



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**How can people with psychiatric disorder experience coping and improved quality through fysical exercise**

Arve Inge Ekren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 30.05.2012



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

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: 30.05.2012

**Antall ord:** 10328

## **Forord**

### **Gå en tur først**

*Hvorfor er det så viktig å gå en tur først?*

*Hvorfor alt dette maset om å gå en tur?*

*Hvorfor kan vi ikke sitte der i fred og ro*

*med røyken og kaffekoppen vår,*

*med god samvittighet?*

*Hvis det er slik at det er det vi vil?*

*Hvorfor?*

*Jo fordi at inni hver enkelt av oss*

*finnes det en liten spire til nytt liv.*

*En liten spire til nytt og bedre liv,*

*Og hvis vi lar den få vann og næring,*

*så vil den vokse seg stor, og kanskje til*

*Slutt bli selve livet.*

*For alt liv er i bevegelse,*

*og all bevegelse er liv*

*og et sted skal vi jo begynne,*

*så derfor –*

*Gå en tur først*

*Og etterpå*

*Og midt imellom*

*Og hele tiden*

*Gå en tur - løp*

*Anne Kristine Wanvik*

## Sammendrag

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på de helseeffektene som fysisk aktivitet kan gi. Og spesielt tatt for meg om fysisk aktivitet kan gi bedring i forhold til mestring og livskvalitet. I oppgavens del en har jeg innledning og presentasjon av problemstilling, hvor jeg sier noe om hvem oppgaven er skrevet for. Her skriver jeg også noe om vernepleierens kunnskaper og ferdigheter. I del to tar jeg for meg noen begreper.

Del tre er viet til lidelse, hva er det? historisk tilbakeblikk, rehabilitering, virkninger av institusjonsopphold, aktivitetsarenaer og motivasjon til fysisk aktivitet. Her har jeg også lagt inn teori om mestring og livskvalitet.

Del fem er drøftingskapittelet, her har jeg lagt inn fem underspørsmål til problemstillingen som jeg har drøftet opp mot teorien. Et av underspørsmålene i problemstillingen handler om ideologi i psykiatriske avdelinger, dette har jeg forsøkt å drøfte noe om. Til slutt i dette kapitlet har jeg drøftet ” hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med psykiske problemer?

# Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2 Metode .....	2
1.3 Målgruppe og metodevalg .....	2
1.4 Vernepleierens kunnskaper og ferdigheter.....	3
<b>2.0 Begreper</b> .....	<b>4</b>
2.1 Begrepsavklaringer .....	4
<b>3.0 Vitenskap</b> .....	<b>5</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	5
3.2 Hermeneutikk.....	5
3.3 Fenomenologi.....	6
3.4 Litteratursøk .....	7
3.5 Anvendelse av litteratur .....	8
3.6 Validitet og reliabilitet .....	8
3.7 Forforståelse.....	9
<b>4.0 Teoridel</b> .....	<b>11</b>
4.1 Psykisk lidelse, hva er det? .....	11
4.2 Virkninger av institusjonsopphold .....	12
4.3 Aktivitetsarenaer .....	13
4.4 Motivasjon til fysisk aktivitet .....	14
4.5 Mestring .....	16
4.6 Livskvalitet.....	17
<b>5. 0 Drøfting</b> .....	<b>18</b>
5.1 Institusjonens ideologi .....	18
5.2 Hvordan kan fysisk aktivitet gi mestring? .....	21
5.3 Hvordan kan fysisk aktivitet virke inn på livskvaliteten?.....	22
5.4 Kan mennesker med alvorlig psykiske lidelse bli bedre? .....	25
5.5 Hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med psykiske problemer? .....	27

**6. Konklusjon..... 29**

**Litteraturliste..... 31**

# 1 Innledning

Å være fysisk aktiv er en av mange faktorer som påvirker helsen vår. Med denne oppgaven vil jeg se nærmere på de helseeffektene som fysisk aktivitet kan gi i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Hvordan kan fysisk aktivitet gi bedring i forhold til mestring og forhøyet livskvalitet. Som bedring av fysisk og psykisk helse (selvbilde), livskvalitet og mestring av hverdagen for disse menneskene. Jeg tror at mange av brukerne ved å være mer fysisk aktive kunne oppnå bedre helse. Dette er noe jeg vil finne ut noe om med denne oppgaven.

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

Temaet for denne oppgaven er fysisk aktivitet til mennesker med ulike utfordringer, innlagt i psykiatrisk avdeling. Helt tilbake til min tidlige ungdom kan jeg huske at jeg har vært opptatt av fysisk aktivitet og hvor viktig dette er for kroppen og vår mentale helse. Dette er en av grunnene til at jeg har valgt dette som tema for oppgaven. Jeg føler at jeg får mer overskudd ved å trene og at livskvaliteten min øker samtidig som jeg mestrer lettere nye mål som jeg setter meg. Nyere forskning viser også at fysisk aktivitet kan ha effekt i forhold til psykiske lidelser. Dette har det vært en del oppmerksomhet rundt i populærvitenskapelige fremstillinger som for eksempel i aviser og andre medier.

Jeg har i de senere årene arbeidet ved flere rehabiliteringsavdelinger innen psykiatrien og da med brukere som har hatt noen av de mest vanligste psykiske lidelsene som Stemningslidelser (oftest depresjoner), angstlidelser og misbruk eller avhengighet av rusmidler som tilleggsdiagnoser og schizofreni. Ved noen av disse avdelingene har fysisk aktivitet vært en del av behandlingen av disse brukerne. Dette syntes jeg har vært utrolig spennende å få være med på og ta del i denne formen for behandling. Dette har gitt meg lyst til å lære mer om fysisk aktivitet i psykiatrisk behandlingsopplegg slik at jeg kan bruke dette i mitt arbeid til mennesker med ulike psykiske utfordringer.

Med denne oppgaven ønsker jeg å undersøke om fysisk aktivitet som en del av behandlingen kan gi bedring i livskvalitet til brukere innlagt i psykiatrisk institusjon og dermed forhøyet livskvalitet, og på hvilken måte dette kan skje. Når jeg tenker fysisk aktivitet så tenker jeg mer generelle aktiviteter som å gå turer gjerne i skog og mark avpasset til den enkelte bruker. Jeg tenker at brukerne selv må finne det som er mest



meningsfullt for dem. Som ferdig utdannet vernepleier blir dette en viktig og spennende utfordring.

Problemstillingen på oppgave blir da:

**Hvordan kan mennesker med psykisk lidelse gjennom fysisk aktivitet og trening oppleve mestring og dermed bedring og forhøyet livskvalitet.**

Jeg vil formulere fem underspørsmål til problemstillingen, disse vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven under drøftingen.

## ***1.2 Metode***

Dalland skriver at Vilhelm Aubert blir sitert i mange sammenhenger når det gjelder spørsmål om hva metode er, og den formuleres slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder Dalland (2007)

## ***1.3 Målgruppe og metodevalg***

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for å belyse og drøfte oppgavens problemstillinger. Metoden jeg har valgt vil kunne belyse problemstillingen fra flere fagområder. Å velge ut litteratur har vært vanskelig, på grunn av at det finnes veldig mye litteratur om temaet fysisk aktivitet til mennesker med ulike psykiske lidelser. Jeg velger i oppgaven å ha fokus på mestring, bedring og forhøyet livskvalitet. Av hensyn til oppgavens størrelse velger jeg å skrive om psykiatrisk lidelse generelt, men der det er naturlig komme inn på ulike psykiske tilstander hos pasienten. Dalland (2007) sier at det vil være viktig å være kritisk ved valg av kilder. Hvis jeg skulle lest alt av teori om temaet, ville jeg måtte bruke mye mer tid. Men ut i fra min problemstilling har jeg forsøkt å komme frem til en sammenfatning av det jeg har lest. Litteraturen har gitt meg grunnlaget for drøfting av problemstillingen. Denne oppgaven er først og fremst skrevet med tanke på vernepleiere/helse- og sosialfagutdannede som arbeider med brukere innlagt i psykiatriske avdelinger. Når det gjelder arbeidsoppgavene til de som arbeider ved slike avdelinger er de ganske like for de ulike yrkesgruppene, og oppgavene blir ikke bare rettet mot vernepleiere selv om jeg kanskje kommer til å bruke benevnelsen vernepleieroppgave. Temaet fysisk

aktivitet er relevant for vernepleieryrket da det handler om kompetanser en vernepleier kan bidra med. Begreper innenfor vernepleierfaglig arbeid som motivasjon, livskvalitet, identitet og mestring er noen begreper innenfor dette arbeidet. Vernepleierstudenter og andre med helse- og sosialfaglig utdannelse som senere kommer inn i psykiatrien for å arbeide vil jeg forsøke å få engasjert i arbeidet med fysisk aktivitet, disse kan også bli en av målgruppene.

#### ***1.4 Vernepleierens kunnskaper og ferdigheter***

Vernepleieryrket handler om å arbeide helhetlig, da mener jeg den også er relevant til området fysisk aktivitet som vernepleiertilknytning i psykiatriske institusjoner. Arbeidet handler mye om motivasjon, brukermedvirkning, livskvalitet, mestring og bedring, dette er noen av begrepene innefor vernepleierfaglig arbeid som vernepleier må forholde seg til i sitt arbeid.

Vernepleierne har en helhetlig tankemåte og ser tjenestemottakernes behov og ressurser og bygger videre på disse. Vi ser også på brukeren i en gruppesammenheng og et samfunnsperspektiv. Vernepleiere jobber tett opp mot tjenestemottakere og det kan være en trygg og god relasjon. Vernepleieren har også kompetanse og kunnskap om å arbeide målrettet, strukturert og systematisk.

Innen psykiatrien enten det gjelder akutt, rehabilitering eller andre døgninstitusjoner er det flere vernepleiere som arbeider. Dette er i høyeste grad relevant for vernepleiere og andre fagfolk som jobber med miljøarbeid.

For å relatere fysisk aktivitet til vernepleierens yrkesutøvelse vil jeg bruke FO (2000) sin beskrivelse av funksjonen. Vernepleierens funksjon skal dekke flere funksjoner innen arbeidet vernepleie, men jeg synes også den er relevant for området fysisk aktivitet.

*Det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid er å bidra til at de som mottar tjenester oppnår så høy livskvalitet som mulig. En viktig faktor for å ha høy livskvalitet er at en selv har styring over egen hverdag og bestemmer over viktige valg i livet. En sentral utfordring for vernepleierens arbeidsmåte er derfor å legge til rette for deltagelse og medbestemmelse i de ulike situasjoner som hverdagslivet består av, også for de brukerne som har vansker med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker. Sentrale ferdigheter for vernepleieren er derfor å kunne gi sosial støtte og veiledning, eller opplæring/trening når det er nødvendig.*

## 2.0 Begreper

### 2.1 Begrepsavklaringer

I oppgaven kommer jeg i all hovedsak til å bruke begrepet ”bruker”, fremfor de tradisjonelle ordene pasient/klient eller borger som også har vært brukt. Dette er etter hvert blitt et innarbeidet ord i helsevesenets dagligtale. Videre kommer jeg til å bruke begrepet personale fremfor ansatt/hjelper eller fagperson.

Jeg vil bruke Helse- og omsorgsdepartementets definisjon av fysisk aktivitet. *”Fysisk aktivitet er all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå, for eksempel mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, arbeid, idrett med mer”*, dette kan også innbefatte mer organisert trening (Helse- og omsorgsdepartementet 2004).

Siden fysisk aktivitet er et vidt begrep, vil jeg se på det fra flere sider ved aktivitet brukt som ledd i en behandlingsprosess.

Livskvalitet er et stort begrep. Det jeg legger i ordet livskvalitet i oppgaven er brukere som opplever mestring og fysisk bedring av å drive med fysisk aktivitet når de er innelagt i institusjon. I begrepet fysisk aktivitet trenger det ikke være påkrevet med systematisk trening, men også mer generell fysisk aktivitet som gå turer i nærområdene eller ballspill sammen med likesinnede.

## **3.0 Vitenskap**

### ***3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming***

I følge Aadland (2010) har vitenskapen ofte fremstått som livsfjern, uforståelig og snever for folk flest. Men allikevel er det knapt et livsområde, en handling eller en situasjon som ikke er påvirket av vitenskapelig aktivitet i en eller annen form. En enkel definisjon kan lyde slik: ”Vitenskap er systematisk og kontrollert utvikling av kunnskap om naturen, mennesket og samfunnet” Aadland (2010: 49).

### ***3.2 Hermeneutikk***

Hermeneutikken er læren om fortolkning ”jeg – min forforståelse og fortolkningsevne” (Aadland 2010: 190).

Når man skal forstå, tolke, finne ut en mening og hensikt, vil det være naturlig å komme inn på den hermeneutiske sirkel. Her blir vår rolle som vernepleiere innenfor hermeneutikken å fortolke og forstå andre menneskers selvstendige opplevelser og sammenhenger (Aadland 2010). Hermeneutikken bidrar til utvikling av egenart og til hvordan verden ser ut gjennom andres øyne. I arbeid med mennesker kan man si at essensen vil være å møte de mennesker som vil, tenker og mener og vil forstå. Og ved å reflektere over tingenes allmenne vesen kommer vi frem til en dypere erkjennelse (Aadland 2006). Derfor er det vår oppfatning som fagfolk sentralt at vi skal være bevisst vårt menneskesyn og verdisyn i møte med andre mennesker.

Aadland (2010) sier at som hermeneutisk inspirert forsker må jeg prøve å leve meg inn i andre menneskers subjektive opplevelser for å gjenfortelle en sak sett innefra. Har den eller de vi ønsker å studere noen opplevelser og forståelse, selv? Og hvordan ser verden ut sett gjennom deres øyne? Dessuten: I deres situasjon, hvordan kan mulige alternative tolkninger se ut – for eksempel i mine øyne? Denne prosessen, som skifter mellom å se helheten og å studere enkelte deler, lar seg best gjennomføre etter modell av den hermeneutiske sirkel. Når det gjelder problemstillingen min omkring temaet, handler det om å sette seg inn i andres liv og prøve å forstå hvordan ulike forhold kan påvirke dem i forskjellige retninger.

Hvordan kan jeg sette min problemstilling i sammenheng med hermeneutikken, omkring temaet fysisk aktivitet, mestring og bedring av livskvalitet. Det blir å sette seg inn i den andres liv og prøve å forstå hvordan forskjellige forhold kan påvirke dem i forskjellige

retninger. Formålet med oppgaven er å få frem de positive effektene som fysisk aktivitet kan ha på mennesker med psykiske lidelser når det gjelder øket livskvalitet.

### **Eksistensiell hermeneutikk:**

*Å møte andre er å møte seg selv.*

Hvem er den andre. Hvordan kan jeg forstå og forholde meg til et annet menneske slik at jeg kan forstå dybden og dimensjonene ved det andre menneskets eksistens. For å forstå dette må jeg gå veien om forståelsen av hvem jeg selv er. I boka *Sein und Zeit* (Væren og tid), som Heidegger ga ut i 1927, sier han at forståelse ikke er noe vi ”har”, som et spesielt redskap eller verktøy til å forstå andre. Forståelse er noe langt mer grunnleggende, den er nesten identisk med oss selv. Forforståelse dekker fremtid, nåtid og fortid. Vi er ikke mennesker som har forståelse. Å være menneske er å være forstående. Når vi sier vi forstår, er innholdet i forståelsen betinget av vår avgrensede forforståelse av verden (Aadland 2010).

For meg vil dette bety at jeg må legge til rette for fysisk aktivitet med hensikt å lære opp brukeren til å ta ansvar og at han blir i stand til å se sin egen tilværelse som utfordring til eget oppgjør og egen innsats for å leve.

### **3.3 Fenomenologi**

Fenomenologi forklarer (Aadland 2010) som en ”moderne” versjon av hermeneutikken. Og fenomenologien kan defineres som læren om det som kommer til syne eller viser seg. En viktig premissleverandør bak denne retningen for moderne hermeneutikk var Edmund Husserls fenomenologi (fenomen = ”det som viser seg”). Fenomenologien prøver å kartlegge alle trekk som finnes hos personenes opplevelse av seg selv og verden. Med begrepet livsverden forklarer Edmund Hussler at det er den konkrete verden vi mennesker lever og erfarer i, både i hverdagen og i aktiviteter i en sosial kontekst (Martinsen 2011). Videre sier han at kroppen er vårt utgangspunkt i den konkrete verden vi lever i som en levd erfaring; menneskets hverdagserfaring og aktiviteter i en sosial sammenheng. Å gå er følelsen hvor vi forstår kroppen vår sett i forhold til resten av verden. Kroppen er noe vi føler alltid er der, og kroppen i bevegelse opplever enheten i alle dens deler som regelmessig ”her” som beveger seg mot de forskjellige ”der”. Denne evnen til å benytte kroppen til å forstå, fornemme og bevege oss, er med på å forstå våre omgivelser. Å opprettholde og utvikle denne evnen blir da viktig for oss (Martinsen 2011).

For meg som helsepersonell med kunnskap og innsikt i samspillet mellom kropp og sjel, blir det avgjørende å snakke om hvor viktig det er å bevege seg. Brukere må få informasjon om og muligheten til å oppleve hvor godt det er for kropp og sjel å bevege på seg. Den pedagogiske tilretteleggingen vil her bli sentral. Målet må være at deltakerne opplever glede, motivasjon, trygghet, mestring og bedring av livskvaliteten.

### **3.4 Litteratursøk**

Relevant litteratur har jeg funnet frem til ved å søke på ulike databaser ved høgskolebibliotekets nettsider. De jeg brukte var: ovid, pro Quest, norart og bibsys. Når det gjelder de tre førstenevnte var det mest engelske artikler som kom opp, disse var lite relevante for oppgaven som jeg skulle skrive. Men ved søk i Bibsys fant jeg relevant litteratur i forhold til temaet i oppgaven og i og med at Bibsys er knyttet opp mot landets høgskoler og universiteter har det blitt til at jeg har brukt den mest. Bibsys er også en søkekilde jeg er kjent med fra tidligere skolearbeid. I tillegg til dette har jeg brukt noe pensumlitteratur. Jeg har også sett på ulike nettsider til forskjellige organisasjoner som tar opp temaet. Disse her gitt meg nyttig informasjon i forhold til oppgaven. Ved hjelp av disse søkemotorene kom jeg fram til litteraturen som handler om emnet som jeg skal skrive om. Søkord som jeg benyttet alene eller sammen med andre var: fysisk aktivitet, livskvalitet, psykisk helse, mestring, sosial utvikling, helse, depresjon, schizofreni, angst og bipolare lidelser.

Ved å søke på disse ordene fant jeg i Bibsys 5 relevante bøker og 3 artikler. I starten arbeidet en del for å finne rette måten å søke på, dette for å oppnå mest mulig resultat av søket. Ved hjelp av mine søk i Bibsys har jeg kommet frem til noen av bøkene jeg har brukt i oppgaven. Jeg har også sett på noen andre bachelor og mastergradoppgaver som har omhandlet lignende tema, disse oppgavene kom fram under søk på bibsys/brage. Her studerte jeg litteraturlistene til disse for å finne forfattere som passer til temaet jeg skulle skrive om i oppgaven. Dette gjorde det lettere for meg i arbeidet med å finne anvendbar teori til oppgaven min. Har også brukt mye pensumlitteratur i oppgaven etter å ha studert/lest disse over flere år.

Jeg har også fått tips til litteratur fra bokhandleren på høgskolen, han kjørte ut en liste fra nettet om forfattere som bokhandleren tar bøker fra som omhandlet temaet som jeg skriver om. Her var det for det meste engelske artikler som jeg ikke fikk brukt. Har også fått noe tips om litteratur fra veilederen min ved Høgskolen i Molde. To av bøkene var Alan Topor

*Hva hjelper*, (2006), og Borg og Topor *Virksomme relasjoner*, (2003) som ble viktig for meg. I tillegg til dette har jeg har brukt en del internett og søkt i offentlige instanser og andre aktuelle nettsider til organisasjoner og brukergrupper innenfor temaet mitt. På internett har jeg for det meste brukt; Helsedirektoratet og Forskning.no. Når det gjaldt en del av publikasjonene måtte jeg være oppmerksom på hva som kunne være relevante kilder i forhold til oppgaven.

### **3.5 Anvendelse av litteratur**

En av forfatterne som jeg har brukt mye i oppgaven har vært Egil W. Martinsen. Han leder forsknings- og utviklingsavdelingen ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus, og er professor i psykiatri ved universitetet i Oslo. Han har vært opptatt av hva mennesker med psykiske lidelser selv kan gjøre for å mestre sine problemer, og er spesielt intressert i fysisk aktivitet og kongnetiv terapi. Egil W Martinsen har skrevet boken *Kropp og sinn* (2011), denne boken omhandler fysisk aktivitet som en mulighet for hjelp til selvhjelp. Han beskriver også det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for å anbefale fysisk aktivitet til mennesker med psykisk lidelse i boken. *Aktivitetshåndboken (Fysisk aktivitet i forebygging og behandling)* som Helsedirektoratet har gitt ut, er en bok som, foruten å oppsummere kunnskap om effekt av fysisk aktivitet i forebygging og behandling, og presenterer anbefalinger på individ- og gruppenivå, har boken stor fokus på hvordan få til atferdsendring. Snoek og Engdal (2008) er en bok fra pensum som jeg har brukt en del i oppgaven, boken handler om kunnskap – forståelse- og utfordringer. De sier at dagens, og ikke minst morgendagens, helsevesen vil i økende grad stå overfor de utfordringer som ligger i det professor Peter Hjort omtaler som den ”3. bølge”. Han uttaler at vi nå har grep om infeksjonssykdommene, vi er i ferd med å få kontroll på livsstilsykdommene; nå kommer ”samsykdommene”. I dette begrepet ligger mye av det vi oppfatter som psykisk lidelse.

Jeg har hatt problemstillingen som utgangspunkt når jeg har studert litteraturen og lett etter sammenhenger mellom fysisk aktivitet, trening, mestring, bedring og livskvalitet.

### **3.6 Validitet og reliabilitet**

Jeg har funnet veldig mye skriftlig informasjon om temaet, dette har gjort det noe vanskelig for meg å plukke ut det som er mest relevant. Når jeg plukket ut det jeg mente

var best for meg, så jeg på både gyldighet, holdbarhet og relevans for min problemstilling. For meg har teksten hatt to formål. For det første: Har den relevans for problemstillingen, og hvordan jeg kunne anvende den i oppgaven. I en bacheloroppgave er det viktig at validitet (gyldighet) og reliabilitet (nøyaktighet) er til stede. Jeg har brukt litteratur fra forfattere som er anerkjente personer innen forskningsbasert litteratur. Med teorien har jeg belyst temaene fra ulike synspunkter, dette har jeg forsøkt å systematisere i oppgaven. Litteraturen er fra 2000 og nyere, og jeg vil av den grunn regne disse som pålitelige i forhold til problemstillingen. Etter å ha lest om disse teoriene kunne jeg valgt en positivistisk eller en hermeneutisk tilnærming. Dallon (2007) sier at i det positivistiske synet er det to kilder til kunnskap. Det vi kan se og det vi kan tenke ut med våre logiske sanser. Dette er kvantitativ tilnærming, hvor det er et "jeg – det" forhold. Jeg har tenkt å ha en hermeneutisk tilnærming til teorien, som er en kvalitativ metode, med fokus på subjekt – subjekt. Aadland (2010) beskriver kvalitativ metode på denne måten. Kvalitative metoder handler om å karakterisere. "Selve ordet kvalitativ henviser til kvaliteten, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene" (Repstad 1993) Aadland (2010:209).

### **3.7 Forforståelse**

Min egen erfaring med fysisk aktivitet er fra jeg var ca. 5 år gammel, da begynte å gå sammen med min far i fjellet på jakt og til forskjellige fiskevann sommerstid og mange skiturur vinterstid. Jeg er ikke i tvil om at denne formen for fysisk aktivitet har gitt meg en personlig helsebringende effekt og at det samtidig har vært moro å holde på med. Senere i min voksne alder har denne formen for fysisk aktivitet blidt til en livsstil for meg.

Forforståelsen min vil derfor være farget av mine erfaringer og bygge på min tanker om hvor bra det er å ha muligheten til å drive med fysisk aktivitet. Jeg tenker også ut fra min forforståelse at det er mange av personalet som arbeider i institusjoner som tenker at brukerne som er inneliggende er for dårlige psykisk til å drive fysikk aktivitet og at de i stedet trenger hvile. Personalet kan på den måten være med på å sette begrensninger for brukerne som i virkeligheten har behov for å være fysisk aktiv. Dette kan være med på å skape hindringer for brukerne på grunn av personalets holdninger.

Brodkorb, Norvoll og Rugkåsa (2007) sier at en hermeneutisk forståelse tar utgangspunkt i at vi alle har en type forforståelse, eller *for-dommer*, når vi går inn i en situasjon og blir stilt overfor ulike hendelser og fenomener. Den store hermeneutiske teoretikeren og



filosofen Hans-Georg Gadamer legger stor vekt på de for-domer vi har når vi møter ”tolkningsobjektet” (Gadamer 1977). En for-dom er noe vi bringer med oss når vi prøver å forstå.

Vi bruker vår forforståelse når vi tolker en situasjon eller hendelse. Slik får vi en ny forforståelse, som vi igjen bruker i andre situasjoner. Dette kalles den hermeneutiske sirkel. I hermeneutisk tradisjon blir et hvert individs forståelse av fenomener og hendelser sett i sammenheng med hva det allerede vet, og de nye kunnskaper som individet tilegner seg gjennom erfaring.

Trening innebærer å øke aktiviteten ut fra nivået personen befinner seg på, og siden min forforståelse bygger på egne erfaringer, der bedre bevegelse er med på å gjøre hverdagen lettere, kan det for brukerne også handle om å øke hverdagsaktiviteten. Dette er ikke bare ut fra egne erfaringer med også ut i fra hva jeg har lest om i forskjellige fagartikler og bøker som disse har erfart. Det skrives også mye om dette i nyhetsmagasinene og aviser. Dette er noe av grunnen til at jeg ønsker å skrive om temaet i denne oppgaven. Samtidig har jeg et ønske om å finne ut om min forforståelse stemmer med teorie, forskning/ andres erfaringer, og eventuelt på hvilken måte stemmer det, eller det ikke stemmer. Etter som jeg har arbeidet med denne oppgaven har jeg utviklet meg fra det mer ukritiske til å være mer bevisst på hva som står skrevet i de forskjellige fagbøkene. Og jeg ser etter hvert at jeg må endre mine synspunkter i forhold til min forforståelse. Men likevel vil jeg prøve å sette et positivt fokus på fysisk aktivitet for brukere med psykiske lidelser som er innelagt i psykiatriskavdeling. Jeg ønsker å få til en forståelse av hvor viktig det er med fysisk aktivitet. Og selv om man er psykisk syk er det like viktig og ha muligheten til å drive med fysisk aktivitet, på samme måten som alle andre psykisk friske.

## 4.0 Teoridel

### 4.1 Psykisk lidelse, hva er det?

I følge Snoek og Engdal (2008) kan psykiatri defineres som læren om sinnets eller sjelens lidelser. Det kan også sies at psykiatrien er læren om avvikende følelser, tanker og handlinger sett på som sykdommer. Som medisinsk spesialitet er psykiatri også en spesialisthelsetjeneste og ikke minst er psykiatri en del av kommunenes helsetjeneste. For våre synspunkter kan samfunnsmessige forhold ha betydning, hos oss er det hensiktsmessig å se på psykiske lidelser som sykdom når det står om tilgang til behandlingsmuligheter, trygderettigheter og lignende. Andre måter å se det på kan være mer hensiktsmessig for å forklare betydningen av et symptom eller på hvilken måte det har oppstått. Diagnoselisten som brukes offisielt bruker nå betegnelsen ”psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser”, og sykdomsbegrepet er på vei ut, selv om håndteringen av de psykiske plagene ligger under helsevesnet.

#### ***Historisk tilbakeblikk:***

Psykiatriens historie sier Snoek og Engdal (2008) er historien om samfunnets sosiale samvittighet, men også historien om jakten på de medisinske, og senere psykologiske, forklaringene som skal gjøre det uforståelige forståelig. (Foucault 1973) 1800-tallet hadde med seg betydningsfulle oppdagelser innen medisinen; bakterier ble oppdaget som årsak til infeksjonssykdommer og kunne også da tenkes å forårsake psykiatrisk sykdom.

I Norge var det legen Herman Wedel Major (1814-54) som først og fremst nevnes som foregangsperson for å gi personer med sinnslidelse pleie under menneskeverdige sammenheng; de skulle ikke gjemmes bort i uthus eller ”dårekister”. Etter eksempel fra fransk og engelsk lovgivning, som på dette området var banebrytende, utarbeidet han Norges første sinnssykelov, Loven om sinnssykes behandling og forpleining, og som ble vedtatt i 1848.

Sigmund Freud (1856-1939) la grunnlaget for utviklingen for psykoanalysen og forklaringsmodeller både for psykiske lidelser og menneskelig utvikling og samhandling i sin alminnelighet, en forståelse som regnes som grunnleggende i dagens psykiatri Snoek og Engdal (2008:25).

### **Rehabilitering:**

Erik Falkum sier at forholdet mellom arbeid og psykisk helse har vært underfokusert i det psykiske helsevesnet, og innsikten om arbeidet, både som risikofaktor og som rehabiliteringsfaktor, er mangelfull. Dette problemområdet er viktig i arbeidet for å konkretisere den sosiale aksen i den biopsykososiale modellen. Arbeidet som risikofaktor er studert ganske mye i en del yrkesmedisinske undersøkelser, mens arbeidet som rehabiliteringsfaktor har blitt relativt lite undersøkt i nordiske land. Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1997) understreker betydningen av arbeid og meningsfylt aktivitet som kilde til livskvalitet og rehabilitering, og behovene for tiltak er blitt konkretisert i *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*, en felles utredning fra Sosial- og helsedirektoratet og Arbeidsdirektoratet (2006).

I psykiatrisk rehabiliteringsarbeid er utgangspunktet at tilpasning til omgivelsenes krav fremmes ved at brukerens kompetanse utvikles på forskjellige måter. Tilpasningen fremmes også ved at omgivelsenes toleranse for personens forutsetninger øker, noe som burde vært sterkt fokusert i helse- og velferdsstaten (Borg, Martinsen og Moe 2011:117).

I rehabilitering er målgruppen mennesker med etablerte psykiske sykdommer sier Bunkholdt (2005), og målet er å redusere skadevirkningene av sykdommen slik at en kan leve så normalt som mulig. Det kan være mange områder å arbeide på for å nå slike mål. Når en bruker legges inn i sykehus, er selve brukerrollen og de forholdene ved sykehuset som former denne rollen, av stor betydning. Såkalte ”totale institusjoner”, det kan være institusjoner hvor mennesker tilbringer hele døgnet, kan virke på bestemte måter. En viktig side er *umyndiggjøring*. Det er andre som overtar ansvaret for mange avgjørelser som en vanligvis selv bruker å ta. Spisetidene er fastlagte og maten får en servert, reglene lite fleksible. Rammen for den individuelle friheten reduseres. Brukerne mister på den måten mange av de holdepunktene han eller hun har i sitt daglige liv, holdepunkter som bekrefter identitet, og som holder ved like identitet og opplevelser av mestring.

### **4.2 Virkninger av institusjonsopphold**

I følge Martinsen har fysisk aktivitet hatt liten plass i psykisk helsearbeid. Manglende kontinuitet og tilfeldigheter har preget mange av tilbudene, som i en viss grad har dekket pasienters behov for aktivitet. Dette innebærer for mange at fysisk aktivitet er å bry seg

mer om seg selv og bli mer bevisst sin situasjon og sin egen kropp. Det handler om egenomsorg og å hente frem selvhelende ressurser.

Institusjonsopphold har også til tider vist seg å være passiviserende og nedbrytende i mange tilfeller. Martinsen (2011) sier at opphold på psykiatrisk avdeling ofte kan være preget av en passiviserende tilværelse.

Mange begynner å røyke på institusjon og for de som røyker fra før vil røykeforbruket som regel øke under oppholdet. Mange spiser mye og går opp i vekt, og behandlingen er som regel passiv. Brukerne sitter i samtaler med behandlerne. Det blir også mye sitting på spisestue, dagligstue og foran tv skjermen. Regelmessig fysisk aktivitet er de fleste avdelingene et sjeldent tilbud. På denne måten vil en psykiatrisk behandling i mange tilfeller gi en svekkelse av en allerede dårlig kondisjon i stedet for å styrke den.

I følge Egil Martinsen (2011) kan ikke fysisk aktivitet erstatte de tradisjonelle behandlingsformene ved psykisk sykdom, men daglig fysisk aktivitet har en klar plass i helhetlig behandlingsopplagg. Røyking og overvekt, fysisk inaktivitet er svært vanlig i denne pasientgruppen, og er sannsynligvis viktige årsaker til den store økningen i sykkelighet og redusert levealder. Fysisk aktivitet regelmessig er et viktig tiltak for å styrke kroppslig helse. Enkelte studier viser at fysisk aktivitet kan påvirke negative symptomer og bidra til mestring av positive symptomer i følge Martinsen (2011). Og at det kan være et meningsfullt innhold i tilværelsen.

Egil Martinsen mener også at det kan være aktuelt å velge aktiviteter som er lystbetonte for mennesker som sliter psykisk, det gir en god følelse og kan gjøres sammen med andre, også i gruppesammenheng, der sjansen for å mestre er god.

### **4.3 Aktivitetsarenaer**

#### *Nærområder:*

Attraktive arenaer som er lett tilgjengelig for fysisk aktivitet som en del av behandlingen, er vesentlig for brukere som er innlagt i institusjon. Å komme i gang så fort som mulig må være det viktigste målet under institusjonsoppholdet, slik at den fysiske formen forbedres fremfor å svekkes under oppholdet. Når man starter opp kan det være nødvendig å benytte arenaer i nærheten av institusjonen, for mange av brukerne trenger tett oppfølging av personale. Det er viktig at treningstilbudet er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå. Fysiske aktiviteter som kan inngå som en del av opplegget er ulike hverdags aktiviteter i

institusjonen samt handleturer, kino-, konsert- og museumsbesøk. Opplegg som knytter sammen fysisk aktivitet og en form for belønning, kan være attraktive (Martinsen 2011).

#### *Institusjonsmiljø:*

På en institusjon, et dagsenter eller andre områder der helsepersonell og brukere samles, karakteriseres betydningen av et trygt miljø, gode mellommenneskelige relasjoner og omgivelser, og å bli møtt på likeverdig basis i forutsigbare og strukturerte miljøer, som et vesentlig grunnlag for å bli motivert til behandling (Borg & Hummelvold, 2008). For at brukeren skal oppleve å bli sett, forstått og respektert, vil dette læringsklimaet bidra til det og vil også være avgjørende for at brukerne skal føle at de har verdi som mennesker Borg (2011).

### **4.4 Motivasjon til fysisk aktivitet**

Manglende motivasjon kan være en utfordring forbundet med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Flere som sliter psykisk, er trette og utladet. Det kan bremse interessen for og gleden av å delta i fysisk aktivitet. Avpasset ytre motivasjon kan føre til atferdsendringer hos mennesker som opplever at de etter hvert selv tar herredømme og styrer sine valg i følge Martinsen (2011). Med henblikk på at de første inntrykkene kan påvirke prosessen, bør få konsekvenser for tilrettelegging. Videre påvirkes i tillegg motivasjon og engasjement av individets oppfatning av vanskelighetsgrad, egen dyktighet, interesser og trangten for å lykkes (Hassmen & Hassmen, 2005). Mange responderer på gode relasjoner, og den sosiale delen har stor verdi. Å delta i aktivitetsgrupper kan hjelpe til fysisk og psykisk oppladning, forbindelser og danninger av varig sosiale nettverk. Å delta i aktivitetsgruppe kan bidra til fysisk oppladning, fellesskap og dannelse av varige sosiale nettverk i følge Martinsen (2011).

Motivasjon er en viktig faktor til psykiatriske pasienter. Martinsen (2011) sier at det kan være tungt å komme i gang med fysisk aktivitet, og det å motivere seg kan for mange synes vanskelig. Motivasjon er en virksom prosess som kan påvirkes. Å skape utfordringer, benytte sine sterke sider, gripe fatt i håpet og opprettholde troen på livet, er avgjørende for resultatet (Borg, Martinsen og Moe 2011).

Martinsen (2011: 31) sier at fysisk bevegelse fører til bevegelse i tankene, tanke-gang. Det kan i seg selv løse mange problemer å gå, og de løses på en måte det ikke går an å lese seg

til. Bevegelse medfører endret perspektiv. Mange opplever at å bevege seg gir fred i sjelen og god mulighet til selvakklaring (Engelsrud,2006).

Snoek og Engdal (2008) sier at fysisk aktivitet og trening er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet. (Skard & Hoffart 1988) Selv om skjerming og ro, er viktig i den akuttpsykiatriske miljøterapien, er det viktig å forebygge passivitet og fysisk nedbygging. Fysisk aktivitet, om det er som systematisk treningsprogram eller formål med andre elementer av spontanitet og lek, vil gi økt velvære, og gi en følelse av egen mestring og kontroll og bedre selvfølelse. Alle disse faktorene vil bidra til bedre psykisk helse.

### ***En brukerundersøkelse:***

En undersøkelse av pasienter som var inneliggende i avdeling viste at de fleste i utgangspunktet var lite motivert for fysisk aktivitet i seg selv skriver Martinsen (2011). De var mest styrt av det de kunne oppnå gjennom aktiviteten, slik som sosial kontakt, vektreduksjon og bedre helse. Men det å gjøre noe meningsfullt var også viktig, morsomt og avkoblende. Enkelte mente at fysisk aktivitet ga dem spenning og avbrekk fra rutiner ved avdelingen. Pasientene følte i tillegg at de fikk utnyttet sine ressurser og oppnådde økt oppmerksomhet fra personalet, når de var fysisk aktive (Borg, Martinsen og Moe 2011).

### **Hva sier brukerne?**

oppgitte grunner for å være psykisk aktiv

#### **Bedre**

- fysisk form
- søvn

#### **Redusert(e)**

- abstinens
- angst (prestasjonsangst)
- depresjon
- bruk av medisiner (mindre bivirkninger)
- kroppslige plager
- isolasjon, ensomhet og spenninger

#### **Økt**

- energi og tiltakslust
- mestring

#### **Økt**

- interesse (også for andre ting)
- glede og trivsel
- nettverk / sosialt fellesskap
- nærhet, varme og trygghet
- selvfølelse og selvtillit
- vektkontroll
- velvære / livskvalitet

#### **Opplever**

- å ha noe meningsfullt å stå opp til
- å ha et fast holdepunkt i hverdagen
- en positiv rusfølelse
- en god følelse etter fysisk aktivitet

## 4.5 Mestring

Snoek og Engdal (2008) sier at mestring ikke er rettet mot oppmerksomheten av sykdom, men mot helse. Mestringsteorier er rettet mot *salutogenese* (prosessen som skaper sunnhet), av beskyttelsesfaktorer og motstandsdyktighet (resilience) og av hvilke rammebetingelser som øker motstandsdyktigheten. Snoek og Engdal sier videre at i mestringsteorien ser vi mer på hvilke elementer som gjør mennesker bedre egnet til å møte utfordringer tilværelsen gir. Det er to viktige rammebetingelser for å utvikle motstandskraft ved emosjonelle påvirkninger, er stabile emosjonelle relasjoner til viktige andre, og egne erfaringer om å kunne noe. Fortalt med andre ord: Mestring bygger på et samspill av emosjonell nærvær og kompetanse, dette er faktorer som er med på å bygge opp selvfølelsen. Økt mestring av eget liv kalles også *empowerment*.

I følge Martinsen knytter mange fysisk aktivitet til glede, atspredelse, sosial kontakt og noe som virker helsefremmende, her vil de fleste mennesker med psykiske plager ikke ha en indre motivasjon for å drive fysisk aktivitet. Tett oppfølging og hjelp er ofte nødvendig for å komme i gang (ytre motivasjon). Over tid vil positiv støtte gjerne bidra til endringer (Borg & Topor, 2007). Det stimulerer pasientenes ressurser og egen drivkraft for å være fysisk aktiv. Virksomheten i seg selv blir selvforsterkende, og den ytre påvirkningen blir mindre styrende.

Fysisk trening kan være en praktisk retning til å gi brukere en følelse av å mestre. Hvis treningen legges opp fornuftig, vil den fysiske formen til pasienten bygges opp og det vil gi bedre mestringsevne. Det som vil være viktig er at aktivitetene legges opp slik at brukerne kan klare å gjennomføre dem.

Mestring handler om å ha tilgang til ressurser – til kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og evnen til å utnytte disse, Heggen (2007:65). Og de sier videre, men det er ofte vanskelig å avgjøre hva som er god eller dårlig mestring. For en som driver med skiskyting på høyt internasjonalt nivå kan det være dårlig mestring å bli nr.2 i OL, men på en annen side kan det være god mestring for en hjerteoperert bruker når han klarer å sitte oppreist i sengen og holde kaffekoppen selv. Dette viser at mestring både må inkludere selve evnen til å utføre oppgaver (mestringskompetanse) og hvilke følelser eller forventninger vi har til denne utføringen (mestringsfølelsen) (Ekeland og Heggen (red) 2007).

## **4.6 Livskvalitet**

Livskvalitet/selvfølelse. Regelmessig fysisk trening gir en bedring av den fysiske helse og vil i mange tilfeller gi en bedring av selvfølelsen, blant annet ved å få et bedre forhold til kroppen. Fysisk aktivitet vil for mange også bety å bry seg om seg selv og bli mer bevisst sin situasjon og sin egen kropp. Dette vil igjen føre til at livskvaliteten til den enkelte bedres.

Solum (1993) poengterer at livskvalitet skal beskrive hvordan enkeltindividet ”har det” og ser sitt eget liv i forhold til seg selv og omgivelsene. For å ta opp de vesentligste sidene ved begrepet splitter han det opp i fire livskvalitetsdimensjoner (Askheim 2007).

**1 Sosial deltakelse**, der høy grad av sosial deltakelse indikerer høy livskvalitet

**2 Verdsetting**, der høy grad av anerkjennelse og verdsetting indikerer høy livskvalitet

**3 Mestring**, der utviklingen er god og relevante kunnskaper og ferdigheter for å kunne mestre egne og samfunnsmessige behov indikerer høy livskvalitet

**4 Frigjøring**, der mulighetene til å leve et selvvalgt og selvstendig liv indikerer høy livskvalitet

Askheim (2007) sier hvorfor livskvalitet er så vanskelig å definere, er at vi legger forskjellig vekt på hva som ses på som god livskvalitet. Og at det derfor blir opp til den enkelte selv å definere hva som er god livskvalitet. Til tross for defineringen av hva som er god livskvalitet er det stor enighet om at det er enkelte objektive forhold som ligger til grunn for å oppnå god livskvalitet. Dette gjelder det vi gjerne legger i begrepet levekår (materielle forhold, helse, utdanning sysselsetting osv.) (Melberg 2000). De mellommenneskelige relasjonene og individets indre tilstand vil også ha en innvirkning på hva som kan tolkes som god livskvalitet (Henriksen 1992) (Askheim 2007:72).



## 5. 0 Drøfting

I teoridelen har jeg beskrevet de positive sidene ved fysisk aktivitet, brukt som en del av behandlingsopplegget til brukere innlagt i psykiatriske avdelinger.

Jeg vil her se på noen underspørsmål til problemstillingen. **På hvilken måte kan fysisk aktivitet bidra til mestring, livskvalitet og bedring for mennesker med psykiske lidelser?**

**1. Ideologi.**

**2. Hvordan kan fysisk aktivitet gi mestring?**

**3. Kan fysisk aktivitet virke inn på livskvaliteten?**

**4. Kan mennesker med en alvorlig psykisk lidelse bli bedre?**

**5. Hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med psykiske problemer?**

### ***5.1 Institusjonens ideologi***

For å ha et behandlingsopplegg der fysisk aktivitet er en del av opplegget til brukerne er det viktig at institusjonen har en målsetting som vektlegger dette. Det må være en forutsetning at personale har en felles holdning til at fysisk aktivitet er noe som bør prioriteres. For å øke kunnskapen om fysisk aktivitet i behandling, kan det holdes seminarer eller internundervisning om temaet til de ansatte.

Jeg skrev i teoridelen om at når man starter med fysisk aktivitet er det en prosess som krever innsats både av helsepersonell og ikke minst brukeren selv. Obligatorisk fysisk aktivitet, bør i utgangspunktet være forankret i en behandlingskultur og tilrettelagt av fagpersoner, dette vil gjøre det lettere for mange i følge (Martinsen 2011).

Motivasjonsklima påvirkes av prosesser i behandlingsmiljøet, og i første rekke ledelsens og personalets holdninger til og engasjement for fysisk aktivitet som behandling. Et forutsigbart, variert og spennende aktivitetstilbud, basert på trivsel og sosialt fellesskap, vil styrke motivasjonsklimaet og bli styrende for om den fysiske aktiviteten blir regelmessig og varig. I et aktivt miljø som er opptatt av hele mennesket, vil tilrettelagt aktivitetsopplegg oppleves som viktig, både av personale og brukere. Målet bør være at brukerne opplever glede, motivasjon, trygghet, mestring og oppbygging av et positivt selvbilde (Duesund, 2001) Borg, Martinsen og Moe (2011).

I de fleste psykiatriske institusjoner har det ikke vært drevet aktivt med systematisk fysisk aktivitet. Bare i perioder når det har vært ansatt ildsjeler som fysioterapeuter eller andre fagpersoner har fysisk aktivitet blitt brukt og når disse har sluttet har også aktivitetene på området avtatt. Derfor er det viktig at de psykiatriske avdelingene har en ideologi som imøtekommer kravene eller forutsetningene med tanke på fysisk aktivitet. Ideologien må være nedskrevet i avdelingenes instruksjoner slik at personalet vet at de skal bidra til å motivere brukere til aktiviteter, i stedet for en passiv behandlingskultur som kan forsterke manglende motivasjon for fysisk aktivitet.

### **Fysisk aktivitet kan være forskjellige ting:**

Det som er viktig blir å øke brukernes kunnskap og tanker om betydningen av å være fysisk aktiv. Lek kan være en del av behandlingstilbudet til brukerne og kan utøves på ulike måter og i forhold til aldersgrupper. Samtidig kan lek tilpasses forskjellige nivåer og er lystbetont morsomme og krever lite utstyr. Dette er også noe som man gjør sammen med andre. Når man skal velge aktivitet er det også viktig at dette er noe som man har erfaring med fra før. Sjansene for å mestre kan da være rimelig gode. Det trenger heller ikke å koste for mye og finnes i nærmiljøet. Et viktig poeng er også, at treningstilbudet er tilpasset funksjonsnivået. Hvis dette behandlingstilbudet er innarbeidet i institusjonens ideologi fra grunnen av vil det være lettere å fortsette med en aktiv behandlingskultur som fysisk aktivitet også i fremtiden.

Trening vil si å øke aktiviteten ut i fra det nivået brukeren befinner seg på, og for noen vil det handle om å øke hverdagsaktiviteten. Ved valg av aktiviteter for inneliggende brukere bør, i den grad det er mulig, baseres på aktiviteter som kan videreføres etter utskrivning. I brukerundersøkelsen som jeg skrev om i teoridelen sier brukerne at de i utgangspunktet var lite motivert for fysisk aktivitet, men at de var mest styrt av hva de kunne oppnå gjennom aktiviteten, slik som sosial kontakt, vektreduksjon og bedre helse. De sier også at de oppnådde økt oppmerksomhet fra personalet.

Borg og Topor (2003) sier at det virker som om personalets emosjonelle engasjement i brukeren både skaper og bygger på en ny måte å se den enkelte på. De ser brukeren ikke bare som bruker, men som et menneske med kreativitet til å være mer enn bruker, som et sammensatt individ. Og på den måten utvikles en relasjon med rom for gjensidighet. Begge får noe ut av møtene. Mange forklarer dette engasjementet, denne gjensidigheten,

som en avgjørende faktor i deres bedring, bestemmende for det de profesjonelle har gjort for dem som har vært til hjelp.

Fysisk aktivitet i behandlingen av psykiatriske brukere er også at denne aktiviteten skal gi brukerne nye valgmuligheter. Da er det viktig at denne formen for behandling er forankret i avdelingenes ideologi for at den skal bli utført.

Men sett fra en annen side er vi som personale mindre betydningsfulle. Topor mfl. (2002) sier at mange kommer seg uten at det kan settes i forbindelse med behandling. Han sier at å komme seg, er en individuell prosess som er avhengig av brukerens egen historie.

Innsatsen fra personalet kan ha forskjellige virkninger for forskjellige brukere, og videre kan den gi en annen virkning hos den samme personen senere i hans liv. Da blir det viktig å ha et vidt spekter av tilbud å kunne ta i bruk.

Når man starter med fysisk aktivitet er det en prosess som krever innsats både av helsepersonell og ikke minst deltakeren selv. Obligatorisk fysisk aktivitet, bør i utgangspunktet være forankret i en behandlingskultur og tilrettelagt av fagpersoner, dette vil gjøre det lettere for mange. Hvis den fysiske aktiviteten er basert på frivillighet og i liten grad forankret i individuelle planer og konkrete behandlingsmål, kan det bli problemer å få det til. Et viktig poeng er at treningstilbudet er tilpasset funksjonsnivået. Tilgang til treningssteder bør være lett tilgjengelig, og de aller fleste synes det er greit å ha noen likemenn å trene sammen med.

### **Fysisk aktivitet som trening:**

Det er mange brukere som er fysisk aktive før de kommer til sykehuset. Da er det viktig for disse at de får mulighet til fortsatt trening etter innleggelse. For som Martinsen (2011) sier, må målet være å komme i gang med fysisk aktivitet så fort så mulig når man er innlagt på sykehus, slik at den fysiske formen forbedres fremfor å svekkes under oppholdet (Borg, Martinsen og Moe 2011:91).

Hvis de psykiatriske avdelingene mangler en ideologi om at trening er viktig for brukere som er innlagt og heller baserer seg på samtale terapi som ledd i behandlingen, (som har vært mest vanlig behandlingsform opp igjennom årene), vil mest sannsynlig den fysiske formen til brukerne svekkes når de er inneliggende.

**Styrking av ressurser.** Atferden til pasienter med psykiske lidelser er ofte styrt av angst, depresjon og lav selvfølelse. Liten tro på egne ressurser og hjelpeløshet demper

forventningene til hva de kan oppnå ved å drive fysisk aktivitet. Også mange forbinder fysisk aktivitet med slit og ubehag. Dette er et argument for at pasienter innlagt i psykiatriske avdelinger bør bli tilbudt fysisk trening. Bedrer man pasientens fysiske helse bidrar man til at den totale helsetilstanden også bedres. Dette vil igjen gi styrkning av pasientens ressurser. Det vil også være viktig å motivere brukerne til fysisk aktivitet da dette er noe de kan videreføre etter at de har kommet tilbake til hjemkommunen. Bearbeiding av konfliktområder og uhensiktsmessige atferdsmønstre er noen av oppgavene det legges vekt på i psykiatriske sykehus som prøver å arbeide etter en psykoterapeutisk tilnærming. Men også som metode kan fysisk aktivitet være bra.

## ***5.2 Hvordan kan fysisk aktivitet gi mestring?***

Hvis trening legges opp fornuftig, vil den fysiske formen til brukerne bygges opp og det kan gi mestringsevne. Fysisk trening kan være en praktisk retning til å gi brukerne en opplevelse av å mestre. Og det som vil være viktig er at aktivitetene legges opp slik at brukerne kan klare å komme seg igjennom dem.

Det viser seg at mestring både må inkludere selve evnen til å utføre oppgaver (mestringskompetanse) og hvilke følelser eller forventninger vi har til denne utføringen (mestringsfølelse) i følge Ekeland og Heggen (2007).

Snoek og Engdal (2008) sier at fysisk aktivitet og trening er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet. (Skard & Hoffart 1988) Selv om skjerming og ro, er viktig i den akuttpsykiatriske miljøterapien, er det viktig å forebygge passivitet og fysisk nedbygging. Fysisk aktivitet, om det er som systematisk treningsprogram eller formål med andre elementer av spontanitet og lek, kan gi økt velvære, og gi en følelse av egen mestring og kontroll og bedre selvfølelse. Begge delene vil bidra til bedre psykisk helse.

Fysisk aktivitet kan bidra til å styrke den kroppslige helse. Enkelte studier viser at fysisk aktivitet kan påvirke negative symptomer og depresjon, og bidra til mestring av positive symptomer. Og at det kan være et meningsfullt innhold i tilværelsen (Martinsen 2011).

Mennesker reagerer individuelt på livets utfordringer og eventuelle traumer. Mestring retter seg både mot kognitive, affektive og holdningsmessige prosesser, og disse er nært knyttet til hverandre (Hymovich og Hagopian 1992) (Eide & Eide 2009: 172).

Det er også av betydning at vi som personale skaper en god relasjon til brukerne gjennom anerkjennende kommunikasjon, der vi fokuserer på brukernes opplevelse, der vi gir håp om bedring. Vi må hjelpe brukerne til å lage egne mål hvor de fokuserer på det å mestre. Dette kan gi økt velvære, og følelse av egen mestring og kontroll å bedre selvfølelse. Alle disse faktorene kan bidra til bedre psykisk helse.

Mestring kan også bidra til økt livskvalitet, fordi en føler at man får utført noe bra.

Mestring handler ofte om sammenhenger om å utføre noe ut fra egne forutsetninger og mål.

Fysisk aktivitet kan også gi motsatt virkning av mestring. Hvis vi legger opp til for krevende aktiviteter og brukerne ikke mestrer disse, kan selvtilliten og mestringsevnen bli nedsatt hos den enkelte bruker. Dette kan igjen føre til angst, negative tanker og frykt for hva som kan komme senere av aktiviteter. Det vil være av betydning at vi som personale legger opp til aktiviteter som vi vet at brukerne mestrer. Jeg mener det kan være av betydning at personalet legger opp til fysisk aktivitet til psykiatriske brukere på en uhøytydelig og uformell måte, ikke nøyaktig planlagt treningsopplegg. Kanskje kan det i mange tilfeller være nok med en felles tur der brukerne får oppleve det sosiale fellesskapet av å være sammen med andre som er i samme situasjon. I sånne situasjoner behøver de kun være seg selv.

For opplevelsen av mestring er de sosiale arenaene viktig sier Heggen (2007) og sier videre at det er meningsfylt å se mestring i et systemperspektiv som Bronfenbrenner (1979:2) gjorde. Han viser til mestring i et større bioøkologisk perspektiv, gjennom mikro, meso, ekso og makronivået. Individuelle prosesser, kunnskap, tilgang til hjelpemidler og holdninger er noe av det mestring handler om. Evnen til å benytte slike resurser ligger i relasjonene man har oppnådd, i sosialt nettverk og ideologisk struktur (Heggen 2007).

### ***5.3 Hvordan kan fysisk aktivitet virke inn på livskvaliteten?***

Helsegevinstene kan være mange og betydningsfulle. De som er i god form, kan også komme seg lettere etter å ha blitt rammet av sykdom. Å inneha god fysisk helse kan også være gunstig for sinnets helse, regelmessig fysisk aktivitet gir økt velvære og bedret selvfølelse, som igjen øker livskvaliteten og gir mindre tretthet og mer energi. Det vil også gi et bedre forhold til kroppen og på den måten oppnå bedre livskvalitet.

Funn fra studier i følge Martinsen (2011), som inkluderer 23 kontrollerte forsøk, viser at fysisk trening kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse og andre viktige selvoppfatninger, sånn som kroppsbilde. Ved ulike former for aktiviteter er sjansen stor for bedring, særlig er det vist ved kondisjons- og vekttrening. Den største endringen skjer ved fysisk selvoppfatning, som er et bilde av den totale selvfølelsen.

Bedring av fysisk helse er også gunstig for den mentale helse, og regelmessig fysisk aktivitet medfører økt velvære og bedret selvfølelse, mindre tretthet og mer energi, samt et bedre forhold til kroppen i følge Martinsen(2011).

Når man driver med fysisk aktivitet kan det også redusere faren for å utvikle depresjoner og demenssykdommer. Og når det gjelder mennesker med psykiske lidelser kan fysisk aktivitet være en virksom behandlingsmetode. Dette er godt dokumentert ved depresjonssykdommer, men også i en del tilfeller av angstlidelser, misbruk og avhengighet av rusmidler, schizofreni, samt normal- eller overvektige brukere med spiseforstyrrelser. Når det gjelder sykdommer som befinner seg i skjæringspunktet mellom kropp og sjel, slik som fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom og kroniske smerter kan fysisk aktivitet også være gunstig Martinsen (2011).

Regelmessig fysisk trening gir en bedring av den fysiske helse og vil i mange tilfeller gi en bedring av selvfølelsen, blant annet ved å få et bedre forhold til kroppen. Fysisk aktivitet vil for mange også bety å bry seg om seg selv og bli mer bevisst sin situasjon og sin egen kropp. Dette kan igjen føre til at livskvaliteten til den enkelte bedres.

Fysisk aktivitet defineres som alle kroppslige bevegelser som resulterer i økt energiforbruk i følge Martinsen (2011), men i motsetning til fysisk trening som er planlagt, strukturert og gjentatte aktiviteter som har til hensikt å øke eller forbedre eller opprettholde fysisk form eller prestasjonsnivå. I den vanlige dagligtalen brukes begrepene om hverandre (Espnes & Smedslund), 2009). I psykisk helsearbeid vil målet med fysisk aktivitet i all hovedsak være å oppnå bedre helse og økt livskvalitet. Når man gjennomfører regelmessig fysisk aktivitet blir man ofte gladere og sterkere. Brukerne blir mer fornøyd med seg selv og tåler mer (Sosial- og helsedirektoratet, 2000) (Borge, Martinsen og Moe (2011).

Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1997) understreker betydningen av arbeid og meningsfylt aktivitet som kilde til livskvalitet og rehabilitering, og behovene for tiltak er blitt konkretisert i *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk*

*helse 2007-2012*, en felles utredning fra Sosial- og helsedirektoratet og Arbeidsdirektoratet (2006).

Halldor Skard (2000) sier at fysisk aktivitet blir meningsløst hvis aktiviteten begrenses til å utføre mekaniske bevegelser for på den måten å holde kroppen i orden. Det blir av betydning at ikke verdiaspektet blir glemt. Å finne frem til meningsfulle og verdifulle aktiviteter for hele mennesket, slik at vi kan være sammen med andre mennesker i ulike aktivitetssammenhenger, hvor mestring, ikke prestasjon, er målet. Da blir flere også inkludert. Å lete etter kroppserfaringer gir egen kunnskap og sanseopplevelse som er spesiell for den enkelte. Disse opplevelsene kan også deles i fellesskap. Gevinsten kan bli enda større bevegelsesbevissthet, mestring, livsglede og livskvalitet.

I følge Topor (2006) så kan fysisk aktivitet også gi dårligere livskvalitet. Han sier at en del brukere lett påtar seg for mange oppgaver i forhold til hva de klarer. De har vanskelig for å si nei når de blir spurt om noe. Ofte kan en måte å opptre på føre til stress og en følelse av å ikke strekke til. Mange ser en tid med lite søvn som et sikkert faresignal på at nå går de inn i en vanskelig periode. Å hoppe av, ta det med ro en stund, hvile seg, sove mer og ved behov ta medisin eller øke dosen kan være en virksom måte å håndtere disse tidlige tegnene på.

Institusjonsopphold har også til tider vist seg å være passiviserende og nedbrytende i mange tilfeller. Martinsen (2011) sier at opphold på psykiatrisk avdeling ofte kan være preget av en passiviserende tilværelse.

Mange begynner å røyke på institusjon og for de som røyker fra før vil røykeforbruket som regel øke under oppholdet. Mange spiser mye og går opp i vekt, og behandlingen er som regel passiv. Brukerne sitter i samtaler med behandlerne. Det blir også mye sitting på spisestue, dagligstue og foran tv skjermen. Regelmessig fysisk aktivitet er de fleste avdelingene et sjeldent tilbud. På denne måten vil en psykiatrisk behandling i mange tilfeller gi en svekkelse av en allerede dårlig kondisjon i stedet for å styrke den. Dette kan igjen bidra til svekkelse av livskvaliteten for mange.

Brukere som er innlagt i psykiatriske institusjoner er gjennomsnittlig i dårligere fysisk form enn mennesker utenfor institusjonene. Dette er et vesentlig poeng for at brukere i psykiatriske institusjoner bør bli tilbudt fysisk aktivitet. Bedrer man brukernes fysiske

helse hjelper man til at den totale helsetilstanden blir bedre. Dette gir styrking av brukerens ressurser og vil gi økt livskvalitet.

#### **5.4 Kan mennesker med alvorlig psykiske lidelse bli bedre?**

Patricia Deegan (1988), en amerikansk psykolog beskriver bedring som en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på. Med målet for bedring sier hun er å kunne være en del av den menneskelige strøm, med all sin individualitet. Bedring innebærer å mestre utfordringene ved ens funksjonsbegrensinger, og å gjenoppbygge opplevelsene av integritet innenfor disse begrensningene så vel som utenfor (Topor 2003).

Topor (2006) sier at begrepet bedring skiller seg fra både helbredelse og rehabilitering på tre avgjørende måter:

**1. Individets (egen) innsats.** Som følge av et arbeid som individet gjør selv, oftest med hjelp av andre er det som alltid gir bedring. Når vi snakker om bedring medfører derfor at man erkjenner brukerens aktive og avgjørende medvirkning.

**2. Hele mennesket.** Helbredelse konsentrerer seg om symptomene. Mot ulike utilstrekkelige funksjoner retter rehabilitering seg i mot. Når det dreier seg om bedringsprosessen handler det om å se hele individet i en sammenheng. Når det gjelder bedring handler det for mange brukere om å finne seg selv. Bedring innebærer at individet blir herre over ulike funksjoner.

**3. Makt.** Å skaffe seg makt over eget liv med hensyn til hvordan han vil leve det, og hvordan han kan utforme livet slik han ønsker å leve det innebærer bedring for individet. Symptomene må erobres, det gjelder også i forhold til behandlingsmetodene, psykiatriens og sosialtjenestens personale og pårørende.

Bedring beskrives som en dyp, personlig, unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, mål og/ eller roller. Det blir en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, også innenfor den begrensende rammen sykdommen skaper. Bedring fordrer at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekter bak seg. I teoridelen sier Martinsen (2011), at ved ulike former for aktiviteter er sjansen stor for bedring, og at dette er særlig vist ved kondisjons- og vekttrening.



Da blir det vesentlig å unngå tilbakefall. Tilbakefall er vanlig, så vanlig at det å oppleve tilbakefall i forbindelse med et forandringsforsøk er det normale. Å ikke ha tilbakefall hører til sjeldenheten. De beste utsiktene til å lykkes over tid finner vi muligens ved endring av fysisk aktivitet. Har man først kommet i gang og kommet over de første kneikene, kan det bli vanskelig å vende tilbake til passiv tilværelse uten fysisk aktivitet (Prescott og Børtveit 2004).

Mye av forskning innefor tilfriskning har søkelys på bedringsprosesser og vendepunkter i behandling. Studier av bedringsprosesser bidrar med nye perspektiver i forståelsen av hva som er god hjelp i psykisk helsearbeid. Strauss et al. (1985) har pekt på at brukers bedringsprosesser neppe kan ses på som lineære prosesser, men at det snarere dreier seg om et skifte av fokus fra oppnådde resultater til endringsforløp (Ulvestad, Henriksen, Tuseth og Fjeldstad 2007).

Moe og Martinsen (2011) sier at, selv om mange knytter fysisk aktivitet til glede, atspredelse, sosial kontakt og noe som virker helsefremmende, har de aller fleste brukere med psykiske plager ikke en indre motivasjon for å drive fysisk aktivitet. Tett oppfølging og støtte er ofte nødvendig for å komme i gang (ytre motivasjon). Over tid vil støtte gjerne bidra til positive endringer (Borg og Topor, 2007). Det stimulerer brukernes ressurser og egen drivkraft for å være fysisk aktiv. Aktiviteten i seg selv blir selvforsterkende, og den ytre påvirkningen blir mindre styrende i følge Moe og Martinsen (2011).

Fysisk aktivitet kan med fordel kombineres med psykologisk behandling i følge Martinsen (2011). Han sier videre at dette har vært mest utviklet i forhold til kognitiv terapi (Martinsen, 2008). Denne formen for terapi handler i korthet om at våre følelser påvirkes av hvordan vi tenker og hvordan vi handler, vår atferd. Når vi behandler psykiske lidelser forsøker vi å arbeide med tanker og atferd. Tanker kan bevisstgjøres. Når vi er blitt klar over hvordan vi tenker, kan vi stille spørsmål om måten vi tenker på er hensiktsmessig, eller om vi bør trene oss i å tenke på en mer funksjonell måte, som gjør at vi får det bedre med oss selv og våre omgivelser og fungerer bedre.

Bedringsprosessen oppleves i mange etapper med fremgang og tilbakefall. Det er umulig å forutsi hvilket stadium som kommer til å bli det siste: Jo lenger utviklingen pågår, desto

mer blir den tidligere brukerens liv likt andre personers liv og problemer. Det han har erfart med lidelsen, blir til en del av normalitetens lidelse. Noen av de som kommer seg, lever et liv med jobb, familie, et stort sosialt nettverk og ulike fritidsinteresser (Topor 2006).

## ***5.5 Hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med psykiske problemer?***

Effekt på selvfølelse og kroppsopplevelse.

I følge Martinsen (2011) viser funn fra studier, som også inkluderer 23 kontrollerte forsøk, at fysisk trening kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse og andre viktige selvoppfatninger, sånn som kroppsilde. Positive forandringer vil kunne skje i alle aldre og for begge kjønn, men er mest dokumentert hos barn og middelaldrende. Ved ulike former for aktiviteter er sjansen stor for bedring, særlig er det vist ved kondisjons- og vekttraining. Den største endringen skjer med fysisk selvoppfatning, som er et bilde av den totale selvfølelsen.

Martinsen(2011) sier at god fysisk helse er gunstig også for sinnets helse, og at regelmessig fysisk aktivitet medfører økt velvære og bedret selvfølelse, mindre tretthet og mer energi, men også et bedre forhold til egen kropp.

Man kan få bedre selvfølelse og kroppsoppfatning. Selvet kan best beskrives som et komplekst system av flere elementer. Det kan omfatte familie-selvet, arbeids-selvet, det følelsesmessige selv, det sosiale selv og det fysiske selv.

Funn fra flere studier, som også inkluderer 23 kontrollerte forsøk, har vist at fysisk trening kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse og andre viktige selvoppfatninger, slik som kroppsilde. Positive endringer kan skje for begge kjønn i alle aldre.

En uttalelse fra en bruker som har slitt i en årrekke sier at fysisk aktivitet gjør meg glad. Jeg kjenner at jeg blir i bedre form og orker mer. Den mørke tunellen jeg har vært i, er ikke lenger mørk hele tiden. Nå ler jeg for første gang på ett år. Når vi spiller innebandy og leker, har jeg det gøy. Jeg kan være meg selv og kjenner meg like bra som de andre (Martinsen 2011).

Fysisk aktivitet vil i de aller fleste tilfellene gi en positiv effekt til mennesker med psykiske lidelser. Som ferdig utdannet helse- og sosialarbeider vil det være vesentlig for meg å forsøke å øke brukernes forståelse og kunnskap om betydningen av å være fysisk aktive. Som en del av behandlingstilbudet til brukerne kan lek være en del av behandlingen og som kan utøves på mange forskjellige måter. Selv om man er en voksen bruker kan en være med å leke, selv om vi knytter lek opp mot yngre brukere. Viktig for meg blir å øke forståelsen til brukeren slik at han/hun innser at lek også kan være fysisk aktivitet og som gir glede og godt humør. Å gjøre mer og å delta på aktiviteter kan by på det sosiale samspillet man trenger for å eksistere som menneske. Aktiviteter innebærer at man distraheres fra egne tanker.

## 6. Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven ser jeg at fysisk aktivitet kan ha en stor betydning for å ta grep om eget liv for brukere. Problemstillingen som jeg har brukt er om fysisk aktivitet kan gi mestring og dermed bedring av livskvalitet til mennesker med psykisk lidelse. Det er ikke så mange vitenskaplige undersøkelser på dette området, (hvorfor det kan en jo undres over). Men jeg fant en god del litteratur og flere praktiske eksempler som viser at fysisk aktivitet som en del av behandlingen er viktig.

I arbeidet med litteraturstudiet ser jeg at fysisk aktivitet kan være et viktig bidrag i bedringen til mennesker med psykiske lidelser. Det kan være mange positive effekter ved å utøve fysisk aktivitet, særlig når man opplever god mestring av det en utfører og forholdene ligger til rette for det. Det jeg har sett er at det er viktig å ikke stille for store krav til aktiviteter men avpasse disse til hver enkelt sine ønsker og mål. Da blir det også lettere å oppnå mestring for den enkelte bruker.

For å oppleve bedring av livskvaliteten må mestring være til stede. Fysisk aktivitet kan da være en praktisk retning til å gi brukerne en følelse av å mestre.

Det kan også mange ganger være tungt å komme i gang med fysisk aktivitet, manglende motivasjon kan bli en utfordring forbundet med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Men mange av brukerne responderer på gode relasjoner, og det viser seg at det sosiale elementet har stor betydning.

Funn fra studier viser også at fysisk aktivitet kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse og at det kan være med på å endre selvoppfatninger, sånn som kroppsbilde. Dette kan igjen bety at fysisk aktivitet for mange betyr å bry seg om seg selv og bli mer bevisst sin situasjon og sin egen kropp. Mange av brukerne har liten tro på egne ressurser og hjelpeløsheten demper forventningene til hva de kan oppnå ved fysisk aktivitet. Dette blir et argument for at brukere bør bli tilbudt fysisk aktivitet. Bedrer man brukerens fysiske helse bidrar man til at den totale helsetilstanden bedres.

Mye av det jeg har skrevet om i dette litteraturstudiet handler om hvordan vi som vernepleiere helt konkret kan være med på å legge til rette for endringer av atferd som kan ha helsemessige følger. Mens vi som vernepleiere kan hjelpe til og motivere til fysisk aktivitet, sier det seg selv at vi ikke kan gjøre jobben for brukerne. Aktiv deltakelse fra brukernes side er helt nødvendig for å komme i gang. Motivasjonssamtalen kan for oss vernepleiere bli et viktig verktøy i dette arbeidet, og evnen til å lytte og kommunisere

avgjør om det blir en samtale som bidrar til at brukeren blir aktivt deltagende i sitt eget behandlings opplegg.

## Litteraturliste

Aadland, Einar (2010) *Og eg ser på deg... "Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter (2007) *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede* Gyldendal Norske Forlag AS

Bunkholdt, Vigdis (2005) *PSYKOLOGI En innføring for Helse- og sosialarbeidere* 2.utgave Universitetsforlaget

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red) (2007) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* Gyldendal Norske Forlag AS

Dalland, Olav (2007) *Metode for oppgaveskriving for studenter.* Gyldendal Norske Forlag AS

Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (red.) (2007). *Meistring og myndiggjering* Gyldendal Norske Forlag AS

Eide & Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* Gyldendal Norske Forlag AS

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008) *Psykisatri. Kunnskap; Forståelse; Utfordringer* Akribe Forlag 2000

### Selvvalgt litteratur

Borg, Marit og Alain Topor (2003) *Virksomme relasjoner Om bedringsprosesser ved en alvorlig psykisk lidelse* Kommuneforlaget AS, Oslo

Borg, Lisbet, Egil W Martinsen og Torill Moe (2011) *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. S. 77 – 96 I: *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. Moe Torill og Egil W Martinsen Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Martinsen, Egil W, (2011) *Kropp og sinn*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Prescott, Peter og Tore Børtveit (2004) *Helse og atferdsendring* Gyldendal Norske forlag AS

Skard, Halldor (2004) *Kunsten å være i bevegelse* Oslo: Skapende livstil

Topor, Alain (2006) *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer* Kommuneforlaget AS

Ulvestad, Asbjørn Karki, Arne Kristian Henriksen, Anne Grethe Tuset og Tor Fjeldstad (red.) (2007) *Klienten – Den glemte terapeut Brukerstyring i psykisk helsearbeid* Gyldendal Norske Forlag AS

**Offentlige publikasjoner:**

Helse- og omsorgsdepartementet(2004). Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. På internett:

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan 2005-2009.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan%202005-2009.pdf) (lest 25.04 12)