen kan de også prøve aktivt senere å unngå mestring. Kvalem og Wichstrøm (2007) definerer det som et forsøk på å komme seg unna det ubehagelige.

Dette kan relateres til Banduras kognitive læringsteori som er med å forklare hva som påvirker atferd, hvor samspillet mellom de personlige forutsetningene hos individet, atferden og omgivelsene er sentral. De personlige forutsetningene omfatter i følge Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) kognitive aspekter, følelsesmessige aspekter og biologiske aspekter.

For å forstå individet og hvorfor individet ikke ser sine egne muligheter må man i samarbeid med den enkelte analysere forutsetningene hos individet som kan ses i sammenheng med ferdighetene de har. I følge Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) er mestring og mestringsforventning sentrale begrep.

Depresjon kjennetegnes blant annet av tap av ferdigheter og reguleringsproblemer. Det kommer frem i aktivitetshåndboken (2008) at fysisk aktivitet for deprimerte utgjør ingen fare så fremt de ikke har kroppslige sykdommer som kan forverres ved fysisk trening. Reguleringsproblemer kan i følge Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008) komme til uttrykk ved spiseforstyrrelser. Ved at ungdommen viser mindre interesse av å komme til måltid, spiser mindre en man gjør til vanlig og er preget av vekttap kan det tenkes at fysisk aktivitet ikke er det beste tiltaket.

9.1.3 Hvordan kan vernepleiere være med å tilrettelegge for fysisk aktivitet overfor personer med depresjon?

Jeg har valgt å lage en situasjonsbeskrivelse (case) i forhold til problemstillingen.

Truls er en 16 år gammel gutt. Truls har siden tidlig barneår vært opptatt av venner og har vært en aktiv ungdom som er med på «det som skjer». I det siste året har Truls mistet interessen for fotball og han har gitt uttrykk for at han liker seg best inne hvor han bruker mye tid på tv-spill. Truls har forandret døgnrytme og han virker trett og tiltaksløs.

Foreldrene til Truls har vært svært bekymret og de sliter med å motivere han til å dra på skolen, de ser også at han har mistet mange av vennene sine fra skolen. Foreldrene har også fått tilbakemelding fra klasseforstanderen at Truls har «holdt seg for seg selv». Truls har gitt uttrykk for at han ikke føler seg helt bra og sier han ikke har noe å glede seg over.

I denne caseløsningen skal jeg ta utgangspunkt i den helhetlige arbeidsmodellen for å vise hvordan man kan bruke den i praksis. Foreldrene har kontaktet et psykiatrisk rehabiliteringsteam og en vernepleiere har fått i oppdrag med å kartlegge, analysere, sette mål for hva Truls ønsker å oppnå, tilrettelegge og iverksette tiltaket og til slutte evaluere det hele.

Det vil være viktig at Truls er en del av prosessen og er med å forme sin nye hverdag. For å gjøre en kartlegging rundt Truls sin situasjon kan det være hensiktsmessig å gjøre det i en uformell setting på Truls sine premisser. Det kommer frem i kartleggingen at Truls har vært aktiv og blant annet spilt fotball. For å skape en relasjon kan de avtale å gå tur en dag i uken hvor vernepleieren har en uformell kartlegging.

Vernepleieren må ta utgangspunkt i Truls sine ønsker og la han se betydningen av å medvirke. Målet vil være å se muligheter foran begrensninger for at Truls skal få en bedre hverdag. I forhold til at Truls har mistet mange av vennene sine på skolen kan tyde på at han kan få problemer med å være en del av en sosial relasjon igjen.

Det vil også være hensiktsmessig å ha en samtale med foreldre og lærere for å få et større helhetlig bilde av situasjonen og hvordan de i tverrfaglighet kan tilrettelegge hverdagen til Truls for at han skal bli motivert og mestre hverdagslige ting igjen.

Vernepleieren skal gjennom relevant teori på området analysere den aktuelle situasjonen og skal i samarbeid med Truls finne tilpasset og realistiske mål og tiltak. Kartleggingen tilsier at Truls har en form for mild til moderat depresjon, teorien sier at depresjon kjennetegnes av passivitet, tap av ferdigheter, gledesløshet og reguleringsproblemer. Truls har mistet interessen for fotball noe som man i følge Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008) kan komme til syne gjennom passivitet og gledesløshet. Truls har også gitt uttrykk for at han ikke er seg selv og opplever tilstanden som fremmed.

Truls ønsker å komme i normal døgnrytme igjen, i forhold til at mange faktorer spiller inn kan det være viktig å starte i det små, hvor Truls kan konsentrere seg om en ting. For at Truls skal komme seg ut i sosiale settinger igjen kan det ha stor betydning at han får være sammen med jevnaldrende som er i samme situasjon. Vernepleieren presenterer et tilbud til Truls som kalles for Møteplassen. Det er et kommunalt tilbud hvor ungdom med forskjellige og sammensatte problemer møtes for å bygge opp sosiale ferdigheter, være med på aktiviteter som kan være mestringsskapende og gjennom dette også få bygget opp selvtilliten. Truls føler seg mislykket når han ser at andre mestrer mer enn han.

Når man skal gå frem for å finne det beste tiltaket for Truls vil det være viktig å gi en begrensning men likevel beholde noe av det som Truls interesserer seg for. Truls sier han liker å spille på data og at det er med på å skape noe gode øyeblikk i løpet av hverdagen. Det vil være opp til foreldrene og sette en grense i forhold til spilletid og kunne sette opp andre alternativ for Truls som vil være betydningsfullt for han. Det vil også være viktig at Truls er med på å bestemme og at de finner en felles enighet i hvor mye av dagen Truls skal få spille data. Dette kan også være med å skape en god relasjon hvor Truls får bekreftelse på at han får innvirke i sin egen hverdag.

Om vernepleieren setter opp mål for Truls som han ikke er enig i, kan han miste motivasjon fordi det ikke er hans ønsker. Det vil derfor være viktig at Truls er med å sette egne mål hvor vernepleieren kan gi råd og støtte. I forhold til Truls sin situasjon er det mange områder som vil være viktig å jobbe med. Truls har allerede gjennom møteplassen tatt et stort steg for å føle glede ved aktivitet igjen, få seg ny venner og øve seg på å være i sosiale settinger igjen.

Vernepleieren kan bruke møteplassen som arena for å tilrettelegge for fysisk aktivitet og det vil være viktig å ta hensyn til Truls sin lidelse. Ut i fra Truls sin tidligere interesse for fotball kan det være et positivt tiltak å begynne med. Ved å spille fotball sammen med de andre gjennom Møteplassen kan det bidra til at Truls får gjenopptatt sin tidligere interesse og selvtillit til å ta opp kontakten med sine gamle venner igjen.

10.0 Avslutning

10.1 Refleksjon og oppsummering

I denne oppgaven har jeg forsøkt å se på betydningen av fysisk aktivitet i forhold til barn og ungdom med depresjon. Et sentralt tema har vært hvordan fysisk aktivitet kan ha innvirkning på selvbildet, det emosjonelle og sosiale forhold hos individet. Jeg føler jeg har fått frem hvordan fysisk aktivitet kan ha en viktig rolle i forhold til disse faktorene.

Min forforståelse til depresjon var at man manglet tiltakslyst er mindre sosial og ikke har så bra selvfølelse. Jeg synes jeg har fått bekreftet noe av min forforståelse gjennom litteraturen og har fått et større innblikk i hvordan det kan være å leve med depresjon.

Jeg er også av den oppfatning at jeg som vernepleier i fremtiden må sette meg inn i ulike diagnoser og ha en forståelse for at handlinger kan være en del av sykdomsbildet.

Vernepleiere har et stort spekter av muligheter og jeg har fått forståelse for at tilrettelegging av aktiviteter for blant annet mennesker med depresjon kan være relevant i mange brukergrupper. Oppgaven har også fått meg til å reflektere over situasjoner jeg har opplevd både i praksis og arbeidssammenheng.

I ettertid ser jeg at det kunne vært aktuelt med flere problemstillinger knyttet til tema. Et alternativ kunne vært å se på hvilke fysiologiske mekanismer som påvirkes ved fysisk aktivitet og hva som kan være med å forebygge og redusere depresjoner.

10.1.1 Konklusjon

”I hvilken grad kan fysisk aktivitet ha innvirkning på oss når vi er deprimerte – sosialt, emosjonelt og mht selvbilde?”

Litteraturen jeg har funnet og drøftet i denne problemstillingen tyder på at fysisk aktivitet har innvirkning på det sosiale, emosjonelle og selvbilde hos barn og unge med depresjon. Ut i fra hva jeg har drøftet i denne oppgaven så mener jeg at fysisk aktivitet er et viktig satsningsområde på mange arenaer. Selv om jeg har fokusert på barn og ungdom i oppgaven ser jeg likevel viktigheten av at fysisk aktivitet kan ha stor betydning for alle aldersgrupper.

Selvbilde er noe vi opparbeider fra fødselen av og vi har gjennom hele livet behov for bekreftelse fra andre. Lavt selvbilde kan komme frem ved at de har fått manglende bekreftelse gjennom oppveksten og at de kan isolere seg. Slik jeg ser det kan fysisk aktivitet være med å bidra til bedre selvbilde. Det er også viktig at man fra tidlig barneår får aksept og bekreftelse fra andre.

Dårlig selvbilde kan være med å påvirke sosiale relasjoner. Deltakelse på fysisk aktivitet kan være med å utvikle den sosiale ferdigheten og gjennom bekreftelse kan det også styrke selvtilliten. For barn og ungdom som er deprimert tenker jeg at jevnlig positive tilbakemeldinger vil ha svært stor betydning. Det kan også være viktig å kartlegge deres interesser som kan være med å motivere dem til å delta. Emosjonell støtte er også viktig for at man føler seg inkludert og jeg ser på venner som en viktig støttespiller.

”I hvor stor grad kan depresjoner utløses og vedlikeholdes av fysisk inaktivitet?”

Fysisk inaktivitet kan gjøre at mange barn og unge mister sosial kontakt med jevnaldrende for eksempel gjennom spilleavhengighet. Det kan også gjøre at man har problemer med å komme seg ut i hverdagslivet igjen og være en del av det sosiale nettverket.

Å se på kjennetegnene ved depresjon opp mot virkningene av å være i fysisk aktivitet kan man konkludere med at fysisk aktivitet kan ha stor betydning. Fysisk aktivitet kan være med å bedre døgnrytmen, kroppslige plager, mestre å være i sosiale relasjoner igjen og etablere nye vennskap. Inaktivitet kan altså ha innvirkning på det fysiske, psykiske og sosiale. Det kan også ses på at depresjon kan utløses ved at man har mistet disse viktige områdene i livet for en begrenset periode. Slik jeg ser det kan inaktivitet i form av spilleavhengighet både være årsak og forekomst til depresjon blant barn og ungdom.

”Kan alle med depresjon ha nytte av fysisk aktivitet?”

Barn og ungdom har behov for å føle glede gjennom en positiv opplevelse, fysisk aktivitet er et av områdene de kan få denne følelsen. Spørsmålet er om alle med depresjon kan ha nytte av fysisk aktivitet, det kan også ses på som at individuelle forutsetninger er viktige.

Studiene viser at de med mild og moderat depresjon kan ha nytte av fysisk aktivitet, det skal kanskje ikke så mye til at de ser betydningen og hvordan det kan være med å dempe sykdomstegnene. Det vil være individuelt om alle mennesker med depresjon kan ha nytte

av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan gi en ny opplevelse for eksempel ved at man mestrer en ny aktivitet og det kan være med å skape nye interesser. Jeg tenker at mennesker med depresjon som har interesse av fysisk aktivitet kan få mer utbytte av det enn for dem ikke ser betydningen av å være i fysisk aktivitet. Likevel tenker jeg at alle med depresjon kan ha nytte av å være i fysisk aktivitet, noe som også teorien tilsier.

”Hvordan kan vernepleiere være med å tilrettelegge for fysisk aktivitet overfor personer med depresjon?”

Som jeg prøver å få belyse i caseløsningen skal vernepleieren ha innsikt i mange områder og kunne bruke den helhetlige arbeidsmodellen i ulike sammenhenger. Vernepleieren kan være med å tilrettelegge for fysisk aktivitet ved å lage en tiltaksplan for en bruker. Jeg synes jeg har fått frem hvor viktig det er med kartlegging og at brukeren skal medvirke i prosessen. Det er også viktig at tiltaket blir noe brukeren ønsker og kan dra nytte av i flere sammenhenger. Ved å tilrettelegge for fysisk aktivitet sammen med andre kan brukeren få jevnlig tilbakemeldinger som kan være med å bygge opp selvtilliten. Å øve opp sosiale ferdigheter sammen med andre som er i samme situasjon kan også en trygghet for den enkelte. Det tenkes også at gjennom deltakelse på en slik møteplass kan være med å gjøre gi en tryggere til å delta på ulike arenaer igjen.

Det er ikke noe fasitsvar i forhold til hva som er det beste tiltaket i hver situasjon. Men det vil være viktig å gå ut ifra deres forutsetninger og ønsker, det vil også mest sannsynlig ha en innvirkning på andre områder, for eksempel det emosjonelle, sosiale og selvbildet. Det viktigste vil være at brukeren føler at den er et godt hjelpemiddel og at man kan dra nytte av den for å få en bedre hverdag og livskvalitet.

Selvvalgt litteratur:

Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling (2008)

Oslo: Helsedirektoratet

S.275-282 = 8 sider

Almvik, Arve og Lisbet Borge (2006)

Psykisk helsearbeid i nye sko

Bergen: Fagboforlaget Vigmostad og Bjørke AS

S.61-69 = 9 sider

Berge, Torkil og Arne Repål (2003)

Lykketyvene – hvordan overkomme depresjon

Oslo: H.Aschehaug & Co

S.11-19, 67-68, 204 = 12 sider

Eknes, Jarle (2006)

Depresjon og mani – forståelse og behandling

Oslo: Universitetsforlaget

S. 17-74, 57,128 = 59 sider

Eknes, Jarle, Trine Lise Nakken, Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle (2008)

Utredning og diagnostisering – utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker

Oslo: Universitetsforlaget

S.103-109, 132-149 = 25 sider

Hummelvoll, Jan Kåre (2004)

Helt – ikke stykkevis og delt

Oslo: Gyldendal Akademisk

S.171-198 = 28 sider

Kristoffersen, Nina Jahren (2002)

Generell sykepleie 1 – fag og yrke, utvikling, verdier og kunnskap

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

S.108 = 1 side

Kvalem, Ingela Lundin og Lars Wichstrøm (2007)

Ung i Norge – psykososiale utfordringer

Oslo: J.W Cappelens Forlag AS

S.17-49, 92-104 = 44 sider

Stokkenes, Grete, Torbjørn Sudmann og Grete Sæbøe (2001)

Fysioterapi på terskelen – 13 perspektiver på faget

Kristiansand S: Høyskoleforlaget

S. 157-171 = 15 sider

Pensumlitteratur

Bunkholdt, Vigdis (2000)

Utviklingspsykologi

Oslo: Universitetsforlaget

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (2009)

Mellom mennesker og samfunn

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2007)

Metode og oppgaveskriving for studenter

Oslo: Gyldendal Akademiske

Eknes, Jarle (2000)

Utviklingshemming og psykisk helse

Oslo: Universitetsforlaget

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006)

Innføring i profesjonelt miljøarbeid

Oslo: Universitetsforlaget AS

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2004)

Psykiatri – kunnskap, forståelse, utfordringer

Oslo: Akribe Forlag

FO - Yrkesetisk studiehefte

Temaplan A «profesjonalisering – å bli vernepleier (VeM06)

Internet:

<http://www.hol.kommune.no/Tjenester/Helse/Friskliv/Fysisk-aktivitet-i-befolkningen>

Lest: 26.05.09

http://www.psykiatriforum.no/fysisk_aktivitet1.htm Lest:11.05.09

http://test.tidsskriftet.no/?seks_id=198276 Lest: 14.05.2009

<http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/nyheter/350235> Lest:15.05.09

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/grunnopplaring/laringsmiljo-2/fysisk-miljo.html?id=279667> Lest 15.05.09