



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming?/ How can the social educator organize and motivate increased physical activity for people with intellectual disability?

Trond Jøran Andersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, Innleveringsdato: 03.06.20



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Inger Elisabeth Bergum

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.

Oppgaver 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

Dato: 03.06.20

Antall ord: 10 688

Forord

*Hjelper du meg for at du tror jag inte kan, JAG KAN
men på et annat sett enn du*

*Hjelper du meg før at du tror jag inte vill, JAG VILL
men inte det samma som du.*

*Hjelper du meg for att du tror jag inte vet, JAG VET
men kanskje nogon ting annat enn du.*

*Hjelper du meg for at du tror jag
inte kan tale, JAG TALAR
men på et annat sett enn du*

*Hjelper du meg at bli fri,
Fri for min inlærde hjelpeløshet,
Då kan vi egentlig hjelpa hverandre.*

Forfatter: Berit Schaub.

Sammendrag

Bakgrunn: fysisk aktivitet har vist seg å være et veldig aktuelt og viktig tema i dagens samfunn. Min egen erfaring fra praksisfeltet viser at fysisk trening hos mennesker med psykisk utviklingshemming er et område som får lite oppmerksomhet og som folk flest ikke har så mye kunnskap om. Om man tar i betraktning at personer med psykisk utviklingshemming har et lavere fysisk aktivitetsnivå enn gjennomsnittsbefolkningen, samt har økt risiko for psykiske og somatiske plager, kan man se at dette kan få svært uheldige konsekvenser.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om hvordan vernepleieren kan tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for mennesker med psykisk utviklingshemming, samtidig som det var ønskelig å finne ut hvordan fysisk aktivitet kunne bidra til å oppnå økt livskvalitet og mestring for denne brukergruppen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på teori, forskningsartikler og annen relevant faglitteratur.

Diskusjon/drøfting: I diskusjonen er det drøftet rundt ulike temaer som innebærer tilrettelegging, motivasjon og mestring for mennesker med psykisk utviklingshemming. Man kan se viktigheten av kunnskap hos tjenesteytere som skal tilrettelegge og drive med fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming. Kommer også inn på pårørendes rolle og innvirkning med tanke på deltagelse for fysisk aktivitet. Brukermedvirkning vil også ha en sentral rolle.

Nøkkelord: Psykisk utviklingshemming, tilrettelegging, motivasjon, livskvalitet, mestring, brukermedvirkning

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	2
1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.3	Historikk	4
1.4	Definisjon av sentrale begreper.....	5
1.5	Oppgavens oppbygging	6
2.0	Metode.....	7
2.1	Presentasjon av metoden.....	7
2.2	Litteratursøk.....	7
2.3	Kilder og kildekritikk	8
2.4	Forforståelse.....	9
3.0	Teori	11
3.1	Psykisk utviklingshemming	11
3.2	Fysisk aktivitet	13
3.3	Livskvalitet	14
3.4	Mestring.....	15
3.5	Ytre og indre motivasjon	16
3.6	Vernepleieren og psykisk utviklingshemmede	17
4.0	Diskusjon/drøfting	19
4.1	Å tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming	19
4.2	Betydningen av fysisk av aktivitet for opplevelse av mestring og livskvalitet	24
4.3	Refleksjon:	29
5.0	Avslutning	31

1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om hvordan vernepleieren kan tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming, og betydningen av fysisk aktivitet for opplevelse av mestring og livskvalitet hos denne brukergruppen.

I følge handlingsplanen for fysisk aktivitet (2005-2009) er fysisk aktivitet en kilde til både helse og trivsel. For voksne og eldre kan også fysisk aktivitet bidra til sosialt samvær, avkobling, følelse av mestring og glede over og være i god fysisk form. Fysisk aktivitet beskytter oss også mot en rekke sykdommer og vil være et viktig virkemiddel i habilitering/rehabilitering i helsetjenesten (Handlingsplanen 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet).

Personer med psykisk utviklingshemming er oftere overvektige, har lavere motorisk ferdighetsnivå, samt at de er i dårligere fysisk form enn gjennomsnittsbefolkningen. I tillegg har de også økt hyppighet av risikofaktorer som kan medføre somatiske og psykiske lidelser. Dette er eksempler på hvorfor personer med psykisk utviklingshemming kan ha særlig stor nytte av fysisk aktivitet (Rise og Viken 2009). I følge NAKU (2019) kan det være vanskelig å delta i det ordinære idrettstilbudet for personer med psykisk utviklingshemming, og konsekvensen kan dermed bli uønsket passivitet. Til sammen kan dette utgjøre et godt utgangspunkt for å forstå hvorfor en bør prioritere og rette fokus mot dette feltet.

For personer med psykisk utviklingshemming kan det være mer utfordrende å få til regelmessig fysisk aktivitet, blant annet grunnet manglende forståelse av hensikt og motivasjon. Det kan derfor ofte være nødvendig at andre i den utviklingshemmedes omgangskrets tilrettelegger, tar initiativ, og følger opp. Som helsepersonell kan man være en slik person. Dette i sin tur forutsetter kunnskap om viktigheten av fysisk aktivitet, og hvordan en kan tilrettelegge for økt fysisk aktivitet på en god måte (Rise og Viken 2009).

Å sette tema bevegelsesutfoldelse i fokus vil bidra til å fagliggjøre forhold som har med kropp og bevegelse og gjøre, og dermed i større grad gjøre det betydningsfullt og verdsatt (Rise og Viken 2009, s.93).

I følge Torstveit et al. (2018) kan regelmessig fysisk aktivitet ha stor betydning for flere forhold i menneskers livssituasjon. Dette kan innebære både forebygging av sykdom, sentrale helsefordeler, i tillegg til å redusere sykkelighet og dødelighet. Innenfor forskningsfeltet og blant befolkningen generelt er det økende interesse for dette temaet. Fysisk aktivitet har ikke bare en positiv gevinst når det kommer til helse, men kan ha innvirkning på den enkeltes opplevelse av trivsel, glede og det å være en del av et fellesskap. Man vet i dag nok til å kunne hevde at for lite fysisk aktivitet kan regnes som en trussel mot folkehelsen. Dette er med på å understreke betydningen av å rette fokus mot dette tema. Kanskje kan dette igjen være med på å sikre et godt og mer helhetlig hjelpetilbud til personer med psykisk utviklingshemming.

Tema: Fysisk aktivitet, livskvalitet og mestring.

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming?

Jeg har følgende delproblemstilling:

Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til å oppnå økt livskvalitet og mestring for personer med psykisk utviklingshemming?

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I regjeringens kunnskapsgrunnlag til handlingsplanen for fysisk aktivitet trekkes helsesektoren frem som en viktig aktør i å fremme fysisk aktivitet. Samtidig viser de til nødvendigheten av oppdatert kunnskap om bruk av fysisk aktivitet som behandling og en forebyggende faktor i helse- og omsorgstjenesten (Folkehelseinstituttet 2018). Dette er med på å understreke at fysisk aktivitet er et veldig aktuelt og viktig tema i dagens samfunn. Min egen erfaring fra praksisfeltet viser at fysisk trening hos mennesker med psykisk utviklingshemming er et område som får lite oppmerksomhet og som folk flest

ikke har så mye kunnskap om. Om man tar i betraktning at personer med psykisk utviklingshemming har et lavere fysisk aktivitetsnivå enn gjennomsnittsbefolkningen, samt har økt risiko for psykiske og somatiske plager, kan man se at dette kan få svært uheldige konsekvenser (Rise og Viken 2009).

I følge Ekenes og Løkke (2009) virker fysisk aktivitet positivt på humøret. Videre viser de til at fysisk aktivitet bidrar til mer energi, reduserer stress, bedrer forholdet til egen kropp og kan være med på å fremme sosialt samvær. Da dette er en brukergruppe som vernepleieren ofte har et tett samarbeid med, vil fysisk aktivitet til personer med psykisk utviklingshemming være et svært relevant og dagsaktuelt arbeidsområde. Gjennom økt kunnskap og lærdom rundt dette teamet, kan man som vernepleier muligens bidra til positive opplevelser, og kanskje være med på å utgjøre en forskjell for denne brukergruppen.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven vil ha hovedfokus på hvordan vernepleieren kan tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming. Samtidig er det ønskelig å få svar på hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å oppnå økt livskvalitet og mestring for denne brukergruppen. Fokus for denne oppgaven vil være vernepleierens rolle, sett fra vernepleierens perspektiv.

Da personer med psykisk utviklingshemming er en stor brukergruppe, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å omhandle fysisk aktivitet til voksne personer over 18 år med psykisk utviklingshemming. Det vil også være stor variasjon i fysiske forutsetninger hos mennesker med psykisk utviklingshemming. Det blir derfor viktig å tenke på å finne aktiviteter som kan tilpasses den enkelte med tanke på diagnoser, begrensninger og utførelser.

I tillegg til å besvare mine problemstillinger, vil jeg også komme med viktige innspill som omhandler historikk, som kanskje kan vise noe om hvilke tilbud som fantes før, og si noe om utviklingen frem til i dag.

1.3 Historikk

Fra tidligere har det lenge vært kjent at fysisk aktivitet spiller en stor rolle på både kropp og sinn. Fokus på fysisk aktivitet har igjennom tidene spilt en stor rolle både på skoler, foreninger og gjennom en rekke frivillige organisasjoner i Norge. I følge Torstveit et al. (2018) har den norske turistforening, Norges diabetesforbund, kreftforeningen, aktiv mot kreft, Norges idrettsforbund (NIF) og landslaget for fysisk fostring i skolen vært viktige for å sette betydningen av fysisk aktivitet på kartet i Norge.

Torstveit et al. (2018) trekker spesielt fram NIF som i 1970-årene satte søkelyset på b.l.a idrettens ansvar for folkehelsen, der de dannet en trimkomite. Komiteen fikk stor oppmerksomhet gjennom ulike tv-programmer om fysisk aktivitet og helse. NIF hadde også et legeråd som hadde i oppdrag å vurdere hvilken betydning idretten kunne ha for det totale helsearbeidet i landet. Samtidig skulle de også komme med forslag til praktiske samarbeidsholdninger mellom helsemyndighetene og den frivillige idretten på sentralt, regionalt og lokalt plan. Dette oppdraget var svært omfattende og det ble opprettet en gruppe i legerådet. Gruppens arbeid resulterte blandt annet i et spesialnummer i tidsskrift for den norske legeforening, som i senere tid ble pensum for studenter som studerte sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse (Torstveit et al. 2018).

Tøssebro (2015) skriver at den mest omdiskuterte og synlige integreringsreformen i Norge var utvilsomt reformen for utviklingshemmede, altså HVPU reformen. Reformen ble vedtatt av et enstemmig storting i 1988 og ble iverksatt fra 1991. Det gamle systemet skulle avvikles og erstattes med noe nytt og uprøvd. Kjernen i den tidligere omsorgen var institusjoner som var drevet av HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) som var en fylkeskommunal etat. Tøssebro (2015) mener at den offentlige debatten om reformen kom som en “bombe”, og at den ble oppfattet som radikal og nærmest en måte å eksperimentere med en sårbar gruppe på. Han nevner også at foreldre var vettskremte og at de ville ha seg frabedt slike eksperimenter.

HVPU reformen hadde også en innvirkning på ulike aktivitetstilbud, og det å kunne drive med fysisk aktivitet blandt psykisk utviklingshemmede. I St.Meld. Nr. 67 kommer det fram at HVPU reformen ble startet den 1. Januar 1991 og skulle være gjennomført i utgangen av 1995. Reformen hadde som hensikt at alle PU-klienter som bodde på

institusjon skulle flyttes til egne boliger. Sosialkomiteen understreket i innst. S. Nr. 240 (1989-90) at det også skulle utvikles en egen tiltaksplan for hver enkelt bruker og at ingen skulle tvinges til å flytte. I St.meld.nr 47 kommer det fram at sosial tilpassningsevne, fritidstilbud og muligheter for den enkelte PU-klient er viktige faktorer når det kommer til en normalisert tilværelse. Det ble understreket at:

«Psykisk utviklingshemmede må gis et kultur- og fritidstilbud - likeverdig med tilbudet til befolkningen for øvrig. Mangel på meningsfylt fritid vil kunne føre til mistrivsel og sosial isolasjon selv om kvaliteten på andre tjenester, som bolig og sysselsetting, er god.»

I følge Hegdal og Thorsen (2007) viste det seg likevel at det var et svært varierende tilbud for psykisk utviklingshemmede fra kommune til kommune. Når det gjaldt fritidsaktiviteter kunne de se en klar nedgang etter reformen ble avvirket. Aktivitetstiltak og sosiale tilbud var der det skortet mest. Hele 60 % av de psykisk utviklingshemmede ble vurdert å ha for lite av slike tilbud (Hegdal og Thorsen 2007).

Hegdal (2005) mener at erfaringene etter HVPU-reformen viser til at det kreves god tilrettelegging, nettverksoppbygging og tiltak som ivaretar kompetanseutvikling og stimulerer fagmiljøer for å få til gode arbeids- og aktivitetstilbud. Dette har vært en undervurdert og forsømt side av tilbudene. Det vil være nødvendig at fagpersoner opplever miljøet som attraktivt, som igjen kan føre til et variert tilbud fra kompetente og erfarne personer. Dette kan være med å skape gode, motiverende og utviklende miljøer for både ansatte, og personer med psykisk utviklingshemming (Hegdal 2005).

1.4 Definisjon av sentrale begreper

Fysisk aktivitet: Er all kroppsbevegelse som følger av muskelarbeid, og som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå (Finn Mikaelson 2016).

Livskvalitet: I følge Helgesen (2013) handler livskvalitet om det å ha et godt liv, der man kan føle at man betyr noe. For å kunne oppnå livskvalitet må fysiologiske behov som sult og tørst dekkes, i tillegg til psykologiske behov, som for eksempel mestring, trygghet,

sosial aksept og selvaktelse. Videre skriver han også at mennesker som er gifte og småbarnsforeldre opplever større velvære og livskvalitet enn enslige (Helgesen 2013). I følge Askheim (2008) er også samfunnet med på å forme vår livskvalitet. Samfunnet setter normer og verdier som vi mennesker føler at vi må leve etter, noe som igjen kan føre til en dårligere livskvalitet. Askheim skriver også videre at det er noen felles kriterier som skaper den enkeltes livskvalitet. Dette omhandler gjerne helse, materielle forhold, utdanning, sysselsetting osv. Det blir også lagt mye vekt på det å være aktiv, ha gode menneskelige relasjoner, ha et positivt selvbilde og at man opplever glede (Askheim 2008).

Mestring: I følge Eide & Eide (2013) legges det i litteraturen stor vekt på at mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser. Felles synes å være at mestring oppfattes som handlingsorienterte forsøk på det å kunne beherske, tolerere og redusere de indre og ytre belastninger som personen er utsatt for. Mestring kan også være det å forsøke å redusere eller unngå negative følger av akkurat slike påkjenninger. Mestringsbegrepet brukes gjerne som en generell betegnelse for mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser (Eide & Eide 2013). Kirkevold et al. (2013) viser til at mestring defineres som personens vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner.

1.5 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 omhandler metode, litteratursøk, kilder, kildekritikk og min egen forforståelse. Videre inn i kapittel 3 kommer teori, pensumlitteratur og annet relevant fagstoff. I kapittel 4 avsluttes oppgaven i form av refleksjon og oppsummering.

2.0 Metode

2.1 Presentasjon av metoden

Formålet med en litteraturstudie er å få en oversikt over den kunnskapen som allerede finnes om det temaet som jeg har valgt å skrive om. En litteraturstudie innebærer derfor en systematisk gjennomgang av litteratur rundt valgt problemstilling. Ved å bruke denne metoden kan jeg sammenligne litteratur, og drøfte rundt de ulike funnene. En litteraturstudie kan brukes som både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative metoder anvendes i situasjoner der forekomsten og omfanget av et gitt fenomen skal studeres. Målet med kvantitative metoder er gjerne at dataen som blir samlet inn kan tallfestes og generaliseres. Kvalitative metoder er rettet mot å samle inn data der mening og det unike skal utforskes. Er man f.eks. interessert i menneskers holdninger til og erfaringer med ulike samlivsformer, bør man anvende en kvalitativ metode. Da kan man gå mer i dybden for å fange opp vedkommendes særegne opplevelse (Brodtkorb og Rugkåsa 2017).

2.2 Litteratursøk

For å dele opp problemstillingen min, å skape mer struktur, laget jeg et pico skjema. Dette gjorde det enklere å starte selve søkeprosessen (Nortvedt et.al 2012).

For å finne gode artikler, pensum og annen relevant teori har biblioteket på Høgskolen i Molde sin hjemmeside vært til stor hjelp. Via disse har jeg søkt og gått gjennom bibliotekets egne databaser. Jeg har også tatt i bruk både Oria, Idunn og OVID Nursing og funnet mye relevant fagstoff gjennom disse databasene. Flere av artiklene som ikke var tilgjengelig har jeg forsøkt å finne igjennom andre søkemotorer.

Jeg har også lett etter forskningsartikler og fagstoff på internett ved hjelp av bla google og google scholar. Dersom forskningsartiklene ikke var åpen eller tilgjengelige gjennom høgskolen i Moldes abonneringer, fikk jeg tilgang til å gjøre søk i databasene til ResearchGate gjennom et familiemedlem (<https://www.researchgate.net>). Ved funn av relevant innhold og forskningsartikler har det også vært nytting å gå igjennom kildehenvisningen for å finne primærkildene, noe som igjen har ført til nye funn som videre har blitt tatt i bruk i oppgaven. I tillegg til dette er også store deler av oppgaven

basert på pensumlitteratur og annen relevant litteratur. Søkeord som er brukt i de ulike databasene er blandt annet:

- Psykisk utviklingshemming/Mental retardation
- Fysisk aktivitet /Physical activity
- Mestring /mastery
- Mestringsfølelse/ sense of achievement
- Vernepleier / subnormal/learning disability nurse
- Bidra/Contribute
- Økt fysisk aktivitet
- Livskvalitet/ Quality of life

I tillegg til søkeord er det også blitt benyttet kombinasjonsorene OR og AND for å gjøre søket mest mulig relevant i forhold til innholdet i artikkelen. OR vil utvide søket, da finner man treff med enten det ene eller det andre søkeordet. AND avgrenser søket ved å gi treff der alle søkeordene med AND mellom seg er med. Jeg forsøkte også å bruke trunkering (*) på noen av søkeordene. Dette innebærer å søke på stammen av ordet, for å få ulike endelser, noe som åpnet for et bredere søk (Nortvedt et.al 2012).

Forskningsartikler som jeg har benyttet i oppgaven er studien til Heller, Tamar, Hsieh, Kelly, Rimmer, James. 2002. Barriers and supports for exercise participation among adults with Down syndrome og J. Mahy, N. Shields, N. F. Taylor & K. J. Dodd. 2010. Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with downs syndrome. Jeg har også brukt en kronikk av Mikaelson. 2016 som hadde stor relevans med tanke på problemstillingen.

2.3 Kilder og kildekritikk

For å kunne skrive en god og relevant oppgave, er det viktig å tenke på publiseringsdato når det kommer til litteratur og ulike studier. Finner man f.eks eldre kilder, vil det være nødvendig å tenke på hvordan utviklingen har vært på det aktuelle området siden den gang fram til dagens standard. Skal man f.eks bruke en teori som omhandler ulike medikamenter kan det lønne seg å sjekke ut de nyeste forskningsresultatene, da medikamenter er i stadig endring. Dette vil også være gjeldene for mennesker med psykisk utviklingshemming da det hele tiden kommer endringer og ny kunnskap innefor feltet. Informasjonen som man

finner i lærebøker kan være foreldet selv om boken er relativt ny. Dette skyldes at det tar tid for forfatteren å skrive boken og for forlaget å produsere den (Tveiten 2009). Det blir også viktig å være bevisst om det er primær- eller sekundærlitteratur man henter kunnskapen fra, da sekundærlitteratur er fortolket og gjengitt av den som skriver boken eller artikkelen, altså forfatteren (Tveiten 2009). Kunnskapen bør også være godt dokumentert for å finne ut om artikkelen holder mål. Mange tidsskrifter viser hvilke artikler som er vitenskapelig vurdert eller referee-bedømt. Dette innebærer at flere fagpersoner eller forskere har vurdert artikkelen, som igjen kvalifiserer den før den blir publisert. Dette er et kvalitetskriterium som viser til at kunnskapen som presenteres er holdbar og dokumentert (Tveiten 2009).

2.4 Forforståelse

I følge Linde og Nordlund (2006) er forforståelse noe som man bærer med seg hele tiden. Forforståelsen kan ses på som en ryggsekk som vi har med oss og som kan være med på å påvirke hvordan man samler inn data og hvordan vi igjen tolker dette. Innholdet i denne sekken kan bestå av ulike erfaringer, perspektiv, hypoteser og teoretiske referanser rundt oss (Linde og Nordlund 2006). I følge Brodtkorb og Rugkåsa (2017) brukes forforståelsen når vi gjerne skal tolke en situasjon eller hendelse. Det er med dette vi får en ny forforståelse av noe, som vi igjen tar med oss å bruker i nye situasjoner.

Ut ifra min egen forforståelse mener jeg at fysisk aktivitet er viktig i forhold til det å oppleve mestring. Hvis jeg skal se på egne erfaringer er fysisk aktivitet noe som ofte kan være med på å bedre egen livskvalitet og bidra til økt selvtillit. Jeg tenker det er svært viktig å være bevisst sin egen forforståelse da man ofte har valgt problemstilling ut ifra eget interessefelt og hva man ønsker å belyse. I og med at jeg har vært i praksis blant psykisk utviklingshemmede, samt at jeg studerer vernepleie vil jeg muligens ha en dypere forforståelse av dette temaet. Forforståelsen min i forhold til fysisk aktivitet blandt psykisk utviklingshemmede er at det finnes lite kunnskap blandt personale om temaet og at området har fått lite oppmerksomhet og fokus.

Brodtkorb og Rugkåsa (2017) viser til at en ulik forforståelse vil kunne gjøre at vi forstår og tilnærmer oss en situasjon ulikt og at det igjen ikke alltid er gitt hva som egentlig er det beste for den involverte. Min egen forforståelse rundt dette temaet kan være med på at jeg automatisk tolker litteraturen og teorien på min egen måte, slik at jeg i mitt arbeid med

denne oppgaven handler imot forfatterens intensjon. Tolknig av litteratur kan også tenkes å bli gjort i sammenheng av hva man søker etter. Søkeord kan være avgjørende for hvordan resultatet på oppgaven blir. Jeg tenker at det vil være viktig å være bevisst dette, slik at det blir lettere å tenke kritisk rundt sin egen forforståelse. Samtidig vil det være viktig og hele tiden tenke på at denne må legges til side, så langt det lar seg gjøre under arbeidet med denne oppgaven.

3.0 Teori

3.1 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming er en betegnelse som omhandler personer med en betydelig svikt i kognitive funksjoner. Dette innebærer mennesker som ofte har ulikt fysisk funksjonsnivå. Svikten i kognitive funksjoner skal ha kommet til uttrykk i personens utviklingsperiode. Mennesker med psykisk utviklingshemming innebærer både personer med minimale muligheter for viljestyrte bevegelser, samt personer med lettere koordinasjons balanseforstyrrelser (Ekenes & Løkke 2009).

Fragilt x-syndrom er en arvelig sykdom som kan arte seg med blant annet atferdsproblemer, psykiske vanskeligheter, kroppslige forandringer og mental utviklingshemming. Denne tilstanden skyldes en genetisk feil på X-kromosomet. Denne diagnosen er forholdsvis sjelden og rammer ca. 1 av 4000 gutter og 1 av 6000 jenter. Fragilt x-syndrom er likevel den vanligste åraken til psykisk utviklingshemming og den vanligste enkelt årsak til arvelig psykisk utviklingshemming.

I følge Mæhle et. al (2018) kan diagnosen fragil X-syndrom være vanskelig å stille, særlig hos kvinner. Det er ofte atferd, psykiske vansker og kognitiv profil som leder tanken hen på syndromet. Videre forklarer de at fragil X-syndrom var en av de første genetiske og X.bundet arvelig årsakene til utviklingshemming som ble funnet. Genetisk testing for fragil X-syndrom er derfor en av de aller hyppigste undersøkelser som utføres som ledd i utredningen av psykisk utviklingshemming.

Mennesker med psykisk utviklingshemming har større sjanse for å utvikle risikofaktorer som igjen kan føre til psykiske og somatiske lidelser. Ekenes & Løkke (2009) skriver at jo større alvorlighetsgraden av utviklingshemmingen er, desto større er risikoen for å utvikle kroniske lidelser.

Utviklingshemming kan også innebære en diagnose som kan føre til vanskeligjøring av bevegelser, blandt annet grunnet skjelettforandringer (Rise og Viken 2009). Noen av de vanligste syndromene som angår stilling og bevegelse er Rett syndrom, Down syndrom og cerebral parese. Rett syndrom er i følge Rise og Viken (2009) en progredierende

nevrologisk lidelse. Typisk kjennetegn er dyspraksi, som vil si at de har nedsatt evne til å viljestyre bevegelsene og til å intendere funksjoner, samt at de har såkalte vaskebevegelser av hendene som hemmer funksjonell bruk. Rett syndrom fører også til at grov og finmotoriske ferdigheter svekkes (Rise og Viken 2009).

I følge Rise og Viken (2009) innebærer det å ha Down syndrom svært varierende variasjon i bevegelsesmønster, men gjennomgående har de en forsinket og avvikende bevegelsesutvikling. Typiske kjennetegn er lav muskelspenning og hypermobile ledd. Dette vil være med på å påvirke de motoriske ferdighetene og postural kontroll. Mennesker med Down syndrom har ofte en tilleggsproblematikk som innebærer at de kan ha medfødt hjertefeil, syns- og hørselproblematikk og ofte epilepsi og overvekt. Slike helseproblemer gjelder ca. 40 % av de som har Down syndrom. Det at de har disse tilleggsdiagnosene kan påvirke bevegelsesevnen og hemmer fysisk aktivitet og utfoldelse. Det blir derfor viktig å ta hensyn til dette under ulike aktiviteter som innebærer fysisk aktivitet (Rise og Viken 2009). Hvis man tar utgangspunkt i epilepsi er det i følge Rise og Viken (2009) enkelte aktiviteter som man bør styre unna for å unngå epileptiske anfall. Eksempler på dette kan være fjellklatring, dykking, svømming uten tilsyn, hanggliding m.m.

Cerebral parese finnes i Følge Rise og Viken (2009) i alle alvorlighetsgrader. Dette innebærer alt fra svært alvorlige og sammensatte funksjonshemninger til nesten usynlige funksjonsvansker. Personer som har gangfunksjon har som regel nedsatt tempo og høyt energiforbruk. De kan også streve med å holde balansen, noe som kan være vanskelig å gjenvinne når de faller. Trening som tilpasses individuelt kan være med på å øke både styrke, kondisjon og utholdenhet (Rise og Viken 2009).

Av de som har alvorlige sammensatte fysiske funksjonshemninger påvirkes gjerne viljestyrte bevegelser. Dette kan innebære ukontrollerte bevegelser som nevrologisk aktivitet. Muskelstyringen kan ikke kontrolleres hensiktsmessig og bevegelsen kommer ut av styring. Bevegelsen kan da bli tolket som ikke viljestyrt (Rise og Viken 2009).

3.2 Fysisk aktivitet

I følge Torstveit et. al (2018) defineres begrepet fysisk aktivitet som:

Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå (Torstveit et.al 2018, s. 44).

Torstveit et.al (2018) forklarer at fysisk aktivitet er et paraplybegrep som dekker alle former for bevegelse. Dette innebære b.l.a trening, friluftsliv, lek, mosjon og kroppsøving. Mengden av fysisk aktivitet varierer gjerne fra person til person, men alle mennesker utøver en viss form for fysisk aktivitet for å holde seg i live. Fysisk aktivitet deles ofte inn i varighet, frekvens og intensitet, noe som igjen sier noe om aktivitetens totale volum (Torstveit et.al 2018).

I følge Ekenes (2000) kan fysisk trening bidra til økt psykisk velvære for mange personer, uavhengig om de har utviklingshemming eller ikke. Fysisk aktivitet har også vist seg å ha en betydning for menneskers følelse av kompetanse og selvsikkerhet, samtidig kan også økt fysisk mestring føre til at man også vil kunne mestre andre forhold (Ekenes 2000). Ekenes (2000) forklarer også at fysisk aktivitet kan gjennomføres i relasjon med andre, der opplevelser og erfaringer deles. Betydningen av fysisk aktivitet avhenger gjerne av den sosiale og emosjonelle rammen som kroppens bevegelser skjer i. Den sosiale og emosjonelle rammen skapes av både hovedpersonen selv og nærpersionens eget forhold til den gjeldende aktiviteten. Fysisk aktivitet som utføres sammen med nærpersioner som er interessert og engasjert i det de gjør, kan virke inspirerende og næringsrikt for både kropp og sjel. I tillegg kan også dette føre til at personen kommer nærmere sin egen kropp, samtidig som de kommer nærmere hverandre, når aktivitetene oppleves og deles (Ekenes 2000).

I følge Rise og Viken (2009) kan det være vanskelig med høy intensitet og regelmessighet for personer med utviklingshemming under ulike aktiviteter. Dette skyldes blandt annet at mennesker med utviklingshemming ofte kan ha en manglende forståelse av hensikten og motivasjonen. Rise og Viken (2009) forklarer at motivasjon og mestring vil være en forutsetning for bevegelse og fysisk aktivitet. Det kreves derfor at nærpersioner eller personale kan være med på å ta initiativ, tilrettelegge og følge opp den enkelte. Den største

utfordringen her kommer ann på hvilken forståelse og kunnskap nærpersionene har om viktigheten av det å være fysisk aktiv. Motivasjon og kompetense hos hjelperen vil spille en avgjørende rolle for hvordan den andre opplever de ulike aktivitetene som skal gjennomføres (Rise og Viken 2009).

I følge Robertson et.al (2000) bidrar fysisk inaktivitet alene sansynligvis mest til de høye ratene av sykelighet og dødelighet blandt personer med utviklingshemming. Messent et.al (1999) viser til at personer med utviklingshemming opplever barrierer når det kommer til å delta i fysiske aktiviteter. Dette kan skyldes begrensninger i tilgangen for ulike aktiviteter, lite personale og uklare ansvarsforhold (Ellingsen 2015).

Det at vi i dag vet at fysisk aktivitet og bevegelsesutfoldelse gir god helsegevinst, sørger for at det stilles krav til alle mennesker som arbeider med personer med utviklingshemming. Dette gjelder kanskje spesielt for vernepleieren som ofte jobber tett sammen med disse menneskene. Det blir derfor i følge Rise og Viken (2009) veldig viktig at det blir satt fokus på at personer med utviklingshemming skal få utøve sitt bevegelsesrepertoar med variasjon og repetisjon i samspill med omgivelsene. Dette er noe som igjen kan være med på å forebygge, opprettholde og fremme fysisk form og velvære (Rise og Viken 2009).

3.3 Livskvalitet

I følge Eide & Eide (2013) stammer begrepet helse fra det gammelnorske ordet *heisla* som betyr sunnhet. Begrepet helse innebærer ikke bare fravær av lidelse og sykdom, men antyder også ulike kvaliteter som helhet, framgang og lykke. Helsebegrepet slik forstått stemmer godt overens med verdens helseorganisasjon sin definisjon av begrepet livskvalitet (Eide & Eide 2013).

Verdens helseorganisasjon har valgt å forklare begrepet livskvalitet på denne måten:

«WHO defines Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex

way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment” (WHO 2020, s.1).

I følge Eide & Eide (2013) kan personlig historie som minner, vaner, ferdigheter, preferanser og verdier påvirke mennesker på ulike måter. En person som tidligere har jobbet som gartner kan f.eks oppleve økt livskvalitet hvis han/hun får sitte i nærheten av blomstene. Vi har alle noe som vi interesserer oss mer for enn andre ting. Dette kan være hobbyer, aktiviteter eller verdier som vi har.

I følge Askheim (2012) kan begrepet livskvalitet være uklart og vanskelig å definere. Grunnen til dette er det finnes ulike tilnærminger, noe som igjen gir begrepet ulikt innhold. Askheim (2012) forklarer også at livskvalitet er et vagt begrep, som nesten alle snakker om, men som ingen egentlig helt vet hva det innebærer. Det blir derfor svært vanskelig å sette visse kriterier for hva det innebærer å ha god livskvalitet.

Samtidig mener Askheim (2012) at det også er stor enighet om at visse objektive faktorer kan være med å påvirke den enkeltes livskvalitet. Levekår som innebærer b.l.a materielle forhold, utdanning, helse og sysselsetting har vist seg å ha betydning for hvordan mennesker opplever sin livskvalitet. Videre skriver Askheim (2012) at det også finnes subjektive tilstander som kan være grunnleggende for livskvaliteten. I følge Næss (1979) preges livskvaliteten av at mennesket er aktivt, har gode mellommenneskelige relasjoner, har et positivt selvbilde og innehar en grunnstemning av glede (Askheim 2012).

3.4 Mestring

Kirkevold et al. (2013) viser til at mestring defineres som personens vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner. Mestring handler mer om tilnærmingen til situasjonen, og ikke resultatene. Mestring kan være både god og dårlig, og beror blant annet på individets fysiske forutsetninger, helse og sykdom. I tillegg er personens innarbeidede ferdigheter som f.eks. kunnskaper, vaner, personlige egenskaper, intelligens osv være av betydning. Mestringen skjer i samspillet mellom omgivelsene og individet og beror både på miljøet og individuelle forutsetninger (Kirkevold et al. 2013).

I følge Kristoffersen et.al (2012) er begrepet self-efficacy et begrep som gjerne oversettes til mestringsforventning eller mestringstro. Dette begrepet er utviklet av den kanadiske psykologen Albert Bandura (f.1925), å står for personens evne til å sette seg konkrete handlingsmål, samt det å kunne ha en klar forventning om å kunne gjennomføre sine mål. Dette innebærer at man har tro på å kunne gjennomføre og utføre handlinger som er nødvendige for å mestre situasjoner i framtiden. Dette medfører at man må ha en positiv holdning om å mestre situasjoner og mål man setter seg.

Begrepet self-efficacy forklart av Albert Bandura:

Self-efficacy is the belief in one`s capabilities to organize and execute the courses of action required to manage prospective situations. In other words, self-efficacy is a person`s belief in his or her ability to succeed in a particular situation (Bandura 1997).

Bandura (1997) har beskrevet denne forventningen som avgjørende for hvordan mennesker tenker, opplever og handler i enkelte situasjoner. Han skriver at hvis man ikke en gang har tro på at man klarer å gjennomføre forandringene, vil man ikke en gang forsøke. Dette kan f.eks innebære at en person som er overvektig mangler troen på at han vil gå ned i vekt og velger derfor og ikke gjøre noe med det. Negative forestillinger bekreftes ofte i situasjoner der personen har mislykket tidligere. Personen har dannet seg en forventning om å ikke få det til (Kristoffersen et.al 2012).

3.5 Ytre og indre motivasjon

Vi skiller gjerne mellom indre og ytre motivasjon. Den indre motivasjonen er som regel styrt av personens interesse til å utføre aktiviteten, og belønningen ligger i dette. Indre motivasjon gir en mestringsfølelse og er ikke viljestyrt. Dette er handlinger som engasjerer og personen klarer å finne glede i aktiviteten som skal gjennomføres (Mikaelsen 2016). Torstveit et.al (2018) definerer ytre motivasjon som negativt og er ikke ideelt for å opprettholde en bestemt fysisk aktivitet over lengre tid. Indre motivasjon kan være at man er fysisk aktiv fordi at det virker stimulerende, utfordrende og lysbetont.

Ytre motivasjon gjennomføres som regel fordi at det ligger en belønning bak selve utførelsen. Er ikke aktiviteten i seg selv motiverende nok, kan det virke mer motiverende når personen vet at det ligger en belønning (forsterker) bak utførelsen. Kanskje har også personene en forventning om og bli rost for god innsats og gjennomførelse. Dette underbygges av Rise og Viken (2009) som forklarer at indre motivasjon f.eks kan være når en person utfører en aktivitet på grunn av at han har interesse for selve aktiviteten, og denne aktiviteten er nok belønning i seg selv. Ytre motivasjon er når personen gjør noe fordi han ønsker å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten. I følge Horne og Øyen (2005) er en positiv forsterker en stimulus som når den avhengig av en atferd, har den effekten at den øker sansynligheten for at atferden skal gjenta seg i lignende situasjoner. Forsterkeren har dermed innvirkninger på fremtidige handlinger. Ros har også vist seg å fungere som en effektiv positiv forsterkning på enkelte personer (Brask et.al 2016).

3.6 Vernepleieren og psykisk utviklingshemmede

I følge Nordlund et.al (2015) innebærer endringsarbeid i vernepleiefaglig sammenheng det å kunne legge til rette for at personer skal få lov til å leve sitt liv uten nødvendigvis å lære noe nytt eller endre livstilførsel. Vernepleiere arbeider ofte med mennesker som har sammensatte funksjonsvansker og ulike hjelpebehov som kan være livet ut. Målsettingene for vernepleiefaglig arbeid er å kunne gi den enkelte best mulig hjelp og støtte ut ifra sine egen forutsetninger. Dette kan for enkelte innebære det å være mer selvstendig, kunne delta i sosiale sammenkomster, mestre egen hverdag eller det å kunne kontrollere utagerende atferd som kan være til hinder for et godt liv. Det viktigste vil være at personen skal få den hjelpen han trenger, god tilrettelegging og støtte i sitt eget hjem. For mange kan det å være avhengig av bistand og støtte et helt liv være veldig krevende. Det blir derfor svært viktig at vernepleierens kompetanse og hans bidrag blir tilpasset den enkeltes behov. Vår trygghet i vår rolle er avgjørende for personens livskvalitet (Nordlund et. al 2015).

I følge Ellingsen (2015) skal vernepleieren ha kompetanse om b.l.a medisinske behov, pleie og omsorg og psykisk helsearbeid. Vernepleieren skal også ha kunnskap om sykdom,

helse, funksjonshemming, farmakologi, medikamenthåndtering og kroppens oppbygging. Hygiene og helsesvikt som er knyttet til funksjonsvansker er også en del av kunnskapen som vernepleieren skal inneha. Vernepleieren skal også kunne identifisere, vurdere og imøtekomme brukerens behov for pleie og omsorg, veilede og iverksette individuelle tiltak innen helsefremmende arbeid og utføre førstehjelp. Samtidig skal kompetansen til vernepleieren inneholde kunnskap om psykiske lidelser, ulike former for forebygging, behandling, rehabilitering og kunnskap om risikofaktorer og mestring skal vektlegges. Med denne kompetansen står vernepleierene i en særstilling gjennom å ha både et klart helsefaglig og sosialfaglig ståsted (Ellingsen 2015).

I følge Ellingsen (2015) bygger miljøterapeutisk arbeid på en forutsetning om å se helheter, hjelpe til med deler som kan fremme utvikling, mestring, trivsel og livskvalitet. Samtidig ønskes sterke fagmiljøer som har kunnskap om å behandle og utrede sykdom. I og med at kunnskapen retter oppmerksomheten mot det kunnskapen peker mot, vil det i enkelte sammenhenger være behov for bred sammensatt kunnskap som integreres i en handlingskompetanse som fanger opp alle mulige og viktige forhold i en situasjon. Dette kan i følge Ellingsen (2015) innebære kompetanse i form av faglig skjønn som utøves umiddelbart, der den faglige resonneringen er innøvd, og observasjoner og utredninger gjøres rutinemessig. I andre tilfeller kan det kreves en faglig resonnering for å komme fram til hva som skal undersøkes og avklares. Når det kommer til den helsefaglige delen av den vernepleierfaglige kompetansen var den tidligere begrunnet med at vernepleiere skulle stå for det helse-og sykepleierfaglige arbeidet som utviklingshemmede hadde behov for. I dag er vernepleiere en del av det totale helsetilbudet som utviklingshemmede har krav på (Ellingsen 2015).

4.0 Diskusjon/drøfting

4.1 Å tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming

I min problemstilling ønsker jeg å finne ut av hvordan vernepleieren kan tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming. I studien til Heller et al. (2002) testet de effekten av treningsbarrierer og undersøkte hvordan helsepersonellens holdninger, erfaringer og kunnskap påvirket treningsresultatet for voksne personer med downs syndrom. Resultatet fra studien viste at for å få til et godt utbytte av treningen, var det viktig at hjelperne var godt informert, hadde kunnskap om temaet, og var klar over fordelene med fysisk aktivitet. Det var mange som ikke viste hvordan de skulle lage gode treningsprogram som var individuelt tilpasset til å kunne gi tilstrekkelig med utfordringer, samtidig som det skulle oppleves som lystbetont og trygt for personer med psykisk utviklingshemming. Resultatet fra studien til Heller et al. (2002) viste videre at helsepersonell som ikke selv hadde kunnskap om, og som manglet interesse for fysisk aktivitet kunne ha vanskelig for å tilrettelegge og sørge for god støtte til treningen. Sosiale faktorer ble også sett på som viktig for om de ville delta på trening. Helsepersonellet oppfattet at det var større fordeler med trening når det var færre hindringer og valgmuligheter, som igjen førte til at de vokse med downs syndrom trente oftere. Resultatene var med på å forbedre tilgangen til treningsfasiliteter og utstyr og økte pleiernes bevissthet om viktigheten av trening for voksne personer med downs syndrom (Heller et al. 2002). Dette er med på å understreke at tilrettelegging av økt fysisk aktivitet forutsetter at Vernepleieren har god informasjon og kunnskap om temaet. Kanskje er dette med på å belyse viktigheten og betydningen av god opplæring og faglig påfyll hos den som skal yte helsehjelpen. På denne måten kan man sannsynligvis unngå at man opplever usikkerhet og utilstrekkelighet når en skal motivere og tilrettelegge for økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming. Samtidig viser det hvordan helsepersonellens egen motivasjon kan ha innvirkning på den man skal hjelpe. Er vernepleieren selv positiv og motivert, kan dette «smitte over», og dermed føre til at den psykisk utviklingshemmede også blir mer motivert til å gjennomføre treningsøkten. Sagt med andre ord, kan man kanskje si at begge parter er med på å påvirke hverandre.

I følge Eide & Eide (2013) er evne og vilje til å oppdage å se det unike ved hver enkelt person helt avgjørende for å kunne utføre god pleie og omsorg for andre.

Når en skal tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet hos personer med psykisk utviklingshemming, vil det være viktig å ta hensyn til interesser, ønsker og behov hos den enkelte. Brukermedvirkning blir dermed et sentralt begrep gjennom hele prosessen.

Ved å ta utgangspunkt i vedkommende sine ressurser, interesser og sterke sider kan det med høy sannsynlighet bidra til å oppnå bedre resultater og mestring i det man driver med.

Det finnes i dag flere ulike former for fysisk aktivitet med varierende vanskelighetsgrad. I følge Ekenes og Løkke (2009) kan mennesker med utviklingshemming ofte møte på mange utfordringer i hverdagen og ulike aktiviteter kan være vanskelig å mestre. I tillegg til disse utfordringene kan de også oppleve kognitive begrensninger i forhold til informasjonsbearbeidelse, problemløsning og oppmerksomhet, noe som igjen kan være med på å vanskeliggjøre de daglige gjøremålene som skal utføres. Det blir derfor også viktig å tenke på omgivelsenes krav til funksjonsdyktighet og hva den enkelte er i stand til å prestere. Dermed kan det være helt avgjørende å finne aktiviteter som er tilpasset den enkelte, og som er gjennomførbare ut ifra personens egne forutsetninger og behov.

Sannsynligvis kan dette være med på å gjøre aktiviteten mer lystbetont, som i sin tur kan være med på å øke motivasjonen til den enkelte. Når det kommer til valg av aktiviteter er det mange forhold man må ta hensyn til. I følge Rise og Viken (2009) kan ressurser og begrensninger både i individuelle og samfunnmessige forhold by på utfordringer.

Individuelle forhold som man bør tenke på kan for eksempel være funksjonshemming, funksjonsnivå, sykdom, livsstil, familie, nettverk og generelle holdninger til fysisk aktivitet. Når det kommer til de samfunnmessige forholdene kan både økonomiske, kulturelle og strukturelle forhold være med på å påvirke valg av aktiviteter (Rise og Viken 2009).

Riktig veiledning vil også være en viktig faktor som kan være med på å øke motivasjonen til den enkelte. Det er viktig å kunne gi skryt og ros når personen har gjennomført aktiviteten, dette kan igjen bidra til økt mestringfølelse. Positiv forsterkning kan også brukes som et nyttig verktøy og kan være med på å gi økt motivasjon til personen med psykisk utviklingshemming.

Det kan også være en god ide med oppvarming før man starter med aktiviteten. Dette kan være med på at den enkelte føler seg mer forberedt og opplever aktiviteten som mer lystbetont. I følge Torstveit et. al (2018) kan man styrke mestringstro følelsesmessig ved å benytte positive bilder og avspenning. Det kan også være ideelt å skape trivsel og et positivt klima i forkant av treningsøkten. Dette kan igjen være med på å bidra til mer mestringsfølelse under utførelse av aktiviteten. En blid leder som inviterer til interaksjon i f.eks en treningsgruppe kan være med å bidra til dette (Torstveit et. al 2018).

Torstveit et. al (2018) skriver også at det finnes bestemte atferds teknikker som er spesielt nyttige for å øke en persons selvregulering når det kommer til fysisk aktivitet, det vil si selvmonitorering, planlegging, målsetting og bruk av sosial støtte. Selvmonitirering av fysisk aktivitet innebærer at man registrerer selve atferden, som f.eks. det å ta en løpetur, og hvilke signaler og konsekvenser som påvirker atferden. Signaler for en løpetur kan f.eks. være at treningsskoene står framme i gangen. Konsekvenser kan f.eks. være at man føler seg vel i kroppen, og at man føler seg fornøyd etter løpeturen. I følge Torstveit et. al (2018) kan altså selvmonitorering avdekke ulike atferdsmønstre og har vist seg å være en viktig atferdsteknikk for å øke fysisk aktivitet.

Eksempel på selvmonitorering av en bestemt fysisk aktivitet – gåturer i lunsjpausen (Torstveit et.al 2018).

Dato og tid	Signaler	Atferd	Konsekvenser
	Ytre/indre	Ytre/indre	Ytre/indre
Mandag kl. 12	Så planen for gåturer på oppslagstavlen. Har laget en plan-nå skal jeg følge den.	Gikk tur i lunsjen. Føles avstressende. Dette skal bli en vane.	Positiv kommentar av kollega om gåturen min. Føler meg opplagt om ettermiddagen.
Tirsdag kl.12	Arbeidsmøte i lunsjen. Typisk. Det ble ikke noen gåtur.	Satt i møte i steden for å gå tur. Vondt i ryggen av å sitte for mye stille.	Godt møte der vi fikk gjort mye. Savnet gåturen, men tar den igjen i kveld i stedet.

For personer med psykisk utviklingshemming er kanskje selvmonitorering ikke like lett å få til alene. Det blir derfor viktig at man som vernepleier stiller opp og utarbeider en plan sammen med brukeren. Her kan vernepleieren og brukeren samarbeide om å finne en løsning som er tilpasset den enkeltes behov. Det blir derfor viktig å tenke på vedkommenes funksjonsdyktighet og hva som vil være gjennomførbart. Symboler og bilder kan være med på å gjøre tabellen enklere å forstå for den enkelte, og kan være nyttig for å gi en bedre illustrasjon. Som vernepleier kan man også bruke en aktivitetstavle for å illustrere aktiviteter som skal gjennomføres. I følge Eknes og Løkke (2009) er hensikten med slike aktivitetstavler at de skal brukes som kommunikasjons hjelpemidler, der man enten snakker om et tema eller bedriver en bestemt aktivitet. De er enkle og lage og bruke, og kan samtidig fremme opplevelse av deltakelse og påvirkningskraft, noe som igjen kan føre til økt fysisk aktivitet. Brukermedvirkning skal ha en sentral rolle ved utarbeiding av en slik plan. Her må man ta hensyn til brukeren og hans egne ønsker og behov, samtidig som at aktivitetene skal være gjennomførbare med tanke på brukerens forutsetninger.

Ved utarbeidelse av slik plan vil tilrettelegging og god motivasjon være avgjørende for et godt resultat. I følge Rise og Viken (2009) er motivasjonen en forutsetning for bevegelse og fysisk aktivitet. De forklarer også at motivasjonen vil innbefatte både brukerens egen motivasjon, hjelperens motivasjon og vedkommenes oppfatning av den utviklingshemmedes motivasjon. Her kommer vi inn på den indre og ytre motivasjonen. Motivasjonen kan defineres som drivkraften som får oss til å utføre bestemte handlinger og aktiviteter. Indre og ytre motivasjon i forhold til fysisk aktivitet kan ha en positiv virkning på livskvaliteten og opplevelse av mestring. Er ikke personen motivert i utgangspunktet, er det vanskelig å få til noe resultat (Mikaelsen 2016).

Begge disse formene vil være viktige motivasjonsfaktorer ved endring av atferd. Dette kan igjen være med på å endre personens livsstil fra å være inaktiv til å bli aktiv. Motivasjonen kan gjennom en lengre periode endres fra ytre til indre motivasjon ved at vedkommende finner glede og motivasjon i selve aktiviteten (Mikaelsen 2016). Det blir derfor viktig at vernepleieren gjør en innsats for at den aktuelle aktiviteten oppleves positivt for vedkommende, noe som sansynlighvis fører til gjentagelse av aktiviteten som i sin tur fører til økt fysisk aktivitet. Den ytre motivasjonen vil da kanskje kunne endres til indre motivasjon ved at personen opplever aktiviteten som motiverende og positiv. Dette underbygges av Rise og Viken (2009) som forklarer at viktige motivasjonsfaktorer vil

være at aktivitetene er lysbetonte, gir opplevelser og er meningsfulle. Aktivitetene skal også gi allsidig bevegelseserfaring, samtidig som de gir mestringfølelse (Rise og Viken 2009).

I studien til Shields et.al (2010) testet de hvordan tilrettelegging og barrierer kunne påvirke mennesker med downs syndrom sin opplevelse av fysisk aktivitet. Under arbeidet kom de fram til at det var tre hovedfaktorer som var viktig når de skulle opprettholde det fysiske aktivitetsnivået:

- Det ene var at de opplevde å ha støtte fra andre.
- Det andre var at de opplevde at den fysiske aktiviteten som morsom og interessant
- Det tredje innebar rutiner og familie

Det å ha støtte fra andre viste seg å ha en stor innvirkning på hvor vidt personene med downs syndrom ville delta på aktiviteten eller ikke. Hadde de noen på sidelinjen som kunne være med å støtte opp og motivere, var sannsynligheten for en vellykket treningsøkt betraktelig større. Hvordan hjelper eller støttepersoner tok initiativ til å drive med fysisk aktivitet, og hvilken Kreativitet, entusiasme, interesse og motivasjon hjelperen hadde økte motivasjonen til vedkommende til å gjennomføre aktiviteten. Det var også viktig at aktiviteten skulle oppleves som morsom og interessant, og her sto det å kunne gjøre noe felles sentralt. De var opptatt av å kunne gjennomføre treningsøkten sammen med venner. I følge Ekenes (2000) vil det være viktig å oppleve en fellesskapsfølelse og det å kunne føle tilhørighet i en gruppe som blandt annet kan innbære venner, naboer, arbeidskollegaer eller interessegrupper. Sannsynligvis kan dette være med på å styrke motivasjonen til vedkommende. Å bruke sosial støtte kan være en måte å dyrke relasjoner og omgås andre på. Det kan også være slik at å trene sammen med andre gjør at man rett og slett har det morsomere og at man tenker mindre på at man er sliten, eller på at treningen er ensformig (Torstveit et.al 2018). Kanskje kan det være viktig å tenke på dette, for eksempel ved valg av aktiviteter når en som vernepleier skal tilrettelegge for fysisk aktivitet. Musikk var også et element som kunne bidra til økt glede under treningsøkten, og var samtidig med på å øke det fysiske aktivitetsnivået til personen. Fokus på å få vedkommende til å le virket å ha en positiv virkning under hele aktiviteten.

Studien til Shields et.al (2010) viste også at mye av ansvaret lå på de pårørende til personene med downs syndrom. Hvorvidt de kunne stille opp og være med på aktiviteten kunne være avgjørende for at personene med downs syndrom skulle delta under ulike

fysiske aktiviteter. Det viste seg også at foreldrene hadde mer tid til rådighet enn hva personalet hadde, som førte til at personene med downs syndrom hadde større sansynlighet til å gjennomføre en god treningsøkt. Faste tidspunkter og rutiner for når og hvor aktiviteten skulle finne sted hadde også betydning for aktivitetsnivået (Shields et.al. 2010). Ut i fra undersøkelsen ser det ut til at tilrettelegging og motivasjon må ha en sentral rolle under ulike aktiviteter for at personene med downs syndrom skal være mer fysisk aktive. Man kan også se at rutiner og faste tidspunkt kan være med å påvirke aktiviteten som skal gjennomføres. For vernepleieren og personalet hadde det kanskje vært en ide med klare retningslinjer og rutiner for gjennomføring av aktivitet. Dette vil sikre lik praksis og kan føre til mindre misforståelser. Det kan også tenkes at dette vil gjøre det enklere for den psykisk utviklingshemmede ved at det blir lettere å følge opp. Er ikke dette til stede kan det tenkes at vedkommende blir forvirret og vil aldri lære av det alle gjør ulikt.

4.2 Betydningen av fysisk av aktivitet for opplevelse av mestring og livskvalitet

I min delproblemstilling ønsker jeg å se nærmere på hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å oppnå økt livskvalitet og mestring for personer med psykisk utviklingshemming.

I følge Bunkholdt (2010) vil mennesker ha behov for å oppleve mestring gjennom hele livet, og er noe som starter allerede fra fødselen av. Det finnes flere kontrollerte studier som har vist at fysisk trening gir en bedre selvfølelse hos personer som har psykiske plager. Det å være fysisk aktiv kan også gjøre personen mer selvsikker og gi en god mestringsfølelse, både når det kommer til å mestre de fysiske øvelsene og andre oppgaver i hverdagen (Ekenes 2011).

Mikalsen (2016) sier at det å være fysisk aktiv kan ha en positiv respons når det kommer til mestring, samt det å føle en tilhørighet i et fellesskap. Mennesker med utviklingshemming har ofte et lite eller manglende sosialt nettverk, og fysisk aktivitet kan dermed bidra til en større sosial arena. Dette kan for eksempel være på et treningsstudio, der flere personer samles og utfører en felles aktivitet. Ved at den enkelte klarer å utføre en bestemt aktivitet i fellesskap med andre, kan kanskje dette være med på å styrke mestringsfølelsen ved at han opplever å få til det andre klarer, som igjen kan bidra til økt

selvtillit. Dette underbygges av Torstveit et. al (2018) som viser til en undersøkelse fra 2010, som tok for seg hvilke metoder som var mest effektive for å øke opplevelsen av mestring når det kommer til fysisk aktivitet. Resultatet viste blant annet at det var effektivt å sammenligne seg selv med andre personer som var lik en selv, og se at de sammen lyktes med en bestemt treningsøvelse. I tillegg var det viktig med god respons og tilbakemeldinger. Opplevelsen av mestring økte ved å sammenligne eget nåværende fysiske aktivitetsnivå med tidligere nivåer. Dette var forutsatt at de hadde endret seg i ønsket retning.

Kirkevold et. al (2013) viser til at personer som driver med fysisk aktivitet er mindre deprimerte, opplever bedre mestring og har mer kontroll enn personer som er inaktive. Snoek og Engedal (2008) forteller at trening og fysisk aktivitet er en viktig del av miljøarbeidet. Videre skriver de at fysisk aktivitet er med på å bedre selvfølelsen, bidrar til økt velvære og kan gi en følelse av mestring og kontroll. Det blir derfor viktig at vernepleieren tilrettelegger og motiverer personer med psykisk utviklingshemming til å drive med fysisk aktivitet. Tilrettelegging av utstyr og aktivitet kan være til stor hjelp ved gjennomføring av ulike aktiviteter. I følge Slåtta (2009) kan tilrettelegging av oppgaver og produksjonsutstyr gjøre det mulig for personer med utviklingshemming og ta del i arbeidsoppgaver og aktiviteter. Videre forklarer han at aktivitetene må tilpasses den enkeltes kognitive, motoriske og motivasjonelle forutsetninger. Ved at vernepleieren gjør det mulig for den psykisk utviklingshemmede å gjennomføre treningsøkten, kan det tenkes at personen opplever mestring rundt treningen. Fysisk aktivitet vil da sansynligvis kunne bidra til å øke mestringstroen og bidra til en bedre livskvalitet for vedkommende. Dette underbygges av Torstveit et.al (2018) som sier at den viktigste kilden til mestringstro er erfaringer med å lykkes med en bestemt aktivitet eller et bestemt mål. Videre forklarer de at dette foregår i praksis ved at det settes oppnåelige mål med muligheter for ferdighetstrening og tilbakemeldinger. En slik strategi kan legge tilrette for fremgang og kan føre til at vedkommende styrker troen på egne evner (Torstveit et.al 2018).

Banduras filosofi om mestringstro eller mestringsforventning vil ha en aktiv rolle når det kommer til utførelse og gjennomføring av ulike fysiske aktiviteter. Bandura (1997) har beskrevet denne forventningen som avgjørende for hvordan mennesker tenker, opplever og handler i enkelte situasjoner. Økt aktivitet og påfølgende økte ferdigheter vil i følge Bandura utløse og forsterke den enkeltes forventning om å mestre. Mestringsforventning

er godt dokumentert og har vist seg å ha stor betydning for menneskers helseatferd. Tar man utgangspunkt i vernepleieren vil det være viktig å kunne lytte til brukeren og hva han sier om seg selv, for å danne seg et bilde om han har en positiv eller negativ mestringsforventning. Det blir også viktig å kunne være bevisst på at alle mennesker vil ha ulike mestringsforventninger, og det å kunne støtte opp underveis for at personen skal lykkes. Dette kan f.eks. innebære å motivere til endring av livsstil for mennesker med psykisk utviklingshemming, som har en negativ mestringsforventning. Begrepet mestringsforventning blir sett på som et viktig og overordnet begrep og fenomen og benyttes i ulike modeller og teorier om atferdsendring (Bandura 1997; Kristoffersen et.al 2012).

I følge Mikaelsen (2016) er det flere studier som har belyst at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på humøret, uansett alder, kjønn eller evne. Trening er helsefremmende for alle mennesker. I kroppen produseres det endorfiner og serotonin som kalles for kroppens lykkehormon. Stimulerer man disse hormonene gjennom trening og mosjon kan det føre til en indre glede og at man blir lettere til sinns. Dette underbygges av Sand et.al (2012) som forklarer at endorfiner og enkefalin er neuropeptider i synapser som nedsetter smertefølelsen og som øker følelsen av velvære. Det er flere plasser dokumentert at man opplever store helsegevinster ved å øke sitt eget aktivitetsnivå (Mikaelsen 2016).

I følge Wahl og Hanestad (2007) er livskvalitet et begrep som belyser personers subjektive vurdering av en situasjon. Mange mennesker med utviklingshemming sliter med overvekt i tillegg til andre funksjonsnedsettelse. Trening kan derfor ha en stor innvirkning for å forebygge funksjonsnedsettelsen, øke personens livskvalitet og motivasjon til et bedre dagligliv. Vernepleierens oppgave blir å sørge for at personen opplever glede og mestring i den aktuelle aktiviteten. Målet må være at aktiviteten skal ha en positiv innvirkning på vedkommende og at han kanskje opplever glede og stolthet etter gjennomført aktivitet, noe som igjen kan påvirke personens livskvalitet og mestringstro. Denne opplevelsen vil sannsynligvis føre til at vedkommende ønsker å fortsette med dette framover. Når det er sagt er ikke dette noe vernepleieren eller enkelt personer skal gjøre alene. For å få til et vellykket resultat kreves det ifølge Slåtta (2009) et målrettet og tverrprofesjonelt samarbeid mellom mennesker som har ansvar på ulike livsarenaer. Dette kan blant annet innebære at flere instanser må samarbeide for å utforske muligheter, noe som kan medføre et omfattende arbeid med kartlegging, tilrettelegging og tilpasning hos den enkelte.

Kunnskap om vedkommendes kognitive, motoriske, sensoriske og motivasjonelle ressurser må være vurdert før aktiviteten utføres. Ikke minst så må man ha kunnskap om personens egen oppfatning av sin situasjon og sine muligheter (Slåtta 2009).

Fysisk aktivitet er også med på å gi både økt fysisk og psykisk velvære. Det at sterkere fysisk form bringer med seg økt selvfølelse, mestring og ny selvtillit vil være en stor gevinst for den enkelte. For at dette skal kunne vedvare er det viktig at personen opprettholder mosjonen jevnlig og gjør den til en del av sin egen livsstil (Mikaelsen 2016). I følge Ekenes og Løkke (2009) er livskvaliteten til psykisk utviklingshemmede ofte prisgitt i hvor stor grad tjenesteytere eller personalet kan tilrettelegge for forutsigbarhet, rutiner og mulighet for påvirkning. Brukerne kan oppleve sin hverdag som uforutsigbar og kaotisk, der årsaken gjerne kan være lite eller for dårlig struktur og oversikt i de tjenestene som ytes til den enkelte. I følge Gundhus og Laursen (2009) er avtalestyring noe som blir benyttet mer og mer innenfor tjenester hos utviklingshemmede. Ved avtalestyring tilrettelegges et struktureringstiltak, der tjenestemottaker har muligheten til å styre sin egen hverdag gjennom avtaleinngåelser med tjenesteyter. Målsettingen vil være å gjøre tjenestemottakeren delaktig i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av de daglige gjøremålene. Metoden har blitt svært populær både blant tjenesteytere og tjenestemottaker. I følge Gundhus og Laursen (2009) skyldes populariteten først og fremst at denne metoden skiller seg fra andre dagsplansystemer ved at den ivaretar både fleksibilitet, motivasjon og brukermedvirkning hos den enkelte. Måten avtalestyring skiller seg ut på er at den er mye mer variert enn tradisjonelle dagsplansystemer, som gjerne ser lik ut fra dag til dag og fra uke til uke. Avtalestyring er et dynamisk styringsverktøy med mye variasjon i innholdet. Her handler det ikke bare om kjedelige plikt oppgaver og husarbeid, også hyggelige sosiale aktiviteter har sin plass i et slikt system. For vernepleieren vil det være viktig å ta hensyn til kartlagte oppgaver og aktiviteter som tjenestemottaker behersker og mestrer. For å kunne motivere til ytterligere suksess er det viktig at tjenesteyter bidrar til å krydre tjenestemottakers hverdag (Gundhus og Laursen 2009). Ved at vernepleieren tilrettelegger å motiverer på denne måten i et slikt system, kan det tenkes at mennesker med psykisk utviklingshemming kan oppleve økt livskvalitet og mestring, samtidig som de opprettholder økt fysisk aktivitet.

Kirkevold et. al (2013) skriver at det er undersøkelser som viser til at eldre grunnet fysisk aktivitet er mer tilfredse og har en positiv livskvalitet på tross av helsereduksjoner, tap og

lavere status enn tidligere. Videre sier hun at det er viktig med aktivitet i form av lek og at det vil være sentralt gjennom hele livet. Dette kan defineres som en indre motivert aktivitet som oppleves behagelig. Leken vil ha flere viktige funksjoner og er viktig gjennom hele livsforløpet, den skaper livsglede og velvære i øyeblikket samtidig som den er helsefremmende. Leken er meningsfull i seg selv og gir livskvalitet i øyeblikket og for framtiden (Kristoffersen et. al 2012). Fysisk aktivitet har lenge vært en kjent faktor som vi vet kan være med på å påvirke helsen vår. Dette underbygges av Rise og Viken (2009) som sier at fysisk aktivitet har en positiv virkning på menneskers helse og humør. Kirkevold et.al understreker at fysisk aktivitet også kan virke sykdomsforebyggende. I følge Askheim (2012) er helse en faktor som flertallet mener kan være med på å påvirke personers livskvalitet. Ut ifra dette kan man se at både fysisk aktivitet, helse og livskvalitet henger sammen. Er man lite fysisk aktiv kan dette bidra til å forverre egen helse, noe som igjen påvirker menneskers opplevelse av livskvalitet.

I følge Kirkevold et. al (2013) er det velkjent at fysisk aktivitet er gunstig for å motvirke depresjon og bedre kognitive funksjoner. Videre skriver de at fysisk aktivitet har stor helsefremmende betydning og at det bidrar til å forebygge sykdom og plager, samtidig som det gir en opplevelse av trivsel og glede. Det å motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet vil derfor være et godt verktøy og et viktig forebyggende arbeid blant eldre. I følge Kirkevold et. al (2013) mener at et annet veldokumentert problem er mangelen på fysisk aktivitet og manglende mulighet for å komme seg bort fra institusjon eller bolig. Dette er viktig både for å få frisk luft, oppleve sol og vind og ikke minst møte andre mennesker enn bare sine medboere. Det å endre kostholdet og drive med fysisk aktivitet er også de viktigste tiltakene når det kommer til overvekt og fedme. Det vil derfor være svært viktig at personen det gjelder mottar støtte for å opprettholde motivasjonen til å gjennomføre nødvendige endringer i kostholdet. Det er også viktig å tenke på at muligheten for å kunne drive med fysisk aktivitet ikke er lik for alle. Sykdom og funksjonssvikt kan være årsaker som vil begrense den fysiske aktiviteten hos enkelte (Kirkevold et. al 2013). Det blir derfor svært viktig i slike situasjoner og kunne ta i bruk personens sterke sider og fokusere på det som han er flink til for å gjennomføre enkelte aktiviteter. Ved at personen klarer å gjennomføre aktiviteten kan det kanskje tenkes at personen opplever mestring, noe som igjen kan påvirke livskvaliteten på sikt.

Kirkevold et. al (2013) viser til at statens råd for ernæring og fysisk aktivitet har anbefalt at en halv time trening per dag er tilstrekkelig for å oppnå helsegevinst. Dette gjelder både for friske personer og personer som har en eller annen form for bevegelsesvansker. Uansett funksjonsnivå og funksjonsproblemer er det å være i bevegelse et tiltak som kan øke funksjonsnivået til den enkelte. De med dårlig funksjon eller personer som er inaktive kan oppnå mye med relativt enkle tiltak.

Som nevnt tidligere kan fysisk aktivitet virke sykdomsforebyggende og skal kunne gi overskudd til å utføre daglige oppgaver. Videre kan også regelmessig fysisk aktivitet virke reduserende på aldersrelaterte tap i funksjonsevne og videre sykdomsutvikling hos personer som allerede har etablerte sykdommer eller nedsatt funksjonsevne. Fysisk aktivitet er også et av de tiltakene som har vist seg å beskytte mot utviklingen av demens. (Kirkevold et. al 2013). Ut i fra dette kan man se at fysisk aktivitet kan ha en stor innvirkning på helsen vår, noe som igjen kan være avgjørende for menneskers opplevelse av livskvalitet. Ved at den fysiske aktiviteten kan føre til overskudd i hverdagen kan det også tenkes at det vil være lettere å mestre andre oppgaver, noe som igjen kan være med på å øke livskvaliteten mer.

4.3 Refleksjon:

I min problemstilling ønsker jeg å finne ut av hvordan vernepleieren kan tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming.

Min delproblemstilling handler om hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å oppnå økt livskvalitet og mestring til disse personene. For å besvare min delproblemstilling har jeg også valgt å ha med vernepleierens ståsted, blant annet i forhold til tilrettelegging og kunnskapsgrunnlag. Dette har jeg gjort for å forsøke å få mer helhet og sammenheng i oppgaven. Ved å hele tiden ha fokus på Vernepleieren kan kanskje dette bidra til økt bevissthet rundt hvordan en kan være en bidragsyter for at den psykisk utviklingshemmede skal kunne oppnå mestring og livskvalitet av det å være fysisk aktiv. Dette i sin tur kan muligens gjøre det mer praksisnært, og overførbart i yrkessammenheng.

Jeg har med to ulike studier i oppgaven. Kanskje ville jeg ha fått en mer utfyllende besvarelse om jeg hadde funnet flere forskningsartikler. Dette anser jeg som en mulig svakhet ved oppgaven. Jeg føler likevel at de studiene jeg har benyttet gir nyttig og relevant informasjon for å kunne besvare min problemstilling. Samtidig har jeg benyttet

annen aktuell og allsidig litteratur, som jeg anser som en styrke ved oppgaven. Kanskje ville jeg ha funnet flere forskningsartikler om jeg hadde benyttet andre søkeord, eller søkt i andre databaser.

Jeg anser det som en styrke at jeg har valgt et dagsaktuelt tema, som med stor sannsynlighet kan ha betydning for praksisfeltet. Jeg har under arbeidet med denne oppgaven fått et godt innblikk i hvordan Vernepleieren kan tilrettelegge for økt fysisk aktivitet til personer med psykisk utviklingshemming. Jeg har sett betydningen av hvor viktig vernepleierens rolle kan være for personer med psykisk utviklingshemming og hva man kan få til hvis innsatsen er god nok.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven ser jeg viktigheten av at det settes av tid og midler for å drive med fysisk aktivitet blandt mennesker med psykisk utviklingshemming. Gevinsten av å være fysisk aktiv er så stor at den fortjener en sentral plass i habilitering og rehabiliteringstjenesten. Fysisk aktivitet kan være med på å bedre personens opplevelse av livskvalitet og mestring, samtidig som den bidrar til god helse. Dette viser igjen viktigheten av å rette fokus mot dette feltet.

Kunnskapen som jeg har tilegnet meg i løpet av denne prosessen har bidrat til at jeg har fått en bedre forståelse av hvilken innvirkning fysisk aktivitet har hos personer med psykisk utviklingshemming, og hvordan jeg som vernepleier kan være med på å tilrettelegge å utgjøre en forskjell. Dette er noe jeg kommer til å ta med meg videre inn i min egen arbeidshverdag.

5.0 Avslutning

Kort oppsummert kan man se at det faktisk er mulig å bidra til å oppnå økt livskvalitet og mestring gjennom fysisk aktivitet for personer med psykisk utviklingshemming, og at det finnes ulike metoder for at vernepleieren kan tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet. Personalet kan ha en stor innvirkning på hvordan mennesker med psykisk utviklingshemming gis muligheten til å oppleve mestring, livskvalitet og det å være fysisk aktiv. Kunnskap, holdninger og erfaring blant personalet og hvordan de formidler dette videre kan være avgjørende for at mennesker med psykisk utviklingshemming skal kunne lykkes med den aktuelle aktiviteten. Det viser seg også at det kreves et samspill både mellom psykisk utviklingshemmende, vernepleierer og ulike innsatser for å kunne komme fram til den beste løsningen. Godt tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon kan være avgjørende for at vedkommende skal oppnå gode resultater under ulike aktiviteter.

Det var også veldig interessant å se hvordan relasjon, vennskap og trygghet hadde innvirkning på personer med psykisk utviklingshemming. Det kommer tydelig fram at disse faktorene spiller en viktig rolle i utøving av fysisk aktivitet. Det å ha en god relasjon til den som man skal tilrettelegge for å motivere, kan i flere tilfeller være avgjørende for at vedkommende skal drive med fysisk aktivitet.

Valg av aktivitet med tanke på den psykisk utviklingshemmedes funksjonsnivå er også en faktor som spiller en sentral rolle ved gjennomføring av aktiviteten. Det er viktig å kunne kartlegge hvilke aktiviteter som vil være gjennomførbare for vedkommende. Ved at den psykisk utviklingshemmede klarer å gjennomføre aktiviteten på en god måte er det større sansynlighet for at han ville gjenta dette, noe som igjen kan være med å styrke mestringsfølelsen.

Det kom også fram at det var en klar sammenheng mellom fysisk aktivitet, helse og livskvalitet. Ved å være fysisk aktiv bidrar dette til å fremme helse, noe som igjen kan være med på å styrke livskvaliteten.

Når det kommer til tilrettelegging og det å kunne motivere finnes det også flere prosedyrer for hvordan man kan bidra til økt fysisk aktivitet for den enkelte. Avtalestyring og

aktivitetstavle kan være mulige metoder som kan bidra til å øke den fysiske aktiviteten hos psykisk utviklingshemmede og være med på å motivere.

Litteraturliste:

Askheim, Ole Petter. 2012. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. 1. utg. 8. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, Elisabeth, Rugkåsa, Marianne. 2017. *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. utg. 7. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bunkholdt, Vigdis. 2010. *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Eide, Hilde, Eide Tom. 2013. *kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konflikt, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes, Jarle. 2001. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ekenes, Jarle og Løkke, Jon. 2009. *Utviklingshemming og habilitering, innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling. 2015. *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. 2. Opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. 2018. «Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet» <https://www.fhi.no/publ/2018/ny-sidekunnskapsgrunnlag-for-ny-handlingsplan-for-fysisk-aktivitet/>

Gundhus, Terje, Laursen, Jan. 2009. *I utvikling og habilitering*. Red. Løkke, Jon. A og Jarle Ekenes. Oslo: Universitetsforlaget.

Hegdal, Unni. 2005. *Betydning av arbeid og arbeidsmiljø- en studie av arbeidssenter for mennesker med funksjonshemming*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Hegdal, Unni, Thorsen Kirsten. 2007. *Om betydningen av arbeid, dagsenter – og aktivitetstilbud for mennesker med utviklingshemming.*

http://samordningsraadet.no/sitefiles/4055/Arkiv_Rapport/Artikler/2007/Hegdal_og_Thorsen_Betydningen_av_arbeid_1_07.pdf

Heller, Tamar, Hsieh, Kelly, Rimmer, James. 2002. *Barriers and supports for exercise participation among adults with Down syndrome. Journal of gerontological social work.*

Horne, Hans, Øyen, Bjarne. 2005. *Målrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse.* 2 utg. Lillestrøm: G.R.D. Forlag.

J. Mahy, N. Shields, N. F. Taylor & K. J. Dodd. 2010. *Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with downs syndrome.* Journal of intellectual disability research.

Kirkevold, Marit, Brodtkorb, Kari, Ranhoff, Hylene, Anette. *Geriatrisk Sykepleie-god omsorg til den gamle pasienten.* 1. utgave. 5 opplag 2013. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne. 2012. *Grunnleggende sykepleie bind 2. Grunnleggende behov.* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne. 2012. *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer.* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Linde, Sølvi, Inger Nordlund 2006. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid.* Oslo: Universitetsforlaget.

Mikaelsen. 2016. *Kronikk: også mennesker med utviklingshemming blir lykkelig av å bevege seg.*

<https://forskning.no/trening-kronikk-menneskekroppen/kronikk-ogsaa-mennesker-med-utviklingshemming-blir-lykkelige-av-a-bevege-seg/1167141>

Mæhle, Ivar, Ekenes, Jarle, Houge, Gunnar. 2018. *Utviklingshemming – årsaker og konsekvenser*. Oslo: Universitetsforlaget.

NHI. 2018. Fragilt X- syndrom. <https://nhi.no/sykdommer/barn/arvelige-og-medfodtetilstander/fragilt-x-syndrom/>

NAKU. 2019. «Aktivitetssområdet: fysisk aktivitet»
<https://naku.no/kunnskapsbanken/aktivitetssomrader-fysisk-aktivitet>

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! - En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribe.

Pedersen, Reidar og Per Nordtvedt. 2018. *Etikk i Psykiske Helsetjenester*. 1. utg. Gyldendal Norsk forlag.

Regjeringen. Handlingsplan for fysisk aktivitet. Sammen for fysisk aktivitet. 2005-2009.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf

Rise, Kirsten og Åsta Viken. 2009. I *Utviklingshemming og habilitering*. Red. Løkke Jon. A og Jarle Ekenes. Oslo: Universitetsforlaget.

Sand, Olav, Sjaastad, V, Øystein, Haug, Egil, Bjålie, G, Jan. 2012. *Menneskekroppen- Fysiologi og anatomi*. 2.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slåtta, Knut. 2009. I *utvikling og habilitering*. Red. Løkke, Jon. A og Jarle Ekenes. Oslo: Universitetsforlaget.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri - Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag.

Torstveit, Monica, Seiler, Hilde, Berntsen, Sveinung, Anderssen, Sigmund. 2018. *Fysisk aktivitet og helse – fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Oslo: CAPPELEN DAMM.

Tveiten, Sidsel. 2009. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen : Fagbokforlaget.

Tøssebro, Jan. 2015. *Hva er funksjonshemming*. 3.oppl. Oslo: Univeristetforlaget.

Wahl, Astrid og Hanestad, Berit. 2007. *Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

World health organization. *WHOQOL: Measuring Quality of Life - Introducing the WHOQOL instruments*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>