



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Fysisk aktivitet som relasjonsbygger til mennesker med depresjonsproblematikk.

Physical activity builds relationships to people with depression issues

Helge Ødegård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 31.05.2012



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 Ephorus, 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"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 180

Veileder: Hans Petter Iversen

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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 31.05.2012

Antall ord: 7608

FORORD

Bakgrunn for denne oppgaven er de erfaringer og opplevelser jeg sitter igjen med etter bruk av fysisk aktivitet i samhandling med ungdommer med psykiske lidelser i årene mellom 1991-95. Fysisk aktivitet ble i nevnte tidsrom sett på som et element i behandlingen. Jeg ble inspirert av denne metoden som et ledd i behandlingen, og da særlig av den effekten det fikk i forhold til nærming av pasienten. Pasienten fikk en høyere toleranseterskel overfor de av personalet som deltok i den fysiske aktiviteten. I tillegg har vi hatt en utvikling innen psykiatrien som bygger på en medisinskfaglig forståelse, hvor mye av behandlingen har vært lagt til medisiner, og kanskje har man valgt bort delen med fysisk aktivitet. Hensikten med oppgaven er å forsøke å synliggjøre den relasjonsbygging hvor fysisk aktivitet ble brukt i nærming med den hensikt å oppnå samhandling og tillit.

Å gå er opplevelsen hvor vi forstår kroppen vår i forhold til resten av verden. Kroppen er vår opplevelse av det som alltid er der, og kroppen i bevegelse opplever enheten i alle dens deler som det kontinuerlige "her" som beveger seg mot de forskjellige "der".

Edmund Husserl

Innhold

FORORD	4
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen	2
1.3 Oppgavens formål og hvorfor er temaet relevant (for faget/for yrkesgruppa).....	3
1.4 Oppgavens oppbygging	4
3. 0 METODE	6
3.1 Valg av metode.....	6
3.2 Egen forforståelse	7
3.3 Validitet og reliabilitet	7
4. 0 Teori	9
4.1 Depresjon	9
4.2 Fysisk aktivitet.....	10
4.3 Relasjon.....	11
5.0 Drøftning	14
5.1 Relasjonens betydning	14
5.2 Er tillit viktig?.....	16
4.3 Fysisk aktivitet.....	17
4.4 Kroppens eksistens	19
4.5 Endring av livsstil	20
5.0 Avslutning	23
6.0 Litteraturliste	25

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Mitt tema i denne oppgaven vil være psykiske lidelser og fysisk aktivitet, og hvordan dette kan være relasjonsskapende. Etter å ha jobbet innen psykiatrien i godt over 20 år, har jeg fått se mange ulike sider av faget, og jeg har møtte svært mange mennesker, med ulike behov og lidelser. En fellesnevner som jeg mener har utmerket seg uansett avdelinger og mennesker jeg har jobbet med, har fysisk aktivitet vært noe som har syntes å ha en god effekt på relasjonen til andre mennesker, og fysisk og psykisk helse. Dette var bakgrunnen for valg av tema, som er fysisk aktivitet med psykisk syke mennesker.

Valg av problemstilling har ikke vært enkelt ettersom det er mange spennende felt inne psykiatrien, men siden jeg selv alltid har vært aktiv, spesielt med fjellklatring og annen uteaktivitet i skog og mark, ble det naturlig å velge å fordype seg i noe med fysisk aktivitet, og en eventuell virkning av denne, sammen med annen behandling for mennesker med psykisk lidelse.

Gjennom mine praksisperioder i vernepleier utdanningen har fysisk aktivitet vært et fokus område for meg. Dette gjelder både hos barn, ungdommer, voksne og hos eldre mennesker. Det essensielle ved dette har vært en individuell tilpasset aktivitet. Målet med aktiviteten har slik jeg har oppfattet det vært å fremme fysisk velvære, samhandling, aktivisere og gi en opplevd mestrings opplevelse. Jeg har erfart at fysisk aktivitet og samhandling er en god måte for å tilnærme seg den ”andre” på.

Det foreligger mye forskning og litteratur som underbygger fysisk aktivitet som god behandling innen behandling av pasienter med psykiske lidelser. Både i skole og yrkessammenheng blir mennesker brakt sammen på for eksempel, fjellturer, bowling og annen fysisk aktivitet som en metode for å bli kjent med hverandre, prosessen med kontaktetablering og relasjonsbyggingen er dermed etablert. Mange pasienter klager over at de har lite å fylle dagene med og jeg vil med denne oppgaven forsøke å synliggjøre hvor viktig det er å fylle dagen i institusjon med meningsfulle aktiviteter. Jeg ønsker å se på pasientgruppen med depresjon, fordi jeg har en opplevelse av at denne diagnosegruppen er

en relativ stor prosentdel av alle de som blir innlagt ved ett DPS og som jeg derav jobber med til daglig. Og det er derfor naturlig for meg å ta utgangspunkt i ett DPS i den kommende problemstillingen. På bakgrunn av dette bestemte jeg meg for følgende problemstilling:

Hvordan kan jeg som vernepleier være med å styrke relasjon til pasient med depresjon, innlagt ved et distrikts psykiatrisk senter (DPS), ved bruk av fysisk aktivitet?

1.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Medikamentell behandling vil i mange tilfeller gi vektøkning som bivirkning. Dette kan for mange oppleves som belastende og vanskelig. Siden dette er et komplekst fagfelt hvor jeg har begrensede kunnskaper, vil jeg i all hovedsaklighet forsøke å utelukke dette, for å avgrense oppgavens lengde. Målgruppen er innlagte pasienter ved DPS, med mild til moderat depresjon. Årsaken til dette er at man ofte ikke er innlagt ved DPS ved dyp depresjon, da dette ofte krever helt annen døgnbemanning og struktur, enn hva man har ved ett DPS. Økonomi vil jeg heller ikke ta med i oppgaven, da dette ikke er relevant i forhold til problemstillingen.

Jeg vektlegger i problemstillingen hvordan jeg kan styrke relasjonen til pasienten ved bruk av fysisk aktivitet, og vil derfor ikke komme innpå andre metoder som er med å styrke relasjonen til pasienten, som ulike terapiformer (som eksempel kognitiv terapi osv) og miljøterapi i avdelingen. Angst og selvmord velger jeg å utelate for å begrense oppgavens omfang.

Distrikts psykiatrisk senter (DPS) blir av statens helsetilsyn definert på følgende måte:

I henhold til Rundskriv I-24 (99);

Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006,

skal et distriktspsykiatrisk senter være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud

under en felles faglig ledelse.

Det skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene, og yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgnetenhetene bør kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering. Alle landet innbyggere skal omfattes av opptaksområdet til et DPS.

Ved en innleggelse i DPS som i snitt ligger på 3 uker foreligger det en søknad fra eksempelvis, BUP, fastlege, poliklinikk eller kommunen. De har ofte en direkte problemstilling i henvisningen, som de ber om at det blir sett på. Dette kan for eksempel være reduksjon av medisin, stabiliserings oppholde, observasjon, avrusning, et opphold i trygge rammer, sosialisering, behov for en strukturert hverdag, miljø forandring eller avlastning for familie og slekt.

1.3 Oppgavens formål og hvorfor er temaet relevant (for faget/for yrkesgruppa)

Fra min tidligere yrkeserfaring innen langtidsavdeling fra psykiatrien hvor jeg arbeidet med ungdommer med alvorlige psykiske lidelser, har jeg erfart at fysisk aktivitet som tilnæringsmetode for samhandling er en god arena å komme i dialog med pasienter på. Årsaken til at jeg så det på den måten var at avdelingens ideologi gikk fra å være at fysisk aktivitet ble sett på å være et ledd i behandlingen til å bli mer av frivillig valg. Ved fysisk aktivitet som behandlingsform var vi mer aktiv utadrettet. Dermed måtte ungdommene eksponere seg mer ut i sosiale arenaer, på denne måten oppnådde de en mestringfølelse med økt sosialisering. De ble opplevd som tryggere i sosiale settinger og vi fikk så mye mer å snakke om siden vi hadde en felles opplevd arena. Dette medført at ungdommene fikk en større toleranseterskel overfor de av personal som deltok i utadrettede aktiviteter.

Det er ikke til å komme bort i fra at enkelte i personalgruppen var gjengangere i det og ikke ville/kunne delta på den fysiske aktiviteten. Overfor de ble dynamikken i samhandlingen med ungdommene mer preget av grobunn til konflikt i diskusjoner da

toleranseterskelen var lavere. Jeg tror en av årsakene kan være at ungdommene følte seg underlegen i den verbale kommunikasjonen, det ble brukt mye terapeutisk fremmedord som ikke ble forstått. Dette så vi da mange ungdommer begynte å bruke disse fremmedordene selv, men i feil kontekst. Ved fysisk aktivitet hadde vi en verbal kommunikasjon som var klar og tydelig, misforståelser oppstod sjelden. Ved en ny ansettelse av psykolog på ungdomsposten deltok han på fredagstur som var obligatorisk for alle hver fredag. Psykologen inntok en observatør rolle men var tilgjengelig som person i den sosiale settingen. I denne samhandling oppfattet jeg det slik at både ved kroppsspråk og det som ble verbalisert opplevde de fleste det som meningsfulle aktiviteter. Dette temaet ser jeg som høyst relevant i forhold til min utdanning da endt utdanning ender opp i profesjonalisering – å bli vernepleier. Martinsen (2011) hevder at arbeidet med fysisk aktivitet på psykiatriske institusjoner, det være seg på spesialisthelsetjenestenivå eller på kommunalt nivå, handler mye om å hjelpe pasienter til en mer aktiv livsstil, hvor det å bevege seg er en naturlig del av hverdagen. Videre hevder han at målet ikke er å skape idrettsutøvere, men hjelpe pasienter til å kunne glede seg over sin egen kropp, og å oppdage at deres psykiske helsetilstand er påvirket av deres fysiske aktivitetsnivå. Ut i fra dette synes jeg klart det viser at vi som vernepleiere, uansett hvor man er ansatt, kan bidra på en konstruktiv og positiv måte

Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid. Fullført studium gir graden bachelor i vernepleie og grunnlag for å søke autorisasjon som vernepleier i henhold til lov om helsepersonell (Rammeplan for vernepleierutdanning 2005 Utdannings- og forskningsdepartementet).

1.4 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1 er innledningskapittel, hvor jeg presenterer og begrunner valg av tema og problemstilling. Jeg vil også nevne hvilke avgrensinger jeg har valgt å gjøre, samt formålet med oppgaven. Jeg vil definere sentrale begrep i min problemstilling, som relasjon, fysisk aktivitet og DPS (Distrikts psykiatrisk senter)

I kapittel 2 vil jeg omtale hvilken metode jeg har benyttet, og begrunner dette valget i forhold til validitet og gyldighet til den teorien jeg har valgt.

I kapittel 3 vil jeg prøve å vise til teori om fysisk aktivitet og relasjon, og prøve å drøfte ulike synspunkt, for å vise en rød tråd gjennom dette kapittelet om hvordan disse to faktorene kan henge tett sammen.

I kapittel 4 vil jeg avslutte oppgaven og foreta en oppsummering som vil ende i en konklusjon.

Kapittel 5 består av litteraturliste.

3.0 METODE

En metode er i følge Dalland (2000) en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden er redskapet vi bruker i møte med noe vi vil undersøke og den vil gjøre oss i stand til å samle informasjon vi trenger til undersøkelsen. Metoden kan si noe om hvordan vi ønsker å frembringe informasjon, eller etterprøve kunnskap. Bakgrunnen for å velge en bestemt metode framfor en annen, er at vi mener den valgte metoden vil gi oss gode data, samt at den vil fremstille problemstillingen på en faglig måte. man velger en metode på grunnlag av problemstillingen; *hvordan gå fram for å skaffe den informasjon som trengs for å svare på problemstillingen?*

3.1 Valg av metode

Jeg har valgt å benytte en litteraturstudie som metode for å belyse og drøfte problemstillingen i oppgaven. Bakgrunnen for dette er at det finnes mye og god litteratur om emnet, og både oppgavens størrelse og tidsperspektiv setter begrensninger i forhold til å benytte andre metoder. Som en del av forberedelsene til oppgaveskriving gjennom studiet har vi blitt presentert og opplært til å kunne bruke de ulike databasene man kan og bør benytte gjennom i litteratursøk.

- Jeg har benyttet meg av BIBSYS, og søkeord som er relatert til problemstillingen som *fysisk aktivitet, depresjon, relasjon og tillit*. Ved å for eksempel å google søkeordene *depresjon og tillit*, samtidig, fikk jeg opp flere gode relaterte artikler, som jeg leste meg opp på som;
- <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiviser-i-mote-med-helsepersonell---informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon/Publikasjoner/veiviser-i-mote-med-helsepersonell---informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon.pdf>
- http://www.kognitiv.no/filarkiv/File/Kollegastoete_ved_depresjon_PDF.pdf
- Samtidig har lest meg opp på andre bachelor oppgaver som har fysisk aktivitet som tema, som jeg også fant gjennom BIBSYS.
- Jeg har fått råd fra veileder som har gitt meg råd og hint om hvor jeg kan skaffe aktuelt litteratur.

Jeg vil deretter prøve å bruke denne relevante litteraturen for å belyse problemstillingen, og bruke min egen erfaring opp i mot denne, samtidig som jeg vil prøve å trekke inn det vernepleiefaglige perspektivet. Dalland (2007) kaller dette en sekundærkilde, som er en tekst som blir bearbeidet og prestert av andre enn den opprinnelige forfatteren

3.2 Egen forforståelse

Både personlig og fra min yrkeserfaring har jeg en opplevelse og tro på at samhandling, bygger relasjoner. Jeg har erfart at disse relasjoner er vanskelig å nå i en avdeling der hvor rollen er pleier og pasient. Inne i avdeling er det tydelig hvem som har makt. Personalet går med nøkler og låser opp og igjen, med dette signaliserer vi hvem som har makt Avtaler gjøres og en rigiditet gjenspeiler avdelingens rutiner, og autonomien kan oppleves som fraværende for pasient. På 90-tallet ble fysisk aktivitet sett på som et ledd i behandling innen ungdoms psykiatri. Dette gikk man bort i fra på 2000 tallet. Etter den tid fikk pasienter avgjøre selv i stor grad hva de ville delta på og ikke av fysisk aktivitet. Jeg ser en stor nytte i å bruke fysisk aktivitet for å tilnærme meg ”den andre” på men i en dialog hvor pasient føler medbestemmelse. Min forforståelse sier meg at det vi tror på, er vi gode på!

3.3 Validitet og reliabilitet

Med bakgrunn i den litteraturen jeg vil bruke om depresjon, relasjon og fysisk aktivitet, vil jeg i teori og drøftningsdelen prøve å belyse hvordan disse kan passe sammen. En mulig feilkilde kan være at man ubevisst plukker teorier, som kan sammenfalle med nettopp dette.

Jeg har brukt godkjent og anbefalt pensumlitteratur innen fysisk aktivitet og relasjonsteori, og slik jeg ser mitt teorivalg, så er det bygget på forskningsbasert litteratur.

De fleste tekster kan være preget av forforståelsen til den som skriver, og på samme måte vil denne oppgaven være preget av min egen forforståelse. Det vil si min forforståelse i forhold til å tolke teksten jeg benytter, og min evne til å formilde den videre, som i den hermeneutiske spiral. Så for å være kildekritisk, vil jeg være nødt til å være så objektiv som jeg overhodet kan, når jeg skal fremstille andres materiale. Likeledes at jeg refererer til kildene på en tydelig måte gjennom hele oppgaven, for å sikre reliabiliteten (påliteligheten) i det jeg presenterer.

Oppgavens validitet (gyldighet) er basert på at valgene jeg har tatt angående litteratur er godt egnet for å belyse problemstillingen, og at kvalitativ metode er riktig å bruke for skrive denne oppgaven.

4. 0 Teori

4.1 Depresjon

Hummelvoll (2004) skriver at ordet depresjon stammer fra latin og betyr nedtrykking. Verdens Helseorganisasjon har en mer utdypende versjon av depresjon (ICD – 10), for å muligens sikre at helsepersonell legger de samme kriteriene til grunn i psykiatriske diagnoser (Kruger et al, 2000). Depresjon er en av de mest utbredte psykiske lidelsene i verden, og WHO mener at depresjonssykdommer vil være den nest største årsaken til død og uførhet i 2020, nest etter hjerte- og karsykdommer (Weinberg og Gold, 2007). Depresjon vil også være den diagnosen som påfører samfunnet de største helsemessige kostnadene og den hyppigste årsaken til varig invalidisering i følge Kruger et al. (2000). Man omtaler det gjerne som man er trist og lei seg i dagligtalen, men dette er ikke synonymt med det diagnosen depresjon er i klinisk betydning. En klinisk depresjon er mer omfattende og inneholder foruten følelsesmessige, også fysiologiske og kognitive komponenter i følge Vindholmen (2007).

Depresjon gjør at den som er rammet ofte føler seg motløs og trist, med lite fremtidshåp. Vedvarende smerte gjør mange engstelige for at de er alvorlig syke. Den deprimert kan i perioder bli veldig irritabel og lite medgjørlig, og i tillegg føler mange at de har lite verdi og sliter med skyld, skam og engstelse i følge Berge og Repål (2005). Videre hevder Moe et.al. (1998) at lav selvaktelse, selvhåning og selvkritikk, selvføringelse, skyldfølelse og bekymring, samt det å utsette avgjørelser og å nekte seg gleder kan være veldig beskrivende for en som er deprimert. Selvmordstanker kan også forekomme, men det behøver ikke å være en del av depresjonen (Kruger et al, 2000). Depresjon medfører også større reduksjon i selvopplevd helse enn kroniske sykdommer som astma, angina,arterose og diabetes i følge Martinsen (2011).

Siden 1950-tallet har antidepressive medikamenter vært tilgjengelige, og virkningen av disse skal i følge Martinsen (2011) være god dokumentert. Fra 1990-tallet har det kommet en ny ”generasjon” medikamenter, som ikke nødvendigvis skal være mer effektive enn de gamle, men de har mindre bivirkninger og er ikke giftige i overdose. Martinsen (2011) viser til at det har vært gjennomført en rekke ulike forskningsforsøk for å kunne dokumentere effekten fysisk aktivitet har ved depresjon, og konkluderer

med at det er god klinisk effekt, og at dokumentasjonen som foreligger er god nok, men at det samtidig kan være ett godt supplement til den foreliggende litteraturen, vil være å gjennomføre kvalitative undersøkelser.

4.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er definert slik jeg tolker (Martinsen 2011) som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk. Jeg vil også definere fysisk trening som er en form for fysisk aktivitet som består av planlagte, strukturerte, stadige gjentatte kroppslige bevegelser som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse (Martinsen 2011). Videre hevder Martinsen (2011) at det mest riktige faglig sett, er å bruke fysisk aktivitet som ett paraplybegrep som dekker alle former for muskelarbeid og fysisk trening for systematiske treningsopplegg.

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring, og inaktiviteten øker i alle aldersgrupper i følge Martinsen (2011). Samfunnet vårt har de siste tiårene blitt tilrettelagt for inaktivitet, og man skal i dag være bevisst for å få fysisk aktivitet som del av hverdagen. En økning av den fysiske aktiviteten er ett av de tiltak som vil ha størst positiv effekt på folkehelsen. Regelmessig fysisk aktivitet representerer et stort forebyggings potensiale i forhold til de dominerende sykdomsgruppene. Å få økt bruk av fysisk aktivitet i forebyggende arbeid er derfor vesentlig, i følge Bahr (2009). Videre er det godt dokumentert at bruk av fysisk aktivitet er svært effektiv i behandling av en rekke sykdommer og tilstander. I en del tilfeller kan fysisk aktivitet erstatte legemidler og i andre redusere behovet for medisiner.

I engelskspråklig litteratur er det vanlig å skille mellom fysisk aktivitet (physical activity) og fysisk trening (exercise) Martinsen (2011). Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk, og dette måles vanligvis i antall kilokalorier som forbrukes per tidsenhet. Fysisk trening er en form for fysisk aktivitet som består av planlagte, strukturerte, stadig gjentatte kroppslige bevegelser, som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse. Fysisk trening deles inn i akutt, som er en treningsøkt, og kronisk, som er gjentatt trening over tid. Avhengig av intensitet, frekvens og varighet kan fysisk trening, føre til bedret fysisk form (Martinsen 2011).

Generelt sett bidrar fysisk aktivitet til å stimulere immunsystemet og dermed styrke infeksjonsforsvaret. Mye tyder på at en utrent person som begynner å trene regelmessig, får gradvis sterkere immunsystem og blir mindre mottakelig for infeksjoner (Bahr, 2009).

I følge Martinsen (2011) så styrker kondisjonstrening hjerte, kretsløp og lunger, og hensikten er å forbedre eller vedlikeholde kondisjon eller aerob kapasitet (som er hjerte-lungekapasitet som defineres som den maksimale evnen kroppen har til å ta opp oksygen). Ved maksimal belastningstest, enten på ergometersykel eller tredemølle, kan den måles direkte. Ved kondisjonstrening brukes store muskelgrupper i rytmisk aktivitet i moderat intensitet over tid. Vanlige aktiviteter her er jogging, skigåing, sykling, svømming og dans. Jo høyere intensitet, desto kortere behøver aktiviteten å vare for å gi treningseffekt. En halv times rask spasertur hver dag eller en halvtimes jogging tre ganger i uka, vil for de fleste være tilstrekkelig for å bevare og styrke helse (Martinsen, 2011).

Styrke og utholdenhet i muskulatur kan trenes opp ved vekttrening, mens andre øvelser fremmer fleksibilitet, koordinasjon og avspenning.

4.3 Relasjon

Tillit er bærebjelken i alle relasjoner, og den er i følge Spurkeland (2012) en følelse som utvikles gjennom interpersonlige erfaringer og bygges ved repeterte tillitvekkende handlinger. I tillegg er den av emosjonell art og kan ikke gis eksakte beskrivelser og mål. Videre hevder Spurkeland (2012) at tillit trenger bekreftelse og næring, fordi den ofte er av temporær karakter og må vedlikeholdes for å leve. Tilliten kan splittes opp i 5 dimensjoner;

- Integritet: samsvar mellom tale og handling
- Kompetanse: faglig kunnskap og mellommenneskelig kunnskap
- Konsistens: forutsigbarhet, enhetlig opptreden og konsekvens
- Lojalitet: villighet til å stille opp for en annen person og støtte vedkommende
- Åpenhet: ærlig og sannhetstro opptreden

Relasjonskompetanse er det som vi gjør at vi får kontakt og kan samhandle.

Relasjonskompetansen kan i stor grad læres gjennom trening (Spurkeland 2012).

Relasjoner forteller oss om det som er mellom mennesker, og det viser seg gjennom kommunikasjon og samspill (Kirkevold og Eern, 2001). Å relatere vil si å forholde seg til. Når jeg forholder meg, forholder jeg meg alltid til noen. I følge Røknes og Hanssen (2004) oppstår ikke en relasjon av seg selv, men den er ett resultat av samhandling mellom bruker og fagperson. En god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Når samhandlingen fungerer slik, utvikles det en bærende relasjon.

I mange yrker handler det om å legge til rette for en eller annen form for forandring hos andre mennesker, som kan være endring av opplevelse, tenking, følelser, holdninger eller atferd. Fagpersonens viktigste oppgave er å forholde seg slik at han eller hun fremmer læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring eller bedret funksjon hos den andre (Røknes og Hanssen, 2004). Videre viser de til en undersøkelse som Bernler et. Al (1993) har gjennomført blant sosialarbeidere og deres klienter, som baseres på både klientenes og sosialarbeidernes vurdering av relasjonen mellom dem. Det fremkommer av undersøkelsen at det er viktig for klientene at fagfolkene forstår dem, tror på dem, tar dem alvorlig og møter dem som ett medmenneske. Det vises også til at den hjelpen som fagpersonen gir, må være innenfor rammen av det de kaller en "bærende relasjon". Med dette mener de at relasjonen både skal kunne *bære* den hjelpen som gis, det vil si være ett medium for forandring, samtidig som det å være i en slik relasjon i seg selv *er* en hjelp.

Videre viser Røknes og Hanssen (2004) til andre undersøkelser (Lafferty mfl. 1986; Patterson, 1984) som sier noe om fagpersonens væremåte er viktig for ett positivt resultat. De viktigste faktorene ser ut til å være fagpersonens evne til innlevelse, empati. Det vil igjen si at klienten føler seg forstått og at fagpersonen viser respekt og oppleves som en varm og ekte person. Videre er det viktig at terapeuten blir opplevd som åpen, ekte og ikke i forsvar, og med dette gjør fagpersonen trygg nok til å kunne være seg selv i situasjonen. Sagt på en annen måte kan det være slik at yrkesutøverens trygghet på seg selv, bidrar til en tryggere og mer fruktbar relasjon. Røknes og Hanssen (2004) oppsummerer det med at man kan si at kvaliteten på relasjonen mellom klient og

fagperson, ser ut til å ha betydning for om klienten endrer seg i positiv retning. Relasjonen har også betydning for om klienten kommer frem med sine opplevelser, tanker, meninger og følelser og for utviklingen av mer samsvarende forventninger mellom klient og fagperson når det gjelder hjelpeprosessen. Ett gjennomgående trekk er at klientene legger særlig vekt på betydningen av å bli møtt som subjekter og medmennesker. På bakgrunn av psykologisk forskning og praksis, vet vi at dette har avgjørende betydning for klientens selvfølelse, selvrespekt og opplevelse av menneskeverd.

5.0 Drøftning

5.1 Relasjonens betydning

Når man møter mennesker som opplever en psykisk krise, her i form av depresjon, og trenger innleggelse i døgnavdeling, er det nødvendig å forstå betydningen av relasjon og hva som fører frem til relasjonen. Denne kunnskapen er viktig å ha som grunnleggende element når man jobber med mennesker, og det er viktig å forstå betydningen av å ha relasjonell kompetanse.

Kirkevold og Ekern (2001) sier at relasjoner forteller oss om det som er mellom mennesker, og at det viser seg gjennom kommunikasjon og samspill. Å relatere betyr å forholde seg til, og når jeg forholder meg, forholder jeg meg alltid til noen. Viktige begreper er *symmetriske* og *komplementære* relasjoner, som ble innført av Watzlawick i følge Røknes og Hansen (2003). I symmetriske relasjoner er en opptatt av likhet mellom partene, mens man i komplementære relasjoner vektlegger ulikhet. Deltakerne fyller ut hverandre ved at de har hver sine ulike funksjoner og roller. Disse funksjonene blir verdsatt ulikt og tillagt makt i følge Haugsgjerd et al. (1998). Dette er ett interessant fokus, med tanke på min rolle som vernepleier, og da altså hjelper i forhold til pasienten som er innelagt på DPS. Hvordan ser pasienten på relasjonen, når man har to så ulike ståsted? Er det mulig å bygge bro over denne skjeveheten, om den blir oppfattet som det? Kan man for eksempel kalle hjelper – pasient situasjonen som er symmetrisk relasjon, hvor likhet blir vektlagt? Jeg vil kunne anta at en slik likhet vil kunne være tilstede i enkelt tilfeller, hvor pasientens livsverden ikke har vært veldig ulik hjelpers livsverden, før sykdom satte inn.

Videre blir det viktig å se på hvordan vi kommuniserer, for det er på denne måten man danner en relasjon. I følge Røknes og Hansen (2004) skaper vi, utveksler og avdekker mening når vi kommuniserer ved at vi meddeler oss. I følge systemisk tenking har all adferd et budskap og det er således umulig å ikke kommunisere. Dette vil si at vi kommuniserer også ved det vi ikke gjør eller ikke sier. Hva som kommuniseres er avhengig av konteksten eller den sammenhengen kommunikasjonen foregår i. I følge Røknes og Hansen (2004) gir atferden mening av den enkelte i lys av konteksten. Det vil si at kommunikasjon alltid foregår på 2 plan. På innholdsplanet formidler vi ett budskap, samtidig formidler vi på forholdsplanet ett budskap om hvordan vi oppfatter forholdet til den andre. Budskapet om hvordan vi oppfatter forholdet til hverandre

formidles ofte indirekte ved hjelp av kroppsspråket eller måten vi bruker språket på. Samtidig som man kommuniserer verbalt, blir kroppsspråk, bevegelser og mimikk også tillagt stor vekt. Det ikke-verbale kan støtte opp om det verbale, så tvil eller motsi det. Ut i fra dette kan man lett se at det kan oppstå misforståelser og føre til feiltolkninger, særlig fordi vi ikke alltid er bevisst vår egen bruk av den ikke-verbale kommunikasjonen, i følge Røknes og Hansen (2004). Ut i fra det som er beskrevet om relasjon og kommunikasjon, kan man se betydningen av egen rolle og kompetanse for å kunne oppnå ett godt samspill med pasienten. For meg kan det virke slik at hvis man ikke har relasjonell kompetanse, vil det kunne sette begrensinger mellom samhandling og det å kunne motivere pasienten til fysisk aktivitet.

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktige på nesten alle livets områder, men kanskje særlig i forhold til balansen mellom hjelper og pasient, for at balanseforholdet i relasjonen blir rett. Makt og avmakt vil her være sentrale begrep, som kan bli påvirket av noe som vi ofte ikke er så bevisste på, slik som kroppsspråk. Slik jeg tolker (Røknes og Hansen) 2004 så er relasjonen til pasient viktigere enn det som konkret blir sagt og gjort.

Videre så sier forfatterne at i en trygg relasjon mellom pasient og fagperson kan fagpersonens eventuelle kritiske kommentar til pasients adferd bli tatt i mot og vurdert som omtanke og hjelp. Hvis relasjonen ikke er så god, kan de samme kommentarene bli oppfattet som sarkasme og avvisning. Dette er ett viktig element å ta med seg videre i oppgaven, fordi hvis man tar utgangspunkt i at relasjonen ikke er god, så vil en kommentar, uansett om den er ment som hjelp, kritikk eller ros, vil kunne slå negativt ut. Når man oppfatter noe som negativt, særlig kommunikasjon og samspill med en annen person, kan det få oss på en måte til å bli "tverr" og vanskelig, på en slik måte at man ikke vil ha noe videre samspill. Så på den andre siden kan fysisk aktivitet nettopp være med på å åpne opp for nye og ukjente sider ved både pasient og fagperson, som gjør at relasjonen kan bli såpass sterk at man faktisk kan "tåle" om en setning eller ett ord høres/kommer feil. Slik jeg ser det danner fysisk aktivitet og samspill helt andre grenser for vår væremåte for hverandre, enn om man kun har en medisinskfaglig tenking. Dette vil jeg komme noe nærmere innpå litt senere i oppgaven.

5.2 Er tillit viktig?

Når man innehar relasjonell kompetanse og kommunikasjonsferdigheter, vil det være viktig å se på en annen viktig bit av det å samhandle, og det er slik jeg ser det, tillit. Ordet tillit slik jeg forstår den i denne oppgaven, er å ha tillit til andre mennesker, og å ha tro og håp om at andre kan være en støtte i en vanskelig situasjon/periode i livet hvor man har behov for dette.

Hansen (1998) hevder at Løgstrup mente at tillit kommer først, den er ubetinget, så kan misstilliten komme og den vil være betinget. Videre presiserer Hansen (1998) at for Løgstrup er tillitsfullhet ikke en egenskap, som noen har mer av enn andre, slik som noen er mer utadvendte enn andre. Tillit er noe som skjer mellom mennesker, selv om man av natur er sjenert og litt reservert, kan man likevel ha tillit til den andre. Slik er det også omvendt, det er ikke slik at man er ekstra tillitsfull, fordi man er åpen og snakkesalig, det kan være ett tegn på at man er selvopptatt og søker publikum til sine fortreffeligheter.

Kristoffersen (2000) mener tillit er noe som oppstår i relasjoner vi har til andre mennesker og denne tilliten oppstår dersom vi føler vi kan stole på det andre mennesket i relasjonen. Tillit gir oss en følelse av nærhet og trygghet til andre, og for å kunne oppnå tillit, må man også kunne ha tillit. Som man kan se har Løgstrup og Kristoffersen noe ulik formening om hvordan tillit oppstår og når. Kommer den ubetinget eller er den ett svar på relasjonen? Kanskje svaret er at det ligger midt i mellom disse to? At tilliten kommer ubetinget, når relasjonen føles trygg? Men når føles den trygg? Dette er sentrale spørsmål, som er viktige å ta med seg videre i oppgaven for om mulig å kunne besvare problemstillingen, som er det sentrale.

For en annen side av tillit er at vi som hjelpere må kunne være villig til å gi noe av oss selv og våre egne erfaringer. Dette vil kunne være og ”avsløre” menneskelige sider og livserfaringer, som viser at man kan sette seg inn i den andres situasjon. Som mennesker er vi likeverdige og man kan også ha felles opplevelser som det kan være riktig å dele, hvis man klarer den vanskelige balansegangen mellom det å være personlig på en adekvat måte, men ikke gå over en privat sfære man ikke burde nærmet seg. Likevel vil det å kunne vise svakhet, som hjelper, være viktig når ett tillitsforhold bygges. Bjørk et al (2002) viser til at hvis en fagperson innser og innrømmer sine

begrensinger, og er klar på hva han kan bidra med, vil det være av stor betydning for hans troverdighet. Dette synes å være av betydning for relasjonen, for ved åpne opp for egne opplevelser og erfaringer, kan man styrke relasjonen på det viset at man viser pasienten at man faktisk er likeverdig, til tross for balansen hjelper/pasient. Ved bruk av fysisk aktivitet, uansett vanskelighetsgrad av denne, vil det kunne gjøre lettere for pasienten å prøve å gjennomføre, hvis han har noe kunnskap om at hjelper faktisk kanskje en gang har følt på noe liknende i gjennomførelsen av aktiviteten. Man kan oppnå en likhet, som gjør det trygt for pasienten å prøve å gjennomføre aktiviteten. Kan man tenke seg noe verre enn å måtte være nødt og ”prestere” noe man egentlig ikke er så flink til, foran noen som virker svært vellykket og mestrende? Da vil nok veien til unngåelse ikke være så lang.

4.3 Fysisk aktivitet

Frem til 50-tallet var fysisk aktivisering og utendørsarbeid en vanlig behandlingsform innen de psykiatriske institusjonene, før moderne psykofarmaka ble innført (Sørensen, 1998). Likevel er det ikke så veldig mange år tilbake at man drev både med gårdsarbeid, gartneri og snekkerverksted rundt omkring ved psykiatriske institusjoner, da dette tydeligvis var en ideologi man hadde tro på, men i tillegg var det en dyd av nødvendighet fordi det var slik man fikk samfunnet til å fungere på den tiden, i mye større grad enn man gjør i dag. Og det kan synes som ett paradoks at fysisk aktivitet har blitt nedprioritert innen psykiske helse arbeid de siste årene, mye pga den økonomiske situasjonen til de ulike helseforetak og ikke minst i kommunene, når man vet at det har blitt forsket mye rundt fysisk aktivitet og psykisk helse og dens positive virkning.

Det man kan se er at man de siste 20-30 årene har hatt en medisinskfaglig forståelse av behandling av psykiske lidelser, det vil da si at man har i all hovedsak lagt vekt på å medisinerer pasientene for å oppnå bedring. Kan man da si at man har ”ofret” fysisk aktivitet, da den medisinske effekten har vært mer effektiv, både tidsmessig og behandlingsmessig? For er det ikke slik at disse to behandlingsmåtene godt kunne ha vært kunne kombinert? Ett annet betimelig spørsmål å reise er om det medisinskfaglige ståstedet som har ”hersket” de siste årene, kan ha en økonomisk begrunnelse?

Ett annet sentralt spørsmål kan også være hvor stor betydning har holdningene til de ansatte i helsetjenesten å si? Dette være seg fra helt fra øverste hold, fra helseminister og ned til de som jobber i miljøet? Jeg mener å kunne se at mange fagpersoner vegrer seg selv for å utføre fysisk aktivitet, av ulike årsaker, og dette igjen har kunne medført en negativ holdning, rundt i de forskjellige behandlingsinstitusjoner. Dette kan selvsagt ikke generaliseres, men spørsmålet bør reises, da det er av stor betydning for holdningene som fagpersonene sitter med og som jeg mener har avgjørende betydning for hvordan behandling av depresjon blir utført ved de ulike DPS og andre institusjoner i Norge.

Martinsen (1998) har forsket på effekten av fysisk aktivitet ved psykisk lidelse, og resultatene fra de vitenskapelige undersøkelsene viser at fysisk aktivitet bør være svært aktuelle tiltak ved arbeid med psykisk helse. Martinsen (1998) viser til at fysisk trening har en rekke generelle effekter som personer både med og uten psykiske lidelser har nytte av, og at fysisk trening bør være en del av behandlingstilbudet innen psykiatrien. Å være i regelmessig fysisk aktivitet endrer mange kroppsfunksjoner som har direkte betydning for helsen vår. Av alt det som kan virke negativt, er det å være inaktiv noe av det verste for helsen vår (Gjertsen et.al 2001), både fysisk og psykisk. Fysisk vil den ha virkning både på hjerte, lunger, blodkarsystem, blodsukker, vekt, muskler, benvev, brus, sener og bånd, kort oppsummert på hele kroppen.

Men den viktigste psykologiske virkningen etter fysisk aktivitet er følelsen av velvære. Man vil også få bedre selvtillit ved å få en sunnere kropp, og i tillegg vil man ved å trene regelmessig oppleve å få ett bedre søvnmønster, man vil kunne tenke mer kreativt og problem løsende under fysisk aktivitet, enn ellers i følge Norsk psykologforening (2002). Bahr (2009) hevder således at fysisk aktivitet kan også brukes for å *forhindre* at man blir syk av depresjon, og at trening kan brukes som behandling av depresjon i tillegg til eventuell medisiner og/eller samtalerterapi. Og ikke minst kan man bruke fysisk aktivitet for å forhindre tilbakefall etter vellykket behandling. Dette synes å være viktige faktorer, som man bør bruke aktivt i behandlingen av psykisk syke, ved depresjon, men også ved andre diagnosekriterier. En sunn og frisk kropp kan være bidrags ytende til at man forebygger depresjon, men den kan også være med på å behandle depresjonen når den først er kommet. En sunn og frisk kropp bidrar med større selvtillit og ikke minst, mye mindre av andre kroppslige plager og ubehag. Det

finnes selvsagt tilstander og diagnoser som tilsier at noen ikke bør være i fysisk aktivitet i perioder, men dette er i all hovedsak unntak, og man bør holde kroppen sin i bevegelse, i den grad man kan og bør i forhold til fysisk helse.

4.4 Kroppens eksistens

I følge Martinsen (2011) har kroppen følelser, intensjoner og mening, og den verden vi lever i, er preget av vår kroppslige eksistens. Mennesket må forstås som en handlende og intensjonal enhet, og kroppen er selve utgangspunktet for den måten vi oppfatter verden på. Enhver forandring av kroppen vil føre til en forandring av vår verden (Martinsen, 2011). Videre viser han til filosofen Merleau-Ponty (1908 – 1961) som hevdet at å være menneske innebærer å være i verden som kropp. Kroppen er noe vi er og ikke noe vi har, og at vi har to veier for å finne mening; refleksjonens eller integrasjonens vei. Når vi utøver en aktivitet, integreres våre vilkår og forutsetninger med vår evne til å handle. Dette er i følge Merleau-Ponty, integrasjonens vei. Refleksjonen har også sitt fundament i den kroppslige verden, som er det motsatte av den dualistiske oppfatningen (kropp og sjel). Disse to veiene faller ikke sammen i ett hele, men vi kommer nærmest ett sammenfall i bevegelsen, den fysiske aktiviteten, og vi kan fornemme en følelse av flyt og helhet. Og Martinsen (2011) sier det enkelt; når vi går, beveger tankene seg.

Hva sier dette oss? Bevegelse og aktivitet, kanskje ikke engang avhengig av hvilken sådan, synes viktig for vår tankevirksomhet. Det som beskrives som en ”følelse av flyt og bevegelse”, slik jeg tolker det, er den positive følelsen av at kropp og sjel er i harmoni, og at bevegelsen frigjør positivitet og gir en god energi til vår tankevirksomhet, som igjen kan føre til mindre følelse av tristhet og håpløshet, som en depresjon inneholder mye av.

Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Jeg går mig hver dag til det daglig velbefindende og går fra enhver sygdom. Jeg har gået mig til mine beste tanker, og jeg kender ingen tanke så tung at man ikke kan gå sig i fra den.

Søren Kierkegaard, 1991

Om man skulle bestride Kierkegaards sitat her, måtte det bli på at man kan kanskje ikke gå/eller trimme av seg enhver tung tanke, men enhver bevegelse og aktivitet som kan fjerne fokus fra de tunge tankene en periode, kan gjøre at man ser de tunge tankene i ett

annet lys, når man blir innhentet av disse igjen. Årsaken til at man kan se de i ett annet lys, ofte i ett bedre lys, er at følelsen av velvære som ble beskrevet av tidligere i oppgaven av frigir positivitet og energi som gjør at man kan se at saken muligens har flere sider, at saken slett ikke var så tungsindig som man tenkte da. Dette er mønster man kan kjenne i fra natten, da mange tunge tanker kan senke seg og bli både ”stygge og store”, når dagslyset kommer, så undres man på hvorfor disse tankene ble så tunge på natten? Så hva sier dette oss som hjelpere ansatt på ett DPS? Slik jeg forstår Martinsen blir aktivitet og bevegelse ett viktig moment i behandlingen av depresjon, og ikke bare være ett tiltak for å få dagene til å gå.

Salutogonese, som sosiologen Aron Antonovsky skapte gjennom forskning på hvilke faktorer som bidrar til helse, er ett sentralt begrep (Martinsen 2011). Det handler om å finne mestringsstrategier (manageability), fremfor å fokusere på årsaker og problemer (patogonese). Han fant ut at mennesker kan ha god mental helse til tross for store påkjenninger, og det sentrale i tesen hans er at sterk opplevelse av sammenheng (sence of coherence) er avgjørende for vellykket mestring av livets belastninger og vedlikehold av helse. Kan en pasient med depresjon finne sammenheng i sin livsverden ved hjelp av fysisk aktivitet? Slik jeg velger å tolke Antonovskys begrep om salutogonese, og ser det i sammenheng med det filosofen Merleau-Ponty har uttalt om at vi er kropp, vil det være viktig for pasientens opplevelse av sammenheng (sence of coherence), å ha en opplevelse av velvære i kroppen og kjenne det som tidligere ble beskrevet som en følelse av flyt og bevegelse. Og dette oppnår man hvis man er i fysisk aktivitet slik jeg tolker Martinsen (2011).

4.5 Endring av livsstil

Så hvordan kan jeg som vernepleier ansatt ved ett DPS være en faktor for at en pasient med depresjon kan føle ”sence of coherence” og bli en deltakende part i sin egen behandling, da med hovedvekt på den fysiske siden? Innledningsvis i dette kapittelet trakk jeg frem det å ha relasjonskompetanse, i form av kommunikasjon og tillit og på den måten kunne være med å få pasienten til å delta på fysisk aktivitet. Slik jeg ser det er det nødvendig at man bygger relasjon, gjennom samspill som har fundamentet tillit og åpen kommunikasjon, og for å kunne oppnå dette er fysisk aktivitet ett av de viktigste tiltakene vi kan gjennomføre sammen. Når jeg poengterer sammen, så er det

fordi man på den måten tør å gi av seg selv og vise pasienten sine svakheter og styrker, og kan få pasienten til å tørre å åpne opp. Dette viser jeg til under kapittelet teori, hvor Røknes og Hanssen (2002) viser til at klientene synes det er viktig at fagpersonen er ekte, åpen og empatisk og tør gi av seg selv, for på denne måten kan de selv tørre å åpne opp og gi tilbake.

I ett DPS har man en unik sjanse til og nettopp, bygge relasjon gjennom aktivisering med fysisk aktivitet. Dette ut i fra at man da kan bruke dagene til å motivere og engasjere pasientene, både individuelt og i gruppe til deltakelse ved aktiviteter. Slik jeg ser det vil det da være viktig at relasjonskompetansen hos fagpersonen er god, slik at man sikrer seg at man ikke ”presser” på i feile situasjoner, både når det gjeld ulik aktivitet og hvilke pasienter som kan gjør hva. I følge Martinsen (2011) er det ikke så mye aktivitet som skal til, før det gir en helsegevinst, og jo før man kommer i gang med en aktiv livsstil, jo bedre er det. Helsegevinstene av fysisk aktivitet er størst når aktivitet blir en del av hverdagen, fremfor skippertak ved store anledninger. Opplevelsen av mestring vil også være en av de store gevinstene her, om man våger å være med, på aktiviteter man ellers ville latt vært, av ulike grunner. Igjen ser vi viktigheten av salutogonese og opplevelse av sammenheng, noe man lettere kanskje kan få til med pasient innlagt ved DPS, hvor man har mulighet til å være med å si noe vedrørende pasientens organisering av egen hverdag og prioriteringer i den. Det er etter min mening ikke til å komme i fra at det er lett å bli sittende tiltaksløs i egen sofa, om man ikke har struktur og rammer på hverdagen, som jobb, skole eller andre organiserte tiltak. Når man i tillegg lider av depresjon, og med de symptomer som er beskrevet tidligere kapittel i denne oppgaven, er det enda lettere å skjønne at man kan ha problemer med å komme i gang, selv med de enkleste ting som husarbeide, matlaging osv. Å drive med fysisk aktivitet og selv skulle komme i gang med depresjon, vil ut i fra min erfaring være tilnærmet umulig. Her kan man som fagperson på DPS spille en viktig rolle, hvor motivering og opplevelse av mestring, være svært sentral. Men for å oppnå dette, må den grunnleggende relasjonen ligge helt i bunn og skape trygghet og tillit. Når denne er på plass, kan den bare vokse seg sterkere og større, også på andre felt enn selve aktiviteten. Basis relasjonen bare vil kunne forsterkes hvis, relasjonen er fylt av ekthet, tillit og trygget, som Røknes og Hannse (2004) viser til i sin bok.

Struktur og organisering av hverdagen blir viktige momenter, som man kan spille på for fremtiden. I tillegg ville det vært svært nyttig om pasienten i en viss tid etter utskrivelse, hadde hatt mulighet for å komme tilbake på dagtid, for å delta på de aktivitetene man hadde opplevd som positive og mestrende. Dette tror jeg dessverre er en utopi for de aller fleste DPS, men jeg har opplevd at enkeltpasienter har fått denne muligheten i en viss tid, på det DPS'et jeg har jobbet, noe som har gitt meg som fagperson en meget god og nyttig opplevelse, men ikke minst at det har vært svært positivt for den deprimerte pasienten som har fått dette tilbudet.

5.0 Avslutning

Jeg har gjennom denne oppgaven prøvd å vise hvordan man kan bruke fysisk aktivitet til å stryke relasjonen til pasient med depresjon inneliggende ved ett DPS. Ved å bruke fysisk aktivitet som ett tiltak i behandlingen av deprimerte pasienter, vil man kunne forsterke en relasjon som igjen fører til at pasienten føler seg ivaretatt og sett, som igjen kan føre til en motivasjon til å begynne med små enkle aktiviteter. Aktiviteter som gjør at de på sikt, ofte sammen med andre tiltak, kan begynne å finne igjen glede og kanskje mening med livet, som igjen kan føre dem tilbake til en friskere tilværelse og hverdag. Jeg har prøvd å vise at det er viktig at pasienten føler at de blir sett og forstått, og at de føler en sammenheng i sin livsverden, for på denne måten å kunne være mottakelige for en forandring og utvikling av egenverd og mestring. Det å utvikle egne mestringsstrategier slik som Antonovssky fremhever, synes å være svært sentralt og noe vi som fagpersoner kan være med å skape. Som Søren Kirkegaard sa, når vi går, beveger tankene seg, og dette er slik jeg ser det, ett svært fornuftig resonnement å ta med seg når man jobber med mennesker, nesten sagt uansett diagnose.

Mennesker som kommer i gang med fysisk aktivitet, kan ofte oppleve at dette bidrar til å snu en negativ utvikling. Oppfølging og deltagelse fra behandlere, eller av andre viktige personer i pasientens liv, vil bidra til endring. Tillitvekkende engasjement og positive tilbakemeldinger fra omgivelsene påvirker selvfølelse og mestringstro. Balansene mellom aktiv motivering og press, mas eller tvang er vanskelig, og derfor må fagpersonene føle seg frem og være bevisst på at det som virker på en person, kan ha en annen effekt på en annen (Martinsen, 2011).

Helt avslutningsvis vil jeg bare gjenta det jeg skrev i kap. 4.3; *Man vil også få bedre selvtillit ved å få en sunnere kropp, og i tillegg vil man ved å trene regelmessig oppleve å få ett bedre søvnmønster, man vil kunne tenke mer kreativt og problemløsende under fysisk aktivitet, enn ellers i følge Norsk psykologforening (2002).*

Vil fysisk aktivitet kunne være med å styrke relasjonen til pasient med depresjon inneliggende ved et DPS? Jeg mener at jeg gjennom denne oppgaven har vist at ja, det kan gjøre det, om man har basiskunnskap om fysisk aktivitet, depresjon, men ikke minst om relasjonskompetanse. Først må den grunnleggende relasjonen være i bunn, for deretter å styrke den gjennom aktivitet, som binder fagperson og pasient, sammen i en

felles mestrende opplevelse, som igjen vil kunne bidra til endring for pasienten i positiv retning.

6.0 Litteraturliste

Bahr, Roald (2009) *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Oslo,

Helsedirektoratet.

Berge, Torkil, Repål, Arne (2005) *Lykketyvene – hvordan overkomme depresjon*. Skien,

NordBook AS

Bjørk, I. T, Helseth, S. Nordtvedt, F (2002) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo,

Tano.

Bunkholdt, Vigdis (2000) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo, Tano.

Dalland, Olav (2007). *Metode for oppgave skriving for studenter*. Oslo: Gyldendal

akademiske.

Gjerset, Asbjørn, Haugen, Kjell, Holmestad, Per (2001) *Treningslære*. Oslo. Gyldendal

Norsk Forlag AS

Haugsgjerd, Stein, Jensen, P, Karlsson, B (1998) *Perspektiv på psykisk lidelse: En*

innføring for helse- og sosialfagene. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Hansen, Nils Gunder (1998) *En afgrund av tillit. En guide til Løgstrups Univers*.

København, Gyldendalske Forlag.

Hanssen, Per-Halvard og Røknes, Odd Harald (2004). *Bære eller bryte*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Kirkelvold, Marit, Strømsnes Ekeren, Karen (red) (2001) *Familien i sykepleiefaget*. Oslo,

Gyldendal akademiske

Kristoffersen, NJ (2000) *Generell sykepleie*. Utgave 4, Bind 1.1 (red.) Oslo,

Universitetsforlaget.

Kruger, Marit B, Lund, Anders, Skarstein, Jon, Stubbhaug, Bjarte (2000)

Depresjonshåndboka. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Martinsen W, Egil (2011). *Kropp og Sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk psykologiforening (2002) *Mestring av depresjon, veileder i forståelse og*

behandling av stemningslidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening April 2002 - 39

Spurkeland, Jan (2012). *Relasjonskompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vindholmen, Solveig (2007). *Fysisk aktivitet brukt som behandlingsmetode i*

distrikspsykiatrien. Masteroppgave i idrettsvitenskap. Fakultetet for helse og idrettsfag.

Høgskolen i Agder.

Weinberg, Robert S, Gould, Daniel (2007). *Foundations of sport and exercise psychology*.

USA. Kinetics Human

Rammeplan for vernepleierutdanning 2005 Utdannings- og forskningsdepartementet.

