

BACHELOROPPGAVE

Kan fysisk aktivitet påvirke livskvalitet hos overvektige mennesker med downs syndrom?

av

Karl Oskar Brøckermann

Kandidat nr. 310

Vernepleie
BSV5-300
Mai 2013

Feil! Bokmerke er ikke definert.

1.0 Innledning

Etter HVPU reformen i 1991 har utviklingshemmede i dag fått mulighet til å bo i egen bolig eller gruppeboliger med tilnærmet normale boforhold som normalt fungerende personer har (regjeringen.no). Etter reformen har også normaliseringsprinsippet blitt et sentralt begrep. Prinsippet sier at mennesker med psykisk utviklingshemming skal leve under normaliserte forhold, og ha tilgang til de samme godene som resten av befolkningen (Eknes og Løkke, 2009). Men hvilke konsekvenser fører godene med seg? Har medaljen en bakside? Det å ha fri tilgang til mat, alkohol, røyk og andre rusmidler kan føre til ulike livsstilssykdommer, noe mange mennesker blir utsatt for (Mæland, 2005).

Overvekt er et stadig økende problem blant befolkningen i Norge og globalt (Bhar, Larsen, Karlsson & Henriksson, 2009). I følge statistisk sentralbyrå var 32 % menn og 21 % kvinner overvektige i Norge i 2008 (SSB.no). Blandt barn i aldersgruppen 8 år var 17,8 % overvektige i 2010. På grunn av de høye tallene frykter man en fremtidig overvektsepedemi (fhi.no).

Overvekt er òg et økende problem blandt utviklingshemmede (Eknes og Løkke, 2009s.33).

Jeg skal i denne oppgaven ta for meg mennesker med downs syndrom og overvekt. Disse personene har ofte lettere for å bli overvektige i forhold til andre mennesker (Mæhle et al., 2011) Livsstilssykdommen bærer ofte med seg andre plager som svekker den fysiske- og psykiske helsen (Bahr, Larsen, Karlsson og Henriksson, 2009). Målet i den oppgaven har vært å finne ut om fysisk aktivitet kan hjelpe disse menneskene å gå ned i vekt, og om treningen kan føre til økt livskvalitet. Med dette dukker det opp flere spørsmål; Vil den overvektige personen selv endre livsstil? Ønsker han/hun i det hele tatt å være fysisk aktiv? Hvilke metoder kan fungere? For å få svar på hvor vidt fysisk aktivitet kan bidra til bedre livskvalitet hos overvektige mennesker med downs syndrom, har jeg valgt å formulere problemstillingen slik:

Kan fysisk aktivitet påvirke livskvalitet hos overvektige mennesker med downs syndrom?

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har i min praksis som vernepleierstudent sett at overvekt er et problem blant mennesker med downs syndrom og utviklingshemmede generelt. Noen av disse menneskene har gitt uttrykk for at de er misfornøyde med vekt og utseende. Likevel virket det som om de ikke har hatt lyst til å gjøre noe med det. Kan grunnen være manglende kunnskap om helsefremmende tiltak? Mange i tjenesten rundt disse menneskene mener at endring av matvaner er en god løsning. Jeg mener at dette truer de utviklingshemmedes integritet og deres mulighet til å velge selv. Jeg har derfor lenge lurt på om fysisk aktivitet, tilrettelagt for disse menneskene, er en bedre løsning og om det har større effekt.

2.0 Metode

Tranøy, referert i Dalland (2007) definerer metode «...som en framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldig eller holdbare» (Tranøy, ref. i Dalland 2007 s.81). Metoden forteller oss altså hvordan vi skal gå fram for å finne kunnskap (Dalland, 2007)

Vi kan dele opp samfunnsvitenskapelig metode i to ulike hovedtyper: kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ data tar for seg større mengder informasjon og gjør dette om til tall, slik at vi kan gjøre ulike utregninger og målinger (Dalland, 2007). Kvalitative data omtales som det motsatte, der data uttrykkes gjennom tekst (Grønmo, 2011). Dalland beskriver at kvalitative metoder sikter på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2007 s.82) Jacobsen fortelle at vi bør bruke kvalitativ tilnærming eller metode når vi ønsker beskrivelser av hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon (Jacobsen, 2005 s.124) I denne oppgaven har jeg brukt kvalitativ metode.

2.1 Kvalitativ innholdsanalyse

Metoden jeg har valgt å bruke forklares av Grønmo (2011) som kvalitativ innholdsanalyse, eller litteraturstudie. Arbeidet går ut på å systematisere ulike dokumenter i form av utvalgt teori og forskning skrevet av andre for å belyse egen problemstilling. Den utvalgte litteraturen velger jeg her å kalle teori. Grunnen til det er at artiklene og bøkene jeg har brukt i studien, er forskerens/teoretikerens fortolkning av virkeligheten. Jacobsen forklarer at «*En teori er en forenkling av en komplisert virkelighet, en slags skissemessig oversikt*» (Jacobsen, 2005s, 377). Dette gir grunnlag til å si at kildene jeg har brukt er en forenklet virkelighet av fenomenene downs syndrom, overvekt, livskvalitet og fysisk aktivitet.

Gareth Morgan forklarer i Jacobsen (2005), at vi egentlig ikke kan komme opp på et høyere forståelsesnivå bare ved å bruke en teori. Dette er jeg enig i. Hensikten med opplegget har vært å trekke sammen teorier for så å trekke de sammen og skape en syntese av teoriene (Jacobsen, 2005s.379). De ulike teoriene har utfylt hverandre, fordi svake deler i en teori kan utfylles av en annen og omvendt. På grunn av det har det undervegs i opplegget mitt, vært viktig å hele tiden bruke ulike kilder og syn på de ulike fenomenene, noe Roness (1997) forklarer (sitert i Jacobsen, 2005s.379) Det å bruke flere teorier har styrket relabiliteten i denne oppgaven.

2.2 Litteraturfunn og kildekritikk

Det finnes en del potensielle kilder om emne jeg har skrevet om. Derfor sier Grønmo (2011) at bruken av disse kildene må skje på en forsvarlig måte (Grønmo, 2011s.190). Videre sier han at man må kritisk vurdere de kildene som skal brukes i oppgaven, ved å se på deres tilgjengelighet, relevanse, autensitet og troverdighet (Grønmo, 2011). I denne delen av oppgaven har jeg vurdert dette ved å vise til de kildene som har vært viktig for besvare problemstillingen.

Det første jeg gjorde var å finne ut om det fantes forskningsartikler som kunne hjelpe meg å belyse min problemstilling. Jeg fant ingen ting i norske databaser. Derfor brukte jeg en database som heter «medline». Denne databasen er internasjonal og engelsk, noe som gjør det mulig å få mange treff. Jeg brukte søkeord som *obesity*, *down syndrom*, *exercise og physical activity*. For å avgrense søket valgte jeg at artiklene ikke skulle være eldre enn fra 2005. Dette er viktig for meg fordi jeg da finner den nyeste forskningen på de ulike områdene som er viktig for oppgaven. I tillegg huket jeg av at artiklene skulle være «academic journals» og sjekket opp deres publiseringskanaler via nsd.no. Dette for å forsikre om at artiklene var fagfelleurdert. Jeg fant de mest relevante artiklene ved å lese deres innholdsfortegnelse og sammendrag. Jeg har valgt å ha med fire ulike artikler i oppgaven som jeg mener er relevante for å besvare problemstillingen. Disse presenteres i "Empiri" delen, senere i oppgaven. Jeg vurderte artiklene som autentiske og troverdige siden de er fagfelleurdert, og funnet i en av databasene som biblioteket på høgskolen tilbyr.

Problemstillingen inneholder begrepene overvekt, downs syndrom, livskvalitet og fysisk aktivitet. Dette er omfattende temaer med mye tilhørende litteratur. Det har derfor vært viktig for meg å finne bøker som sammenfatter de ulike begrepene til en viss grad. Med dette mener jeg litteratur som knytter de ulike begrepene opp mot hverandre. Eknes og Løkke (2009) er

forfattere som gjør dette. Eknes er utdannet psykolog og er sjef for stiftelsen SOR. Han har skrevet flere bøker om psykisk helse og utviklingshemmede. Løkke er ansatt ved Høgskolen i Østfold og har tidligere skrevet om veiledning, psykiske lidelser og adferdsanalyse (Ekne og Løkke, 2009). Dette tyder på deres bok om utviklingshemmede og habilitering er en pålitelig kilde.

For å forklare de ulike hovedbegrepene har jeg brukt ulike bøker som jeg har fått tak i på biblioteket. De er gitt ut av kjente forlag som b.la. universitetsforlaget og Gyldendal. De kan derfor også betraktes som troverdige.

2.3 Førforståelse

Tranøy, referert i Dalland (2007) sier at « *Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det*» (Tranøy, ref i Dalland 2007 s.90). Det er dette vi kaller for førforståelse.

Jeg har åpenbart gjort meg tanker rundt fenomenet downs syndrom og overvekt. Det er derfor jeg velger og skrive denne oppgaven. Det er viktig at man skriver ned disse tankene og fordommene på forhånd (Dalland, 2007). Før jeg begynte på denne oppgaven hadde jeg stor tro på at fysisk aktivitet var den beste veien til økt livskvalitet hos overvektige mennesker med down syndrom. Jeg trodde òg at mangel på fysisk aktivitet automatisk førte til vektrelaterte problemer. Når man har fått en klarhet rundt disse tankene vil det være enklere å finne data som kan avkrefte eller bekrefte de fordommene/tankene jeg har gjort meg (Dalland, 2007).

3.0 Teori

Her vil jeg forklare ord og begreper som er viktig for å forstå oppgaven. Livskvalitet, overvekt, downs syndrom og fysisks aktivitet er sentrale begrep som skal brukes i drøftingsdelen av oppgaven, slik at jeg kan gi et svar på min problemstilling.

3.1 Livskvalitet og livsstil

Livskvalitet er et bredt begrep som handler om personens fysiske og psykologiske helse, selvstendighet, sosiale relasjoner, tilgang på tilfredsstillelse, individuell tro og retten til å innvirke på miljøet rundt seg (Eknes og Løkke, 2009). Det finne mange definisjoner på hva livskvalitet er, men Rustøen, referert i Eknes og Løkke (2009) forteller at livskvalitet er « *En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områdene i livet som er viktig for en*» (Rustøen ref, i Eknes og Løkke, 2009 s. 31)

God helse innebærer at personen er fysisk og psykisk frisk (Mæland, 2005 s.26). For noen kan god helse oppleves som velvære og for andre kan god helse være avgjørende i jobb. For eksempel i jobb som innebærer mye fysisk arbeid. Det er flere faktorer som påvirker helsen vår. Blant annet genetiske og biologiske forhold, adferd og miljø (Mæland, 2005).

Etter HVPU- reformen har målet vært å gi mennesker med utviklingshemming bedre levekår og økt livskvalitet (Eknes og Løkke, 2009s.32). I et normalisert liv kan utfoldelse av livskvalitet få konsekvenser. Retten til å velge vaner som røyk, rus og dårlig kosthold kan gi dårlig fysisk helse og livsstilssykdommer. Livsstilssykdommer som overvekt og fedme er økende hos utviklingshemmede og i normalbefolkningen (Eknes og Løkke, 2009 s.33).

3.2 Overvekt

Overvekt vil si at man har en kroppsmasseindeks (BMI) på mellom 25 og 29,9. Denne måles ved å ta kroppsvekten i kilo delt på kvadraten av kroppslengden i meter (Bahr et al., 2009).

Normal vekt har en BMI mellom 18,5 og 24,9. Bahr et al., (2009) sier at «*det er egentlig svært enkelt å forklare hvorfor overvekt oppstår: energiinntaket overstiger energiforbruket*» (Bahr et al., 2009 s.470). Det at mennesker i samfunnet har blitt mindre aktive, er trolig en av årsakene til overvekt, sammen med dårlig kosthold (Sletteland og Donovan, 2012). Tekniske hjelpemidler gjør at man i dag beveger seg mindre. Vi har også lært oss å raffinere sukker og produsere fett. Dette har gjort at maten som i dag spiser er svært energirik. Denne typen mat var ikke en del av kostholdet under steinalderen. Menneskets sammensetninger av gener har gjennom tid vært uendret og blir derfor påvirket av miljøet rundt oss som har endret seg drastisk (Bahr et al., 2009). Alikevel er det ikke all som blir overvektige av dårlig livsstil. Noen mennesker er overvektige på grunn av underliggende sykdommer som for eksempel hormonforstyrrelser (Sletteland og Donovan 2012 s.64)

I likhet med normalbefolkningen er dårlig kostvaner og et passivt liv hovedårsaken til at utviklingshemmede blir overvektige og da spesiet kvinner. Mennesker med utviklingshemming har liten tilgang til fritidstilbud og dårlig tilbud på fysiske aktiviteter (Eknes og Løkke, 2009 s.33). Ekenes og Løkke (2009) refererer til en rapport fra 2007 av NAKU (nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming) som sier at «*utviklingshemmede faller utenfor alminnelige helsefremmende tiltak*» (NAKU 2007 ref i, Ekenes og Løkke, 2009 s.33). Dette gjør at mange får mangel på mosjon. Dette kan være problematisk fordi en person med utviklingshemming kan gi uttrykk for at en er tilfreds i livet, selv om personen har underliggende fysiske eller psykiske plager. Det er derfor en samfunnsmessig plikt å

informere utviklingshemmede, slik at de kan gjøre like helserelaterte valg som resten av befolkningen. Utviklingshemmede skal ha tilgang til helsehjelp på lik linje med alle andre (Eknes og Løkke, 2009)

Overvekt kan føre til mange sykdommer som både kan være farlig og livstruende. Der blant metabolske problemer som diabetes type-2, aterosklerose (åreforkalkning), hypertoni (høyt blodtrykk), dyslipidemi (høyt kolesterol), kreft, leversteotase (oppbygging av fett i lever), gallestein og hormonforstyrrelser. Overvekt fører også til vektrelaterte problemer som artrose (leddgikt), lumbago (hekseskudd/korsryggsmerter), søvnapne, dyspne (tungpustethet), refluks (sure oppstøt/halsbrann), brokk, stressinkontinens (ufrivillig urinlating) og årebrokk (Bahr et al., 2009). I tillegg kan overvekt gi flere psykososiale plager. Mange mennesker med overvekt, både barn og voksne mistrives med sin overvekt. Dette kan føre til dårlig selvtillit, sosial isolasjon og ensomhet (Sletteland og Donovan, 2012). I følge Øen (2012) kan mennesker som sliter med overvekt ha lavt selvbilde, lide av tristhet, engstelse og depresjon. Andre kan være utsatt for mobbing, ha manglende konsentrasjon og impuls kontroll eller slite med spiseforstyrrelser (Øen, 2012s.112)

3.3 Psykisk utviklingshemming

Den internasjonale statistikken som klassifiserer sykdommer og beslektede helseproblemer heter ICD. Den inneholder et kapittel for psykiske lidelser og ulike adferdsforstyrrelser (naku.no) Kapittelet ICD-10 beskriver at psykisk utviklingshemming er en «*Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale.*» (ICD-10, 2012) Bruk av selvhjelpsferdigheter, tilbud i samfunnet, selvbestemmelse, fritid og helse og sikkerhet kan være en utfordring for mennesker med utviklingshemming i følge American Psychiatric Association (sitert i Holden, 2009 s.23).

Graden av psykisk utviklingshemming blir vanligvis vurdert ut fra standardiserte intelligensprøver og kan deles inn i ulike kategorier (ICD-10,2012).

Lett psykisk utviklingshemming: Der IQ ligger mellom 50 og 69. Hos voksne er den mentale alderen mellom 9 til under 12 år. Grad av utviklingshemming fører vanligvis til lærevansker på skolen. Mennesker som ligger under denne kategorien klarer seg ofte godt i arbeid og sosiale forhold. De gjør på mange måter en god innsats i samfunnet (ICD-10, 2012).

Moderat psykisk utviklingshemming: Der IQ ligger mellom 35 og 49. Hos voksne ligger den mentale alderen mellom 6 til under 9 år. Mennesker som ligger under denne kategorien har utfordringer med utviklingshemming allerede i barnealder. God opplæring gjør at de fleste kan oppnå en form av uavhengighet når det gjelder egen forsørging. Grunnleggende kommunikasjon og enkle skoleferdigheter kan også oppnås. I voksenlivet vil det være behov for varierende grad av støtte i dagliglivet og arbeid (ICD-10, 2012).

Alvorlig psykisk utviklingshemming: Der IQ ligger mellom 20 og 34. Hos voksne ligger den mentale alderen mellom 3 til under 6 år. Mennesker som faller under denne kategorien har varig omsorgsbehov gjennom hele livet (ICD-10, 2012).

Dyp psykisk utviklingshemming: Der IQ ligger under 20. Hos voksne ligger den mentale alderen under 3 år. Mennesker som ligger under denne kategorien har store begrensninger av egenomsorg, kontinens, kommunikasjon og bevegelighet (ICD-10, 2012).

3.4 Downs syndrom

Downs syndrom eller DS som jeg nå har valgt å kalle det, er en form for utviklingshemming. Mæhle, Eknes og Houge sier at det hvert år fødes 65 barn med DS i Norge og det tilsvarer ca. 1 tilfelle per 1000 fødsler (Mæhle, Eknes og Houge 2011 s.67). Kvinner over 38 år har siden 1983 fått tilbudt fosterdiagnostikk for påvise DS. Siden halvparten av disse kvinnene ikke velger denne testen og fordi de fleste kvinner som føder er under 38 år, har ikke tallet av mennesker som fødes med diagnosen i Norge blitt påvirket gjennom årene. (Mæhle et al., 2011).

Det finnes tre ulike former for DS. Den vanligste formen heter *trisomi 21* (forekommer hos 95 %), den skyldes nedarving av et ekstra kromosom nr.21. Hos normalt fungerende mennesker er det 2 eksemplarer av kromosom 21, mens personer med DS og trisomi 21 har 3 (snl.no). Dette betyr at alle cellene i kroppen har et ekstra kromosom (Mæhle et al., 2011 s.68)

Den andre formen for DS heter *translokasjon* (forekommer hos 4 %) der personen kun har deler av celler med et ekstra kromosom 21. Den siste formen for DS heter *mosaikk* der personen har en blanding av celler med ekstra kromosom 21 og vanlig celler (snl.no).

Karakteristiske trekk ved nyfødte barn med DS er ofte: flat ansiktsprofil, skråstilte øyespalter, hypotoni (muskelsvakhet), overbøylige ledd, uvanlig øreform og ekstra skinn i nakken (Mæhle et al., 2011).

3.4.1 Psykiske forhold

Nesten alle med DS har en utviklingshemning av moderat grad (Mæhle et al., 2011 s.76).

Mange sliter med korttidshukommelse, men har gjerne fotografisk minne av ting de er opptatt av. Denne egenskapen kan brukes til å trene opp ulike ferdigheter og rutiner, men da i et tempo som er tilpasset vedkommende (Mæhle et al., 2011 s.76) Mennesker med DS har en tendens til å innarbeide seg mange ulike rutiner. I tillegg er det vanlig at mange er sta. Dette kan føre til situasjoner der de ulike rutinene prioriteres frem for andre og mer viktige ting (Mæhle et al., 2011). Det er også vanlig at de protesterer med stahet og aggresjon mot ulike gjøremål som omgivelsene insisterer på at personen skal gjøre. Dette kan være en utfordring ved samarbeid med tjenesteyter (Holden, 2009).

I likhet med andre utviklingshemmede kan personer med DS ha generaliseringsvansker. Det vil si at man kan ha vansker med å overføre kunnskap og ferdigheter fra en situasjon til en ny eller annen (Mæhle et al., 2011). Derfor kan det ta lang tid fra stilt spørsmål til du får svar.

Stilles det form mange spørsmål og elementer på en gang, kan det føre til full stopp i kommunikasjon. Mennesker med DS er også dårlig til å vise følelser verbalt, det kommer derfor gjerne til uttrykk gjennom endret adferd eller ansiktsuttrykk (Mæhle et al., 2011).

Diagnosen fører ofte til at man har utydelig tale. McGuire og Chicoine, referert i Mæhle et al (2011) sier at «...mens 75 % forstås av sine nærmeste, er et bare 28 % som klarer å gjøre seg fullt forstått ovenfor fremmede.» (McGuire og Chicoine, ref i. Mæhle et al., 2011 s. 74). Det kan ta lang tid å formulere seg og til tider kan det virke slitsomt å gjøre seg forstått.

3.4.2 Fysiske forhold

Ca 50 % prosent av alle mennesker som blir født med DS har en form for hjertefeil. De fleste av disse hjertefeilene kan bedres med kirurgisk inngrep (Mæhle et al., 2011 s.70).

Hjertefeilene gir som regel ikke symptomer. Det er derfor viktig med regelmessig oppfølging og hjerteundersøkelser hos lege (Skauge, 2007).

Ulike problemer med syn og hørsel er vanlig ved diagnosen. Dårlig syn kan ha stor påvirkning på mestring og trivsel i hverdagen (Skauge, 2007 s.14). Derfor er briller nødvendig for rundt 80 % med DS, en eller annen gang i livet. Hørselsproblemer forekommer for rundt 40-89 %. Årsaken er ofte infeksjoner i mellomøret og voks i de ytre øregangene (Skauge, 2007). Hørselen har stor betydning for kommunikasjon og derfor vil hørselsapparat være nødvendig for noen med DS (Mæhle et al., 2011).

Mange mennesker med DS har dårlig immunforsvar uten at man har funnet noen årsak til det. Dette kan føre til auto immune sykdommer som gjør at kroppens immunforsvar angriper egne organer (Skauge, 2007). Et av organene som kan bli angrepet er skjoldbruskkjertelen. Når dette skjer får personen lavt stoffskifte (hypotyreose). Lavt stoffskifte forekommer når skjoldbruskkjertelen produserer for lite hormoner og noen av tegnene på sykdommen kan være dårlige fysiske og mentale evner, og vektøkning. (Mæhle et al., 2011).

Diabetes er en annen form for auto immun sykdom og den er kronisk (Skafjell og Graue, 2011). Den opptrer oftere hos mennesker med DS enn andre (Skauge, 2007 s.13).

Sykdommen kan føre til relativ eller absolutt insulinmangel. Dette forårsaker høyt blodsukker. Den vanligste formen for diabetes er type 2-diabetes. Denne typen fører til relativ insulinmangel. Den andre og mindre vanlige formen for diabetes er type 1- diabetes som gjør at kroppen ikke produserer noen form for insulin (Skafjell og Graue, 2011). Vanlige symptomer på sykdommer er tørste, stor vannlating, vekttap, utmattethet og slapphet. Noen ganger blir ikke diabetes diagnostisert med en gang fordi personen med DS kun føler seg litt uvel (Skauge, 2007). Overvekt er årsaken i 70 % av tilfellene der personer får diagnosen diabetes type-2 (Skafjell og Graue, 2011 s.25).

Overvekt sees oftere hos mennesker med DS, særlig hos kvinner som tidligere nevnt (Mæhle et al., 2011). Denne tilstanden bør følges opp med opplæring og oppfølging på samme måte som normalt fungerende personer. En av årsakene til overvekt hos personer med DS kan være bivirkninger av ulike medikamenter (Mæhle et al., 2011). Skauge forklarer at

«Vektproblemer har ulike årsaker. Høyt kaloriinntak og lite bevegelse kan være en forklaring. Toleransen for karbohydrater, og for høye verdier av serumfett kan være en annen. I tillegg kan lavt stoffskifte ha betydning» (Skauge, 2007 s. 27)

Det forekommer at personer med DS får pusteproblemer om natten. Denne tilstanden fører til gjentatte pustestopp i søvne og kalles for obstruktiv søvnapné (Mæhle et al., 2011). Dette fører til mangel av surstoff til hjerte og hjerne, og kan også påvirke andre organer. Mangel på luft gjør at personen stadig våkner opp for å ta inn luft. Dette resulterer i et dårlig søvnmønster, hodepine, konsentrasjonsvansker og at personen er lite opplagt gjennom dagen (Skauge, 2007). Søvnapné kan være forårsaket av overvekt eller at personen har for stor tunge som stenger for luften (Mæhle et al., 2011).

3.5 Fysisk aktivitet

Menneskekroppen er skapt for bevegelse og derfor er fysisk aktivitet bra for kroppen. Fysisk aktivitet innebærer bruk av alle muskler i kroppen som fører til økt energiforbruk (Bahr et al., 2009). Fysisk aktivitet kan forebygge mange sykdommer og gi bedre livskvalitet. Det kan også gi glede, energi og fremmer sosialt samvær (Eknes og Løkke, 2009 s.87). Bahr et al., (2009) sier at *«fysisk aktivitet kan utføres med ulik intensitet. Jo høyere intensiteten er, desto større blir den umiddelbare virkningen på forskjellige kroppsfunksjoner»* (Bahr et al., 2009 s.8).

I følge NAKU (2007) har mennesker med utviklingshemming har svært ulikt funksjonsnivå. Noen har store fysiske utfordringer som innebærer lite til ingen funksjon av viljestyrte bevegelser. Andre har lette balanse- og kordinasjonsvansker. For disse menneskene kan fysisk aktivitet gi et svært godt utbytte fordi de har nedsatt motoriske ferdigheter, sliter ofte med overvekt og er lite aktive (sitert i Eknes og Løkke, 2009 s.87). Hos mennesker med DS er det store forskjeller i bevegelsesferdigheter, men felles har man forsinket og avvikende bevegelsesutvikling (Eknes og Løkke, 2009 s.89). Personer med DS har overbevegelige ledd og lav muskelspenning. Dette har innvirkning på utviklingen av motoriske ferdigheter. Også andre fysiske komplikasjoner ved diagnosen som tidligere er nevnt, påvirker evnen til bevegelse og fysisk aktivitet. De kan også få problemer med ledd og rygg ved økende alder. Ved utøvelse av fysisk aktivitet må man være oppmerksom på dette. Ellers sier Eknes og Løkke (2009) at *«de kan delta i allsidige fysiske aktiviteter, alt etter den enkeltes bevegelsesressurser, interesser og helse»* (Eknes og Løkke, 2009 s.89).

For mennesker som er overvektige kan fysisk aktivitet av høy intensivitet ha flere gevinster. Det bryter ned fettvevet i kroppen, styrker muskler, øker forbrenningen og stoffskifte og gjør at personen ikke overspiser etter en fysisk økt (Bahr et al., 2009). Intensiteten på fysisk aktivitet er forskjellig fra person til person. Det er derfor viktig å ikke stille for høye krav til personen som er overvektig. En overvektig person bruker mye mer kapasitet på å gå en tur enn det en normalvektig gjør fordi kroppsvekten er høyere (Bahr et al., 2009 s.476). Det er derfor viktig for personen å finne aktiviteter som er motiverende og gjennomførbare.

Aktiviteter som svømming, sykling og vanngymnastikk har vist seg å være svært effektive i forhold til mosjon for overvektige (Bahr et al., 2009) Aktivitetsprogrammer for overvektige mennesker øker velvære, motvirker depresjon, stress og angst, og gir bedre humør. Etterhvert

som personen går ned vekt får man en bedre selvoppfattelse av kroppen og positiv innstilling til eget utseende (Bahr et al., 2009)

Om en overvektig person er fysisk aktivitet for å gå ned i vekt, er det viktig at han/hun blir vand med den nye livsstilen. Dette fordi den fysiske aktiviteten skal være helsemessig gunstig. Det er vanlig at noen personer har vansker med å tilpasse seg nye og sunnere levevaner og de faller derfor tilbake til gamle vaner. (Bahr et al., 2009).

3.6 Selvbestemmelse og omsorgsplikt

Eknes og Løkke (2009) sier at *«utviklingshemmede har ofte mindre innflytelse over eget liv enn det som er normalt. I utgangspunktet bør man se etter forbedringsmuligheter, men i noen tilfeller bør man godta at det er slik»* (Eknes og Løkke, 2009 s.153)

Normalisering er et begrep som bl.a. bygger på å gi den enkelte utviklingshemmede støtte, rett og behov til innvirkning på egen hverdag og evnen til å bestemme selv (Eknes og Løkke, 2009s.23). For at mennesket skal kunne oppleve frihet og friheten til å velge er selvbestemmelse en viktig betingelse. Rent juridisk blir man tildelt selvbestemmelsesrett etter fylte 18 år og etter modenhet samt erfaring. (Selbo, Bollingmo og Ellingsen, 2005)

Selvbestemmelse er noe som må læres i praksis gjennom tid og handler om store og små valg i livet. Blant annet det å kunne velge om man skal ha fisk eller pølser til middag. Eller om man skal ligge på sofaen hele dagen eller gå seg en tur. Det viktigste er at vi lærer at valgene vi tar kan angres på eller få konsekvenser senere (Selbo et al., 2005).

Tjenesteyter har gjennom kommunen etter helse og- omsorgstjenesteloven § 3-1 plikt til å tilby mennesker med nedsatt funksjonsevne nødvendig helse - og omsorgstjenester (lovdata.no). Dette kan være i situasjoner der personen med utviklingshemming har en livsstilssykdom som f.eks. overvekt eller andre mer alvorlige sykdommer. I en slik situasjon har personen det gjelder i følge helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1 rett til å medvirke til helsehjelpen (lovdata.no). Eknes og Løkke (2009) sier at *«...den viktigste medvirkningen skjer når pasienten på informert grunnlag bruker sin samtykkekompetanse til å gjøre valg om hva slags helsehjelp som ønskes. Men pasienten har også rett til å medvirke aktivt i selve behandlingen på ulike måter, ut i fra interesse, evner og hva situasjonen tillater»* (Eknes og Løkke, 2009s.168) Medvirkning (brukermedvirkning) bygger altså på at personer med utviklingshemming har rett til innflytelse på saker som angår dem (Selbo et al., 2005 s.42). Dette kan for eksempel være et treningsprogram for fysisk aktivitet. Retten til medvirkning står også nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 (lovdata.no).

4.0 Empiri

Empiri er kunnskap som er bygd på erfaring om faktiske forhold i samfunnet. (Dalland, 2007)
Jeg har her oversatt empirien jeg har valg å ha med i oppgaven. Alt som er skrevet under er hentet fra de forskningsartiklene jeg nå skal presentere. Jeg har vært nøye på at ikke at ord og uttrykk blir forandret under oversettingen. Jeg har brukt ordnett.no til å oversette ord som er uklare eller ukjente.

4.1 "Assessment of objectively measured physical activity levels in individuals with intellectual disabilities with and without Down's syndrome" (Phillips & Holland,2011)

Målet med forskningen i denne artikkelen var å finne ut hvor mye personer med psykisk utviklingshemming, med og uten DS, beveger seg i løpet av en dag. Årsaken til at de ville finne ut av dette er at mennesker med psykisk utviklingshemming har en mye dårligere helse og en høyere dødsrate enn resten av befolkningen. Phillips og Holland (2011) antar at det er flere årsaker til dette, men at overvekt og mangel på fysisk aktivitet er noe av hovedårsaken. Videre sier de at det finnes gode tilbud for helsefremmende tiltak generelt i befolkningen, men lite som er tilpasset for utviklingshemmede. Det finnes også lite informasjon og litteratur på dette området (Phillips og Holland, 2011).

For å kartlegge fysisk aktivitet blant utviklingshemmede var det 152 mennesker som tok del i forskningen, 79 av dem hadde DS. Dette var mennesker med lett, moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming som hadde en alder mellom 12-70 år. Både kvinner og menn deltok. Deltagerene ble utstyrt med et akselerometer som ble festet til et belte på hoften. Den skulle de ha på i syv dager. Utstyret målte hvor mye personene var i aktivitet i løpet av en dag. All data fra forskningen ble lagret i et digitalt system på. I gjennomsnitt var menneskene uten DS i aktivitet 41.6 minutter sammenlagt hver dag. Personene med DS var i aktivitet 29.8 minutter sammenlagt hver dag. I England er det anbefalt at barn mellom 5-18 år er 60 minutter eller mer i aktivitet hver dag syv dager i uken. For voksne fra 19 år og oppover er det anbefalt 150 minuttet eller mer aktivitet hver dag. Det viste seg derfor at psykisk utviklingshemmede med og uten DS utførte alt for lite fysisk aktivitet i løpet av dagen. Forskningen viste også at eldre mennesker med DS bevegde seg mindre enn eldre mennesker med annen utviklingshemming. Dette tyder på at fysisk aktivitet er en utfordring i forhold til alder for eldre mennesker med DS (Phillips og Holland, 2011).

De slående resultatene som viser at fysisk aktivitet reduseres betydelig med økende alder hos mennesker med DS, er viktig. Phillips og Holland (2011) sier at resultatet kan være en pekepinn på ulike grunner til at mennesker med DS har et lite fysisk aktivt liv og en høy andel overvektige til sammenligning med mennesker med annen utviklingshemming. Mye tyder på at det er fysiologiske årsaker som hindrer mennesker med DS i å være fysisk aktive ved økt alder. DS er forbundet med tilstander som bidrar til lite fysisk aktivitet i forhold til mennesker med annen utviklingshemming. Bla. uregelmessig hjertfrekvens, svekkede selvstyrte funksjoner i kroppen og muskelsvakhet. Phillips og Holland (2011) antar at feil i cellenes energilagring (mitokondrielle sykdommer) fører til mangel på energi og til økt oksidativ stress, og at dette er noe av årsaken til resultatet av studie som er gjort av menneskene med DS. (Phillips og Holland, 2011).

Resultatet antyder også at mennesker med utviklingshemming og da spesielt mennesker med DS har risiko for å utvikle sykdommer som er forbundet med fysisk inaktivitet.

Helsefremmende tiltak gjennom fysisk aktivitet har vist seg å ha enorme positive konsekvenser generelt i befolkningen, men utviklingshemmede har ikke blitt inkludert i disse tiltakene. Derfor er det viktig å utvikle velfungerende, tilgjengelige og helsefremmende metoder som øker fysisk aktivitet hos mennesker med utviklingshemming (Phillips og Holland, 2011).

4.2 "Nutrient intake and anthropometry in children and adolescents with Down syndrome-a preliminary study." (Grammatikopoulou, M.G., Manai, A., Tsigga, M., Tsiligioglou-Fachantidou, A., Galli-Tsinopoulou, A. & Zakas, A, 2008)

Denne artikkelen handler om en studie av unge mennesker med DS som ble gjort i Hellas. Målet med studie var å finne ut hvor høyt ernæringsinntak og hva slags kroppsstørrelse i de ulike barna og tenåringene som var med i studie hadde. Grammatikopoulou et al., (2008) sier at en høy andel av barn og unge med DS er overvektige eller lider av fedme, men at årsaken til dette er noe uklar. Forskere antar at det er metabolske årsaker til dette, som for eksempel lavt stoffskifte. Det viser seg også at barn og unge som bor hjemme er mer overvektige enn de som bor på institusjon. Årsaken til dette er at de som bor hjemme har tilgang på mat til alle døgnets timer, mens de som bor på institusjon får mat i mer kontrollerte former (Grammatikopoulou et al., 2008).

Deltagerne i studie besto av 18 jenter og 16 gutter med DS. Alderen var mellom 2-18 år. Alle deltagerne bodde hjemme med mor og far, og ingen gikk på noen form for medikamenter. Deltagerne ble delt inn i to aldersgrupper: Barn 2-9 år og tenåringer 10-18 år. Det ble gjort kroppsmålinger av alle deltagerne bl.a. kroppsvekt og høyde. Målingen viste at kun 9.1 % av gruppen barn var overvektige. I gruppen var tenåringer hele 30.4 % overvektige og 13.1 % led av fedme. Videre ble foreldrene til barna og tenåringene bedt om loggføre barnas kaloriinntak, kolesterolinntak og antall måltider pr dag de neste tre dagene. Resultatet viste at flesteparten av gruppen barn hadde fem måltider per dag. Det samme gjaldt for gruppen tenåringer, men kaloriinntaket viste seg å være mye høyere enn hos barna. Blodprøver viste også at tenåringen hadde mangel på flere viktige vitaminer og mineraler i kroppen (Grammatikopoulou et al., 2008).

På grunnlag av studie viste det seg altså at matvanene til gruppen tenåringer var mye dårligere enn hos barna. Foreldrenes logg og blodprøver viste at barna hadde et sunnere og mer variert kosthold, mens tenåringene hadde et mer ensidig og kaloririkt kosthold. Kroppsmålingene viste også at deltagerne i gruppen tenåringer hadde en høy andel av overvektige.

Grammatikopoulou et al., (2008) konkluderer derfor med at barn med DS er født med genetisk mottagelighet for å bli overvektige, men at overvekt likevel ikke utvikler seg før barnet blir eldre. Dette fordi barnet lærer seg å kunne velge mellom ulike typer mat og fordi barnet blir mer og mer uavhengig av foreldrene (Grammatikopoulou et al., 2008)

4.3 "Obesity in Children with Down Syndrome: Background and Recommendation for Management." (Murray & Ryan-Krause, 2010)

Denne artikkelen handler om hvorfor barn med DS blir overvektige og hvordan man kan forebygge dette. Harris, Rosenberg, Jagda, O'Brien og Gallanger (2003) referert i Murray og Ryan- Krause (2010) forklarer at så mange som 30 % til 50 % av barn med DS er overvektige i USA (referert i, Murray og Ryan- Krause, 2010). Overvekten fører til økt risiko for diabetes type- 2. Derfor bør forebygging av overvekt hos barn med DS være en høy helsemessig prioritet. Det er de fysiologiske og psykologiske vanskene ved diagnosen DS som fremmer overvekt. Bland annet lavt stoffskifte, lav forbrenning, lav produksjon av leptin (et hormon som kontrollerer kroppsvekten) og vansker med å tygge enkelte typer mat som rå frukt, og grønnsaker. Negativitet, impulsivitet, ulydighet, frustrasjon og stahet er noen av tingene som barn med DS også utvikler når de blir eldre. Dette kan føre til at man ikke hører på foreldre når det kommer til valg av ernæring eller deltagelse i fysisk aktivitet. En forebyggingsplan

mot overvekt bør derfor utvikles på bakgrunn av de komplikasjonene som følger med diagnosen DS hos barn (Murray og Ryan- Krause, 2010).

Når man lager en plan er det viktig å kartlegge barnets helse. Først ved å se på sykdommer som ligger i familie. For eksempel diabetes, kolesterol og hjertesykdommer. Deretter bør det gjennomføres en fysiologisk undersøkelse for å kartlegge barnets helse. Det vil hjelpe til finne fysiologiske tilstander som fører til overvekt, risikofaktorer og fortelle om barnet med DS trygt kan delta i fysisk aktivitet uten fare for skade/sykdommer. Ved valg av aktiviteter er det viktig at barnet har det gøy og at man gjerne engasjerer hele familien. Aktivitet som barnet ikke liker vil være vanskelig å gjennomføre og kan skape problemer. Tenåringene med DS kan ha mindre interesse for å delta i tilrettelagt fysisk aktivitet fordi de heller foretrekker å være som alle andre tenåringene i stede for å føle seg spesiell. Murray og Ryan- Krause (2010) anbefaler medlemskap på treningssenter, OL for psykisk utviklingshemmede, yoga, dans, aktive videospill og lagsport. I tillegg oppfordres de å samarbeide med en treningsfysiolog. Barnets ernæring bør bestå av mat med lite kalorier og samarbeid med ernæringsfysiolog anbefales. Alle disse tiltakene kan forebygge vektøkning og overvekt, eller redusere overvekt hos barn med DS og føre til et sunnere voksenliv (Murray og Ryan- Krause, 2010).

4.4 "Influence of 12- week exercise training on fat mass percentage in adolescents with Down syndrome." (Ordoñez , F.J., Rosety, M. & Rosety-Rodriguez, M. 2006)

Forskningen i denne artikkelen er gjort på bakgrunn av at det er en stor økning i antall overvektige verden over. I artikkelen nevnes det at man i USA har sett en fordobling i antall mennesker med overvektige mellom 1980 - 1991 og at denne livsstils trend etter hvert følger i resten av verden. Ordoñez et al., (2006) sier at denne trenden er spesielt farlig for mennesker med psykisk utviklingshemming og at en stor andel av disse menneskene har for mye kroppsfett (Ordoñez et al., 2006). Overvekt kan føre til mange livstruende sykdommer som står for store deler av de årlige helseutgiftene. Derfor er det viktig å utvikle treningsprogram for psykisk utviklingshemmede som funker og som overholdes. Det viser seg at en høy andel av mennesker med DS, hovedsakelig unge mennesker, er overvektige eller lider av stoffskifte sykdommer. Denne opplysningen er veldig viktig fordi disse menneskene har en større sjanse for å utvikle dødelige hjertesykdommer og blodpropp. På grunn av dette har de utviklet et 12 ukers treningsprogram for unge mennesker med DS med hoved fokus på å redusere deres

kroppsmasseindeks (BMI). Dette kan redusere forekomst av ulike sykdommer assosiert med overvekt og føre til bedre livskvalitet (Ordoñez et al., 2006).

22 mennesker med DS meldte seg på treningsprogrammet. Dette var unge menn med en kroppsvekt på $78,7 \pm 4.8$ kg og en alder på $16,2 \pm 1,0$ år. Ingen av deltagerne hadde tatt del i noen form for trening på seks måneder og alle ble medisinsk vurdert før forsøket. Det 12 uker lange treningsprogrammet besto av tre treningsøkter i uken fordelt på land og i vann. Disse øktene besto av aerobic timer. Intensiteten til hver deltager ble målt via hjerterytme. De to første ukene varte treningsøktene i 30 min, de to neste i 45 min og de åtte siste i 60 min. Alle øktene ble gjennomført med profesjonelle treningsinstruktører. BMI ble målt både før og etter hver treningsøkt på land. Før treningsprogrammet hadde deltagerne en gjennomsnittlig BMI på 31.8 ± 3.7 . Etter 12 uker hadde deltagerne en gjennomsnittlig BMI på 26.0 ± 2.3 (Ordoñez et al., 2006).

Ordoñez et al., (2006) sier at det generelt er lite fysisk aktivitet blant mennesker med psykisk utviklingshemming (Ordoñez et al., 2006). Fysisk aktivitet har store helsemessige gevinster og det anbefales at mennesker bør være fysisk aktive hver dag hele uken, men personer med DS virker likegyldige til fysisk aktivitet. Grunnen til dette kan være mangel på motivasjon eller fysiologiske svekkelser (Ordoñez et al., 2006). Treningsprogrammet viste likevel en betydelig reduksjon i BMI blant deltagerne og dette bare på 12 uker. Kombinasjonen av trening på land og i vann gjorde at deltagerne tok seg lett igjennom programmet. Det var heller ingen som meldte seg av programmet i løpet av de 12 ukene. Dette kan tyde på at hele opplegget ikke bare var effektivt, men også enkelt for deltagerne å følge. Ordoñez et al., (2006) sier derfor at deres treningsprogram burde vekke interesse hos andre. De anbefaler også at denne formen for treningsprogram burde brukes som et helsefremmende tiltak for personer med DS på et tidligere tidspunkt i livet, slik at man kan opprettholde de helsemessige fordelene så tidlig som mulig (Ordoñez et al., 2006).

5.0 Drøfting

Hovedmålet i denne oppgaven har som sagt vært å finne ut om fysisk aktivitet kan øke livskvaliteten hos overvektige mennesker med Downs syndrom. I dette kapitlet vil jeg sammenfatte noen av de viktigste punktene i teorien og empirien fra denne oppgaven. Jeg velger igjen å vise til min problemstilling. ***Kan fysisk aktivitet påvirke livskvalitet hos overvektige mennesker med downs syndrom?***

5.1 Livskvalitet og selvbestemmelse

Gjennom arbeid med denne oppgaven har jeg fått god innblikk i hva livskvalitet dreier seg om. Både at det handler om å kunne være fri og ta egne valg, og at det handler om å ha god helse. Det kommer også frem at mennesker med utviklingshemming har fått større innflytelse på eget liv og evnen til å ta egne valg etter HVPU- reformen (Eknes og Løkke, 2009). Jeg har forstått at en kombinasjon mellom livskvalitet og selvbestemmelse kan gå over til det negative og føre til dårligere livskvalitet. med det mener jeg at å kunne velge usunne vaner kan føre til livsstilssykdommen overvekt (Eknes og Løkke, 2009). Hvordan vil en person med psykisk utviklingshemming og nedsatt kognitive funksjoner ta de riktige valgene basert på selvbestemmelse? Har de evnen til å se konsekvenser av valgene som blir tatt? Siden de fleste med DS faller under kategorien moderat utviklingshemming, og har handlingsmønster på lik linje med barn på 6-9 år, er det grunn til å si at valg sjeldent er konsekvenskalkulerte (Mæhle et al., 2011). Likevel mener jeg at tjenestene rundt disse menneskene har et ansvar for at valgene som blir gjort, er helsemessig gunstig. For at dette ikke skal gå ut over selvbestemmelsen til den det gjelder, må man finne en løsning. For eksempel kan en person som selv velger å spise mye, bli veiledet til å være mer fysisk aktiv. På den måten møter man kravene til brukeren og likevel hjelper han/hun med å opprettholde en balansert livsstil.

5.2 Downs syndrom og overvekt

Den vanligste årsaken til overvekt hos normalt fungerende mennesker og utviklingshemmede er som kjent en blanding av mangel på fysisk aktivitet og for høyt kaloriinntak (Bhar et al., 2009). Det er, etter hva jeg har oppfattet, flere faktorer som fører til at mennesker med DS blir overvektige, men det er spesielt en forklaring jeg synes er dekkende. Murray og Ryan- Krause (2010) sier at det er de psykiske og fysiske utfordringene ved diagnosen DS fører til overvekt (Murray og Ryan- Krause, 2010). Dette er en god forklaring fordi de ulike teoriene i oppgaven viser til flere fysiske, medisinske og mentale utfordringer ved DS som kan føre til mangel på fysisk aktivitet og overvekt. Phillips og Holland's (2011) forskning viste at mennesker med DS var alt for lite fysisk aktive i forhold til andre utviklingshemmede. Dette ble begrunnet med fysiske utfordringer ved diagnosen (Phillips og Holland's (2011). Eksempler på slike utfordringer kan være nedsatt syn og hørsel og muskelsvakhet (Mæhle et al., 2011). Annen forskning, av Grammatikopoulou et al., (2008), viser at høy og ensidig ernæring blir påvirket av de psykiske utfordringene ved DS, særlig ved overgang til voksenlivet når personen lærer seg evnen til å ta egne valg og blir mer

selvstendig (Grammatikopoulou et al., 2008). En annen forklaring som er viktig å nevne er at med diagnosen DS kan det medfølge sykdommer som gjør at personen lett blir overvektig. Bl.a. lavt stoffskifte, medisiner og ulike metabolske sykdommer (Skauge, 2007). Derfor kan det tenkes at det finnes en del mennesker med DS og overvekt, som likevel har en relativ sunn livsstil.

Med overvekt kan det følge mange komplikasjoner som er farlige for alle mennesker. Noen av disse komplikasjonene eller sykdommene er personer med DS ekstra sårbare for, og svekker etter min mening livskvaliteten betydelig. Bhar et al., (2009) nevner blant annet sykdommer som diabetes type-2, hormonforstyrrelser, muskel og ledd slitasje og søvnapne (Bhar et al., 2009) Dette er plager som mange med DS får i løpet av livet (Mæhle et al., 2011). I tillegg er det problem at disse menneskene kan gå med plagene i lang tid uten å bli diagnostisert (Skauge, 2007). Dette er sikkert både farlig, ubehagelig og frustrerende. I tillegg til dette kan overvekt også gi mange psykiske utfordringer som bl.a. svekker personens selvtillit og selvbilde (Øen, 2012), noe jeg òg har opplevd i praksis med utviklingshemmede.

5.3 Helsehjelp

Så hva gjøres egentlig for å hjelpe personer med DS og overvekt? Kommunen har, gjennom staten i følge § 3-1 i helse- og omsorgstjenese-loven, ansvar for å gi utviklingshemmede nødvendig helsehjelp (lovdata.no). Det er samfunnets plikt å gi utviklingshemmede informasjon om helse og hjelpe til med helsefremmede tiltak. Selv om personen virker tilfreds med livet, kan han/hun ha underliggende plager (Eknes og Løkke, 2009). Dette er et svært viktig poeng. En bør derfor stille krav til at tjenesten har kunnskap og kompetanse på dette området. Det er mange mennesker med utviklingshemming og overvekt der ute, og det er et økende problem. Noe som igjen kan tyde på at denne typen tjenester har sviktet og ikke fungerer som den skal. Eknes og Løkke (2009) viser til en rapport fra NAKU som forklarte at mennesker med psykisk utviklingshemming faller utenfor alminnelige helsefremmede tiltak (Eknes og Løkke, 2009). Phillips og Holland (2011) styrker denne forklaringen med å si at utviklingshemmede har mye dårligere helse en resten av befolkningen og at årsaken til dette kan være et dårlig tilpasset helsetilbud for utviklingshemmede (Phillips og Holland, 2011). I min praksis har jeg opplevd at tjenesten strammer inn på matvanene til den utviklingshemmede med overvekt i stede for å forsøke å finne andre løsninger. Er det den enkleste eller den eneste løsningen? Phillips og Holland (2011) sier videre at det må utbedres velfungerende, tilgjengelige og helsefremmede metoder som øker fysisk aktivitet hos

utviklingshemmede (Phillips og Holland, 2011). Dette er jeg enig i. Jeg skal derfor se på noen metoder jeg mener kan fungere.

5.4 Fysisk aktivitet- forebygging eller behandling?

Siden det er så mange av utfordringene ved diagnosen DS som kan føre til overvekt, mener Murray og Ryan- Krause (2010) at det er viktig å prøve å forebygge overvekt hos mennesker med DS og helst når de er barn. Dette er et godt poeng. Ikke bare fordi man forhindrer en overvekt, men også fordi man kan forhindre alle de andre komplikasjonene som følger med livsstilssykdommen. Både hos barnet, men også senere i livet. De oppfordrer derfor foreldre som har barn med DS om å lage en forebyggingsplan mot overvekt i samarbeid med lege, ernærings og treningsfysiolog. Denne forebyggingsplanen virker ganske omfattende. Man foretar kliniske vurderinger, kartlegger ernæring og tester ut aktiviteter som både er gøy, effektive og motiverer barnet. (Murray og Ryan- Krause, 2010). Det er godt mulig at en slik plan vil fungere. Jeg stiller meg likevel noe kritisk til denne metoden. Fordi jeg vet at et barn som har en slik forebyggingplan etter hvert vil bli voksne, og som tidligere nevnt vil denne personen etter all sannsynlige ha mulighet til å ta egne valg. Vil han/hun da videre i livet forholde seg til denne planen, eller bryte av og kjøre en mer usunn livsstil som virker med tilfredsstillende? Jeg tror ikke bare familien, men også personen selv og tjenesten rundt, til en hver tid må utvikle og oppdatere en slik forebyggingsplan- hvis det skal fungere på langsikt. En annen metode fanget min oppmerksomhet. Det er vår forskningen til Ordñez et al., (2006). De utviklet et 12 ukers treningsprogram for overvektige mennesker med DS. Målet deres var å få 22 unge menn med DS ned i vekt og redusere deres BMI. Treningsprogrammet var en kombinasjon av trening på land og i vann med treningsinstruktør. Intensiteten på treningen ble økt fra uke til uke. Resultatet av forsøket viste at programmet hadde vært svært effektivt og gjennomsnittlig hadde alle deltagerne gått ned i vekt. Ingen av deltagerne hadde trukket seg i løpet av de 12 ukene. Ordñez et al., (2006) fortalte at forsøket hadde vært vellykket fordi alle hadde gått ned i vekt og at treningsprogrammet var enkelt for deltagerne å følge. De sa også at denne formen for trening har svært helsefremmende effekt (Ordñez et al., 2006). Forskerne anbefalte treningsprogrammet videre, noe jeg kan forstå. Jeg tror at variasjon i treningen, både når det gjelder aktivitetsform og miljø, kan være både gøy og motiverende. Denne forskningen viste også at mennesker med DS og overvekt har effekt av fysisk aktivitet og at de kan gå ned i vekt. Noe jeg hadde håpet på. Det er derfor viktig at man forsetter med treningen for at det skal ha en helsegunstig effekt som eventuelt kan øke livskvaliteten (Bhar

et al., 2009). Likevel vet jeg ikke om denne formen for trening har effekt på alle. Hva med kvinner, barn og eldre med DS? Kvinner er mer utsatt for overvekt enn menn med DS (Eknes og Løkke, 2009) Betyr det også at de har større vansker for å gå ned i vekt? Eldre mennesker med DS har ofte fysiske plager som forhindrer dem fra å være fysisks aktive (Phillips og Holland, 2011) Det kan derfor hende at denne typen trening er mer smertefull enn tilfredsstillende for disse menneskene. Det er uansett flere ting man må ta hensyn til når en person med DS driver med ulike former for fysisk aktivitet. Dette skal jeg se nærmere på.

5.5 Hva må man ta hensyn til?

Det viktigste samfunnet må ta stilling til er at mennesker med DS og andre utviklingshemmede har rett til å medvirke i saker som angår dem. Det vil si brukermedvirkning. Dette er også lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1 (lovdata.no). Dersom tjenesteyter vil utforme tiltak for en person med DS og overvekt og dette tiltaket f.eks. innebærer fysisk aktivitet, må det foregå et samarbeid mellom partene. I tillegg må man være forsikret om at personen med DS har lyst til å gjennomføre tiltaket. Om personen ikke har lyst, må man respektere dette. Det kan være vanskelig fordi tjenesteyter gjennom kommunen har et ansvar for denne personen. Jeg tror derfor det viktig å prøve og finne andre tiltak som den utviklingshemmede virker tilfreds med og som har helsemessig effekt.

Andre ting som er viktig er å foreta en helsesjekk. Dette for å forsikre seg om at personen trygt kan drive fysisk aktivitet (Murray og Ryan- Krause, 2010). Vanlige problemer som f.eks. hjertefeil, må forsikres som ufarlig før trening. I tillegg må man ta hensyn til at alle mennesker med DS har forskjellige utfordringer og bevegelsesferdigheter. Det kan derfor være en fordel å tilpasse fysisk aktivitet etter den enkelte. Men generelt sier Eknes og Løkke (2009) at mennesker med DS kan delta i allsidig fysisk aktivitet (Eknes og Løkke, 2009). De psykiske utfordringene ved diagnosen som f.eks. stahet, frustrasjon og kommunikasjonsvansker kan gjøre et samarbeid utfordrende (Mæhle et al., 2011). Jeg tror derfor det er viktig at tjenesteyter ikke legger press på vedkommende med DS og det er også viktig med tålmodighet. Jeg tror at det viktig å bruke tid for at ulike situasjoner ikke skal bli oppstresset og for at begge parter skal forstå hverandre.

6.0 Konklusjon og avslutning

Ut i fra det jeg har sett kan overvekt svekke livskvaliteten til alle mennesker både fysisk og psykisk. Personer med DS har høyere risiko for å bli overvektige enn andre, og dette grunnet ulike årsaker. Derfor er det viktig at familie og tjenesten rundt disse menneskene gjør det de kan, enten for å forebygge eller behandle overvekten. Hva som fungerer best er noe usikkert. Det viser seg nemlig at utviklingshemmede ofte faller utenfor alminnelige helsefremmende tiltak. Jeg hadde tro på fysisk aktivitet var et godt verktøy mot overvekt. Jeg mente også at dette kunne være et godt alternativ til andre metoder, som etter min mening kunne svekke personens selvbestemmelse og integritet. Jeg ser at forskningen som har blitt lagt frem i oppgaven viser at fysisk aktivitet kan fungere for mennesker med DS og overvekt, og at den muligens på lang sikt kan øke deres livskvalitet. Likevel er det usikkert om det fungerer for alle, siden hvert enkelt individ har ulike utfordringer ved utøvelse av fysisk aktivitet. Enten det gjelder fysiske plager eller at personen ikke vil fortsette med aktiviteten. Dette må tjenesteyter ta hensyn til. Når det kommer til stykke, mener jeg at overvektige personer med DS selv må ta et valg i forhold til livsstilsendring. Dersom personen ikke virker motivert og med sikkerhet er tilfreds med den livstilstanden han eller hun er i, bør det aksepteres.

Litteraturliste

Bahr, R., Larsen, B.I., Karlsson, J & Henriksson, Jan. (2009) Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Diagnose: Psykisk utviklingshemming og ICD-10. Hentet April 2, 2013 fra Naku: HYPERLINK "<http://naku.no/node/195>" <http://naku.no/node/195>

Downs syndrom. Hentet mai 8, 2013 fra Store Norske Leksikon: HYPERLINK "http://snl.no/sml_artikkel/Downs_syndrom"
http://snl.no/sml_artikkel/Downs_syndrom

Eknes, J. & Løkke, J.A. (2009) Utviklingshemming og habilitering: innspill til habiliteringsprosessen. Oslo: Universitetsforlaget As

Fra bruker til borger. Hentet april 3, 2013 fra Regjeringen.no: HYPERLINK "<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2001/nou-2001-22/20/10.html?id=365158>"
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2001/nou-2001-22/20/10.html?id=365158>

HYPERLINK

"javascript:__doLinkPostBack(", 'ss%7E%7EAU%20%22Grammatikopoulou%20MG%22%7C%7Csl%7E%7ErI', ");" \o "Search for Grammatikopoulou MG"

[Grammatikopoulou, M.G.](#), HYPERLINK

"javascript:__doLinkPostBack(", 'ss%7E%7EAU%20%22Manai%20A%22%7C%7Csl%7E%7ErI', ");" \o "Search for Manai A" [Manai, A.](#), HYPERLINK

"javascript:__doLinkPostBack(", 'ss%7E%7EAU%20%22Tsigga%20M%22%7C%7CsI%7E%7ErI', ");" \o "Search for Tsigga M" [Tsigga, M.](#), HYPERLINK

"javascript:__doLinkPostBack(", 'ss%7E%7EAU%20%22Tsiligiroglou%2DFachantidou%20A%22%7C%7Csl%7E%7ErI', ");" \o "Search for Tsiligiroglou-Fachantidou A" [Tsiligiroglou-Fachantidou, A.](#), HYPERLINK

"javascript:__doLinkPostBack(",',ss%7E%7EAU%20%22Galli%2DTsinopoulou%20A%22%7C%7Csl%7E%7ErI',");" \o "Search for Galli-Tsinopoulou A" [Galli-](#)

[Tsinopoulou, A.](#) & HYPERLINK

"javascript:__doLinkPostBack(",',ss%7E%7EAU%20%22Zakas%20A%22%7C%7Csl%7E%7ErI',");" \o "Search for Zakas A" [Zakas, A](#) (2008) *Nutrient intake and anthropometry in children and adolescents with Down syndrome-a preliminary study*. Greece: Developmental Neurorehabilitation, of Human Nutrition & Dietetics, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki. 11(4), 260-267 Hentet fra

HYPERLINK "http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=22&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d" \l "db=cmedm&AN=19031198"

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=22&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=19031198>

Grønmo, S. (2011). *Samfunnsvieskapelige metoder* (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Holden, B. (2009). *Utfordrene adferd og utviklingshemning: Adferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal akademiske

ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblem- systematisk del, alfabetisk indeks(forenklet). (2012). Hentet april 2, 2013 fra ICD-10: HYPERLINK "http://finnkode.kith.no/2012/" \l

"|icd10|ICD10BlaaBok|Blå bok|help|contentpages/ICD10/icd10blaabok.htm"

<http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10BlaaBok|Blå bok|help|contentpages/ICD10/icd10blaabok.htm>

Ingen økning i andel overvektige barn 2008- 2012. Hentet mai 8, 2013 fra

Folkehelseinstituttet: HYPERLINK

"http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,6306&Content_6499=6178:105675::0:6271:1:::0:0"

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,6306&Content_6499=6178:105675::0:6271:1:::0:0

Ingvar, M. & Eldh, G. (2011). *Hjernen styrer vekten din*. Oslo: Arberg forlag.

Jacobsen, D. I. (2010). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2.opplag). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet mai 6, 2013 fra Lovdata.no: HYPERLINK "http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html" <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

Murray, J. & Ryan-Krause, P. (2010) *Obesity in Children with Down Syndrome: Background and Recommendation for Management*. USA: Pediatric nursing, Southwest Community Health Center, Bridgeport, CT, 36 (6), 314-319 Hentet fra HYPERLINK "http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=bdca5ec6-a13f-478f-b9c2-a5a31f6d71dc%40sessionmgr115&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d" \ | "db=cmedm&AN=21291048" <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=bdca5ec6-a13f-478f-b9c2-a5a31f6d71dc%40sessionmgr115&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=21291048>

Mæhle, I., Eknes, J. & Houge, G. (2011). *Utviklingshemning: årsak og konsekvenser*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis (2.utg)*. Oslo: Universitetsforlaget

Ordoñez, F.J., Rosety, M. & Rosety-Rodriguez, M. (2006) *Influence of 12-week exercise training on fat mass percentage in adolescents with Down syndrome*. Spain: School of Sport Medicine, University of Cadiz. 12 (10) Hentet fra HYPERLINK "http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d" \ | "db=cmedm&AN=17006400" <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=17006400>

Phillips, A.C. & Holland, A.J. (2011) *Assessment of objectively measured physical activity levels in individuals with intellectual disabilities with and without Down's syndrome*. United Kingdom: Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge. 6 (10), 29 Hentet fra

HYPERLINK "http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d" \ | "db=cmedm&AN=17006400" <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=17006400>

d%3d" \l "db=cmedm&AN=22205957"

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&sid=5cab7d60-aae8-4cde-9369-80732f2a389f%40sessionmgr115&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=22205957>

Selboe, A., Bollingmo, L og Ellingsen, K.E. (2005). Selvbestemmelse for tjenestenytere. (1.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Skaufjeld, A. & Graue, M. (2011). Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe.

Skauge, N. (2007). Downs syndrom, voksenliv og aldring : medisinske spørsmål og gode råd om helse og trivsel. Bergen: Skauge forlag

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). Helsefremmende lokalsamfunn (1.utg). Oslo: Gyldendal akademiske

Statistikk om overvekt. Hentet april 13, 2013 fra Statistisk Sentral Byrå:

HYPERLINK "http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-110.html"

<http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-110.html>

Øen, G. (2012) Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg

Søkelogg

Søkeord	Database	Tall treff	Merknad
Down syndrome AND Obesity	Medline	84	Har innskrenket publiseringsdato slik at jeg kun finner artikler fra 2005-2013 og huket av at artikler skal være "academic journals". Fant to forskningsartikler som passer godt til oppgaven
Down syndrome AND exercise AND Obesity	Medline	13	Har innskrenket publiseringsdato slik at jeg kun finner artikler fra 2005-2013 og huket av at artikler skal være "academic journals" Fant en forskningsartikkel som jeg vil bruke.
Down syndrome AND physical activity	Medline	37	Har innskrenket publiseringsdato slik at jeg kun finner artikler fra 2005-2013 og huket av at artikler skal være "academic journals" Fant en forskningsartikkel som jeg vil bruke.

