

BACHELOROPPGÅVE

Fysisk aktivitet og psykisk helse

Korleis kan fysisk aktivitet bidra til å fremje psykisk helse hos ein brukar med schizofreni?

av

Kandidatnummer 63

Annika Bjørset

Physical activity and mental health

Emnekode og namn: Bachelor i sjukepleie SK 152

Innleveringsdato: 19.04.2013

Tal ord: 6997

Rettleiar: Irene Valaker



Mauren

Liten?

Jeg?

Langtifra.

Jeg er akkurat stor nok.

Fyller meg selv helt

på langs og på tvers

fra øverst til nederst.

Er du større enn deg selv kanskje?

Inger Hagerup (1905-1985)

Samandrag

Tittel:

Fysisk aktivitet og psykisk helse

Bakgrunn for val av tema:

Fysisk aktivitet har i dei seinare åra fått meir merksemd i samfunnet. I praksis ved psykisk helsevern blei eg blant anna kjend med ein brukar med schizofreni. Han hadde stor glede av å vere fysisk aktiv og eg blei nysgjerrig på korleis fysisk aktivitet påverkar den psykiske helsa. For meg har trening vore viktig for å fremje velvære og sosial kontakt med andre. Korleis er dette for ein brukar med schizofreni? Eg ønskte meir kunnskap og valde dette som tema for bacheloroppgåva.

Problemstilling:

Korleis kan fysisk aktivitet bidra til å fremje psykisk helse hos ein brukar med schizofreni?

Framgangsmåte:

Dette er ei litterær oppgåve. Ved søk etter underbyggande kunnskap har eg nytta ulike kvalitetssikre databasar og relevante søkeord i fleire kombinasjonar. Ein systematisk oversiktsartikkel og ein kvalitativ studie samt eigne erfaringar frå praksis, er nytta for å drøfte problemstillinga.

Oppsummering:

Forskning og anna litteratur viser at fysisk aktivitet har positive effektar på den psykiske helsa. For å leggje til rette for fysisk aktivitet for schizofrene brukarar i kommunehelsetenesta, har sjukepleiaren ei viktig rolle. Ho treng kunnskap om kva betydning dette kan ha for denne brukargruppa. Engasjement, motivasjon og ein nær relasjon kan sikre kontinuitet med fysisk aktivitet. Ved å nytte Callista Roy sin sjukepleieteori i samhandling med brukarane, kan sjukepleiaren lettare leggje til rette for fysisk aktivitet og bidra til å fremje psykisk helse.

Summary

Title:

Physical activity and mental health

Background of the choice of theme:

In recent years, physical activity has gained attention in our society. Through my internship in the health care service, I met a patient diagnosed with schizophrenia. Physical activity had a positive effect on the patient's well-being and I became curious as to how it affects the mental health. My experience with workout is that it improves general health and increases social interaction. How does this work for a person with schizophrenia? I was eager to learn more about this topic and chose it for this bachelor thesis.

Research question:

How can physical activity help improve the mental health of a patient diagnosed with schizophrenia?

Methodology:

This is a literary study, based on researching literature on the topic in quality safe databases and using relevant search words. A literature review and a qualitative study in addition to personal experiences from my internship, has been used to discuss the research question.

Summary:

Research suggests that physical activity has positive effects on the mental health. In the health care service the nurse has an important role in facilitating physical activity for patients with schizophrenia. Therefore knowledge is needed about how physical activity affects this patient group. A close relation to the patient, combined with motivation and commitment may ensure continuity with physical activity. By applying Callista Roy's nursing theories interacting with patients diagnosed with schizophrenia, it becomes easier for the nurse to facilitate physical activity and thereby improve mental health.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	6
1.2 Bakgrunn for val av tema	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensing av problemstilling og definerings av omgrep.....	7
1.4 Disposisjon av oppgåva.....	7
2.0 Metode	8
2.1 Framgangsmåte og val av teori	8
2.1.1 Bøker	8
2.1.2 Tipshefte og handbok	9
2.1.3 Forskingsartiklar og fagartikkel	9
3.0 Teori	10
3.1 Kommunehelsetenesta.....	10
3.2 Fysisk aktivitet	10
3.3 Schizofreni og psykisk helse	11
3.4 Callista Roy sin sjukepleieteori	13
3.5 Presentasjon av relevante artiklar og fagartikkel	15
4.0 Drøfting	16
4.1 Psykisk verknad av fysisk aktivitet	16
4.2 Korleis kan sjukepleiaren leggje til rette for fysisk aktivitet?	18
5.0 Veikskap og styrke	22
6.0 Konklusjon	23
Litteraturliste	25

Vedlegg 1: (Artikkelsøk)

1.0 Innleiing

I denne oppgåva vil eg skrive om fysisk aktivitet og psykisk helse. I følgje Martinsen (2004) har ein heilt sidan år 3000 f.Kr. vore klar over at fysisk aktivitet har hatt betydning for helsa og velværa til kroppen. Ei kinesisk lærebok i medisin hadde allereie på den tida fysisk aktivitet som ein del av resepten på eit langt liv. Før i tida var ein også avhengig av kroppsarbeid for å overleve. Sjølv om generasjonane har forandra seg og samfunnet ikkje krev same muskelkraft som tidligare, har vi fortsatt same gen, musklar og skjelett. Regelmessig aktivitet er det som skal til for at menneskekroppen fungerer best (Moe & Martinsen, 2011).

Helsedirektoratet (2010) hevdar at menneske med psykiske lidingar ofte er i dårligare fysisk form. Dette kan tyde på at fysisk aktivitet har for lita merksemd i behandlingsopplegget til psykisk sjuke. Personar med schizofreni kan ha nytte av fysisk aktivitet, fordi dette er ein sjølvhjelpsmetode som også kan ha positive effektar på den psykiske helsa. Fysisk aktivitet gir blant anna auka velvære, samt betre sjølvkjensle og forhold til eigen kropp (Moe & Martinsen, 2011).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg valde dette temaet av fleire årsaker. Først og fremst har eg alltid vore opptatt av fysisk aktivitet, som langrenn, friidrett, symjing og friluftsliv. Vidare vart eg introdusert for ulike psykiske lidingar i praksisen min i psykisk helsevern, noko eg syntest var spennande og interessant. Det verka som at fleire av brukarane hadde stor glede av å vere i aktivitet. Ein av desse hadde diagnosen schizofreni og fanga mi interesse. Ho gjekk turar og trena i eit felles treningsrom fleire gonger i veka. Eg fekk god kontakt med brukaren og vart inspirert til å skrive om fysisk aktivitet og psykisk helse.

1.2 Problemstilling

Eg har valt følgjande problemstilling:

«Korleis kan fysisk aktivitet bidra til å fremje psykisk helse hos ein brukar med schizofreni?».

1.3 Avgrensing av problemstilling og definering av omgrep

Som sjukepleiar kan ein møte brukarar med schizofreni på fleire arena, men eg ønskjer å ha fokus på brukarar i kommunehelsetenesta. Brukarane eg vil fokusere på har ein kjend schizofrenidiagnose i mild alvorlegheitsgrad, utan teikn til psykose. Det inneber at brukarane meistrar dagleglivet med noko tilrettelegging og har ikkje nokon fysiske hindringar. Dei må også vere mottakelege for informasjon og rettleiing. Desse brukarane blir gjerne ivaretatt av fleire ulike profesjonar, men det er sjukepleiaren si rolle som er vektlagt i denne oppgåva.

Ein brukar er i følgje Løken (2007) definert som ein person som offentleg og kommunal verksemd rettar seg mot, og som over ein relativt lang periode nyttar seg av slike tenester. Ein pasient er ein person med oppmoding om helsehjelp som kontaktar helsetenesta, eller som blir tilbudd helsehjelp av helsehjelpa i det enkelte tilfellet (Almvik, 2007). Sidan eg avgrensar meg til kommunehelsetenesta i denne oppgåva vel eg å nytte omgrepet «brukar» i staden for «pasient».

I daglegtalet nyttar vi fysisk aktivitet og fysisk trening litt om kvarandre. Fysisk trening kan definerast som planlagde, strukturerte og repeterte aktivitetar, der ein ønskjer å forbetre eller oppretthalde prestasjonsnivå eller fysisk form. Alle kroppslige bevegelsar som medfører auka energiforbruk, blir definert som fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011). I oppgåva fokuserer eg på fysisk aktivitet, som inneber aktivitet der brukarane ikkje treng noko erfaring eller kunnskap for å delta i. Fysisk aktivitet blir her nytta som ei tilleggsbehandling til medikament og anna aktuell behandling. Når det gjeld psykisk helse vel eg å fokusere på faktorane sjølvbilete, sjølvkjensle, sjølvoppfatning, kroppoppfatning, velvære, motivasjon og meistring.

1.4 Disposisjon av oppgåva

I kapittel 2 kjem eg til å presentere metoden for denne oppgåva. Dalland (2012) beskriv metode som ein framgangsmåte for korleis ein bør gå fram for å etterprøve eller framskaffe kunnskap. I kapittel 3 kjem eg inn på ulike teori, som skal vere med på å underbygge oppgåva. Teorien omhandlar kommunehelsetenesta, fysisk aktivitet, motivasjon, schizofreni og psykisk helse. Deretter presenterer eg Callista Roy sin sjukepleieteori og meistring. Kapittelet vert avslutta med ein presentasjon av to forskingsartiklar og ein fagartikkel. I kapittel 4 drøftar eg teoridelen og dei utvalde bøkene saman med egne praksiserfaringar. Oppgåva sine

veikskapar og styrker blir presentert i kapittel 5, før konklusjonen på problemstillinga i kapittel 6.

2.0 Metode

Eg har valt å nytte litteraturstudie i bacheloroppgåva. I følgje Dalland (2012) vil ein litteraturstudie seie at ein gjer bruk av eksisterande kunnskap, for å finne løysingar på ei problemstilling. Slik kunnskap kan vere skriftlege kjelder kombinert med erfaring frå praksis. Når ein nyttar litteraturstudie må ein presentere framgangsmåten i oppgåva og korleis ein vil gå fram ved litteratursøk. Ved hjelp av kjeldekritikk får lesaren ta del i refleksjonane rundt val av litteratur og kor gyldig og relevant den er for oppgåva. Kunnskap kan fort bli utdatert innan fagområder som er i stadig utvikling. Då er det viktig å vere merksam på tidspunktet teksten blei skriven, og om den har verdi som kjelde. Viss ein i tillegg arbeider med kliniske problemstillingar, kan det vere fornuftig å avgrense litteratursøka (Dalland, 2012). Difor har eg valt å avgrense søka til dei siste ti-åra. I følgje retningslinjene for oppgåveskriving må ein ha løyve frå originalforfattar og rettshavar og kreditere figurar, viss ein vil nytte dei i oppgåva. Eg har difor kontakta Callista Roy og fått løyve til å nytte figuren hennar om adaptasjonsmodellen.

2.1 Framgangsmåte og val av teori

Ein god søkestrategi er viktig når ein skal finne litteratur. Det er nødvendig å avgrense søka, bruke relevante søkeord og kvalitetssikre artiklane ein finn (Dalland, 2012). SveMed+ blei nytta i leiting etter medisinske søkeord på engelsk. I arbeidet med å kritisk vurdere forskingsartiklane brukte eg «kunnskapsbasertpraksis.no» og boka «*Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*» av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar. I vurderinga har eg nytta sjekklister tilpassa forskingsmetoden i artikkelen. Då ser ein blant anna på gyldigheit, metodisk kvalitet, resultat og overførbarheit til praksis (Kunnskapsbasert praksis, udatert).

2.1.1 Bøker

For å finne relevant litteratur brukte eg biblioteket på høgskulen. Der søkte eg i bibliotekbasen bibsys med orda: fysisk aktivitet, psykisk helse, schizofreni og Callista Roy. Eg fann blant anna boka «*Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*» av Martinsen, som verka relevant fordi den omhandla nytten av fysisk aktivitet til menneske med psykiske lidingar som

schizofreni. Borge, Martinsen og Moe si bok «*Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*» og «*Psykisk helsearbeid i nye sko*» av Almvik og Borge, håpar eg kan underbygge oppgåva med tanke på fysisk aktivitet og kva effekt den kan ha i psykisk helsearbeid. Schjødt, Hoel og Onsøyen si bok «*Psykisk helse som kommunal utfordring*» blei valt ut fordi den kan gi meg eit heilskapleg bilete av den kommunale praksisen innan psykisk helse. Roy si bok «*Introduction to Nursing: An Adaptation Model*» omhandlar sjukepleieteorien hennar, og verka relevant for sjukepleiarrolla i arbeidet med fysisk aktivitet og psykisk helse. Eg har også fått tips av rettleiaren om nokre bøker som kunne vere relevante i oppgåva. Dette var blant anna boka «*Schizofreni*» av Rund, som gir meg betre innsikt i diagnosen schizofreni og behandlinga rundt. Dalland «*Metode og oppgaveskriving*» gir meg ei innføring i oppgaveskriving og tar opp praktiske problem med tanke på dette, som er relevant i skriveprosessen. Pensumlitteratur har også vore nytta i oppgåva, og blei valt ut fordi dei omhandla psykisk helse, schizofreni og fysisk aktivitet.

2.1.2 Tipshefte og handbok

På «helsedirektoratet.no» nytta eg søkeorda «fysisk aktivitet og psykisk helse» og «aktivitetshåndboken». Der fann eg eit tipshefte for helsepersonell om fysisk aktivitet og psykisk helse, og aktivitetshandboka som eg kjende frå før. Desse resultatane kan bidra i oppgåva, fordi dei understrekar dei positive effektane fysisk aktivitet har på den psykiske helsa. Dei forklarar også korleis helsepersonell kan vere med på å motivere og leggje til rette for fysisk aktivitet.

2.1.3 Forskingsartiklar og fagartikkel

Ved søk etter forskning nytta eg databasane PEDro, Cinahl, SveMed+, PsycINFO og PubMed. Detaljar i søka som søkeord og tal resultat blir presentert i vedlegg 1. Søka blei avgrensa til artiklar som var utgitt i løpet av dei siste ti-åra. På PEDro nytta eg søkeorda “Physical activity schizophrenia”, og fann artikkelen «*The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review*» av Holley, Crone, Tyson og Lovell. Fordelen med ein systematisk oversiktsartikkel er at den gir oversikt over forskinga på det bestemte emnet, kvaliteten på forskinga og gjer dermed kunnskapen lettare tilgjengelig (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2011). Artikkelen blei valt ut fordi den viser kva område av den psykiske helsa som blir påverka av fysisk aktivitet.

På PubMed fann eg artikkelen «*Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study*», av Fogarty og Happell. Eg nytta søkeorda “Physical activity mental health community” og avgrensa søket til artiklar i full tekst. Artikkelen blei valt ut fordi den inkluderte personar med langsiktig schizofreni i kommunehelsetenesta, og viser at denne brukargruppa har nytte av fysisk aktivitet. På SveMed+ nytta eg søkeorda «Psykisk helse schizofreni» og fann fagartikkelen «*Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*» av Bjørnstadjordet. Denne blei valt ut fordi den inkluderte studiar med intervensjonar ut frå definisjonen på fysisk aktivitet, og konkluderer at fysisk aktivitet betrar psykisk helse hos personar med schizofreni.

3.0 Teori

3.1 Kommunehelsetenesta

Kommunehelsetenesta blir styrt av helse- og omsorgstenestelova. Kommunen skal i følge denne lova tilby nødvendige helse- og omsorgstenester for personar som oppheld seg i kommunen. Formålet med lova er å blant anna sikre kvalitet på tenestetilbodet og eit likeverdig tenestetilbod. Brukarar skal også delta i utforming, planlegging og evaluering av tiltaka. Styrka brukarinnverknad skal bidra til at tenestetilbodet treff behovet til tenestemottakaren. Ansvar for kommunen har omfattar alle brukar- og pasientgrupper, til dømes personar med psykisk lidning (Helse- og omsorgstenestelova, 2011; Schjødt, Hoel & Onsjøen, 2012).

3.2 Fysisk aktivitet

Som nemnt tidlegare er fysisk aktivitet all kroppslig bevegelse som medfører auka energiforbruk (Moe & Martinsen, 2011). Kroppslege bevegelsar kan til dømes vere å gå, sykle, gå på ski, symje eller vere fysisk aktiv gjennom arbeidet ein har (Martinsen, 2004). Andre dømer på fysisk aktivitet er ballspel, dans, spinning, stavgang og jogging. Utføring av aktivitetar kan skje på ulike område, til dømes treningssenter eller i friluftsliv (Torstveit & Bø, 2009). Kapasiteten ein person har til å møte nåverande og framtidige fysiske utfordringar i livet kan definerast som fysisk form. Evna ein har til å utføre fysisk aktivitet, omfattar denne forma og dei eigenskapane ein har eller skaffar seg (Martinsen, 2004). Uthald, rørsleevne, muskelstyrke, balanse og koordinasjon er faktorar som blir inkludert i omgrepet fysisk form (Torstveit & Olsen, 2011).

Det er eit forhold mellom dosen eller kor mykje aktivitet som er nødvendig, og kva effekt eller respons den har. Totaldosen av fysisk aktivitet blir bestemt ut frå frekvens, varigheit og intensitet. Frekvens er kor ofte eller hyppig, medan varigheit vil sei kor lenge ein held på med aktiviteten. Intensitet er kor intensiv eller anstrengande aktiviteten er (Torstveit & Olsen, 2011; Jansson & Anderssen, 2009). Fysisk aktivitet kan gi psykologiske verknader som glede, velvære, betre sjølvkjensle og forhold til eigen kropp (Helsedirektoratet 2010). Ein vil i tillegg kunne bli sterkare slik at ein tåler meir, blir mindre trøtt og får meir energi. Fysisk aktivitet kan for mange innebere å bli meir bevisst på sin eigen situasjon, kropp og betre eigenomsorga for seg sjølv (Moe & Martinsen, 2011).

Motivasjon er viktig i samband med fysisk aktivitet, både når det gjeld tilrettelegging og oppretthald av aktivitet (Martinsen, 2004). Motivasjon blir definert av Moe og Martinsen (2011) som ein dynamisk prosess, som kan påverkast. Ein kan forbinde motivasjon med drivkraft, positiv tenking, like å gjere noko, bli gira opp og medfødde eigenskapar. Ein kan også skilje mellom ytre og indre motivasjon. Forhold utanfor personen sjølv i form av ulike påskjønningmetodar styrer den ytre motivasjonen. Indre motivasjon er meir stabil og varig, og blir styrt av eigne positive opplevingar, forventningar, erfaringar og kunnskapar (Martinsen, 2004). Ein motivasjonssamtale går ut på å opne for bevisstgjerjing og finne ut om brukaren til dømes har interesse for fysisk aktivitet eller ikkje. Fokuset i samtalen skal vere på den enkelte si løysing og meining (Moe & Martinsen, 2011).

3.3 Schizofreni og psykisk helse

I følgje folkehelseinstituttet (2006) er schizofreni ein av dei mest alvorlige psykiske lidingane. Rundt 1 prosent av befolkninga i verda blir ramma og 600-800 menneske i Noreg kvart år. I følgje Johannessen (2008) er årsaka til utvikling av denne lidinga usikkert, men arv og miljø har betydning. Schizofreni har ulike forløp, nokre har berre ein sjukdomsperiode, andre har eit kronisk eller livslangt forløp eller ein variasjon av desse. Behandlinga av schizofreni går ut på å behandle symptoma og redusere tilbakefall som kan oppstå (Martinsen, 2004). Johannessen (2008) har forsøkt å dele inn teikna og symptoma på schizofreni i hovudgrupper, blant anna positive og negative symptom. Positive symptom oppstår i den akutte fasen og kan fortsetje i den kroniske fasen. Dei kjem utanom personen si normale tolking og sansing av omgivnadane, til dømes vrangførestillingar og hallusinasjonar. Negative symptom er karakteristiske i utviklinga av kronisk schizofreni. Døme er innskrenka taleevne, ein tendens

til asosial åtferd, likegyldigheit eller nedsett kjenslemessig reaksjon, mild apati og merksemdforstyrring (Johannessen, 2008).

Ei god helse kan vere ein tilstand og prosess av blant anna best mulig psykisk velvære. Ei psykisk lidning som schizofreni kan påverke den psykiske helsa (Hummelvoll, 2012). World Health Organization (WHO) definerer psykisk helse på denne måten:

Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. (WHO, 2007, avsnitt 1).

Ut frå dette dreiar psykisk helse seg om korleis ein har det med seg sjølv og korleis ein klarer seg i dagleglivet. Det er ikkje berre eit fråver av psykisk sjukdom. Korleis ein definerer ei god psykisk helse, vil avhenge av den enkelte si verdioppfatning og personlege vurdering. Døme kan vere meistring og velvære. Den subjektive opplevinga av den psykiske helsa vår vil skifte etter kva situasjon ein er i og kva livstilhøve ein har (Hummelvoll, 2012).

Den psykiske helsa kan bli påverka av ulike faktorar, blant anna av korleis ein ser, føler og oppfattar seg sjølv (Johannessen, 2008). Sjølvoppfatninga kan forklarast som personen si forståing for egne kjensler, ønskjer, verdiar, ressursar og avgjersler. Sjølvbilete har samanheng med sjølvoppfatninga, og er korleis personen oppfattar og ser på seg sjølv. Dette biletet vert blant anna påverka av behov og kjensler til personen (Hummelvoll, 2012). Sjølvkjensle omhandlar korleis personen opplev seg sjølv, og kan påverkast av til dømes vurdering, kunnskapar og refleksjonar av seg sjølv (Store norske leksikon, udatert; Hummelvoll, 2012).

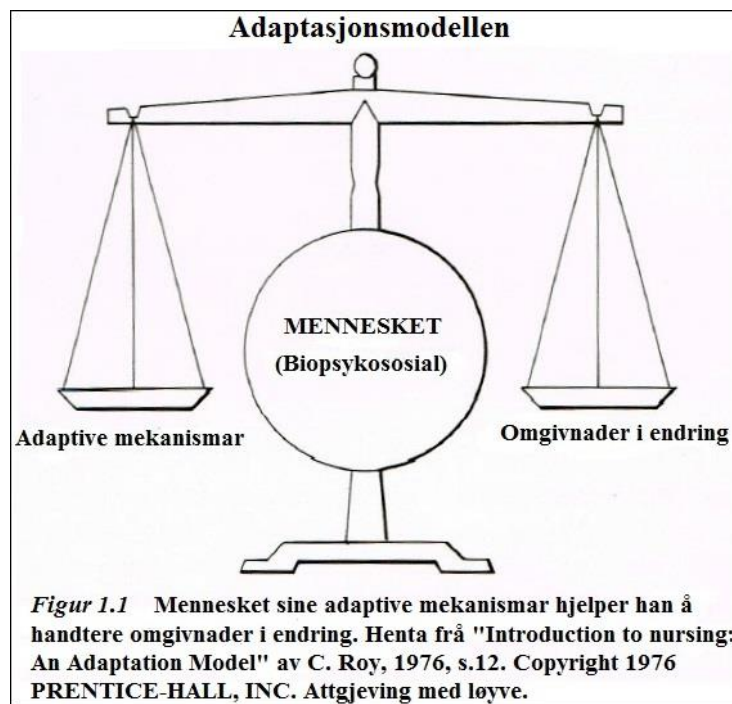
Kroppoppfatning eller kroppsbilete omhandlar følelsar og oppfatningar ein har til eigen kropp. Korleis ein oppfattar og ser på sin eigen kropp inkluderer størrelse, korleis ein tar seg ut, korleis den fungerer og kva den gir av muligheter for yting (Hummelvoll 2012). Hummelvoll (2012) og Martinsen (2004) definerer at kropp og velvære har samanheng. Ein kan oppleve velvære når det er ein balanse mellom den sosiale, psykofysiske og åndelig-kulturelle funksjonsevne. Det kan også opplevast når ein er klar over forholdet mellom det

ytre og det indre, og korleis ulike delar av kroppen fungerer i harmoni (Martinsen, 2004). Kva den enkelte personen opplever som velvære vil avhenge av situasjon og dei utfordringane tilstanden gir (Kristoffersen, 2009).

3.4 Callista Roy sin sjukepleieteori

Callista Roy (1939-) ser på sjukepleie som å gi omsorg til den sjuke eller potensielt sjuke på ein vitskapeleg måte (Wikipedia, udatert; Roy, 1976). Det vil sei at ho oppfattar mennesket som eit system der informasjon, stoff og energi vert utveksla med omgivnadane (Roy, 1976). Roy (1976) meiner at mennesket er i konstant interaksjon med omgivningar som er i kontinuerlig endring. Ho utvikla difor ein adaptasjonsmodell, som forklarar korleis sjukepleiaren ved hjelp av sjukepleieprosessen kan fremje adaptasjon og meistring hos den enkelte. I følgje Hummelvoll (2012) kan meistring forklarast som strategiar og ulike handlingsmønster ein gjennomfører for å klare noko, til dømes handtering av ei psykisk lidning. Når ein person klarer å gjennomføre ei handling fleire gonger, vil ein kunne oppleve meistring (Martinsen, 2004). Ivaretaking av sjølvkjensla og løysing av ulike problem kan vere døme på ulike retningar i dei forskjellige formene for meistring. Meistringsstrategiar kan vere å bevege seg fysisk, vere ute i naturen og å utvikle struktur og rutinar i dagleglivet (Hummelvoll, 2012).

Adaptasjonsmodellen til Roy (1976) består av ulike element. Desse elementa er mottakaren av sjukepleia, målet for sjukepleia og sjukepleieprosessen. Roy (1976) ser på mottakaren av sjukepleia, altså mennesket, som eit biopsykososialt individ, sjå figur 1.1 etter avsnitt. For å handtere omgivnadane som er i ei kontinuerlig endring, har mennesket biologiske, psykologiske og sosiale mekanismar. Nokre av desse mekanismane er medfødde, medan andre er erverva (Roy, 1976). Eit døme på dette er at ein schizofren person høyrer stemmer og fortel om desse til sine næraste, men føler han ikkje vert trudd. Den psykologiske forsvarsmekanismen vil då bli aktivert og stoppe personen neste gong han kjem i ein liknande situasjon. Dette gjer ein for å unngå kjensla av å vere annleis og at eins opplevingar er usanne og uverkelege. I følgje Roy (1976) blir denne positive reaksjonen eller tilpassinga mennesket har ved endring i omgivnadane, ofte kalla adaptasjonsprosessen.



Roy (1976) definerer eit stimuli som noko som medfører ein reaksjon. Det kan vere endringar mennesket blir utsett for av sine indre eller ytre omgivnader, som personen må meistre eller tilpasse seg gjennom adaptasjon. Roy (1976) deler stimuli i tre ulike kategoriar: Fokale, kontekstuelle og residuale stimuli. Ein fokal stimulus er endringa som påverkar personen direkte, og som krev ein adaptiv reaksjon. Eit døme er å få konstatert ei kronisk lidning. Ein kontekstuell stimulus er samanhengen personen er i og ulike forhold som inngår i dette. Slike forhold omfattar faktorar i personen og i omgivnadane, som vil ha medverknad på åtferda til personen. Med tanke på ein fokal stimulus som å få konstatert kronisk lidning, kan kontekstuelle stimulus for personen vere arbeidssituasjon, rollefunksjon, sjølvbilete og gjensidig avhengigheit. Residuale stimuli er stimuli som ikkje inngår direkte i situasjonen, og kan vere forhold i personen sjølv. Døme er kunnskapar, tidligare erfaringar og eigenskapar, som ofte vil ha medverknad på åtferda til personen (Roy, 1976).

Sjuepleieprosessen går i følge Roy (1976) ut på å vurdere åtferda til personen og faktorar som påverkar adaptasjonsnivået, til dømes endringar i indre og ytre omgivnader. Etter å ha identifisert åtferd og ulike faktorar, skal sjukepleiaren fremje ein adaptiv respons hos personen. Dette gjer ho ved å enten bidra til å fremje personen si meistringsevne eller påverke faktorar for å betre adaptasjonsnivået til personen. Evna mennesket har til adaptasjon avhenger av kva grad endringa har (fokal stimulus) og kva tilstand personen som skal handtere endringa er i (adaptasjonsnivå). Adaptasjonsnivået er ein konsekvens av den totale

effekten av dei fokale, kontekstuelle og residuale stimuli, som påverkar åtferda til personen i ein situasjon (Roy, 1976).

Roy (1976) skildrar to adaptive mekanismar, regulator og kognator, som er knytta til evna mennesket har til å tilpasse seg endringar, i både indre og ytre omgivnader. Regulator- og kognator-mekanismen fungerer i tilknytning til fire adaptasjonsmodus som mennesket har. Roy (1976) definerer eit modus som ein måte eller metode for å utføre eller gjere noko, og eit adaptivt modus som ein måte å tilpasse seg på. Målet for sjukepleia er i følge Roy (1976) å fremje adaptasjon og meistring innan dei fire modusa hos den enkelte. Dei fire adaptive modusa er fysiologiske behov, sjølvbilete, rollefunksjon og gjensidig avhengigheit. Fysiologiske behov omhandlar blant anna behovet mennesket har for aktivitet og kvile. Sjølvbilete viser til kva oppfatning ein har av seg sjølv, og blir delt inn i to hovudområde. Det første er det fysiske sjølv som omfattar kroppskjensla og kroppsbiletet vårt, basert på opplevingar og førestillingar om eigen kropp. Det andre er det personlege sjølv som omfattar vårt moralsk etiske sjølv, vår sjølv konsistens, vårt ideal-sjølv/våre forventningar. Rollefunksjonen omhandlar dei ulike sosiale rollene ein person har og til forholdet mellom dei. Gjensidig avhengigheit viser til ein balanse mellom sjølvstende og avhengigheit i sosiale relasjonar (Roy, 1976).

3.5 Presentasjon av relevante artiklar og fagartikkel

Den første artikkelen eg vil presentere er «*The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review*», av Holley, Crone, Tyson og Lovell (2011). Studien gir ein systematisk oversikt over den eksisterande effekten fysisk aktivitet har på psykisk velvære til personar med schizofreni. 15 databaser blei nytta i søket der forskarane til slutt fann 12 kvantitative og 3 kvalitative studiar som tilfredsstilte kriteria deira. Det var til saman 356 deltakarar. Desse måtte ha ein schizofrenidiagnose basert på ulike kriterium-baserte klassifikasjonssystem for psykiske lidingar. Intervensjonen var fysisk aktivitet med ulik intensitet og varigheit og det blei nytta ulike variablar for å måle psykisk helse. Hovudfunna indikerte at fysisk aktivitet hadde ein gunstig effekt på den psykiske helsa til deltakarane.

Den andre artikkelen eg vil presentere er «*Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study*», av Fogarty og Happell (2005). Denne

kvalitative studien oppretta eit strukturert treningsprogram over 3 månader, i ei kommunehelseteneste i Australia. Det var 6 deltakarar, der nokre av dei hadde langsiktig schizofreni. To kvalifiserte treningsfysiologar oppretta individuelle treningsprogram for kvar av deltakarane. For å samle inn data om erfaringane til deltakarane etter gjennomført treningsprogram, nytta dei fokusgruppe intervju. Deretter vart funna av studien delt inn i fire hovudtema: den individuelle arten av programmet, fysisk forbetring, gruppe dynamikk og framtidsplanar. Kommenterar og opplevingar frå deltakarane og sjukepleiarar viste at intervensjonen hadde positiv effekt på den psykiske helsa deira.

Sist vil eg presentere fagartikkelen «*Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*», av Bjørnstadjordet (2009). Dette er ein systematisk litteraturstudie, som nytta til saman 10 studiar for å finne ut om fysisk aktivitet kan betre mental helse hos personar med schizofreni. Studiane inkluderte 6 kvantitative, 2 kvalitative, og 2 med kombinerte metodar. Det var 186 deltakarar med schizofreni, som enten var innlagde eller polikliniske brukarar. Intervensjonen var ei form for fysisk aktivitet kvar veke, med variasjon i varighet og intensitet. Resultata av studien viste at schizofrene som ønskjer å delta, kan dra nytte av fysisk aktivitet, og at den kan vere eit positivt og viktig bidrag for å betre den psykiske helsa.

4.0 Drøfting

I løpet av dei siste åra har behandlingstilbodet til personar med psykiske helseproblem gjennomgått store strukturelle forandringar. Rolla til institusjonen er redusert til fordel for meir lokalbaserte behandlingstilbod i kommunane. Sjukepleiaren vil i den samanhengen få ei svært viktig rolle (Schjødt et al., 2012). Det er difor viktig at ho har kunnskap om kva betydning fysisk aktivitet har og korleis den påverkar den psykiske helsa til brukarar med schizofreni. Når ein skal leggje til rette for fysisk aktivitet kan sjukepleiaren bruke ulike strategiar og perspektiv. I denne oppgåva har eg valt å nytte Callista Roy sin sjukepleieteori, samt kunnskap frå forskingsartiklar og bøker presentert i teorikapitlet.

4.1 Psykisk verknad av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har fått auka fokus i dagens samfunn, blant anna i behandlingsopplegget ved ulike tilstandar som psykiske lidingar. Kroppen har godt av å bevege seg, og det er heller ingen tvil om at fysisk aktivitet gir helsegevinst (Helsedirektoratet, 2010; Martinsen, 2004).

Moe og Martinsen (2011) hevdar at fysisk aktivitet styrkar vår psykiske helse og hjelper oss til å møte motstand på ein betre måte. Eit døme er at ein kjem seg raskare og taklar sjukdomar som oppstår på ein betre måte. I artikkelen til Fogarty og Happell (2005) viser det seg at fysisk aktivitet gav meining i kvardagen til ein schizofren deltakar. Han blei påverka til å ønskje og gjere endringar med livet sitt for å få det betre. Dette var endringar som å kanskje byrje på skule eller i arbeid. I følgje Martinsen og Taube (2009) kan ikkje fysisk aktivitet erstatte tradisjonell behandling hos schizofrene brukarar, men den kan vere ei god tilleggsbehandling. Det viser seg at fysisk aktivitet er med på å redusere biverknadane av medikamenta. Døme er at brukarane blir mindre trøtte og uopplagde, og skjelvingar og muskelstivhet kan vere mindre uttalt. Dette er spesielt viktig hos schizofrene som også kan vere plaga med kroppslige sjukdomar, til dømes overvekt på grunn av biverknader av medikamenta (Martinsen, 2004).

Brukarar med schizofreni kan slite med dårlig sjølvkjensle (Moe & Martinsen, 2011; Bjørnstadjordet, 2009). Dei kan føle at dei har ein manglande evne til å vere saman med andre menneske, og kan kjenne seg utrygge og ikkje aksepterte av omgivnadane rundt (Leve med schizofreni, udatert). Fysisk aktivitet kan vere med på å redusere negative sjølvoppfatningar ved at ein meistrar ulike øvingar og ser framgang hos seg sjølv (Fogarty & Happell, 2005). I følgje Holley et al. (2011) resulterte fysisk aktivitet i ei betring av sjølvkjensla og dei sosiale evnene til deltakarane med schizofreni. Sosiale evner er viktige for den psykiske helsa, og kan hjelpe schizofrene brukarar til å takle sosiale situasjonar og vere saman med andre menneske (Bjørnstadjordet, 2009). I praksisen i psykisk helsevern erfarte eg at etter ein periode med fysisk aktivitet hadde brukarane betre sjølvkjensle. Dei vegra seg ikkje like mykje for sosiale situasjonar som kunne oppstå i løpet av dagen, som dei gjorde før. Brukarane uttrykte at dei følte seg trygge og meir aksepterte av andre fordi dei dreiv med fysisk aktivitet. Dei vart også gladare og følte auka velvære med seg sjølv. Dette viser at den psykiske helsa blir positivt påverka av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010).

Jansson og Anderssen (2009) hevdar at helsegevinst og fysisk aktivitet er i eit dose-/responsforhold der eit aukande aktivitetsnivå vil auke helsegevinsten. Brukaren sin schizofrenidiagnose vil påverke dette forholdet, samt kva vaner han har med fysisk aktivitet. Ein schizofren brukar i dårlig fysisk form og som har eit lågt aktivitetsnivå, vil kunne forvente stor helsegevinst. I følgje Martinsen (2004) vil ein betre fysisk form styrke kapasiteten brukarane har til å handtere endringar i omgivnadane og framtidige fysiske utfordringar i

livet. Martinsen (2004) hevdar vidare at dei psykologiske verknadane av fysisk aktivitet inntreer raskt. Det positive er at det ikkje er så mykje som skal til for å oppnå den ønska effekten. Det held med 30 minuttar fysisk aktivitet i moderat intensitet, til dømes ein rask spasertur (Martinsen, 2004; Helsedirektoratet, 2010). I Holley et al. (2011) viste ein studie at 1 time symjing og ein spasertur i veka resulterte i betre sjølvkjensle og psykisk helse hos deltakarane med schizofreni. Dette viser at ei avgrensa mengd fysisk aktivitet vil ha positive effektar på den psykiske helsa til schizofrene brukarar.

4.2 Korleis kan sjukepleiaren leggje til rette for fysisk aktivitet?

Sjukepleiaren i kommunehelsetenesta kan ha ei avgjerande rolle for å leggje til rette for fysisk aktivitet og fremje psykisk helse hos brukarar med schizofreni. Ho må vurdere fysisk aktivitet på lik linje med anna behandling (Helsedirektoratet, 2010). Tiltak som blir sett i verk skal visast effektive i møtet mellom den enkelte brukaren og utøvarapparatet til kommunen. Sjukepleiaren skal i tillegg styrke brukaren sine eigne mulegheiter til å hjelpe seg sjølv (Schjødt et al., 2012). I følgje Roy (1976) skal sjukepleiaren fremje adaptasjon og meistring hos brukaren i situasjonar med sjukdom. For schizofrene kan fysisk aktivitet vere ein mestringsstrategi for å handtere symptom relatert til lidinga si (Bjørnstadjordet 2009). For at sjukepleiaren skal oppnå at fysisk aktivitet blir ein mestringsstrategi for brukaren, må ho handtere dei ulike utfordringane som følgjer med.

I fagartikkelen til Bjørnstadjordet (2009) viste det seg at det var ei utfordring å sikre kontinuitet i arbeidet med fysisk aktivitet og schizofrene. Sjukepleiaren i kommunehelsetenesta har ein unik mulegheit til å følgje opp brukarane i dei daglige rutinane. Ho kan på den måten påverke schizofrene til å ta dei rette vala for å få ein meir aktiv kvardag (Helsedirektoratet, 2010). I følgje Roy (1976) skal sjukepleiaren manipulere ulike stimuli for å fremje meistring og adaptasjon hos brukaren. Ved å nytte denne modellen kan ho klare å påverke åtferda til schizofrene og sikre kontinuitet i arbeidet med fysisk aktivitet (Roy, 1976). For å få brukarane meir aktive er det viktig at sjukepleiaren og brukaren har ein nær relasjon. Ho må sjå og lytte til eventuelle ønskje og tankar den schizofrene måtte ha (Martinsen, 2004). Slik støtte kan sikre interesse og redusere fråfall når brukarane opplever dårlige periodar (Helsedirektoratet 2010). Engasjement og motivasjon er også viktige faktorar hos sjukepleiaren, for at brukarane held fram med fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011; Bjørnstadjordet 2009). I praksisen i psykisk helsevern erfarte eg at engasjement frå

sjukepleiaren smitta over til dei schizofrene brukarane, ved at dei på tross av ein dårleg dag med lite motivasjon, utførte dei planlagde aktivitetane. Ein nær relasjon, engasjement og motivasjon hos sjukepleiaren vil kunne påverke kontekstuelle stimuli hos brukaren. På den måten kan ho påverke åtferda til schizofrene og sikre kontinuitet i arbeidet med fysisk aktivitet og fremjing av den psykiske helsa (Roy, 1976).

Det viser seg at manglande motivasjon i samband med fysisk aktivitet er ei utfordring i psykisk helsearbeid (Moe & Martinsen, 2011). Gjennom kommunehelsetenesta kjenner kanskje sjukepleiaren til kva motivasjon brukarane har til fysisk aktivitet. I studien til Fogarty og Happell (2005) forstod eg det slik at schizofrene kan ha manglande motivasjon fordi dei oppfatta fysisk aktivitet som slitsamt. Det å vere klar over motivasjonen til brukarane kan vere ein fordel med tanke på kartlegging av strategi som skal nyttast for å leggje til rette for aktivitet (Moe & Martinsen, 2011). I følgje Roy (1976) er kartlegging av behov ein viktig del av sjukepleieprosessen, og ein skal identifisere åtferd og faktorar som påverkar adaptasjonsnivået til brukaren. I kartlegginga kan sjukepleiaren gjennomføre ein motivasjonssamtale med den schizofrene, som inneber at ho prøver å oppmuntre og motivere til fysisk aktivitet. Denne samtalen kan lette arbeidet med å leggje til rette for aktivitet og fremje psykisk helse. Sjukepleiaren kan informere brukarane om kor viktig fysisk aktivitet er for den psykiske helsa. Saman med brukarane kan ho finne aktivitetar i nærleiken som er aktuelle med tanke på interesser, behov, ønskje og individuelle føresetnader (Helsedirektoratet 2010; Moe & Martinsen, 2011). På denne måten vil sjukepleiaren påverke residuale stimuli og betre adaptasjonsnivået til brukaren (Roy, 1976). I fagartikkelen til Bjørnstadjordet (2009) viste det seg at eit individuelt treningsopplegg var viktig fordi det fremja blant anna motivasjon og trygghet hos deltakarane. Sjukepleiaren kan fremje indre motivasjon som interesse og glede knytta til aktiviteten, slik at schizofrene sjølv ønskjer å oppretthalde fysisk aktivitet. For å utvikle indre motivasjon kan sjukepleiaren nytte ytre motivasjon, til dømes belønning (Martinsen, 2004). I praksis i psykisk helsevern erfarte eg at motivasjonssamtalar med schizofrene var nyttige. Sjukepleiaren fann ut at ein brukar var interessert i fotball og introduserte han for eit lokalt fotballag, slik at han fekk delta på treningane deira. Når den schizofrene brukaren haldt fram med treningane, nytta sjukepleiaren handleturar med han som belønning.

Før sjukepleiaren kan leggje til rette for fysisk aktivitet, kan det også vere relevant å kartleggje dei fysiologiske behova til brukarane med schizofreni. I følgje Roy (1976) vurderer

ein då mengd og kvalitet på mobiliteten og haldninga brukaren har, samt faktorar som påverkar desse. Sjukepleiaren får dermed innblikk i kva type fysisk aktivitet som kan vere aktuell for den schizofrene og kva frekvens som er mest hensiktsmessig. På den måten kan ho sikre kvalitet på tenestetilbodet etter kva behov brukaren har (Helse- og omsorgstenestelova, 2011; Schjødt et al., 2012). I følgje Martinsen (2004) er fysisk aktivitet all form for muskellarbeid. For å gjere brukarane meir aktive, kan sjukepleiaren dermed nytte kvardagslege aktivitetar som handleturar, husarbeid eller hagearbeid som fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Slik eg forstår det meiner Roy (1976) blant anna at sjukepleiaren må fokusere på meistring som mål og ikkje prestasjon. Ved å nytte kvardagsaktivitetar kan sjukepleiaren bidra til meistring hos brukarane, fordi dei gjentar aktiviteten og når måla sine (Martinsen, 2004). I praksis i psykisk helsevern erfarte eg at brukarane auka lengda på spaserturane etter kvart som meistringskjensla auka. Ein brukar uttrykte også at spaserturane blei meir meningsfulle etter kvart som han kom i betre fysisk form. Fysisk aktivitet kan dermed gi mulighet til å skape meningsfulle meistringsopplevingar. Meningsfull aktivitet som er tilpassa dei fysiologiske behova til brukarar med schizofreni, kan bidra til å fremje den psykiske helsa deira (Martinsen, 2004).

I følgje Moe og Martinsen (2011) er det viktig å sjå på mennesket som ein heilskap fordi erfaringane vi gjer oss set seg i kroppen vår. Mange personar med schizofreni har eit forstyrra kroppsbilete, og kan gløyme at dei har kroppsdelar som armar og bein viss dei er inaktive. Sjukepleiaren kan ved hjelp av fysisk aktivitet gjere brukaren kjend med kroppen sin og dermed fremje «det fysiske sjølv» (Martinsen, 2004). I følgje Roy (1976) tilpassar brukaren seg ei endring i omgivnadane ved hjelp av adaptasjonsmoduset sjølvbilete. I samhandling med brukaren kan sjukepleiaren nytte dette moduset for å identifisere adaptasjonsproblem som kan oppstå, slik at den psykiske helsa vert fremja (Roy, 1976). Holley et al. (2011) viser at fysisk aktivitet har positiv effekt på den psykiske helsa og kroppsoppfatninga. Deltakarane skulle teikne ein person både før og etter fysisk aktivitet. Ei teikning vil i følgje Martinsen (2007) gi eit inntrykk av korleis ein opplever sin eigen kropp. Teikningane før fysisk aktivitet kan vere avvikande hos brukarar med schizofreni. Dette ser ein ved feilproporsjonerte storleiksforhold mellom ulike kroppsdelar og eit fråvær av detaljar som fingrar, tær, munn og auger. Resultatet av studien til Holley et al. (2011) viser at teikningane var betydeleg betre etter gjennomført aktivitet. Det å nytte fysisk aktivitet kan dermed føre til at schizofrene blir betre kjent med kroppen sin, slik at dei får eit meir presist kroppsbilete og føler auka velvære med seg sjølv (Martinsen 2007; Hummelvoll, 2012).

Brukarar med schizofreni har i følgje Johannessen (2008) ei annleis og forstyrra oppfatning av seg sjølv enn det andre har. Dette kan kome av at mange med psykiske lidningar er einsame og isolerte. Dei kan i tillegg ha dårlige sosiale ferdigheiter på grunn av få interesser og vert sitjande mykje heime (Martinsen, 2007). I følgje Hummelvoll (2012) blir biletet brukarane har på seg sjølv påverka av korleis dei tolkar det sosiale samspelet. Dei personane med mest makt i dette samspelet vil ha størst mulegheit til å påverke sjølvbiletet til den andre. Sjukepleiaren kan for brukarane vere den som har mest makt i dette sosiale samspelet (Hummelvoll, 2012). Ved å nytte denne makta kan sjukepleiaren fremje «det personlege sjølv», som er det andre området av sjølvbiletet, gjennom å leggje til rette for fysisk aktivitet (Roy, 1976). For nokre brukarar kan gruppetrening vere aktuelt, då dei kan påverke sjølvbiletet til kvarandre positivt. I studien til Fogarty og Happell (2005) kjem det fram kor viktig gruppetrening kan vere for å fremje den psykiske helsa. Deltakarane hadde god nytte av å ha andre rundt seg og blei meir motivert til å delta på trening. Slik eg forstår resultatet av studien førte samhaldet til at dei også påverka andre bebuarar som ikkje var deltakarar, til å vere fysisk aktive. Dette viser korleis gruppetrening og det sosiale samspelet påverka sjølvbiletet til deltakarane (Hummelvoll, 2012). Sjukepleiaren kan dra nytte av denne kunnskapen om gruppetrening og sosialt samspel når ho ønskjer å leggje til rette for fysisk aktivitet og fremje psykisk helse hos schizofrene brukarar.

Ein brukar med psykisk lidning som schizofreni kan oppleve konflikt eller endring i ulike roller, til dømes gradvis måtte forlate arbeidslivet. Det kan også sjå ut til at schizofrene kan ha gode og dårlege periodar. I dei gode kan dei fungere betre i kvardagen og ta opp igjen sine sosiale roller, til dømes gå på skule eller arbeid. Derimot kan brukaren i dårlege periodar vere prega av fleire symptom og redusert evne til å fungere (Smeby, 2009). I den samanhengen kan Roy (1976) sitt adaptasjonsmodus om rollefunksjon vere relevant for sjukepleiaren i arbeidet med å leggje til rette for fysisk aktivitet. Brukaren treng å vite kva rolle han har og kva som blir forventa av han og korleis han skal oppføre seg. Årsaka er at ei endring i ytre og indre omgivnader vil føre til at brukaren må meistre ein ny situasjon og gå inn i nye roller (Roy, 1976). I følgje Smeby (2009) kan årsaka til endring eller konflikt i roller hos den schizofrene brukaren vere at den psykiske lidninga kan gå i fasar. Sjukepleiaren har då ei viktig rolle for å hjelpe brukaren til å handtere ei slik endring. Ved å leggje til rette for fysisk aktivitet kan ho påverke fokale stimuli, og bidra til å fremje meistring og adaptasjon i rolla til den schizofrene. Årsaka til dette kan vere at ho klarer å betre evna brukaren har til å handtere lidninga si og den aktuelle rolla (Roy, 1976). I praksis i psykisk helsevern erfarte eg at sjukepleiaren la til rette

for fysisk aktivitet etter kva rolle og periode schizofrene var i. I ein god periode var mengd av fysisk aktivitet som vanleg og det vart forventa at brukarane deltok. I dårlege periodar var forventningane derimot lågare. Dette viser at kunnskap om rollefunksjon kan ha betydning for sjukepleiaren når ho ønskjer å leggje til rette for fysisk aktivitet og fremje den psykiske helsa.

Brukarar med schizofreni har ei subjektiv lidning og smerte berre den sjølv kan forstå (Johannessen, 2008). Desse brukarane kan trenge eit nettverk rundt seg for å klare å endre livsstilen sin. Sjukepleiaren kan fremje relasjonane til brukarane for å kunne bidra til adaptasjon og meistring med fysisk aktivitet (Roy, 1976). Det viser seg at gode relasjonar skapar trygghet og tillit (Moe & Martinsen, 2011). Slik eg forstår Roy (1976) er trygghet og tillit viktige faktorar i adaptasjonsmoduset om gjensidig avhengighet. Desse to faktorane kan vere med på å avgjere om brukaren oppnår ein balanse mellom avhengighet og sjølvstende i sosiale relasjonar. For å hjelpe brukaren til å oppnå balanse i dette adaptasjonsmoduset kan sjukepleiaren fremje forholdet den har til betydingfulle personar og støttesystem (Roy 1976). Det kan til dømes vere familie, vener, ektefelle eller arbeidskollegaer. Når brukaren opplev balanse i dette adaptasjonsmoduset og føler seg trygg og har tillit til sjukepleiaren, kan det vere lettare for ho å leggje til rette for fysisk aktivitet og fremje psykisk helse. I praksis erfarte eg at brukarane likte å trene i lag med personar dei kjente. Dei uttrykte at det var lettare å fullføre aktivitetane, samstundes som dei hadde nokon å dele erfaringar med. Ved at sjukepleiaren fremjar relasjonane til brukarane, kan ho styrke sjølvkjensla og sjølvbiletet til den enkelte (Hummelvoll, 2012; Holley et al., 2011). Brukaren kan på den måten bli motivert til å drive med fysisk aktivitet.

5.0 Veikskap og styrke

Artiklane som er nytta i oppgåva kan ha ulike veikskapar. Det blei til dømes ikkje spesifisert kva type fysisk aktivitet som blei nytta og det var få deltakarar. Studiane var i tillegg metodisk mangelfulle og inkluderte schizofrene med meir ustabile diagnoser. Artiklane blei likevel valt ut fordi eg meiner dei får godt fram kva effekt fysisk aktivitet har på den psykiske helsa, og at dei på den måten kan overførast til praksis. Boka til Callista Roy frå 1976 er nytta fleire stader i oppgåva. Dette kan sjåast på som ein veikskap fordi det i ei litterær oppgåve er lurt å nytte oppdatert kunnskap. Sjølv om Callista Roy si bok er av eldre karakter valde eg likevel å bruke den. Dette fordi eg ikkje ville risikere nyare sekundærkjelder, der teksten kan vere skriven og

tolka på ein heilt annan måte. Elles har eg i oppgåva brukt relevant og variert litteratur av nyare karakter.

I oppgåva har eg nytta figuren til Callista Roy om adaptasjonsmodellen. Figuren har vore oppdatert fleire gonger sidan 1976, noko som kan sjåast på som ein veikskap. Eg valde likevel å ha originalen, sidan eg har fokusert på boka frå 1976 i oppgåva. Det verkar også som at sjukepleieteorien hennar ikkje er like mykje brukt i forhold til andre teoretikarar. Det at eg likevel har nytta Callista Roy i oppgåva kan vere ein styrke, fordi eg kan belyse temaet frå ein anna vinkel. Eg kontakta Callista Roy på eige initiativ for å hente inn løyve til å nytte figuren hennar, noko eg også meiner kan vere ein styrke.

Gjennom prosessen med å skrive bacheloroppgåve har eg møtt ulike utfordringar. Først og fremst brukte eg mykje tid på søkeprosessen for å finne litteratur og forskning som kunne bidra i oppgåva. Forskinga som er brukt føler eg stadfester at fysisk aktivitet har effekt på den psykiske helsa til brukarar med schizofreni. Relevant og variert litteratur som omhandlar same tema, meiner eg kan vere ein annan styrke. Det har også vore svært utfordrande å nytte Callista Roy sin sjukepleieteori for å belyse temaet i oppgåva, fordi eg måtte komprimere vanskelig stoff. Samstundes har prosessen vore spennande fordi eg har lært mykje om både fysisk aktivitet, psykisk helse og schizofreni, og korleis eg som sjukepleiar kan kombinere desse i praksis.

6.0 Konklusjon

Ved å arbeide med denne bacheloroppgåva har eg funne ut at fysisk aktivitet kan ha positive verknader på den psykiske helsa til schizofrene. For å etablere fysisk aktivitet i behandlinga til schizofrene i kommunehelsetenesta, kan sjukepleiaren ha ei svært viktig rolle. Ein følgjer opp brukarane i daglege rutinar og kan påverke dei mot ein meir aktiv livsstil. For å sikre kontinuitet med fysisk aktivitet, som kan vere ei utfordring, kan ein nær relasjon mellom sjukepleiar og brukar vere ein avgjerande faktor. For å oppnå dette kan det vere lurt å vektlegge at den schizofrene har få personar å forhalde seg til. Engasjement og motivasjon kan også bety mykje for å sikre kontinuiteten. Schizofrene er sårbare brukarar, og sjukepleiaren må kanskje trå varsamt i arbeidet med fysisk aktivitet. Makta ein har som sjukepleiar må brukast på ein god måte, slik at det kjem brukaren til nytte. Ved å bruke Callista Roy sin sjukepleieteori kan det vere lettare å leggje til rette for fysisk aktivitet og

fremje psykisk helse. Dei ulike adaptasjonsområda gir sjukepleiaren innblikk i kva stimuli som påverkar åtferda til brukarane og korleis dei handterer lidinga si. Gjennom sjukepleieprosessen kan sjukepleiaren kartleggje kva type fysisk aktivitet og i kva mengd og intensitet som er hensiktsmessig for den enkelte. Det å ha meistring som mål kan vere avgjerande for at schizofrene held fram med fysisk aktivitet, og at den blir ein del av behandlinga deira.

Litteraturliste

Almvik A. (2007). Rett til helsehjelp. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.162) Bergen: Fagbokforlaget

Bjørnstadjordet K. (2009, mai) Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. Henta frå <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Fysisk-aktivitet-som-behandling-av-mental-helse-ved-schizofreni>

Dalland O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Fogarty & Happell (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26:341-351 (2005).

Folkehelseinstituttet (2006, desember) Henta frå http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,8303&List_6212=6218:0:25,6344:1:0:0:::0:0

Helsedirektoratet (2010, april) Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Henta frå <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgstenestelova (2011, juni). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstenestelova)*. Henta frå <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-20110624-030.html#map0>

Holley J., Crone D., Tyson P. & Lovell G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology* (2011), 50,84-105.

Hummelvoll (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS

- Jansson E. & Anderssen S. A.(2009). Kapittel 2. Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken*. Henta frå <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/Sider/default.aspx>
- Johannessen J. O (2008). Schizofreni- klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni*. (s.30,32-34,39) Stavanger: Hertervig Forlag
- Kristoffersen N. J (2009). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* bind 4. (s.95) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapsbasert praksis (udatert). *Kritisk vurdering*. Henta 7.mars 2013 frå <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>
- Leve med schizofreni (udatert). *Sosialt liv*. Henta 7. april 2013 frå <http://www.levemedschizofreni-no.com/generell-informasjon/sosialt-liv>
- Løken K. H. (2007). Å lykkes med brukermedvirkning. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.190) Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen E. W (2004). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen E. W. (2007). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.127-128). Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen E. W. & Taube J. (2009). Kapittel 43. Schizofreni. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken*. Henta frå <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/Sider/default.aspx>

Moe T. & Martinsen E. W (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi*. (s.76-79,81-82,84,87). Bergen: Fagbokforlaget

Nortvedt M. W, Jamtvedt G, Graverholt B. & Reinart L.M (Red.). (2011) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Roy C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. New Jersey: Prentice-Hall, INC.

Schjødt B. R. H., Hoel A. K & Onsøien R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget

Smeby N. A. (2009). Samarbeid med familien i psykiatrien. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget*. (s.115). Oslo: Gyldendal Akademisk

Store norske leksikon. (udatert). *Selvfølelse*. Henta 8 april 2013 frå http://snl.no/.sml_artikkel/selvfoelse

Torstveit M. K. & Bø K. (2009). Kapittel 9. Ulike typer fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken*. Henta frå <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/Sider/default.aspx>

Torstveit M. K. og Olsen S. R. (2011) Fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit og R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid*. (s.164,167-169). Oslo: Høyskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press

WHO- World Health Organization (2007). Henta frå <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

Wikipedia (udatert). *Callista Roy*. Henta 7.mars 2013 frå http://en.wikipedia.org/wiki/Callista_Roy

Vedlegg 1 (Artikkelsøk)

Dato for søk: 14 og 19 februar, 4 og 12 mars, og 2 april.

SØKEORD	PEDro	Cinahl	SveMed+	PsycINFO	PubMed
Physical activity schizophrenia	8	10			114
Psykisk hälsa schizofreni			16		
Physical activity and mental health				459	
Physical activity and mental disorders					546
Physical activity and mental health relationship					501
Exercise mental health schizophrenia					84
Physical activity mental health community					549