



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

På hvilken måte kan fysisk aktivitet utgjøre en vesentlig faktor i forebygging og behandling av depresjon?

How can physical activity make a difference in prevention and treatment of depression?

Ruth Janne Skrede

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

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: 15

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: 10 087

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Presentasjon av tema	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema	6
2.0 Problemformulering og avgrensing av tema	7
2.1 Problemstilling	7
2.1.1 Underproblemstillinger	7
2.2 Avgrensinger av tema	8
3.0 Forforståelse og antakelser om hva jeg vil finne ut i denne oppgaven	8
4.0 Metode	9
5.1 Fysisk aktivitet	10
5.2 Depresjon	13
5.3 Årsak og risikofaktorer til depresjon.....	15
5.4 Hypoteser om virkningsmekanismer	16
5.5 Forskning om fysisk aktivitet som forebygging og behandling mot depresjon	17
5.6 Motivasjon og holdning	19
5.7 Tverrfaglig samarbeid	21
5.8 Vernepleiefaglige arbeid (AHA) i behandling.....	22
6.0 Drøfting	24
6.1 Hvordan kan fysisk aktivitet virke inn på depresjon?.....	24
6.2 Miljøarbeid/vernepleiefaglig arbeid som motivasjonsfaktor til fysisk aktivitet	28
6.3 Hvilke grupper av deprimerte bør vise varsomhet til fysisk aktivitet?	34
7.0 Avslutning og refleksjon	36
7.1 Konklusjon	36
8.0 Litteraturliste	37

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Bakgrunn for oppgaven er at jeg i siste semester ved vernepleieutdanningen skal skrive en fordypningsoppgave. I denne oppgaven velger jeg å skrive om fysisk aktivitet i sammenheng med psykiske lidelse. Da jeg synes dette tema er interessant og spennende fordi man ofte kan se positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk lidelse. Som igjen kan få innvirkninger som økt selvfølelse og mestring hos hver enkelt.

Samfunnet har blitt tilrettelagt for inaktivitet de siste 10 årene. For å få fysisk aktivitet som en del av hverdagen, må man i dag være bevisst på dette. I forhold til de dominerende sykdomsgruppene vil regelmessig fysisk aktivitet representere et stort forebyggingspotensiale. Det er videre dokumentert at bruk av fysisk aktivitet er svært effektivt i behandlingen av mange sykdommer og tilstander, i noen tilfeller kan behovet for medisinerings reduseres eller erstattes (Aktivitetshåndboken 2008).

Fysisk aktivitet kan på denne måten være et middel for hjelp til selvhjelp for mange, så de står mer styrket til å mestre, og forebygge plager, sykdommer og påkjenninger i livet (Martinsen 2011).

Jeg velger ikke å se på alle typer psykiske lidelser i denne oppgaven, men har valgt å se nærmere på depresjon. Dette fordi undersøkelser og dokumentasjon viser at de som ikke er fysisk inaktive har en større sjanse for å utvikle depresjon enn de som er fysisk aktive. Depresjon er også en stor sykdomsgruppe i samfunnet, og regnes som det største folkehelseproblemet i den vestlige verden. Depresjon fører med seg omfattende konsekvenser som sykemelding og arbeidsuførhet (Almvik og Borge 2006).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Depresjon (unipolare/bipolare lidelser) er et stort samfunnsproblem. Omtrent 5 % av voksne nordmenn vil enhver tid være deprimert. Litt over 7 % forteller at de i løpet av siste år har vært deprimerte. Og ser man livsløpet under ett vil 18 % oppleve depresjon (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

Temaet og problemstillingen er derfor helsepolitisk og behandlingsmessig vesentlig for meg som fremtidig vernepleier.

Jeg tenker at jeg kan få være med å tilrettelegge for at fysisk aktivitet kan være en del av behandling for depresjon. Jeg har også erfaring gjennom jobb og praksis der jeg så effekten av hva mosjon og fysisk aktivitet kan gjøre, på en positiv måte for kropp og sjel. Brukerne ble gladere og hadde noe å se frem til og mestret. Smilet og gleden kom frem, effekten som bedre muskulatur og holdning virket inn og stagnerte smerter og spenninger i kroppen. Men motivasjon og holdninger blant de ansatte er relevant og viktig, og utgjør mye av dette arbeidet. Så dette temaet kan jeg ta med meg inn arbeidet med mennesker som trenger slik tilrettelegging. Gjennom å tilegne meg mer kunnskap og forståelse har jeg mer å tilføre, og kan jobbe derifra for at noen av dem forhåpentligvis kan få en bedre hverdag på sikt ut fra behandlingsopplegg og aktiviteter.

2.0 Problemformulering og avgrensning av tema

2.1 Problemstilling

På hvilken måte kan fysisk aktivitet utgjøre en vesentlig faktor i forebygging og behandling av depresjon?

2.1.1 Underproblemstillinger

- Hvordan kan fysisk aktivitet virke positivt inn på depresjon?*
- Miljøarbeid som motivasjonsfaktor til fysisk aktivitet*
- Hvilke grupper av deprimerte bør ikke benytte seg av fysisk aktivitet? / Passer fysisk aktivitet til alle deprimerte?*

2.2 Avgrensinger av tema

Det er mange forskjellige typer psykiske lidelser og diagnoser, både blant barn, ungdom og voksne. Jeg velger i denne oppgaven å avgrense tema til mennesker med lettere og moderat depresjon.

3.0 Forforståelse og antakelser om hva jeg vil finne ut i denne oppgaven

Erfaringene man skaffer seg i miljøarbeidet, kan danne grunnlag for ny kunnskap. Da gjennom samtale med kolleger, involverte parter og/eller sette seg inn i tilgjengelig skriftlig material. Slik kunnskap kan danne grunnlaget for utvidet anvendelse av eksisterende kunnskap eller videre kunnskap og utviklingsarbeid (Linde og Nordlund 2006).

I følge Brodtkorb m fl.(2006) har alle personer forskjellige forforståelser, alt avhengig av forskjellige personlige erfaringer, kulturell og sosial bakgrunn og det som tilegnes gjennom utdanning og praksis. Vi bruker vi vår egen forforståelse når vi tolker en situasjon eller hendelse. Slik får vi en ny forforståelse, som vi igjen bruker i nye situasjoner (Brodtkorb, mfl. 2006:37).

Min forforståelse er at mange mennesker kan/vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, og det viser seg at mange kan gå med psykiske plager i lang tid uten å få gjort noe med og oppsøke profesjonell hjelp. Det har gjennom litteratur og dokumentasjon vist seg at fysisk inaktive kan ha en økt risiko for å bli psykisk syke og at mennesker som lider av psykisk lidelser ofte er/kan være i dårligere form enn andre mennesker. Det har også vist seg at fysisk aktivitet virker positivt inn på depresjon, derfor har jeg lyst å finne mer ut av dette.

Som jeg nevnte i innledningen kan temaet være viktig for min utdanning som vernepleier. Jeg har også erfaring fra jobb og praksis sett hvor viktig også den fysiske biten av livsutfoldelsen og livskvaliteten kan være, og hvor mye den kan påvirke hvert enkelt menneske. Miljøterapi og tverrfaglig samarbeid inngår også i dette. Jeg har selv astma og

allergi og ser og har erfart viktigheten av fysisk aktivitet, og innvirkningen den har på sinn og skinn både psykisk og fysisk.

En viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet er fysisk aktivitet og trening. Det er viktig å forhindre passivitet og fysisk og psykisk nedbygging (Snoek og Engedal 2008). Jeg håper at jeg gjennom denne oppgaven får et bedre innsyn og forståelse mellom sammenhengen av depresjon og fysisk aktivitet og faktorer som kan være av positiv og vesentlig relevans i behandling med mennesker med depresjon. Gjennom dette arbeidet kan jeg tilegne meg kunnskap som jeg muligens kan benytte meg av som fremtidig vernepleier i arbeidet mitt med deprimerte som trenger slik tilrettelegging.

4.0 Metode

Metoden er litteraturstudie i denne oppgaven for å få frem og belyse aktuelle tema og funn. ”Metode” er en framgangsmåte, 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: 81). Altså ifølge Dalland (2007) forteller metoden oss om hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.

For å finne relevant litteratur har jeg mellom annet brukt bibliotekets søkemotor, BIBSYS og brukt ord som depresjon, psykiske lidelser, fysisk aktivitet, sosialisering og selvbildet. Jeg har også kombinert ord som motivasjon, depresjon, relasjon, selvhjelp, brukermedvirkning, egenutvikling, trygghet, miljøarbeid, psykiskhelsearbeid, samhandling, medmenneskelig og terapi. Jeg har søkt på internett, men har ikke kunnet bruke noe av den grunnet dårlig kilde informasjon.

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av kvalitativ metode for utvalg av litteratur. Dette synes jeg er en mer oversiktlig og med tanke på disposisjon av tid. Jeg har hentet noe stoff fra pensumlitteratur i vernepleie. Aktivitetshåndboken (2008) og Martinsen (2011) er ny og oppdatert litteratur og utgjør derfor den sentrale litteraturen jeg har disponert i oppgaven. Jeg har gått fram og tilbake mellom problemstilling, teori og drøfting, og slik funnet fram til ulike kategorier og sammenhenger.

Validitet og reliabilitet er også noe jeg må tenke på når jeg skriver denne bachelor oppgaven. Validitet står for relevans og gyldighet. Det jeg skal finne ut må ha relevans og være gyldig for det jeg skal undersøkes. Eg tenker at den hovedsaklige litteraturen jeg har valgt er å bruke, kan regnes som valid siden den er relativt ny og er relevant for problemstillingen. Reliabilitet betyr pålitelighet eller nøyaktighet, og handler om det jeg skal finne ut må utføres på en riktig måte, og at eventuelle feilmarginer komme frem (Dalland 2007). Videre skriver Dalland at sekundærlitteratur er litteratur som har blitt presentert og behandlet av en annen enn den opprinnelige forfatteren er sekundærlitteratur (Dalland 2007). Ut i fra den tiden jeg har hatt til rådighet gjennom denne oppgaven, har jeg gått ut ifra at de kildene som jeg har gjengitt i teorien er korrekt og til å stole på.

5.0 Teori

I denne teoridelen av oppgaven vil jeg skrive om fysisk aktivitet og områder det kan ha innvirkning på. I kapittel 5.1 definerer jeg fysisk aktivitet, fysisk trening, inaktivitet, og skriver om indikasjoner. Hva fysisk aktivitet er, og hvordan aktivitet/dette kan ha innvirkning på hverdagen og livet generelt. Videre vil jeg i kapittel 5.2 forklare depresjon og hva det innebærer. Så vil jeg skrive litt i 5.3 om årsak og risikofaktorer til depresjon. 5.4 om hypoteser om virkningsmekanismer. 5.5 forskning om fysisk aktivitet som forebygging og behandling mot depresjon. 5.6 motivasjon og holdning. 5.7 tverrfaglig samarbeid, og til slutt i kapittel 5.8 vernepleiefaglige arbeid (AHA) i behandling.

5.1 Fysisk aktivitet

”Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk, dette måles vanligvis i antall kilokalorier som forbrukes per tidsenhet” (Martinsen 2011:35).

Fysisk trening

Fysisk trening består av strukturerte, planlagte og gjentatte bevegelser, og er en form for fysisk aktivitet. Utføres for å vedlikeholde og forbedre en eller flere komponenter for fysisk form og helse. Fysisk trening deles inn i to kategorier, akutt: som utgjør en treningsøkt og kronisk: som betyr gjentatt trening over tid (Martinsen 2011).

Fysisk inaktivitet

Menneskekroppen forfaller om den ikke brukes, skjelett- og hjertemuskulatur blir svekket om de ikke stimuleres. Leddene funksjon svekkes og øker sårbarheten for overbelastning og skader kan inntre ved inaktivitet. Skjelettet styrkes ved trening, mens inaktivitet fører til at skjelettet taper beinmasse og kalk. Dette kan mellom annet føre til beinskjørhet og osteoporose som øker faren for skjelettskader og brudd (Martinsen 2011). Videre skriver Almvik og Borge (2006) at alle former for fysisk aktivitet er bedre enn total inaktivitet, og det viktigste ikke er hvordan man trener men at man er i fysisk aktivitet og bruker kroppen.

Indikasjoner

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

(Aktivitetshåndboken 2008:281).

Kunnskapsgrunnlag for anbefaling av fysisk aktivitet

Det anbefales voksne å trene minst 30 min daglig eller minst 3 ½ times moderat trening i uken. Som for eksempel rask gange, som kan utføres i bolker på 10 min, og fordeles gjennom uken. Voksne anbefales minst 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet eller minst moderat fysisk aktivitet i uken. Eksempel på moderat aktivitet er rask gange.

Aktiviteten kan utføres i bolker på minst 10 minutter og helst fordeles gjennom uken. Alternativt kan man kombinere moderat og hard aktivitet. Den totale tiden kan reduseres, om intensiteten er høy. 30 minutter i moderat intensitet kan for eksempel erstattes med 15-20 minutter med høyere intensitet. Avslutt og start og i rolig tempo (Helsedirektoratet 2012).

Den største helsegevinsten ligger i å få de helt fysisk passive til å øke sin aktivitet noe. Et langsiktig mål kan være å oppnå de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, om man har et lavt aktivitetsnivå ved oppstart av trening. Treningen og aktiviteten bør være målrettet, for eksempel ha som mål og trene en til to ganger i uken. Tren sammen med andre, trening en kilde til sosialt samvær, gir økt overskudd, virker positivt på humøret og bedrer den fysiske formen (Almvik og Borge 2006).

Samsykelighet er et begrep som innebærer at man kan ha flere sykdommer samtidig. Det vises gjennom forskning at mennesker med alvorlig fysisk sykdom, kan ha økt sannsynlighet for psykiske plager i tillegg. Og mennesker med psykiske lidelser har økt sannsynlighet for å få kroppslige sykdommer, og har mellom annet en overhyppighet av type 2-diabetes, overvekt, hjerte- og karsykdommer. De har også en lavere gjennomsnittlig levealder, som kan skyldes en uhensiktsmessig livsstil. Det er dokumentert at fysisk aktivitet med fordel kan inngå i behandling og kan bidra til reduksjon av denne typen livsstilsrelatert sykdom. Slike råd gjelder også til mennesker med depresjon, eller i forhold til forebygging av depresjon. For mennesker med psykiske lidelser og problemer har derfor fysisk aktivitet en viktig plass i et helhetlig behandlingsopplegg (Almvik og Borge 2006).

Generelle psykologiske virkninger av fysisk aktivitet:

- livsutfoldelse og glede
- økt velvære etter aktivitet
- overskudd og energi
- bedre søvnkvalitet
- mindre stress-symptomer
- økt optimisme og mer pågangsmot
- bedre selvfølelse og forhold til egen kropp (Helsedirektoratets hefte 2012:8).

5.2 Depresjon

I dette kapitlet har jeg tenkt å forklare depresjon og hva det går ut på.

Depresjon

I faglig sammenheng, kan depresjon forstås som et syndrom. Med en rekke kjennetegn dannes et bilde av en bestemt psykisk lidelse, dette da gjennom både atferd, tanker og kroppslige forstyrrelser. I hverdagspråket har depresjon en annen betydning en diagnose. Når noen snakker om at de er deprimert, henvises det ofte til en følelse av mismot og nedstemthet. En passiv og smertelig tilstand beskrives ofte som tegn på depresjon (Eknes 2000).

Depresjon forekommer sammen med andre psykiatriske sykdommer/lidelser i stor grad, da særlig angstlidelser, men kan også komme sammen med kroppslige sykdommer, som hjerte-karsykdommer. Depresjon deles i to hovedgrupper, og regnes diagnostisk til den gruppen av psykiske sykdommer som betegnes som stemningslidelser/ affektive lidelser. Ved bipolare affektive lidelser kan se både depresjonsepisoder og hypomane/maniske episode, men ved de unipolare affektive lidelsene omfatter bare de som har depresjonsepisoder (Aktivitetshåndboken 2008).

Mild depresjon

Mild: Symptomet har forekommet siste 4 uker men sjelden, eller symptomet har forekommet, men i så lett grad at det ikke har medført vanskeligheter og problemer for seg selv eller for andre, og vedkommende vil være i stand til å fortsette med de dagligdagse aktiviteter (Eknes 2000).

Realitetsorienteringen er intakt ved mild depresjon. Personen vil oppleve tristhet, men det senkende stemningsleiet påvirker ikke dømmekraften til seg selv eller andres motiver.

Personen kan ha et økt behov for å ytre bekræftelse på seg selv fordi selvfølelsen kan være redusert noe. En stabil selvfølelse kan også beholdes. Personen vil kunne trekke seg tilbake fra andre mennesker og fra sosiale aktiviteter og kan bli følsom for avvísninger. Nedsatt interesser og konsentrasjon, og mange vil føle tretthet etter den minste anstrengelse (Eknes 2000).

Moderat depresjon

Moderat depresjon: Når symptomet har helt klart forekommet i løpet av de siste 4 ukene, det forekommer ofte, men er likevel ikke der mesteparten av tiden. Eller når symptomet har forekommet, og har forårsaket en moderat grad av plager for personen selv eller for andre (Eknes 2000). Videre skriver Eknes (2000), kan man ved moderat depresjon få en annen virkelig og en følelse av utilstrekkelighet og kan bli aggressive. Egne evner er undervurdert og dømmekraften er svekket. En forstyrret virkelighetsopplevelse, og personen kan føle tomhet med et negativt selvbilde redusert evne til å føle glede.

Moderat deprimerte har en tendens til å overse positive bekræftende forhold, på samme tid som de legger merke til ubehaglige og problematiske forhold. På denne måten gir de næring til depresjonen. Personer med moderat depresjon vil som regel trekke seg tilbake fra sosial deltakelse. De blir også lett distraheret når de skal konsentrere seg om noe, og det er vanskelig å fokusere på daglige gjøremål (Eknes 2000).

Aarre, Bugge og Juklestad (2009) sier at depresjon kjennetegnes av senket stemningsleie, interesse - eller gledesløshet, lite energi, søvnforstyrrelser, psykomotorisk aktivering eller hemming, redusert eller økt appetitt, konsentrasjonsvansker eller problemer med å

bestemme seg, dårlig selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, pessimisme og døds – eller selvmordtanker. Generell svikt i oppmerksomhetsfunksjoner, nedsatt arbeidsminne, høyt nivå av aktivitetshemming, aktivitetsunngåelse og inaktivitet er også vanlige kjennetegn (Borge, Martinsen og Moe 2011).

Gråt, selvbebreidelser, mangel på energi er også vanlige symptomer på depresjon, og endret appetitt og søvnmønster. Dette er faktorer som kan føre til vektøkning eller vekttap (Witsø og Textum 2007). Videre skriver Aarre, Bugge og Juklestad (2009), at det er flere måter reguleringsproblemer kan komme til uttrykk, som ved søvnproblemer, spiseforstyrrelser, vekttap eller forstyrrelser av fordøyelse og stoffskifte.

De kan også miste interesse for eller uvilje mot tidligere positive aktiviteter gjennom gledesløshet og passivitet. Synlig tristhet, dårlig selvtillit og nedstemthet, kan også kombineres med kroppsholdningen. Reguleringsproblemene kan komme til syne ved at personen viser mindre interesse for eksempel ved å komme til måltidene, spiser mindre enn man gjør til vanlig og går ned i vekt. Vedkommende kan snakke, bevege og tenke langsomt, og har søvnproblemer i form av innsøvning - og oppvåkingsproblem ikke har oppstått tidligere (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

5.3 Årsak og risikofaktorer til depresjon

Det er ingen spesiell genetisk disposisjon, og det finnes heller ingen enkelt årsakssammenheng. Men stress - og sårbarhetsmodellen er en modell som ofte brukes på dette området Borge, Martinsen og Moe (2011).

Den individuelle sårbarheten er vekslende fra menneske til menneske, men negative livshendelser og negativt stress kan være med på å utvikle depresjon. Separasjoner i barndommen, krenkelser og en rekke somatiske faktorer og psykiske traumer, og tap av ulike slag som skilsmisse dødsfall i nær familie eller langvarige konflikter er risikofaktorer som kan føre til økt sårbarhet (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

5.4 Hypoteser om virkningsmekanismer

Kropp og sjel i et fenomenologisk perspektiv

Martinsen (2011) skriver et sitat fra Edmund Husserl (1869-1938).

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

Utviklingen av en fenomenologisk forståelse, er en viktig inspirasjonskilde i nyere tid. Det som trer frem eller viser seg, betyr fenomenologi (Martinsen 2011).

Et alternativ til det dualistiske synet på mennesket, er noe fenomenologene har vært opptatt av å etablere. Martinsen (2011) sier at for Merleau-Ponty (1994) er opplevelse og erfaringer er det primære. Vi eksisterer ikke fordi vi tenker, men fordi vi er vår kropp. Det er gjennom kroppen vi opplever og erfarer verden, kroppserfaringene kommer før vi reflekterer, fordi vi opplever verden gjennom sansene våre. Uten kroppen kan vi ikke reflektere eller sanse omverdenen. Bevissthet handler om at jeg kan, ikke bare at jeg tenker. Taus kunnskap kan dette knyttes til. Uten at vi er det bevisst lærer vi ting, som gjennom bevegelser, ulike handlinger og fysisk aktivitet (Martinsen 2011).

Fysisk aktivitet kan fungere som et middel for utvikle en selvbevissthet som er rotfestet i kroppen. Gjennom å være i bevegelse og bruke kroppen, vil det ei et fenomenologisk perspektiv uttrykke menneskets egentlige væremåte. Psyke og kropp må eksistere som en enhet, og gjennom dette er man i levende samspill med omverdenen. Den levende kroppen er i stadig forandring og utvikling, og den vil stagnere om den ikke brukes. Dette kan være en faktor som kan virke inn på utvikling av depresjon? Noe som påvirker vår helsetilstand funksjon og hvordan vi opplever verden og vår mentale tilstand, er aktiv bruk av kroppen (Martinsen 2011).

Antropologi

Mennesket har vært jeger og samler gjennom hele sin historie, og de fleste har vært avhengig for å overleve, av daglig fysisk aktivitet i form av kroppsarbeid. Den vestlige moderne livsstilen, der mindretallet ikke får nok fysisk aktivitet i jobben, kan det som en konsekvens føre til fysisk inaktivitet som er usunt og unaturlig. Dette kan få konsekvenser både for psykisk og kroppslig helse som kan gi utløp til depressive tanker, og utvikle seg til depresjon (Martinsen 2011).

5.5 Forskning om fysisk aktivitet som forebygging og behandling mot depresjon

Martinsen (2011) skriver at i befolkningsundersøkelser som Goodwin (2003) og Strohle (2009) er det mellom høyt nivå av fysisk aktivitet og lavt nivå av depresjon, rapportert en positiv sammenheng. Det er videre dokumentert forebyggende effekt av fysisk aktivitet, både langtidsstudier med oppfølging på opptil ti år basert på studier med Harris et al. (2006) som fant ut at mindre depressive symptomer var assosiert med fysisk aktivitet (Martinsen 2011). Videre skriver Almvik og Borge (2006) at undersøkelser som Buckworth og Dishman (2002), konkluderte med at inaktive har en større tendens til utvikling av depresjon. En stor reduksjon i depressive symptomer som andre behandlingsformer og en antidepressiv effekt, er noe fysisk aktivitet fører med seg (Almvik og Borge 2006).

Fysisk aktivitet kan med fordel skje parallelt med ordinær behandling, medikamentell behandling og psykoterapeutiske samtaler. Ved mild og moderat depresjon, er at adferdsaktivering knyttet til en hypotese som forsøker å forklare de positive virkningene fysisk aktivitet kan ha på hver enkelt, og snu atferden ved depresjon som er preget av tilbaketrukkethet, isolasjon og passivitet (Martinsen 2011).

Ved alvorlig depresjonsformer som melankoli, psykotisk depresjon og melankoli er det vanskelig å gjennomføre forsøk og undersøkelser, siden det er alvorlige lidelser som kan være livstruende. Her må biologiske behandlingsmetoder medikamenter benyttes, som elektrosjokkbehandling og medikamenter. Da vil fysisk aktivitet være lite virksomt, men kan for noen være et supplement til annen behandling. Ved dype smertefulle depresjoner vil mange også helst ligge og orker lite, så fysisk aktivitet på dette stadiet vil ikke ha så mye for seg (Almvik og Borge 2006).

Dokumentert kroppslig helsegevinster av fysisk aktivitet:

- bedre regulering av blodsukker og vekt
- redusert risiko for noen kreftsykdommer og hjerte – karsykdommer
- bedret mage – og tarmfunksjon
- mindre ryggbesvær
- bedre søvnkvalitet
- fysisk aktive vil komme seg bedre etter sykdom (Borge, Martinsen og Moe 2011).

Det har gjennom dyreeksperimentelle studier vist seg at fysisk aktivitet regulerer metabolismen og syntesen, da av signalstoffene serotonin, noradrenalin, og dopamin og øker under fysisk aktivitet. Om dette også gjelder for mennesker er uklart og ikke nok dokumentasjon om. Det er likevel en aktuell hypotese angående viktig virkningsmekanisme. Det foreligger ingen gode studier av de aller dypeste depresjonene, som psykotisk depresjon, men slike tunge depresjoner er heller ikke noe jeg vil gå noe mer inn på i denne oppgaven. Men likevel tilsier klinisk erfaring at fysisk aktivitet kan være et viktig supplement til annen behandling også ved alvorlig depresjon (Helsedirektoratet 2012).

Martinsen (2011) skriver at effekten av fysisk trening skyldes økt frigjøring av endorfiner, det vil si at blodets innhold av endorfiner øker under fysisk aktivitet og trening. Den beroligende effekten av fysisk aktivitet kan for enkelte være et alternativ til beroligende medikamenter, og fysisk aktivitet er bedre enn noen behandling i det hele.

Videre skriver Martinsen (2011) at de som er fysisk aktive, har en mindre mulighet på sikt for å utvikle depresjon enn de som er fysisk inaktive. Når de inaktive deprimerte begynner å trene, vil dette ha forbedrende effekt på helsetilstanden. Noe som er bekreftet gjennom metaanalyser og litteratur er at hos noen vil trening ha like god effekt som andre behandlingsmetoder som for eksempel medikamenter som antidepressiv og samtalebehandling og terapi (Almvik og Borge 2006).

Og regelmessig fysisk aktivitet kan redusere fare for tilbakefall. Fysisk aktivitet har en positiv effekt på tilstanden generelt, og det ser ut som de ulike formene for trening har en likeverdig funksjon og effekt (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

5.6 Motivasjon og holdning

Som følger kan en definisjon på motivasjon være:

”Det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like, og det som gir den mål og mening” Dalland 2012:92).

Å søke hjelp, er en slik aktivitet som det blir omtalt i definisjonen. Det er viktig for hjelper og finne ut hva det er som får mennesket til si at jeg trenger hjelp nå Dalland (2010).

”Motivasjon handler om hvordan følelser, tanker, fornuft og ny kunnskap kan gi farge og glød til de handlinger vi utfører” (Dalland 2010: 92). Motivasjon beskrives ofte som indre eller ytre styrt. Indre motivasjon handler om at drivkraften er selve aktiviteten. Det som skaper arbeidslyst og interesse, er det som skal læres eller aktiviteten. At man for sin egen del er engasjert og at aktiviteten i seg selv er basert på interesse, forventninger og opplevelser. Ytre motivasjon styres av forhold utenfor personen selv som belønning eller unngå straff, eller at motivasjonen oppstår som følge av tilbakemelding fra andre personer. Bruk av den ytre motivasjonsfaktoren, kan nyttes for å utvikle den indre motivasjonen.

For både pasient og terapeut kan behandling kan være krevende. Etablering av en sterk terapeutisk relasjon er viktig ved starten av behandlingen av depresjon. Dette siden vedkommende ofte er preget av håpløshet og liten tro på seg selv og endringsarbeid for de deprimerte kan være vanskelig. Det som vil være av vesentlig karakter er å sette fokus på og løse problemer som er de mest vanskelige for den deprimerte. Om fremgangen på disse feltene er positive, vil dette igjen ha mye å si på motivasjonen ved samarbeidet videre (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

En forutsetning for bevegelse og fysisk aktivitet er motivasjon, mestring og holdning. Det krever ofte at nærpåsoner tar initiativ, tilrettelegger og følger opp dette. En utfordring i dette arbeidet er den kunnskapen som nærpåsonene trenger, for å forstå viktigheten av fysisk aktivitet. Hjelperens kompetanse og motivasjon er viktige momenter for å kunne motivere og legge til rette for fysisk aktivitet (Eknes og Løkke 2009). I psykisk helsearbeid har fysisk aktivitet tradisjonelt sett hatt liten plass, og har liten grad har vært innrettet mot bevegelse og fysisk aktivitet, med tilpasset fysisk aktivitetstilbud for hver enkelt (Borge, Martinsen og Moe 2011).

Suksessfaktorer for å integrere fysisk aktivitet i behandlingen

- fysisk aktivitet vurderes på linje med annen behandling
- viktigheten av fysisk aktivitet og informasjon om ulike tilbud når frem til brukerne
- fysisk aktivitet står på timeplanen og inngår i brukernes individuelle plan og/eller behandlingsplan
- tilbudet forankres i ledelsen der man tilbyr organiserte aktiviteter
- personell med faglig kompetanse er ansvarlig ved organiserte aktiviteter
- nødvendig utstyr er lett tilgjengelig (Helsedirektoratets tipshefte 2012:4).

Fysisk aktivitet er en aktivitet hvor man relativt fort kan øke sin kapasitet, og når man øker sin fysiske mestringsevne kan det få smitteeffekt på den psykiske tstanden. Man kan på denne måten få økt tro på seg og ens evne til å løse problemer en står i (Almvik og Borge 2006).

Nettverk og motivasjonsendring

Klefbeck og Ogden (2003) skriver i sin bok om sosialt nettverk, der de viser til Mitchels definisjon: "... et typisk kontaktmønster i en gruppe av visse personer, hvor kontaktmønsteret har den egenskapen, som helhet betraktet, at det kan anvendes for å forklare hvordan disse personene oppfører seg" (Klefbeck og Ogden 2003:61).

Et aktivt motivasjonsklima kan bidra til motivasjonsendring, dette innebærer at personalet holdninger er gode og inspirerer brukerne. Positive holdninger blant ansatte stimulerer både brukerne og kollegaer. Sentrale egenskaper for å oppnå respons hos de som skal motiveres, er erfaring, kunnskap, tro og engasjement. Noe som kan bidra til felleskap, styrke selvmotiveringen, livskvaliteten og varige sosiale nettverk, er aktivitetsgrupper (Martinsen 2011).

5.7 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid handler like mye om å gjøre noen felles erfaringer sammen, som å utnytte hverandres sterke sider. Slik at man totalt sett får fram et helhetsperspektiv som kan ta inn over seg brukerens ønsker, behov, mål og totale livssituasjon (Linde og Nordlund 2006).

Gjennom erfaring i praksis kan vernepleieren utvikle kompetanse på tverrfaglig samarbeid til beste for brukeren (Haug og Paulsen 2007). I behandlingen av depresjon bør også pårørende trekkes inn om pasienten samtykker, da pårørende kan ha informasjon som kan være til nytte og hjelp for og i behandlingen av den deprimerte (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

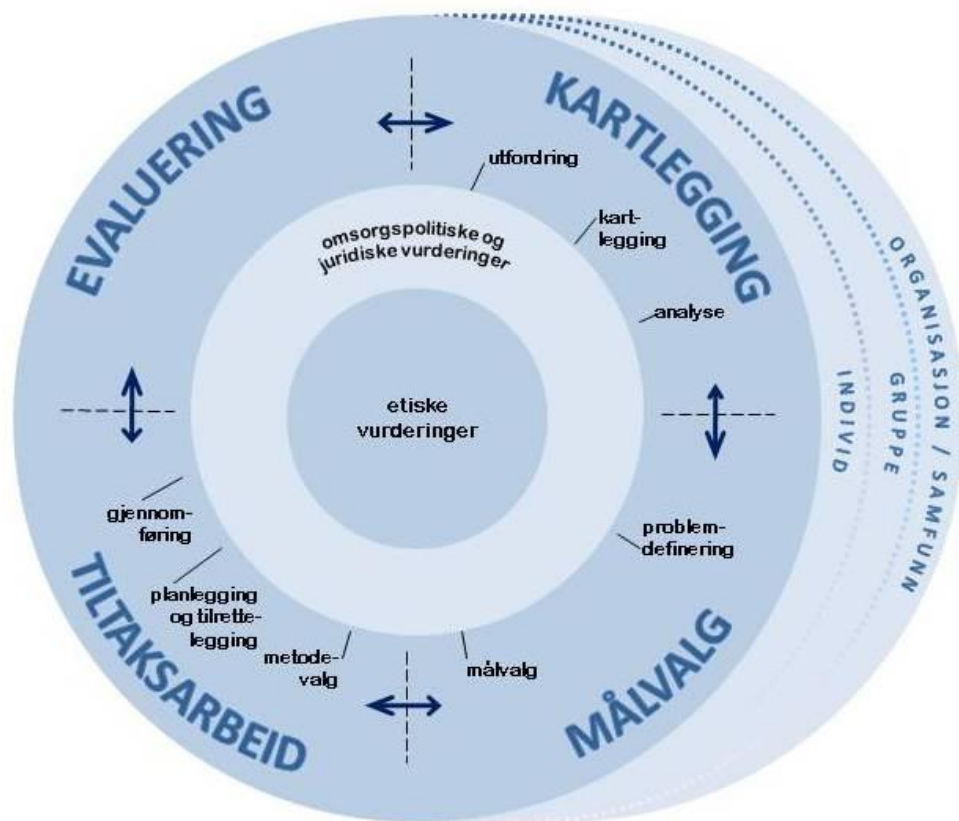
5.8 Vernepleiefaglige arbeid (AHA) i behandling

”Vernepleiere skal tilrettelegge for et verdig og funksjonelt liv, utviklingsmuligheter og god livskvalitet i samsvar med gitte individuelle forutsetninger” (Fagplan 2012)

De grunnleggende verdiene vernepleierne bygger yrkesutøvelsen sin på er:

- Respekt for det enkelte menneske, dets egenverdi og integritet
- Demokrati og frihet
- Omsorg for, vern av og sikring av rettigheter
- Solidaritet med svakstilte og utsatte grupper
- Åpenhet og engasjement i vernepleiefaglig arbeid (Fagplan 2012:6).

Vernepleierens arbeidsmåte (viser til figur 1), går ut i fra den helhetlige arbeidsmodell der de ulike delene står i gjensidig forhold til hverandre. Vernepleier skal arbeide i samarbeid med og med respekt for bruker og pårørende i alle faser. Vernepleiere skal være gode miljøarbeidere, og bruke A-HA modellen som arbeidsredskap. Denne modellen er egnet i forhold til ulike typer arbeid og er ikke knyttet til bestemte brukergrupper eller individuelt arbeid.. I alle faser skal det fokuseres på omsorgsideologiske og juridiske vurderinger, avveininger og etiske dilemmaer. En viktig relevans for vernepleieren er at man skal være bevisst på at man må kartlegge, analysere og iverksette tiltak for å oppnå delmål og mål som er satt i behandlingen, for så evaluere (FO 2008). Jeg som vernepleier kan jobbe for å bidra til reduksjon av depresjon gjennom vernepleiefaglig arbeid fra et brukerperspektiv, gjennom den helhetlige arbeidsmodellen.



Figur 1, helhetlig arbeidsmodell 2012

6.0 Drøfting

Jeg vil nå drøfte funn og opplysninger fra teoridelen i forhold til problemstillingen.

På hvilken måte kan fysisk aktivitet utgjøre en vesentlig faktor i forebygging og behandling av depresjon?

Og underproblemstillinger:

- *Hvordan kan fysisk aktivitet virke positivt inn på depresjon?*
- *Miljøarbeid som motivasjonsfaktor til fysisk aktivitet*
- *Hvilke grupper av deprimerte bør ikke benytte seg av fysisk aktivitet? / Passer fysisk aktivitet til alle deprimerte?*

6.1 Hvordan kan fysisk aktivitet virke inn på depresjon?

I teoridelen av oppgaven, kommer det frem i relevant litteratur at både mennesker med depresjon og moderat depresjon har nedsatt evne til å se positivt på ting i hverdagen og glede seg over noe, og selvfølelsen er redusert. Muskelspenninger og kroppslig stress opparbeides, og gir en vond følelse av mismot, trøtthet og nedstemthet. Da kan det for mange være et stort tiltak å komme i gang med noe slags type aktivitet i det hele tatt. Jeg vil nå reflektere over ulike aspekter som spiller inn, og har innvirkning på dette.

Martinsen (2011) skriver at det er et dialektisk forhold mellom kropp og rom. Kroppen vår står i en levende sammenheng med omgivelsene våre, den er dynamisk og bevegelig. Det som åpner for en mer bredere forståelse enn det rent språklige, som har vært mest vektlagt når det gjelder mennesker med psykiske lidelser, er kroppsforståelsen til hvert enkelt menneske. Menneskelige erfaringer og påkjenninger av ulike slag setter seg i kroppen, og som erkjenner og lagrer vonde og gode minner. Det som gjør oss i stand til å forstå omgivelsene våre, er hver enkelt evne til å fornemme, oppfatte og bevege oss. Det er derfor viktig å ivareta og utvikle denne evnen.

I følge Martinsen (2011) liker mennesker med psykiske lidelser å delta i fysisk aktivitet, siden de finner de verdifullt å være aktive deltagere i eget behandlingsprogram. Fysisk aktivitet kan være med å bidra til å styrke selvfølelse og opplevelse av mestring, jeg vil ta med et sitat fra helsedirektoratets tipshefte (2012), der en deprimert mann på 37 år opplever gleden og mestring av fysisk aktivitet på denne måten:

”Fysisk aktivitet gjør meg glad. Jeg kjenner meg i bedre form og orker mer. Den mørke tunnelen jeg har vært i lenge, er ikke like mørk hele tiden. Jeg ler for første gang på ett år. Når vi spiller innebandy og leker, har jeg det gøy. Jeg kan være meg selv og får det til like bra som de andre”. Så slik jeg ser det, gir fysisk aktivitet en helsemessig gevinst både fysisk og psykisk.

Martinsen (2011) skriver at de som vil ha glede og nytte av å tenke over Søren Kierkegaards (1991) ord er de som ønsker å hjelpe, motivere og veilede andre:

”Hvis det skal lykkes mig at føre et menneske mod et bestemt mål, må jeg først finde derhen, hvor han befinder sig, og begynde lige der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst (Martinsen 2011).

Men hvordan skal man som hjelper møte den deprimerte på best mulig måte?

I møte med en deprimerte mener jeg det trengs oppmuntring, trøst og tid i kontaktetableringsfasen. Den deprimerte har ofte har en negativ vurdering av sin egen livssituasjonen, liten tro på seg selv, sliter med håpløshet og har en tendens til å si lite og isolere seg (Aarre, Bugge og Juklestad 2009). Faktorer som dette kan gjøre at det tar lang tid før man har opprettet kontakt, så derfor er tid og kommunikasjon vesentlige moment i behandling.

Enkel kommunikasjon som å snakke sakte og rolig, og unngå innviklede og lange setninger. Man må som hjelper tenke på at en deprimert ofte trenger lenge tid enn hva som er vanlig, for å reagere og oppfatte på henvendelser. Noe som kan legge grunnlaget for meningsfulle samtaler, kan være trekke frem tema som den deprimerte vanligvis liker og er interessert i av aktiviteter. Det er også viktig fra hjelper å understreke at det vil komme

både bedre og ikke så gode dager i fremtiden, - men at det på sikt vil komme lysere tider i møte for vedkommende. Der er dagen vedkommende ikke vil orka å trene noe, mens andre dager igjen vil de kunne klare litt, så litte til den tredje dagen og så videre (Martinsen 2011). Da tror jeg men på sikt gjennom fysisk aktivitet vil utvikle gradvis positive virkninger som økt velvære etter aktivitet, overskudd og energi og økt optimisme og mer pågangsmot.

Almvik og Borge (2006), skriver at det å prøve å gi vedkommende nytt livsmot er en sentral oppgave som hjelper, og møte dem med en forståelsesfull, vennlig og optimistisk god og medmenneskelig holdning. Siden de deprimerte ofte har lav selvfølelse, er det viktig å lete frem, sette fokus og bygge på ressursene til hver enkelt i arbeidet. Den fysiske aktiviteten og treningen må tilpasses hver enkelts aktuell yteevne, og ha en gyllen balanse mellom hvile og aktivitet. Dette er momenter for at den deprimerte skal oppleve at han eller hun lykkes.

Som nevnt er det viktig er å starte på nivå der brukerne er. For noen vil treningen starte med tilvenningsaktiviteter som for eksempel det ”å gå”. Man må tenke over at mange kan ha vært sengeliggende i mange uker, til og med måneder og da men man tenke enkelt og forsiktig tidlig i behandlingsfasen. Mange deprimerte mister troen på egne ressurser, har manglende motivasjon og tiltaksløshet.

De kan ha liten tro til på å klare og nå oppsatte mål, og er umotivert, uopplagt og trøtte som fører til små forventninger til seg selv. Dette er faktorer er en utfordring for personell, men desto viktig tror jeg å anerkjenne hver enkelt for den de er, bry seg og gi dem troen på at de klarer å mestre de mål som blir satt, med tiden som hjelp (Martinsen 2011).

Videre fremme mestring ved å legge aktiviteten på et nivå som krever for mye av vedkommende. De fleste blir mer motivert om de blir tatt med på råd, brukermedvirkning om hvilke mål de skal nå på sikt og hvordan de må jobbe seg igjennom depresjonen for å dem. Jeg mener når de har klart litt, er de på vei, og en naturlig motivasjon vil oppstå, og de kan få en følelse og opplevelse av å lykkes (Almvik og Borge 2006).

Hjelperne skal forholde seg til brukerne, slik at de opplever å bli informert, lyttet til og trukket med som aktive og ansvarlige. Dette er momenter som fremmer medvirkning og selvstendighet (Røkenes og Hansen 2006). Jeg tror relasjonen til hjelperne har avgjørende effekt for å oppnå best mulig behandling av fysisk aktivitet for vedkommende, og som kan ha en langvarig positiv innvirkning, for eksempel hjelp til selvhjelp. På denne måten kan dette være et middel for hjelp til selvhjelp for mange, så de står mer styrket til å takle egne problemer, bedre søvn få mindre stress - symptomer, påkjenninger og forebygging av plager og sykdommer i livet.

Som jeg har skrevet litt om i teoridelen av oppgaven, har det visst seg aktivitet og trening ved depresjon kan være effektivt, både ved å behandle dem og for å forhindre depresjonsepisoder, både da ved akutt tilfelle og ved lengre sikt. At den fysiske treningen skjer parallelt ved behandling som innbefatter samtaler og medisiner, er en fordel. Fysisk trening har klart vitenskaplig støtte når det gjelder lett og moderat depresjon, og ved behandling av depressive episoder og ved reduksjonen av risikoen til tilbakefall, selv om det er få langtidsstudier og mange studier har metodiske begrensninger (Aarre, Bugge, og Juklestad 2009).

Studier viser også at hos pasienter som har milde til moderate depresjoner, er trening og fysisk aktivitet vist seg å være like effektivt som antidepressive legemidler og samtaleterapi (Aarre, Bugge, og Juklestad 2009).

Ulike former for fysisk aktivitet, som gange, jogging eller trening med vekter, ser ut til å ha likeverdig effekt. Det viktigste er ikke hvordan en trener, men at en er i aktivitet og bruker kroppen regelmessig. Og jeg tror det at man finner gode vaner for fysisk aktivitet og trening, og en treningsmetode som passer for hver enkelt er utslagsgivende for optimalt resultat. Den mulige effekten kan skyldes opplevelse av mestring og distraksjon fra depressive følelser tanker, den sosiale sammenhengen treningen inngår i og biologiske mekanismer (Aarre, Bugge, og Juklestad 2009).

Jeg tror at fysisk aktivitet og trening gi en gevinst på depresjon og livskvaliteten, det at de gradvis vil kunne orke mer og på denne måten for noen i alle fall vil kunne utvikle seg i

positiv retning ut av depresjonen. Fysisk aktivitet trenger ikke være den rette behandlingen for alle selvsagt, dette er også individuelt, og kommer an på grad av depresjon og lidelse. Jeg vil ta opp dette tema lenger ut i oppgaven.

6. 2 Miljøarbeid/vernepleiefaglig arbeid som motivasjonsfaktor til fysisk aktivitet

Definisjon av miljøarbeid: ”Systematisk forandring av betingelser(inkludert egen og andre miljøarbeiders atferd) med sikte på å oppnå forandring i en eller flere personers atferd, hvor hensikten er å bedre personenes fungering i daglige omgivelser” (Horne og Øyen 2005:14).

Linde og Nordlund (2006) viser til FO når de definerer miljøarbeid som *”en systematisk tilretteleggelse av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker”* (Linde og Nordlund 2006: 22).

Det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid, er å bidra til at de som mottar tjenester oppnår god livskvalitet. Som vernepleier skal jeg arbeide med mennesker, og en forutsetning er å ha respekt for enkeltindividet. Jeg skal arbeide med et helhetlig menneskesyn, og det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid er å bidra til økt livskvalitet for brukeren (FO 2008). Jeg kan hjelpe bruker til å sette ned mål for hvor mye og hva vedkommende kan oppnå ved fysisk aktivitet og tilrettelegge ut fra forutsetninger og ønsker, med brukermedvirkning som et viktig ledd i behandlingen. Ut fra AHA modellen, der de forskjellige elementene som kartlegging, målvalg, tiltak og evaluering står sentralt, kan jeg jobbe. Relasjon, respekt, ydmykhet, klar, enkel og god kommunikasjon og systematisk arbeid er vesentlige faktorer i miljøarbeid med deprimerte.

Ofte utgangspunkt og inkludert i kartleggingsarbeidet og analysen, formuleres det individuelle og konkrete målsettinger. Miljøarbeideren sammen med brukeren og er en sentral aktør i dette arbeidet er vernepleier sammen med bruker og eventuelle nærpersoner.

Målene skal ha en faglig, juridisk og etisk forankring, og være funderte på samarbeid med den deprimerte. Bistand og omsorg skal være sentrale faktorer i vernepleierens tiltaksarbeid, endring av rammebetingelser og systematisk tilrettelegging (blant annet fysisk miljø og organisering av tjenester), koordinering, opplæring, forebygging av funksjonssvikt samt og atferds- og ferdighets læring. I både under og etterkant av tiltaksarbeidet og behandling, er evaluering av fysisk aktivitet og trening som behandling, en vesentlig del av vernepleierens arbeid.

En må kunne arbeide i både prosess og resultatorientert, gjerne samtidig (Linde og Nordlund 2006:26).

Noe som er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet, er fysisk aktivitet og trening. Enten det er lagt opp som systematisk treningsprogram, eller gjennom innslag av spontanitet og lek bidrar fysisk aktivitet til økt velvære, som kan gi en følelse av egen mestring og bedre selvfølelse. Bedre psykisk helse kan være en faktor som trening bidrar til. Man kan legge til rette for økt samhandling, evne til å samarbeide og jobbe mot felles mål og regulering av nærhet og avstand, gjennom fysisk aktivitet og trening, som har en positiv innvirkning på depresjon i forhold til andre behandlingsmetoder. For eksempel gruppeaktivitet gjennom ballspill.

Noen miljøterapeutiske avdelinger deltar i flere tilrettelagte idrettsarrangementer, og jobber med systematiske aktivitets og treningsprogrammer. Men noe som er like viktig, er deltakelse og oppmuntring i lokale idrettsforeninger og bruke de alternativene av trening som finnes (i lokalmiljøet). Arbeider man mot et felles mål, og tilpasser hverandre slik at hver enkelt person får utvikle seg selv er dette motivasjon i seg selv (Snoek og Engedal 2008).

Slik det kommer frem i teorien, er det viktig at læringsutfordringer ved fysisk aktivitet er tilpasset hver enkelts forutsetninger, slik at det appelleres til den indre motivasjonen. Man bør ivareta brukerperspektivet (Røkenes og Hanssen 2006). ”Brukerperspektivet i helsetjenesten tar sikte på å utvikle hjelpeforholdet i en retning hvor pasienten i større grad er deltaker i behandlingen ” (Vatne 1998:19). Motivasjon beskrives gjerne som indre eller ytre styrt, og i følge Martinsen (2011) er den indre motivasjonen stabil og varig, og som innebærer å være engasjert for sin egen del.

Ved å undersøke tidligere erfaringer og interesser hos vedkommende, og hva forhold som har vært knytt til fysisk aktivitet før. Altså om vedkommende har hatt en positiv relasjon til fysisk aktivitet og trening i fortiden, før depresjonen ”tok over” helt, kan dette virke positivt inn, og kan smitte over på det psykiske. Motivasjon kan være et viktig begrep når det gjelder fysisk aktivitet i et mentalt helseperspektiv, og er forbundet med positiv tekning, medfødt egenskaper, drivkraft, like å gjøre noe og bli giret opp (Martinsen 2011).

Det som kan være nyttig for å utvikle den indre motivasjonen er bruk av ytre motivasjonsfaktorer (Dalland 2010). Som vernepleier og miljøarbeider kan jeg også jobbe med den ytre motivasjonen, som kan bekrefte og støtte opp den indre motivasjonen til den deprimerte. Hvilken informasjon vi får og hvordan vi velger å bruke denne, er det som får oss til å handle. Miljøarbeid og pedagogiske tiltak om tilrettelegging, forståelse og undervisning om viktigheten av fysisk aktivitet, og trening er sentralt i denne behandlingen. Det å gi kunnskap om fysisk aktivitet som terapi, spesielt knyttet til den deprimertes problemer og symptomer. Informasjonen må tilpasses hver enkelt, og ta hensyn til hvor deprimert vedkommende er og jobbe derifra (Dalland 2010).

Kommunikasjon med andre innebærer også en samhandling. Evne til å gjøre seg forstått kan være avgjørende for hvordan vi blir oppfattet, og hvordan samværet med den/de andre blir oppfattet, og hvordan samværet med den/de andre blir. En trenger å forstå den/de andre både for å kunne snakke og lytte i en samtale. Det er viktig å gi seg tid til den deprimerte slik at han eller hun føler seg ”sett” (Røkenes og Hansen 2006).

Kommunikasjonsprosessen kan handle om grunnleggende samhandlingsferdigheter i mellommenneskelige møter og etiske vurderinger med den deprimerte. En deprimert trenger å oppleve at vedkommende blir forstått og anerkjent, så han/hun kan påvirke og mestre sin egen hverdag. ”God samhandling er tilfredsstillende og styrkende for jeget” (Røkenes og Hansen 2006:113). Respekt og empati for den deprimertes verdighet er grunnleggende. Vår væremåte og holdning som miljøarbeidere vil være vesentlig for hvordan vi bli tolket, ”at vi er uredde og kan samtale om det klienten vil snakke om” (Røkenes og Hansen 2006:158).

En annen måte som kan brukes for å motivere pasienten og det er for eksempel å bruke samtaleteknikker som motiverende intervju. Fysisk aktivitet er en aktivitet hvor man kan

øke sin kapasitet og når man øker sin fysiske mestringsevne kan dette gi utslag på den psykiske tilstanden til vedkommende. Man kan på denne måten få økt tro på seg og ens evne til å løse problemer en står i (Almvik og Borge 2006).

Gjennom hvordan man motiverer og påvirker til endring av problem som den deprimerte har, og gjennom en systematisk utforskning til klientens problem, har denne metoden som hensikt å oppnå et samarbeid mellom klient og behandler. Motiverende samtale vektlegger empati fra hjelperen, dette for å etablere og styrke relasjonen, redusere og påvirke til endring. Gode og åpne spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner blir brukt i denne teknikken på en målrettet måte, for på denne måten å fremheve og forsterke tendenser til endring (Borge, Martinsen og Moe 2011).

Aarre, Bugge, og Juklestad (2009), mener kvaliteten på relasjonen mellom bruker/klient og hjelper/fagperson er som sagt av stor betydning, for om klienten endrer seg i positiv retning. En sterk terapeutisk relasjon er viktig. Jeg mener at som dyktige fagpersoner, skal man møte hele mennesket. Det at brukere opplever å bli møtt og forstått der de ”er” i livet, her spiller både alder, kjønn og religion inn, dette er viktige motivasjonsfaktorer, som er med på å inspirere dem til og ”prøve seg” på for eksempel nye aktiviteter og som igjen kan skape trygghet, tillit, anerkjennelse og som invitasjon til et sosialt nettverk.

Klefbeck og Ogden (2003) vil ha frem betydningen av det sosiale nettverk ved å vise til den danske sosialmedisinforskeren Lars Iversen som forklarer tre av mekanismene som griper inn i hverandre og som forklarer sammenhengen mellom nettverk og helse. Første mekanisme sier noe om at nettverket påvirker sårbarheten og motstandskraften, den andre mekanismen forteller at nettverk påvirker mulighetene til å tåle belastninger og den siste mekanismen i nettverket påvirker en persons livsstil. Dette er momenter som det må vurderes og tas hensyn til i behandlingsopplegg med deprimerte og fysisk aktivitet.

Her må miljøarbeider tenker nettverksarbeid er systemisk tenking. Nærmiljøet kan være vesentlig, og videre må miljøarbeider se på den deprimerte som del av et sosialt system, som for eksempel familie og venner. Det som vil være fokuset er at vedkommende har

gjennom depresjonen mistet noe av sin verdighet, og spiller ikke den riktige rollen i livet sitt lenger. Og for å gjenvinne "livet og rollen" kan den deprimerte tror jeg muligens igjennom fysisk aktivitet som en positiv mental faktor, stå bedre rustet til å gjenoppta relasjoner med viktige personer i livet (Gundersen og Moynahan 2006).

En miljøarbeider for eksempel vernepleier har et godt kjennskap til ulike profesjoners fagområder med respekt for dem. I et tverrfaglig perspektiv vil en vernepleier ha et godt utgangspunkt, da man har en viss kjennskap til flere andre samarbeidspartnere og profesjoner.

I tverrfaglig samarbeid er også en viktig del av jobben til miljøarbeidere. Det vil også være hensiktsmessig å ha en samtale med den deprimertes familie, venner og støtteapparat for å få et større helhetlig bilde av situasjonen og hvordan de i tverrfaglighet kan tilrettelegge hverdagen til den deprimerte for at han skal bli bedre psykisk motivert og på best mulig måte klare mestre hverdagslige ting, gjennom behandling som omfatter fysisk aktivitet og trening. Nettverk og relasjonen svært viktig for å bli motivert og videreføring av dette denne motivasjonen over tid er av vesentlig faktor. Om pasienten føler seg forstått og møtte i behandlingssituasjon, øker sjansene for motivasjon til å være aktiv og opprettholde fysisk aktivitet.

Det å kunne møte pasienten best mulig ut individuelt behov tror jeg et tverrfaglig arbeid være med på å imøtekomme. Som det har kommet frem gjennom oppgaven må man som behandler og miljøarbeider ha fokus på den deprimerte og jobbe derifra. Spørsmål som er det viktig å stille om både gode og dårlige og gode erfaringer rundt aktivitet, og å bevisstgjøre pasienten eventuelle faktorer som opprettholder den passive livsstilen, og hva man i fellesskap kan gjøre av tiltak for å bevisstgjøre og redusere eller hindre dette. "Brukermedvirkning har som mål at pasienten skal være deltaker i egen behandling" (Vatne 1998:20). Brukermedvirkning synes jeg er avgjørende, om klienten er aktivt deltagende i denne tverrfaglige prosessen vil vedkommende kanskje holde motivasjonen oppe og får et mye bedre utbytte av behandlingen.

En god planlegging, gjennomføring og oppfølging er viktig miljøarbeid for at vedkommende skal føle økt motivasjon for fysisk aktivitet i behandlingen og

forutsigbarhet. Det som er vesentlig er ikke å fremheve prestasjon for mye, men ha fokus på deltagelsen til den deprimerte (Martinsen 2011).

Martinsen(2011) skriver også om uttrykksterapi, bevegelsesterapi, psykodrama og kreativ terapi som terapiformer, jeg vil ikke komme noe nærmere inn på disse i denne oppgaven, men siden de kan innpasses som en del av de miljøterapeutiske arbeidet, ville jeg nevne dem.

Eknes og Løkke (2009) sier hjelpere skal være engasjerte og kunnskapsrike og ha fokus på attraktive og lystbetonte aktiviteter, som er meningsfylte og gir en god opplevelse Samtidig som tidlig behandlingen pågår, er det viktig å ta høyde for depresjonen kan frata motivasjon og glede. Så for at aktiviteten ikke skal føles for vanskelig og uoverkommelig, mener jeg at miljøterapeutene må være empatiske med innlevelse og følsomhet på en tilstrekkelig måte, slik at aktiviseringen og motivasjonsarbeidet ikke føles som utidig press for vedkommende (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

Som nevnt er et motiverende miljø, som innebærer og engasjerte og kunnskapsrike miljømedarbeidere. Det finnes flere ulike måter å motivere pasienten på. En måte er å kartlegge pasientens problemområde og behov for å gi kunnskap om fysisk aktivitet som behandling. Dette må knyttes til pasientens symptomer og problemer. Å vise utbytte fysisk aktivitet og trening kan gi, som en, struktur i hverdagen, god opplevelse er viktig å vise i praksis Attraktive aktiviteter etter den deprimerte sine interesser og ønsker, er også viktig å tilby (Borge, Martinsen og Moe 2011).

6.3 Hvilke grupper av deprimerte bør vise varsomhet til fysisk aktivitet?

Depresjon kjennetegnes blant annet av tap av ferdigheter og reguleringsproblemer og tap av ferdigheter. I aktivitetshåndboken (2008) kommer det frem at fysisk aktivitet for deprimerte ikke utgjør noen fare så fremt de ikke har noen kroppslige sykdommer ved fysisk aktivitet og trening som ikke kan forverres.

Men hos noen grupper må man vise forsiktighet. I følge Eknes. m. fl (2008) kan reguleringsproblemer komme til uttrykk ved spiseforstyrrelser. Så det området hvor fysisk aktivitet kan virke negativt inn, er hos deprimerte med alvorlige spiseforstyrrelser. Og personer som spiser mindre en man gjør til vanlig og er preget av vekttap kan det på det tidspunkt tenkes, at fysisk aktivitet og trening ikke er den beste måten og behandling å regulere følelser på.

I følge Martinsen (2011), ser det ut som om hard konkurranseidrett eller fysisk aktivitet kan bidra til å utløse spiseforstyrrelser. Dette da hos mennesker som er disponert for eller har psykiske lidelser som kan utløses spiseforstyrrelser. Mennesker som har en sykkelig lav kroppsvekt er det viktig å redusere den fysiske aktiviteten, om vedkommende med spiseforstyrrelse vil trene, bør den fysiske aktiviteten foregå i korte perioder med lav intensivitet. Et nøkkelord her er hvile. Hvorfor skal vedkommende med spiseforstyrrelse ikke få lov å trene? Da siden det er så mange gode fordeler med fysisk aktivitet. Grunnen til at de bør vise en stor varsomhet, er fordi mennesker med spiseforstyrrelser har et næringsinntak som er langt under det normale. Og siden de er så redd for å gå opp i vekt, vil de fleste intensivere treningen som igjen kan få svært uheldige effekter på spiseforstyrrelsen (Martinsen 2011). Det er selvsagt varierende fra person til person, og i hvilke faser vedkommende befinner seg i sykdomsforløpet. Men jeg tror nok at i slike situasjoner og tilfeller som dette, kan fysisk aktivitet i stor og intensiv mengde kan være med på å opprettholde og forverre slike vanskelige og helsefarlige sykdommer.

Tilfeller som også kan oppstå ved fysisk aktivitet, kan være treningsavhengighet og tvangspreget trening. Flere kan også bli rammet av overtrenthetssyndrom i følge Martinsen (2011), som går ut på at kroppen ikke klarer å restituere seg og brytes ned, når trening

utføres med en stor mengde treningsbelastning og intensitet. Overtrenthetssyndrom kan sammenlignes med alvorlig depresjon, med slående likhet ut fra denne tabell Martinsen (2011:168).

<u>Typiske tegn ved depresjon</u>	<u>Typiske tegn ved overtrening</u>
Trist, irritabel, lei seg	- Dårlig eller ustabil humør
Lite glede av aktiviteter i hverdagen	- Treningen er et ork
Redusert: - kvalitet og søvmengde	- Sover dårlig
- matlyst	- Dårlig matlyst
- selvfølelse	- Lav selvtillit
- konsentrasjonsevne	- Vanskelig å samle tankene
	- Sliten og mangler energi

For at hver enkelt skal finne en plass i et større fellesskap, er i følge Bunkholdt (2007) de sosiale ferdighetene veldig avgjørende. Mennesker er forskjellige selv uten en diagnose, men et fellestrekk for de med depresjon er at de kan trekke seg fra sosial deltakelse. Fysisk aktivitet sammen med andre mennesker kan skape et forventningspress som kan være med å svekke selvfølelsen til de dypt deprimerte. Det kommer frem i diagnosekriteriene for mennesker med depresjon at selvfølelse og selvtilliten er nesten alltid svekket, det skal kanskje ikke så mye til for at de får et dårlig utbytte av å være i fysisk aktivitet. Og ved de dypeste alvorligste depresjonene som har depresjonsformer som psykotisk depresjon og melankoli, har det vanskelig for denne gruppen depresjon å gjennomføre forsøk, som tyder på om fysisk aktivitet har noe for seg (Martinsen 2011).

Mens noen må jobbe hardt for å oppnå noe, mestrer noen noe med en gang. Det betyr likevel at de kan oppleve den samme glede og mestringsfølelse de ende opp med samme mestringsfølelse og glede av den aktuelle aktiviteten. Men hva vil de si om man stadig

føler liten grad av mestring og hva kan det gjøres med selvfølelsen? Kan fysisk aktivitet være med å skape dårligere selvfølelse enn det de hadde før de startet? Selvsagt individuelt hva nytteeffekten kan gjøre fra person til person, og hvor sårbar vedkommende er.

I noen tilfeller kan trening selvsagt suppleres med annen behandling som antidepressive medikament og elektrosjokkbehandling, men er ikke førsteprioritet som behandling for denne gruppen dypt deprimerte

7.0 Avslutning og refleksjon

I den grad jeg har fått det til innenfor rammene av tid og ved hjelp av relevant litteratur, har jeg prøvd så godt jeg har kunnet svare på problemstillingen i oppgaven. Men etter hvert som jeg har skrevet har oppgaven fått et noe mer generelt preg over seg enn det jeg hadde ønsket fra starten av. Oppgaven har vært spennende og givende å jobbe med, og jeg har fått en større innsikt og forståelse for tema og viktigheten av fysisk aktivitet, og dens innvirkning på mennesker med depresjon. Dette er nyttig erfaring som jeg kan bruke i mitt fremtidige arbeid som vernepleier.

7.1 Konklusjon

Så på hvilken måte kan fysisk aktivitet utgjøre en vesentlig faktor i forebygging og behandling av depresjon?

Slik det seg ut og jeg kommer frem til, er at fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på depresjon. De som er inaktive er mer utsatt for depresjon enn de som er i regelmessig fysisk aktivitet. Det ser ikke ut til at intensitet på treningen er relevant, men at man trener regelmessig. Det viktigste er ikke hvordan man trener, men at man bruker kroppen regelmessig, og er i aktivitet.

Det som står sentralt og er et tema som går igjen for å kunne hjelpe vedkommende videre i livet, er at hjelpere må søke å finne den hjelpetrengende/ deprimerte der han eller hun er i sykdomsforeløpet, og hvor befinner seg i livet. Man må jobbe og se ut fra et brukerperspektiv. Man bør som helper ha en enkel dialog, og finne ut hva depresjonen

betyr for hvert enkelt menneske, og hva som kanskje ligger bak depresjonen og hvorfor den oppstår, og på denne måten legge opp behandling gjennom fysisk aktivitet deretter.

Etablering av kontakt og støtte fra hjelpere vil ha stor betydning. De bør ha interesse og kunnskap for feltet selv. Med fokus på forståelse, god kommunikasjon tålmodighet, tid, og kunnskap til depresjon, og fysisk aktivitet som behandling. Man bør vise forsiktighet eller avstå helt fra fysisk aktivitet ved spiseforstyrrelse og ved dyp depresjon, i alle fall i perioder.

8.0 Litteraturliste

Aktivitetshåndboken (2008). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Oslo: Helsedirektoratet

Almvik, Arve og Lisbet Borge. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget

Vigmostad & Bjørke AS

Borge, Lisbet, Egil.W. Martinsen og Toril Moe. (2011). *Psykisk helsearbeid – mer enn*

medisiner og samtaleterapi. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa. (2006). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologiske og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 1. utgave.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bunkholdt, Vigdis. (2007). *Psykologi*. Otta: AIT Trykk Otta AS

Dalland, Olav. (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal

Akademiske

Dalland, Olav. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

Eknes, Jarle. (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Otta: AIT Trykk Otta AS

Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.). (2009). *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget AS

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

Utredning og diagnostisering – utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker

Oslo: Universitetsforlaget

- FO.(2006). *Om vernepleieryrket*. Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.
- Gundersen, Knut og Luke Moynahan. (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Horne, Hans og Bjarne Øyen. (2005). *Målrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse*. Lillestrøm: HiAK Publishing Senter.
- Klefbeck, Johan og Terje Ogden. (2003). *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget
- Linde, Sølvi og Inger Nordlund. (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Egil W. (2011) *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Merlau-Ponty, Maurice. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. (2008) *Psykatri. Kunnskap - forståelse - utfordringer*. Akribe forlag.
- Vatne, Solfrid. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget
- Witsø Aud Elisabeth og Teksum Anne Brit (2007): *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Pensumtjeneste AS, Oslo.

Aarre, Trond F, Petter Bugge og Siv Iren Juklestad. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Internettokumenter:

Bachelor i vernepleie, FAGPLAN (Høgskolen i Molde).
<http://www.himolde.no/db/28/3212.pdf>
Revidert 2012. Lest 05.05 2012

FO, Om vernepleieryrket 2008.
http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/_Om%20vernepleieryrket__A5.pdf Lest: 07.05 2012

Helsedirektoratet:

[http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Nasjonale-anbefalinger-for-fysisk-aktivitet/Voksne-\(18-64-%c3%a5.aspx](http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Nasjonale-anbefalinger-for-fysisk-aktivitet/Voksne-(18-64-%c3%a5.aspx) **Lest: 28.04 2012**

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser/Publikasjoner/tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser.pdf> **Lest:18.05. 2012**

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-2011.pdf> **Lest: 20.05 2012**

