

UNIVERSITETET I
NORDLAND

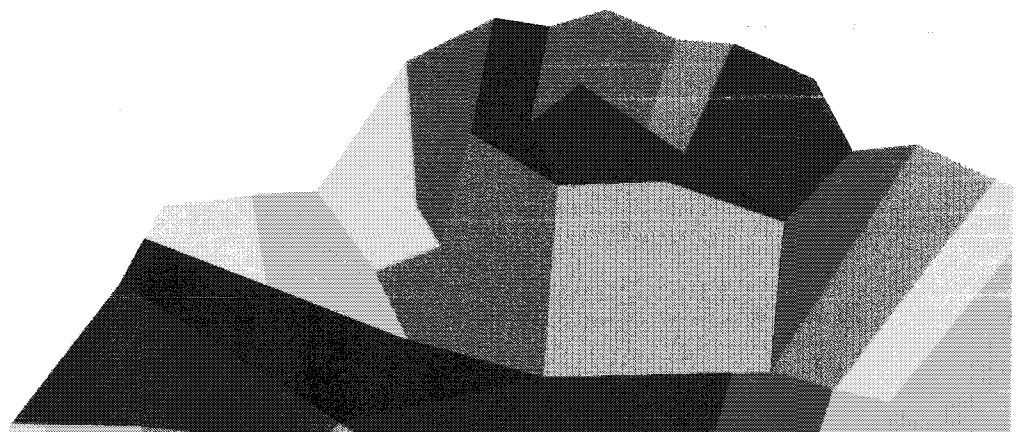
Bacheloroppgave

Kurskode: SYN 180H Dato: 25.10.2013

Kandidatnummer: 13

Totalt antall ord: 9857

[Fälck, Göran]



Innhold

Innhold	i
Sammendrag	1
1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valgt tema og problemstilling	2
1.2 Avgrensning og presisering	3
1.3 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.2 Kildekritikk	4
3.0 Sykepleieperspektivet	5
3.1 Benner og Wrubels fenomenologiske tilnærming	6
3.1.1 Omsorg	6
3.1.2 Stress og mestring	6
3.1.3 Kroppslig viten	7
4.0 Schizofreni	8
5.0 Bevegelsesaktivitet	9
6.0 Mestring	10
6.1 Mestringstro	11
6.2 Opplevelse av sammenheng	12
6.3 Empowerment	12
6.4 Problemfokuserert mestring og følelsesfokuserert mestring	12
6.5 Stress-sårbarhetsmodellen	13
6.6 Bedring	13
7.0 Drøfting	14
7.1 Bevegelsesaktivitet bidrar til mestring	14
7.2 Hvordan oppnå en terapeutisk relasjon?	15
7.3 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten med oppstart og vedlikehold av bevegelsesaktivitet?	19
7.4 Statusheving av bevegelsesaktivitet som virksom terapi	27
8.0 Oppsummering	29
9.0 Litteraturliste	31

Sammendrag

Bakgrunn: Bacheloroppgaven skrives i siste semester av nettbasert bachelor i sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Hensikt: Formålet er å se på hvordan sykepleieren i samarbeid med pasienten, kan anvende bevegelsesaktivitet for å fremme mestring hos mennesker med schizofreni.

Metode: Anvendt metode er litteraturstudie. Litteraturen henviser til kvalitativ og kvantitativ forskning, samtidig som egne erfaringer utgjør et kvalitativt aspekt.

Funn: Bevegelsesaktivitet er en effektiv miljøterapeutisk arena hvor sykepleieren kan bidra til å fremme opplevelsen av mestring, hos pasienter med schizofreni.

Optimal anvendelse av bevegelsesaktivitet forutsetter en god sykepleier-pasient relasjon, og bevegelsesaktivitet er også godt egnet for å etablere dette. Fokus på det som pasienten opplever som viktig, sykepleierens tiltro til bevegelsesaktivitetens effekt, og godt planlagt bruk av bevegelsesaktivitet, bidrar til økt effekt.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema og problemstilling

Bevegelsesaktivitet kan være et effektivt supplement til annen behandling, og gir positive fysiologiske og psykologiske virkninger også hos mennesker med schizofreni. I denne pasientgruppen er det primært de negative symptomene som utgjør en barriere mot bevegelsesaktivitet. Bevegelsesaktivitet kan bidra til å redusere disse symptomer, men forskning viser at mennesker med schizofreni er mindre aktive enn normalbefolkningen. Kun 30% av pasienter med schizofreni er i bevegelsesaktivitet de 30 daglige minuttene internasjonale retningslinjer anbefaler. Til sammenligning oppfyller 62% av psykisk friske mennesker denne anbefalingen (Gangås 2011; Vancampfort mfl. 2011).

Gjennom utdanningsløpet har jeg blitt tiltakende fascinert av faktorer som bidrar til av mennesker med psykiatriske diagnoser oppnår bedring fra sine plager. For meg fremstår pasientens opplevelse av mestring, og en god relasjon, som to slike viktige faktorer. Individets mestringserfaringer spiller en viktig rolle for selvbildet, og hvilke utfordringer individet velger å gi seg i kast med (Strand 1990). Siden påvirkning av pasientens mestringstro er sentralt i sykepleien for denne pasientgruppen er det viktig å skape situasjoner som tilrettelegger for at pasienten opplever mestring (Martinsen og Taube 2011).

I psykiatrisk praksis har jeg gjort meg erfaringer som understøtter min opplevelse av at bevegelsesaktivitet kan være en kosteffektiv, og effektfull terapeutisk arena. Her kan sykepleie-pasient felleskapet og pasientens mestringfølelse utvikles innenfor rammene av felles opplevelser. Et eksempel fra min psykiatriske praksis illustrerer dette;

En pasient som var plaget av både positive-, og negative symptomer ble tvangsinnlagt på vår avdeling. Språkproblemer og kulturforskjeller bidro til å komplisere situasjonen, og pasientens kontakt med omverden ble redusert. Kort tid etter innleggelsen snakket jeg og pasienten sammen. Han fortalte at han likte å spille fotball før han ble syk, så vi avtalte at vi to skulle spille fotball sammen med øvrig personal og medpasienter. Jeg opplevde at vår felles interesse for ballspill, og de erfaringene vi gjorde oss i en times fotballøkt, bidro til å etablere en terapeutisk allianse. Dette utgjorde grunnlaget for vår fremtidige samhandling.

Det hører med til denne historien at pasienten i stor grad fikk anledning til økt mestring ved at han lot seg motivere til å spille fotball, til tross for at han ikke en gang hadde idrettstøy. Han

behersket fotball, vi to hadde et godt samspill, og han fikk mye ros av både personal og medpasienter. I etterkant av aktiviteten påpekte han gjentatte ganger ovenfor meg at det var lenge siden han hadde følt seg glad, men at han følte seg glad da vi spilte fotball.

I arbeidet med bacheloroppgaven har jeg ønsket å gå i dybden på et tema som jeg har tro på i behandlingen av psykiatriske pasienter generelt, og schizofrenipasienter spesielt.

Jeg har valgt temaet bevegelsesaktivitet og mestring, og ønsker å se nærmere på hvordan sykepleieren i samarbeid med pasienten kan anvende bevegelsesaktivitet som miljøterapeutisk virkemiddel, slik at pasienter med schizofreni oppnår økt mestring.

Sett i lys av min begrunnelse for valgt tema skal jeg besvare følgende problemformulering; *”Hvordan kan sykepleieren bidra til at bevegelsesaktivitet fremmer mestring hos mennesker med schizofreni?”*

1.2 Avgrensning og presisering

Jeg har avgrenset oppgaven til å omhandle mennesker med schizofreni, som mottar sykepleie mens de oppholder seg på institusjon. Jeg vil fokusere på den delen av pasientenes negative symptomer som utgjør en barriere for sosial deltagelse, eller å gjennomføre bevegelsesaktiviteter. Disse symptomene kan oppleves som manglende energi, initiativløshet, sløvheter og sosial tilbaketrekning. Symptomene redegjøres nærmere for i kapittel fire.

Jeg har bevisst unngått å fokusere på de rent fysiske effektene av bevegelsesaktivitet, annet enn for å underbygge psykologiske mekanismer som er relevante for å besvare problemformuleringen. Imidlertid tenker jeg at mange av de virksomme mekanismene i terapi er allmenngyldige fellesfaktorer, som vil kunne ha en grad av effekt uavhengig av psykiatriske diagnoser, og valgt behandlingsmetode eller teknikk. På den bakgrunn fokuserer blant annet Martinsen (2010) med få unntak, aldri på diagnoser når han planlegger bevegelsesaktivitet for pasienter. I oppgaven anvender jeg begrepet pasient om den som gis eller tilbys sykepleie. Både pasient og sykepleier omtales som hankjønn.

1.3 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i åtte kapitler. Første kapittel består av innledning, som skisserer bakgrunn for valgt oppgave, og problemstilling med avgrensning. I kapittel to beskriver jeg

metodevalg, gjør rede for datainnsamlingsprosessen, og utøver kildekritikk i forhold til valgt litteratur. Kapittel tre til sju utgjør hoveddelen av oppgaven. I kapittel tre redegjør jeg for sykepleieperspektivet. I kapittel fire beskriver jeg hva som kjennetegner valgt pasientgruppe. I kapittel fem fremlegges teori om bevegelsesaktivitet. I kapittel seks redegjør jeg for begrepet mestring. I kapittel sju drøftes kunnskap og forskningsresultater opp mot problemstillingen. Kapittel åtte inneholder oppsummering.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

For å svare på problemstillingen har jeg bygd videre på eksisterende forskning som jeg har tillit til, ved å gjøre et kumulativt litteraturstudie (Dalland 2010). Jeg har søkt informasjon om temaet i pensumlitteratur, kildehefter, faglitteratur, og artikler. Jeg har søkt etter forskningsartikler i søkemotorene Pubmed, Bibsys, og Cochrane library, hvor jeg har benyttet søkeordene: Schizofreni, schizofrenia, bevegelsesaktivitet, fysisk aktivitet, physical activity, mestring, og coping. Anvendt litteratur henviser til kvalitativ og kvantitativ forskning. Jeg har også anvendt kunnskap som er basert på egne kliniske erfaringer. Disse erfaringene som er fra min psykiatriske sykepleiepraksis, er et resultat av samtaler og observasjoner, og utgjør således et kvalitativt aspekt. Anvendelsen av disse ulike kildetyper har gitt meg tilgang til et bredt spekter av kunnskap, og derigjennom et bredere grunnlag for å drøfte og trekke faglig forsvarlige slutninger (Forsberg og Wengstrøm 2013).

2.2 Kildekritikk

Jeg vurderer de anvendte kildene som relevante, gyldige, troverdige, og godt egnet til å besvare problemstillingen. Mye av litteraturen er pensumlitteratur, som jeg vurderer som kvalitetssikret av undervisningsinstitusjonen.

Jeg har tilstrebet å forholde meg til primærkilder, men har også anvendt sekundærkilder. Dette gjelder spesielt opp mot Benner og Wrubels sykepleiefilosofi, hvor jeg har støttet meg til Konsmo sin fortolkning. Jeg har benyttet denne danske utgaven, men jeg opplever forfatteren som ryddig i forhold til å bemerke hva som er direkte oversettelse, og hva som er hennes egen forståelse, eller kommentarer.

Det finnes mye litteratur om enkeltfasettene i valgt tema, men det er tidkrevende å lokalisere forskning som kombinerer bevegelsesaktivitet, mestring og pasienter med diagnosen schizofreni, og som samtidig avdekker kunnskap som er anvendbar i sykepleierollen. Forskningen jeg har anvendt tilfredsstillende disse kravene. Den er av nyere dato, og er publisert i kilder som jeg anser som pålitelige. De forskningsartiklene jeg i størst grad refererer til er skrevet av personer som også har publisert andre forskningsartikler og fagstoff. Det er også av betydning at annen forskning referer til nettopp disse forfatterne. Det bemerkes dog at flere av forskerne bemerker at det er behov for videre forskning på dette temaet opp mot valgt pasientgruppe, for å kunne utvikle fagfeltet ytterligere.

Egne erfaringer, og fortolkninger av pasienters opplevelser utgjør en svært viktig, men subjektiv kilde til kunnskap. På den bakgrunn har jeg forsøkt å underbygge egne erfaringer med teori, og forskning som understøtter fenomenene, for å forhindre at erfaringene fremstår som tendensiøse og ikke-representative.

3.0 Sykepleieperspektivet

Sykepleieperspektivet belyses gjennom sykepleierens møte med den syke, samt gjennom sykepleie og omsorg for den som står ovenfor sykdom, eller er syk.

Ved å ta utgangspunkt i både enkeltmenneskets opplevelse av egen sykdom, og livssituasjon, kan sykepleieren søke pasientens fortolkning av hvordan ulike forhold i situasjonen påvirker hans *livsverden*. På den måten kan det oppnås et optimalt utgangspunkt for å handle riktig og til det beste for pasienten (Nortvedt 2008).

I tråd med et holistisk menneskesyn mener jeg at det er viktig å tilstrebe å se *hele* mennesket, for å kunne utøve helhetlig, og individuelt tilpasset sykepleie. Et slikt menneskesyn kan bidra til at menneskene vi samhandler med kan oppnå økt mestring og egenverd. Hvis vi som sykepleiere definerer pasientens virkelighet, uten å anerkjenne hans perspektiv, er det maktmisbruk. Å påføre pasienten lidelse på en slik krenkende måte omtales som *pleielidelse* (Blix og Breivik 2006).

Arbeid med mennesker krever kunnskap om hele mennesket, og den forstående kunnskapen tar inn over seg at betydnings-, eller meningsdimensjonen er viktig for menneskene. Den forstående kunnskapen uttrykkes tydeligst gjennom den humanistisk orienterte

hermeneutikken. Denne fortolkningslæren omhandler å forstå den menneskelige eksistens, ved å fortolke meningsfulle fenomener. Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel gjør dette gjennom sin fenomenologiske tilnærming basert på Heideggers teorier (Dalland 2010).

3.1 Benner og Wrubels fenomenologiske tilnærming

Benner og Wrubel baserer sin sykepleieteori på kompetansen til erfarne praktikere, som de omtaler som *ekspertsykepleiere*. Deres mest kjente verk, "The primacy of caring", handler primært om å finne ut hva som er viktig for pasienten, og ivareta dette i sykepleien. Dette formidles gjennom forbilledlige praksiseksempler. De fokuserer på et holistisk menneskesyn som innebærer at kropp og sinn, eller person og situasjon ikke kan sees adskilt. Mennesket må forstås som et *hele*, og ikke bare som sykt eller friskt (Benner og Wrubel 2008).

Benner og Wrubel ser også klare sammenhenger mellom stress, mestring av stress, sykdom, og helse.

3.1.1 Omsorg

Hovedbudskapet til Benner og Wrubel er at omsorg er helt avgjørende for all menneskelig eksistens, og dermed også for all sykepleie. Mellommenneskelige relasjoner er så sentrale at de definerer én som person. Omsorgen er grunnlaget for altruisme, som betyr uegennyttig kjærlighet. Omsorg er den mest grunnleggende måten å være i verden på, og de vektlegger at omsorg ikke er et middel til måloppnåelse, men heller et gode i seg selv som er til gjensidig glede (Konsmo 1998).

Sykepleievitenskapen må derfor bygge på omsorgsetikk og ansvarlighet for medmenneskene, ved at sykepleieren bryr seg, og involverer seg i forhold til sine pasienter. Dette er forutsetninger for å se mulighetene i situasjonen, og oppnå kontakt med tilgjengelige ressurser. På denne bakgrunn må sykepleiens mål være å styrke den syke slik at vedkommende kan bli den han ønsker å være, og utføre sine *spesielle anliggender* (Benner og Wrubel 2008).

3.1.2 Stress og mestring

Målet med *omsorgsteorien* er å demonstrere at omsorg er primærårsaken til både stress og mestring i menneskers opplevelse av sunnhet og sykdom, og at omsorgsfull sykepleiepraksis har positiv effekt på sykdom og sykdomsutvikling.

I følge Benner og Wrubel er stress noe som oppstår når en person står i fare for å miste noe som vedkommende vurderer som betydningsfullt. Stress er opplevelsen av manglende mening eller forståelse, mens mestring er det som individet gjør for å håndtere denne divergensen.

Stress er således et resultat av personens vurdering av egen tilpasning til *konteksten*.

Konteksten vurderes som avgjørende for individets mestringsmuligheter (Benner og Wrubel 2008). Bakgrunnsforståelse, det man bryr seg om, og at man alltid er i en situasjon, er helt sentrale elementer i deres menneskesyn. Konteksten fremheves som viktig fordi den påvirker mennesker, og derfor må sykepleiere ha evnen til å forstå den enkelte situasjon for å kunne handle riktig (Konsmo 1998).

Benner og Wrubel anerkjenner Lazarus sitt fenomenologiske syn på stress, som fokuserer på menneskets subjektive verdensoppfatning, og spesielt innenfor de områdene enkeltindividet opplever som viktige for å oppleve mening med tilværelsen. Dette synet har de tilpasset og anvendt i mange av sine paradigmer for forklare forholdet mellom stress, mestring og omsorg i sin sykepleieteori. De støtter seg også til Antonovskys syn på helse, og hans salutogenese-modell som fokuserer på individets ressurser (Walker mfl. 2007). Begrepet stress og mestring vil utdypes i kapittel seks.

3.1.3 Kroppslig viten

Benner og Wrubel anerkjenner kroppen som det fundamentale utgangspunktet primært fordi ting defineres ut fra hvor de befinner seg i forhold til kroppen. De fremhever Merleau-Ponty som kroppens filosof, og beskriver kroppslig viten som at vi ofte handler uten å tenke over det, fordi våre kunnskaper er integrert i kroppen. De bygger på Merleau-Pontys beskrivelse av fem *ulike dimensjoner ved kroppslig viten*. Disse dimensjonene innebærer at vi har medfødte ferdigheter. Vi tar våre kroppslige vaner og ferdigheter for gitt fordi de er så integrerte i oss. Vår ubevisste måte å handle på når vi gjør vanlige ting illustrerer at vi føler oss i ett med kroppen. Ved å beskrive kroppen som en opplevd, og handlende kropp, beskrives også at kroppslig viten er en integrert del av komplekse ferdigheter. Dette innebærer at vi kan *være i ett med situasjonen*, og handle riktig og umiddelbart på bakgrunn av våre tidligere erfaringer. Den siste dimensjonen som vektlegges er fokuset på den fenomenologiske kroppen, som innebærer kroppens oppmerksomhet på seg selv, eller *kroppslig oppmerksomhet*. Det fremheves at på samme måte som tankene påvirker kroppen, vil kroppen kunne påvirke tankene våre (Konsmo 1998). Dette kan eksemplifiseres ved begrepet *tankegang*, som henviser til at tanker påvirkes av kroppens bevegelse.

4.0 Schizofreni

Schizofreni er en gruppe psykoselidelser som rammer 0,5-1 prosent av befolkningen, hvorav like mange menn som kvinner (Thorsen og Johannessen 2008). Schizofreni betyr ”sprukket sinn”, og beskriver et tanke-, og følelsesmessig kaos innenfor hele, eller deler av den ellers rasjonelle tenkemåte, og måte og forholde seg til omgivelsene på (Skårderud mfl. 2010).

Kjernetrekkene ved schizofreni er personens negative symptomer, og kognitive forstyrrelser som innebærer en endret og privat virkelighetsoppfatning. Den realitetstestende evnen er redusert eller bortfalt, og det blir vanskelig for vedkommende å skille mellom fantasi og virkelighet, og seg selv og omverden (Rund 2013; Thorsen og Johannessen 2008).

Psykose i form av hallusinasjoner eller vrangforestillinger kan medføre at den som er rammet opplever å ”miste seg selv”. Forvirringstilstanden kan oppleves som svært dramatisk for pasienten (Thorsen og Johannessen 2008).

25% av de som innlegges med psykose, tvangsinnlegges, noe som kan forsterke potensiell frykt for pasientgruppen (Rund 2013). En tidligere pasient har skrevet bok om hvordan han opplever å leve med schizofreni og ADHD;

”Når jeg er psykotisk blir folk rundt meg ofte redd meg, og synes det er ubehagelig å besøke meg alene, men det mener jeg det ikke er noen grunn til. Jeg er så redd selv, at jeg klarer ikke gjøre noen andre noe vondt” (Jægtnes 2005:21).

I forlengelsen av dette sier han at han aldri har fått en trøstende klem fra en pleier når han har hatt det vondt. I løpet av tyve års sykdom har han heller aldri fått gå skikkelig inn på traumatiske opplevelser i sine samtaler med dem (Ibid).

Mengden symptomer, og alvorligheten av disse kan innebære at både menneskelige ressurser og mennesket som sosialt vesen forsvinner (Borg og Topor 2007). De fleste som utvikler en schizofrenilidelse plages også av angst og/eller depresjon, både i prodromalfasen, og senere i sykdomsforløpet. Det er imidlertid store variasjoner i sykdomsbildet.

Med utgangspunkt i skjematikk for ”Positive and negative symptoms” (PANSS) skisserer jeg de negative symptomene som jeg vurderer som den primære hindringen for at pasienter med schizofreni skal kunne anvende bevegelsesaktivitet;

- ❖ Passivitet, apati, manglende energi og besluttsomhet. Dette medfører ofte tap av tidligere interesser, nedsatt interesse og sosial tilbaketrekning. Disse symptomene kan lett forveksles med latskap.
- ❖ Følelsesmessig tilbaketrekning som kommer til uttrykk som viljeløshet og redusert engasjement, og kanskje forsømmelse av ADL-funksjoner. Ofte oppleves pasienten som ambivalent i forhold til normalt sett enkle avgjørelser.
- ❖ Depressive symptomer som innebærer følelse av nedstemthet, motløshet, hjelpeløshet og pessimisme, og til dels motorisk retardasjon som for eksempel nedsatt tempo og begrenset bevegelse.

5.0 Bevegelsesaktivitet

Fysisk aktivitet innebærer all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå (Helse- og Omsorgsdepartementet mfl. 2004). Jeg ønsker å anvende samme definisjon for begrepet bevegelsesaktivitet, men vil utdype semantikken rundt ordvalget.

Anvendt definisjon har sitt utspring i et naturvitenskapelig syn på treningslære, hvor ordvalget i liten grad reflekterer at *hele* mennesket er involvert. Tvert imot kan begrepet fysisk aktivitet bygge opp under en dualistisk og derved reduksjonistisk forståelse, hvor kroppen skilles fra resten av mennesket. I kontrast til det naturvitenskapelige synet på kroppen vil en fenomenologisk tilnærming ta høyde for kompleksiteten ved oss som mennesker, og være mer oppatt av enkeltmenneskets opplevelser og erfaringer av det å være en kropp, og detn å være i bevegelse. Dette synet utgjør en mer helhetlig tilnærming som innebærer at vi ikke kan sette kroppen i aktivitet uten at emosjoner og tanker påvirkes i et gjensidig samspill. Ved å anvende begrepet bevegelsesaktivitet kan det være lettere å nå frem med et budskap som innebærer at målsetningen med all bevegelsesaktivitet ikke nødvendigvis er å oppnå en bedre fysisk form. Aktiviteten kan like fullt være helsebringende i kraft av opplevelsen i seg selv (Säfvenbom og Sookermany 2008). Min forståelse av bevegelsesaktivitet forholder seg et sted mellom fysisk trening på den ene siden, hvor hensikten er å forbedre ytelse, og lek på den andre siden, som definisjonsmessig både er ikke-intensjonal, og uten mål.

Skard (2000) anvender bevegelsesaktivitetsbegrepet, i "*Kunsten å være i bevegelse*", der han påpeker at verdiaspektet ikke må glemmes. Implisitt mener han at bevegelsesaktivitet blir

meningsløs hvis den begrenses til å utføre mekaniske bevegelser for å vedlikeholde kroppen.

Viktige elementer i helseforbygging er styrking av enkeltmenneskets opplevelse av mestring, sosial støtte og tilhørighet, opplevelse av å være til nytte, og evne til å ta ansvar for seg selv, samt å ta i bruk egne ressurser. Vi må derfor finne frem til meningsfulle aktiviteter for *hele* mennesket, gjerne slik at vi kan være sammen med, og inkludere flere mennesker i aktivitetssammenhenger, hvor mestring og ikke prestasjon er målsetningen. Studier tyder på at bevegelsesaktivitet i naturen kan ha bedre rehabiliterende effekt enn innendørs trening. Noe av dette kan skyldes at gleden av de sanseinntrykkene man utsettes for, kan være viktige elementer i bevegelsesaktivitet (Martinsen 2011).

En uttalt målsetning bør være å skape arenaer for bevegelsesaktivitet som pasienten kan mestre, og etter hvert gløde for. Tanken er at dersom et menneske interesserer seg nok for noe så vil interessen eller gløden overskygge ulemper, hindringer eller plager som er i veien for aktiviteten. Arne Næss konkluderer med sin *lykkebrøk*, eller *trivselsbrøk*, at det er mer hensiktsmessig å påvirke engasjementet enn å minimere fysisk- eller psykisk smerte (Næss og Haukeland 2008).

6.0 Mestring

For å forklare mestringsbegrepet, er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i begrepet *stress*. En vanlig definisjon på stress henviser til en ubalanse mellom det en person tror kreves i en situasjon, og hans tro på at han har kapasitet til å håndtere dette. Ulike teorier om stress vektlegger at det må eksistere en påført *belastning*, også kalt *stressor* eller *stimulus*. Vedkommende må være bevisst at belastningen eksisterer, samt at responsen må inkludere følelsesmessig-, psykologisk-, kognitiv- og atferds-endring (Walker mfl. 2007). Forskjellen mellom personens subjektivt oppfattede, og ønskede tilstand utgjør en *belastning*, eller en *stressreaksjon*. Fysiologisk innebærer dette at den subjektive opplevelsen av stress forårsaker en grad av autonom *aktivering*. Aktivering er en av kroppens reaksjonsmåter som forbereder kroppen på flukt eller forsvar. Mekanismen er i utgangspunktet hensiktsmessig, men er skadelig hvis den vedvarer uavbrutt over tid. Slik vedlikeholdt aktivering oppstår når det er et misforhold ved at våre mål ikke samsvarer med virkeligheten slik vi opplever den. Fravær av, eller for lav aktivering kan også medføre en ulempe, for eksempel ved at man blir overkonfidente, og slapper for mye av i situasjoner som krever oppmerksomhet (Ursin 1984).

Mestring oppstår når vår tillit til egen evne til å løse en spesifikk oppgave inntreffer. I denne sammenheng innebærer mestring en positiv forventning til utfallet av en bestemt handling. Mestring innebærer at individet både lærer å løse et nytt problem, og lærer at det faktisk greier å løse problemet. Det er individets egen vurdering som teller, og det betyr at så lenge personen tror eller føler at utfallet er positivt, mestrer vedkommende. Mestring er dermed ikke synonymt med prestasjonen i seg selv, eller hvor flink vedkommende objektivt sett egentlig er. Aktiveringsgraden avhenger av mestringstroen, som bidrar til en hensiktsmessig aktivering. Aktiveringen synker når man opplever å mestre, og heves eller opprettholdes i motsatt fall (Ibid).

Dette innebærer at begrepet mestring slik det er beskrevet så langt, og slik jeg ønsker at det skal forstås i denne oppgaven, er svært nært knyttet til *mestringstro* slik det beskrives nedenfor. Begrepet mestring, økt mestring, og mestringstro vil således inneha samme meningsinnhold.

6.1 Mestringstro

Albert Bandura introduserte begrepet "Self-efficacy", på norsk kalt mestringstro, eller mestringsoppfatning. Begrepet refererer til individets tro på nødvendig handlingsevne for å kunne lykkes i å gjennomføre en spesifikk oppgave, og oppnå ønsket utfall innefor en gitt kontekst. Individets selvoppfatning og mestringstro påvirker hverandre gjensidig, og er med på å bestemme hvilke oppgaver individet gir seg i kast med, og hvordan de mestres (Raaheim 2002). Dersom stressorer oppleves som kontrollerbare i den forstand at viktige målsetninger oppnås, vil de kunne forbindes med positive følelser. Følelsen av å mestre nye eller vanskelige situasjoner gir økt selvtillit og selvfølelse (Ursin 1984).

Individets forståelse av selvtillit baserer seg primært på troen på evnen til å oppnå kontroll i dagliglivet, enten individuelt eller kollektivt. Mestringstro er viktig for å utvikle våre ferdigheter, og forberede oss for senere utfordringer. Mestringstro anses også som en viktig faktor for å avgjøre fremtidig helse, siden egenskapen bidrar til å øke immunforsvaret (Walker mfl. 2007).

Dette innebærer at mestringstro ikke alltid sammenfaller med mestring slik som tidligere beskrevet. Høy mestringstro forut for en oppgave, kan endre seg som et resultat av at individet opplever å mislykkes. Dette kan medføre en forhøyet aktivering, og en lærdom om at oppgaven mislyktes, og en lærdom om at individet faktisk også kan mislykkes i fremtidige oppgaver.

6.2 Opplevelse av sammenheng

Salutogenese fokuserer på forhold som bidrar til å fremme helsen, motvirke risiko for sykdom, og fokuserer i så måte heller på individets ressurser, enn på individets problemer. Pasientens historie blir viktigere enn diagnosen, og personenes mestringsevne gjennom eksisterende eller potensielle mestringsressurser vektlegges. Menneskets motstandsressurser er sentrale for stressmestringsevnen, og individets totale helsetilstand.

Opplevelse av sammenheng (OAS) er et sentralt begrep, som kan brytes ned i tre hovedfaktorer som påvirker hverandre gjensidig; At belastningene forstås i en sammenheng, at individet innehar nødvendige ressurser til å møte utfordringen, samt at verden må oppleves som forståelig eller meningsfull. Meningsfullhet inkluderer troen på at daglige aktiviteter gir glede, og antagelser om at fremtiden gir mening (Walker mfl. 2007). Kvaliteten på sosiale relasjoner er en av faktorene som vurderes som veldig viktig i denne sammenhengen (Martinsen 2011). Hvor godt utviklet disse og en rekke andre motstandsressurser er, har betydning for hvorvidt individet opplever mestring i forhold til egen helse. Slike motstandsressurser kalles i denne sammenhengen for salutogene faktorer (Mæland 2010).

6.3 Empowerment

Empowerment er en prosess hvor formålet er å styrke kontroll og medvirkning over faktorer, beslutninger, og handlinger som påvirker egen helse (Tveiten 2009 og forebygging.no). Begrepet innebærer å vinne større makt og kontroll over sin egen tilværelse (Tveiten 2009). Det innebærer at mennesker ut fra selvpoplevd situasjon får reell mulighet til å bli hørt, og bidra i egen helsebedringsprosess. Relevante prinsipper i "myndiggjøringsprosessen" er medvirkning, brukeren som ekspert på seg selv, og maktfordeling (Mæland 2010; Tveiten 2009). Å støtte, bygge opp, og samhandle med pasienten slik at han føler kontroll, og "gis" empowerment er viktigst innenfor de områdene som betyr mest for pasienten (Bredland mfl. 2011). Empowerment bidrar til økt mestringstro.

6.4 Problemfokusert mestring og følelsesfokusert mestring

Forskning viser at effektive mestringsstrategier, er de som forsterker vår følelse av kontroll. Disse inkluderer problemfokuserte, aktive strategier hvor det legges inn egen arbeidsinnsats. Mange forskere er enige om at det eksisterer to hovedtyper mestringsstrategier, og i denne sammenheng referer Lazarus og Folkman til *problemfokusert mestring* versus *følelsesfokusert mestring* (Walker mfl. 2007).

De tenker at kognitiv vurdering av situasjon vil identifisere stressfaktorer, og utgjøre bakgrunn for valgt mestringstrategi. Problemfokuset mestring er en aktiv strategi hvor individet søker å løse utfordringen ved å påvirke situasjonen. Følelsesfokuset mestring fokuserer på å redusere følelsen av stress uten å påvirke situasjonen, men heller ved å unngå den (Ibid). Problemfokuset mestring relateres ofte med økt mestring. Hvilken metode som er mest hensiktsmessig i et mestringsperspektiv er imidlertid situasjonsavhengig.

6.5 Stress-sårbarhetsmodellen

Det er enighet om at årsaken til schizofreni er sammensatt av både biologiske og psykologiske årsaksforhold. Det fokuseres på at pasienten har en medfødt sårbarhet for sykdomsutbrudd, og at denne utløses når pasientens individuelle stressterskel nås (Thorsen og Johannessen 2008). Dette omtales som at den vanlige psykiske likevekten bryter sammen (Skårerud 2010).

Den grunnleggende stress – sårbarhetsmodellen skisserer både fysiske og psykiske beskyttelsesfaktorer, og den bør anvendes som en tankemodell når vi kartlegger en situasjon (Skårerud 2010). Moderne behandling av schizofreni tilstreber i stor grad å identifisere og redusere stressfaktorer. Modellen utgjør derfor en viktig plattform i tenkningen ved behandling og rehabilitering av pasientgruppen (Thorsen og Johannessen 2008).

6.6 Bedring

Jeg vurderer det slik at mestringstro fremmer mestring, og mestring bidrar til bedring. Jeg anvender begrepet bedring, om det å komme seg. Det er et beskrivende uttrykk som mennesker med schizofreni kan gjenkjenne seg i, fordi de ofte ikke blir helt friske, men må leve med en grad av sin sykdom. Begrepet skiller seg fra helbredelse og rehabilitering ved at det handler om hele mennesket, og betinger egeninnsats (Topor 2004). Bedring handler ikke om utilstrekkelighet i enkelte funksjoner, eller symptomfrihet, men at pasienten kan "bli herre over" ulike funksjoner som oppleves som viktige for han. Bedring innebærer også erobring av tilstrekkelig makt til å leve og utforme livet slik han ønsker. For pasienten innebærer bedring ofte å utvikle nye livsmål og ny mening med livet.

Faktorer som gjør at terapi virker, kalles *terapeutiske faktorer*, og fokuserer på elementer som fremmer og vedlikeholder endring (Miller mfl. 2011).

For meg innebærer begrepet *terapeutisk*, den virksomme, eller helbredende egenskapen til noe. *Terapeutisk allianse* eller behandlingsallianse defineres som samarbeidet, eller

relasjonen mellom pasient og terapeut, som utvikles og utdypes i løpet av terapien (Egedius 2002). En slik arbeidsallianse foreligger når pasient og behandler er enige om mål, og metode, og når samarbeidet preges av varme, gjensidig tillit, og fortrolighet (Berge og Falkum 2013). Etableringen av en slik virksam allianse er en grunnleggende forutsetning for effekten av terapi, og pasientens opplevelse av bedring.

7.0 Drøfting

7.1 Bevegelsesaktivitet bidrar til mestring

Forskning viser at aktivitets- og treningsprogrammer kan gi signifikant bedring av negative symptomer hos pasienter med schizofreni (Ellis mfl. 2007; Faulkner og Sparkes 2005; Gorczynski og Faulkner 2011).

Den sannsynlige årsaken til den psykologiske effekten av bevegelsesaktivitet skyldes et samspill mellom biologisk-kjemiske, fysiologiske, og psykologiske endringer. Eksempler på konkrete psykologiske aspekter som bidrar til bedring er opplevelsen av sosial støtte, følelse av autonomi, bedret kroppslig selvbilde, mestring og distraksjon (Gorczynski og Faulkner 2011). Det legges vekt på den lindrende effekten på sekundære problemer som lav selvfølelse og sosial tilbaketrekning, som denne diagnosegruppen ofte plages av (Glover mfl. 2013).

Samspeillet mellom kropp og sinn under bevegelsesaktivitet kan lede til et bedret forhold til egen kropp, som igjen kan skape en velværefølelse. Bevegelsesaktivitet kan utgjøre et godt mestringsverktøy for livet på og utenfor sykehuset, også for pasienter med schizofreni (Martinsen 2011).

Pasienten som jeg skrev om innledningsvis, følte seg glad for første gang på lang tid. Hva var det som forårsaket dette? Jeg opplever at pasienten opplevde mestring. Han hadde tilstrekkelig mestringsstro til å delta, han mestret selve bevegelsesaktiviteten, og han lærte også at han mestret. Relasjonen som utviklet seg mellom oss hadde sannsynligvis stor betydning for pasienten. Dette inntrykket underbygger jeg med at han i ettertid regelmessig oppsøkte både meg som person, og bevegelsesaktivitet, og gjerne i en kombinasjon.

7.2 Hvordan oppnå en terapeutisk relasjon?

Å oppnå bedring, eller å *komme seg*, må betraktes som både en individuell og sosial prosess, hvor bedringsprosessen dreier seg om samspillet mellom pasienten og hans omgivelser. Relasjonen er helt avgjørende for om tiltak virker positivt for bedringsprosesser, siden relasjonen mellom pasient og sykepleier i seg selv er en sentral og virksom del av behandlingen. I bedringsprosessen må det derfor fokuseres på hverdagslivets arenaer og gode relasjoner (Borg og Topor 2007). Ulike typer bevegelsesaktivitet kan utgjøre en ramme for interaksjonen mellom sykepleier og pasient hvor relasjoner kan etableres og forsterkes.

I likhet med at effekt av andre behandlingsmetoder avhenger av relasjonen, er det sannsynlig at relasjonen også har betydning for effekten av bevegelsesaktivitet som behandlingsmetode. Dette gjelder uavhengig av om bevegelsesaktivitet anvendes som monobehandling, eller som supplement til øvrig behandling.

Fellesfaktorene i terapi er like, og uavhengig av valgt behandlingsmetode utgjør de den klart største andelen av hva som virker i terapi. Relasjonsfaktorene utgjør den største fellesfaktoren, og viser til pasientens opplevelse av å bli forstått, respektert og bekreftet, samt at de forteller noe om det sosiale- og følelsesmessige forholdet mellom pasient og terapeut. Den terapeutiske effekten må derfor forstås situasjonsbestemt og individuelt (Benner og Wrubel 2008; Nortvedt 2008).

Resultater kan i større grad spores til den enkelte behandler enn til behandlingsmetode eller valgt teknikk. Pasientens vurdering av den terapeutiske alliansen predikerer behandlingsresultatet bedre enn gitt behandlingstype. Denne vurderingen er ofte en viktigere predikator for utfallet, enn alvorligheten på selve problemet (Tuseth 2007). Pasientens opplevelse av egen helse er også viktigere enn en terapeuts vurdering (Walker mfl. 2007).

Pasienter som har opplevd bedring viser oftere til personer, og deres personlighet og egenskaper, enn metoder eller institusjoner (Topor 2004). Dette styrker antagelsen om at dyktige terapeuter har noen felles dimensjoner som gir gode resultater, uavhengig av valgt behandlingsmetode eller ideologi. En slik dimensjon er terapeutens empatiske kapasitet. Altså jo mer empatisk sykepleier, jo bedre behandlingsresultat (Miller mfl. 2011).

Pasienter vurderer tilgang til en emosjonell relasjon, som en av de viktigste faktorene for opplevd bedring fra sine psykiske plager (Topor 2004). Sykepleierens evne til emosjonell

innlevelse bidrar til at pasienten forstås som noe mer enn en pasient. En relasjon bygd på gjensidighet, hvor begge parter opplever å få noe ut av møtene, er en avgjørende faktor i mange pasienters bedring (Borg og Topor 2007).

For å kunne innvirke på bedringsprosessen, må sykepleieren anerkjenne viktigheten av relasjonens helbredende kraft, og tilegne seg kunnskap om hvordan relasjonen kan etableres for å oppnå sykepleier-pasient fellesskapet. Sykepleieren må derfor vurdere seg selv som viktig nok i den perioden behandlingen pågår, slik at pasienten fester nødvendig tillit til prosessen. Manglende tillit kan medføre at pasienten reserverer seg fra å legge så mye av seg selv i den. Reservasjon vil være uheldig siden begge parters delaktighet er et prinsipielt krav i mellommenneskelige relasjoner (Aamodt 1997; Haugsgjerd mfl. 2006).

I ett av mønstereksemplene til Benner og Wrubel (2008) vektlegges betydningen av å ta pasienters symptomer på alvor, uavhengig av om vedkommende har en diagnose eller ikke. Det er et godt poeng, fordi sykepleierrollen ofte dreier seg om å oppdage, og intervensere i forhold til symptomer. Opplevelsen av syk eller frisk bygger på menneskers samspill med hverandre, og det spørres om man i det hele tatt kan snakke om diagnoser når en person fjernes fra sitt naturlige miljø, og plasseres, og diagnostiseres på en institusjon (Borg 1999).

For å oppnå en terapeutisk relasjon må sykepleieren tilstrebe at pasienten føler seg trygg, og har tillit til sykepleieren. Viktige elementer for å etablere en tillitsfull relasjon er å utlevere seg, og våge seg frem for å bli imøtekommet for eksempel ved å være engasjert, og å være deltakende i bevegelsesaktiviteten som planlegges. Inntrykket forsterkes av disse pasientsitatene; ”Noen fikk jeg bedre kontakt med – og det er vel naturlig”, videre siteres pasienten; ”...det hadde mye å si om vedkommende var villig til å gi noe av seg selv” (Hummelvoll 2000:355). Det ignoreres ofte at relasjonskvaliteten avgjør om pasienten opplever den sosiale støtten som helsefremmende, eller ikke (Benner og Wrubel 2008).

At sykepleieren viser omsorg ved å bry seg, og involvere seg, vil skape nødvendig tillit for at pasienten skal bli mottakelig for hjelp, og for at han skal føle at han får omsorgsfull hjelp (Benner og Wrubel 2008). Sykepleieren må *by på seg selv*, og prioritere pasienten. Et vesentlig innslag i engasjementet som hjelper, er at sykepleieren får pasienten til å føle seg utvalgt. En gjenganger i historier om personale som hjelper pasienter, er at personalet tar initiativ ovenfor pasienten. På en annen side velger også pasienter det personalet som de

tillater å hjelpe dem. Når to personer liker og søker hverandre oppstår en personkjemi (Borg og Topor 2007). En terapeutisk relasjon forutsetter ikke personkjemi, men det er et godt utgangspunkt.

I pasientsitater som beskriver en profesjonell som person, er fellesfaktorene at pasienten opplever gjensidighet, og at behandleren har tid. Ord som pasientene anvendte for å beskrive behandleren som de følte hjalp dem, var at de var på bølgelengde, og de følte seg akseptert. Menneskesynet og ydmyk innstilling til pasientene var viktig. Pasientene følte seg delaktig i selve prosessen når de opplevde behandleren som nysgjerrig på hvordan de hadde det. Han ble oppfattet som menneskelig (Topor 2004).

Forstyrrelser i nære mellommenneskelige relasjoner er primærårsaken til menneskers eksistensielle problemer, som igjen leder til psykiske lidelser. Det primære blir derfor å støtte opp om slike relasjoner og være bevisst sitt ansvar som en *betydningsfull andre* (Eriksson 2010). Selv om det er aksept for at de mellommenneskelige relasjonene i enkelte tilfeller bør komme fremst, advares det fra enkelte hold mot en god og nær relasjon, fordi den kan oppfattes som uprofesjonell (Straume 2001).

Empati krever nærhet og avstand. For å få til en god og hensiktsmessig kontakt med pasienten må man være tilstede i øyeblikket, og være sensitiv for hvor grensene går. Sykepleieren bør unngå å identifisere seg med pasienten, siden det kan hemme behandlingsprosessen. Sykepleieren må også sørge for at avstanden ikke blir for stor, for da klarer han ikke å sette seg inn i pasientens problem (Strand 1990). Sykepleieren må finne balansen mellom nærhet og avstand, men det kreves følsomhet for å balansere dette, og finne ut hvor mye støtte pasienten trenger (Hummelvoll 2004).

Deltakelse i bevegelsesaktivitet sammen med pasientene bidrar til å knytte relasjoner ved at man samhandler, og skaffer seg felles opplevelser, og erfaringer (Martinsen 2011). Et slikt samarbeid mot felles mål kan medføre at samværet oppleves som naturlig og likeverdig. Dette gjør også kontakten mellom sykepleier og pasient mer naturlig i etterkant av aktiviteten. Akkurat slik opplevde jeg det relasjonelle samspillet mellom meg selv og den tidligere omtalte pasienten. Jeg opplevde at vår felles opplevelse, gjorde oss trygge på hverandre, og opplevelsen var også et godt utgangspunkt for videre samtaler

Å være sammen med pasienter under bevegelsesaktivitet utgjør en unik arena for samvær i situasjoner som de ikke nødvendigvis opplever som behandlingssituasjoner.

Bevegelsesaktivitet utgjør en "legitim" årsak til å tilbringe tid sammen med pasientene. Det er lett å observere hvordan de fungerer, og hvordan de opplever tilværelsen.

En aktiv og engasjert sykepleier som instruerer eller forklarer har en gylden mulighet til å fremstå som et godt forbilde. Å delta på samme vilkår som pasienten kan bidra til at kløften mellom sykepleier og pasient "utviskes". På den måten kan maktforholdet justeres, og sykepleieren kan "ufarliggjøres", og oppleves som en mer jevnbyrdig samarbeidspartner.

Sykepleiere bør bidra med mestringshjelp i tråd med empowerment-tenkning. Eggens fotballsitat om å spille hverandre gode, gjelder også i samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Det handler i stor grad om sykepleierens holdning til pasienten, og hvordan sykepleieren opptrer i sykepleier-pasient forholdet. Det ultimate målet for sykepleien å *styrke den andre*, til å bli det som han ønsker å være (Benner og Wrubel 2008).

Grunnlaget for relasjonen baserer seg primært på kommunikasjon. Å nå frem til en annen person forutsetter at vi oppfattes som ærlige og troverdige (Raaheim 2000). Å være tydelige, konkrete blir således avgjørende i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient.

Viktigheten forsterkes ytterligere siden schizofreni er en tilstand som bidrar til å forstyrre relasjoner, da relasjonskompetansene er midlertidig, eller mer varig redusert (Skårderud mfl. 2010).

En slik relasjonskompetanse er evne til kommunikasjon. Det settes ofte likhetstrekk mellom kommunikasjon og språk, imidlertid viser det seg at man kan komme langt også med non-verbal kommunikasjon. Pasienter med schizofreni har ofte symptomer som medfører reduserte sosiale ferdigheter, som bidrar til sosial isolasjon, som igjen kan forsterke problemet (Martinsen 2010).

Under bevegelsesaktivitet synliggjøres ikke nødvendigvis manglende sosiale kommunikasjonsferdigheter på samme måte som i en samtale. Dermed kan enkelte erfare at kravene til dem senkes. Dette innebærer at sykepleierens anvendelse av ulike bevegelsesaktivitetsarenaer, kan fungere på en mer fordelaktig måte for mange pasienter med schizofreni. Pasienten jeg refererte til innledningsvis, hadde betydelige språkproblemer. I

fotballspillingen utgjorde dette ingen hindring, fordi tegn og signaler, og en felles forståelse for aktiviteten lå til grunn.

Det er også sannsynlig at bevegelsesaktiviteten i seg selv medfører en distraksjon fra sykdommens symptomer, som innebærer at de kan fungere bedre sammen med andre mens bevegelsesaktiviteten pågår. Pasienten får mulighet til å oppleve mestring av den spesifikke aktiviteten, samværet, og ikke minst den viktige erfaringen at han lærer at han mestrer. Dette kan igjen påvirke fremtidig mestringstro.

En svensk forsker og travtrener ga pasientene sine ansvaret for hver sin hest. Dette bidro til å utvikle ansvarsfølelse, samtidig som at pasienten måtte etablere en relasjon til dyret. Mennesker som er utrygge i kontakten med mennesker, og som kanskje kommer til kort med ord, kan prestere bedre på arenaer hvor ord ikke representerer et mestringskriterie (Martinsen 2011). Jeg mener at hans poeng er overførbare i forhold til å vektlegge viktigheten av relasjoner, men også i forhold til å anerkjenne at bevegelsesaktivitet kan utgjøre en arena hvor relasjoner kan utvikles uten at den verbale kommunikasjonen er i fokus. Arenaene er fleksible på mange måter, men i denne sammenheng er poenget at det er enkelt å velge arenaer hvor sosial interaksjon er i fokus, på samme måte som at dette er enkelt å unngå når det er ønskelig. Forskning beskriver at pasienter viser større sosial interesse, sosial kompetanse og selvtillit på dager med økt aktivitetsnivå. Dette tyder på at det er sammenheng mellom selvbilde, identitetsfølelse og det å involvere seg sosialt (Martinsen og Taube 2009).

7.3 Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienten med oppstart og vedlikehold av bevegelsesaktivitet?

Min erfaring fra psykiatrisk praksis er at mennesker har blomstret når de har fått vist fram ferdigheter, eller sin personlighet slik som de ønsker å fremstå. Effekten har vært særlig kraftfull når viktige andre har vært tilstede. Bevegelsesaktivitet kan fungere som en passende ekspresjonsform ved at pasienten får utløp for følelser som han har problemer med å verbalisere. På lik linje med for eksempel uniformering kan bevegelsesaktivitet også fungere som en arena hvor personlighet uttrykkes på en tauts men kraftfull måte. Pasienten får en mulighet til å fremstå som noe mer enn syk. Dette er svært viktig i en likeverdig relasjon, og for opplevelsen av selvfølelse og mestring.

Jeg husker spesielt godt en pasient som sjelden deltok på aktiviteter, men som takket ja til å være med i alpinbakken. Ferdighetene fra en imponerende alpinksportkarriere var intakte. Muligens

bidro kvelden i alpinbakken til at medpasienter, og sykepleiere justerte sine inntrykk av pasienten, som var opparbeidet gjennom hans langvarige institusjonsopphold. Beundrende blikk og positive bemerkninger påvirket sannsynligvis både alpinistens selvbilde og mestringsfølelse. Det er avgjørende for den som er syk, å holde fast i håpet, og ønsket om et annet liv (Borg og Topor 2007). Sykepleieren må også ha tro på at bedring er mulig, og kommunisere dette i pasientens nærvær.

Det fins mange faktorer som enten forsterker eller reduserer stress. Situasjonens opplevde kontrollerbarhet er den viktigste faktoren for om stress er skadelig eller ikke (Walker mfl. 2007). Å styrke pasientens tro på at situasjonen er håndterbar, kan derfor være et effektivt virkemiddel for å redusere stress.

Pasientundersøkelser viser at pasienter ønsker mer kunnskap om kroppen (Borge og Hummelvoll 2008). Flere ønsker også bevegelsesaktivitet med fokus på personlig veiledning, undervisning, og egentrening (Martinsen 2011). Denne kunnskapen innebærer at sykepleieren har en viktig undervisende rolle for pasienter, og eventuelt pårørende. Ved å hjelpe pasienten med å komme i gang med bevegelsesaktivitet kan han oppleve at både fysisk-, og sosial mestringssevne bedres. Begge disse faktorene innvirker på selvfølelse og mestringsstro. Kunnskapsheving, og motivasjonsstyrking kan øke sannsynligheten for at pasienter makter å passere ”dørstokkmilen”, og kommer i gang med bevegelsesaktivitet.

Det er en viktig del av sykepleieransvaret å i samarbeid med pasienten sørge for at utfordringene blir av en slik størrelsesorden at de ikke overskrider hans ressurser.

Det er kjent at stress induseres dersom type stressor ikke korrelerer med valgt mestringsstrategi. Sykepleieren må balansere mellom å motivere og utfordre pasienten, og det å beskytte han mot å gi seg i kast med oppgaver som åpenbart vil kunne gi negative mestringserfaringer.

Hvis et individ utsettes for situasjoner som oppleves som ukontrollerbare, og deretter tror at de ikke kan påvirke utfallet av nye oppdukkende situasjoner, kan det resultere i lært hjelpsløshet (Silvera og Svartdal 1997; Walker 2007). Utvikling eller forsterking av lært hjelpsløshet kan være svært negativt for pasientens mestringsstro, og selvtillit. Når bevegelsesaktivitet planlegges, er det hensiktsmessig å være oppmerksom på slike forhold.

Et trygt miljø med gode mellommenneskelige relasjoner, og et opplegg som pasienten opplever som uformelt og uhøytidlig senker aktiveringsterskelen, og det kan være hensiktsmessig i oppstartsfasen.

Det er lite rom for behovsbasert stimulering i institusjonene, og stimuleringen kan bidra til å hemme i stedet for å fremme engasjement (Säfvenbom og Sookermany 2008). *Klassisk betinging* kan oppstå hvis individet opplever å mestre dårlig under bevegelsesaktivitet. Dette kan bidra til å skape motvilje mot fremtidig bevegelsesaktivitet. For sykepleie av schizofrenipasienter kan dette både innebære at pasienten har dårlige erfaringer fra tidligere, men også at vi kan skape dårlige erfaringer hvis vi ikke får til et godt samarbeid med pasienten. Vi må ta med oss pasientens tidligere erfaringer inn i nåværende kontekst.

Benner og Wrubels (2008) fremhever Antonovskys syn på helse fordi han vektlegger en følelse av sammenheng med en sosiokulturell gruppe hvor man lever i tråd med det man oppfatter som viktig og meningsfullt. Følelsen av sammenheng henspeler i denne sammenheng på følelsen av trygghet på at de indre og ytre omgivelsene er forutsigbare. Aktiviteter er meningsfulle når de styrker opplevelsen av å kunne påvirke verden, være en del av et felleskap og kunne styre egen valg. Et reportoar av slike aktiviteter vil bidra til økt sannsynlighet for mestring (Berge og Falkum 2013).

Bedret kjennskap til kroppen, og aktiv bruk av denne, endrer kroppsoppfatning til et mer nyansert kroppsbilde (Martinsen 2011). Med kroppen som det fundamentale utgangspunkt, kan vi tenke oss at en positivt endret kroppsoppfatning også medfører økt grad av mestring (Benner og Wrubels 2008).

Når sykdom, eller behandling av sykdom krever en livsstilsendring, må sykepleiere hjelpe pasienten å finne ny mening med livet, siden meningsløshet utgjør en alvorlig trussel mot mestring (Benner og Wrubel 2008). Dette kan være vanskelig siden negative tanker og tap av motivasjon kan være en konsekvens av både sykdom og inaktivitet. Det er en kjensgjerning at pasienter som sliter med å finne ny mening i situasjonen også kan ha problemer med å være motivert for rehabilitering. For pasienter med schizofreni oppleves kanskje de negative symptomene mindre dramatiske enn de positive, men de betyr ofte mer for pasientens funksjonsnivå på lengre sikt.

Sykepleierens utøvelse av omsorg innebærer å hjelpe pasienten å ivareta egne ressurser, samt gjenvinne og optimalisere autonomi og egenomsorg (Nortvedt 2008). Pasientautonomi henspiller på pasientens rett til selvbestemmelse (Store Norske Leksikon 2013). Egenomsorg innebærer pasientens kapasitet til å ivareta seg selv, ved å optimalisere ressurser og kontroll over eget liv. Selvbestemmelse, kontroll over eget liv, og det å kunne mestre egne problemer, er sentralt for å kunne leve et godt liv (Konsmo 1998).

Det er flere faktorer som påvirker individets grad av bevegelsesatferd. De ulike sosial – kognitive teoriene som nyttes som en forståelsesramme for aktivitetsvaner, holder følgende momenter som sentrale; mestringsfølelse, medbestemmelse og innflytelse, opplevd sosial tilhørighet og inkludering, indre motivasjon, gledesfølelse, og følelsen av psykisk velvære under bevegelsesaktiviteter. Det psykiske og sosiale klimaet som skapes av omgivelsene for å tilfredsstillende disse elementene blir derfor svært viktig (Säfvenbom og Sookermany (2008).

Et klima omkring pasienten med høy grad av "Expressed Emotions" (EE), er den sikreste predikatoren for tilbakefall (Skårderud 2010). Sykepleieren må derfor tilstrebe et optimalisert behandlingssmessig klima med lav EE, rundt pasienten. Lav EE innebærer at klimaet ikke er preget av kritiske kommentarer, negativ tone, fiendtlighet eller emosjonell overinvolvering (Martinsen 2010).

Bevegelsesaktivitet er ofte ferdighetsorientert, og det er derfor av betydning hvilken forventning det enkelte individ har til sine egne ressurser i forhold til å kunne lykkes med utfordringen. Opplevd kompetanse påvirker pasientens mestringstro, og vil derfor være en viktig predikator for om pasienten gir seg i kast med utfordringer.

Motiver for å drive bevegelsesaktivitet er ulike og sammensatte, og endrer seg ofte som følge av miljøforandringer. Mens noen trener godt alene foretrekker andre fellesskapet. Også i forhold til hvem som vurderes som de *viktige andre*, vil dette variere. Noen ser opp til familie og søsken mens andre for eksempel påvirkes i større grad av jevnaldrende (Säfvenbom og Sookermany 2008). For sykepleieren er det viktig å være bevisst på hvem disse viktige andre er, fordi det har betydning for motivasjons- og relasjonsarbeid, men også fordi dette er en rolle som sykepleieren kan opparbeide seg både bevisst og ubevisst.

Intensjonen om å endre aktivitetsnivå, er den sterkeste forløperen for faktisk endring (Ibid). Sykepleieren bør derfor i samarbeid med pasienten, nedlegge betydelige ressurser i å planlegge bevegelsesaktivitet som egner seg som mestringsarena.

Et holistisk og fenomenologisk menneskesyn representerer muligheter ved at forandring på et område, påvirker andre områder. Forandring av situasjon kan endre følelser, tanker og kropp, og kroppen påvirker igjen våre følelser. En slik forståelse av pasienten kan være et godt utgangspunkt for å fremme og gjenvinne helse (Benner og Wrubel 2008).

For å kunne gripe fatt i det som er viktig for den enkelte pasient, er det nødvendig å søke en grundig beskrivelse av vedkommendes historie og livssituasjon. Pasienten er ekspert på hvordan det er å leve med sin sykdom, og derfor kan det være hensiktsmessig å spørre han direkte om hva som betyr noe for han. Pasientens opplevelse må representere utgangspunktet for behandlingen. I stedet for å tilby faste virkemidler som en slags universalløsning på stress, må sykepleieren involvere seg på en omsorgsfull måte. Det kan gi det beste utgangspunktet for å se pasienten i sin kontekst, og hjelpe han å mestre det han opplever som viktig (Benner og Wrubel 2008).

Dette innebærer at både mulighet for suksess eller fiasko vil øke proporsjonalt med hvor viktig eller mindre viktig det er for pasienten å lykkes innefor det aktuelle området. Dette må sees i relasjon med at det er en sammenheng mellom vår selvtillit, og hvordan andre vurderer oss (Skard 2008).

For at mennesker med schizofreni skal søke bevegelsesaktivitet er det viktig at symptomene blir tatt på alvor når aktiviteter planlegges. Pasienten som opplevde glede under fotballspill, sto over flere fotballøkter på grunn av smerter som behandlingsapparatet tilskrev pasientens positive symptomer. Han var tungt medisinerert over tid, med både angstdempende og smertestillende medikamenter, før tannlegen lokaliserte en betennelsestilstand. I dette tilfellet var årsaken somatisk sykdom, men psykiske symptomer kan være like invalidiserende. En annen pasient deltok aldri på bevegelsesaktivitet, fordi han var redd for at medpasientene skulle finne ut at han hadde stomi. Negativ kroppsoppfatning vil kunne medføre at for eksempel fellesdusj blir en uoverkommelig utfordring, som medfører aktiv unngåelse av bevegelsesaktivitet.

Psykiatriske pasienters fysiske helse neglisjeres ofte av behandlingsapparatet (Meyer mfl. 2003). Det anbefales derfor at behandlere tar ansvar for både pasienters fysiske og psykiske følelse av velbehag. Det anbefales videre å fokusere på de ulike barrierene som pasientene kan ha mot bevegelsesaktivitet, og da spesielt i form av de negative symptomene som denne pasientgruppen ofte sliter med. Til sist fokuseres det på at behandlerne burde strukturere aktivitetsoppleggene slik at de fremstår som informative, fleksible, samt gir mulighet for individuell progresjon (Gorczyński og Faulkner 2011).

Planlegging av dagene med målrettede og mestringsorienterte aktiviteter kan bidra til å overvinne barrierer (Skårderud mfl. 2010).

Det er forsket på korrelasjonsfaktorer for bevegelsesaktivitet hos schizofrene pasienter. Liten sosial støtte, bieffekter av medisiner og da spesielt kardio-metabolsk komorbiditet, lav utdannelse med lavere sosial-økonomisk status, og lang sykehistorie, korrelerte signifikant med liten grad av bevegelsesaktivitet.

Følgende faktorer korrelerte positivt med bevegelsesaktivitet; Å være ikke-røyker med sunne spise- og drikkevaner. Å inneha kunnskap om hjerte- karsykdommer og risikofaktorer. Å ha tro på fordelene med bevegelsesaktivitet, intensjon om å bedrive bevegelsesaktivitet, økt mestringsstro, bedre fysisk selvbilde, og forbedret helse relatert livskvalitet (Vancampfort mfl. 2011).

Denne forskningen ansees som viktig primært fordi enkeltvariabler kan utgjøre et mål, når hensikten er å engasjere pasienter i bevegelsesaktivitet. Det anbefales å hjelpe schizofrenipasienter med å planlegge tid og sted for bevegelsesaktivitet, samtidig som det fokuseres på å overvinne potensielle barrierer. Forskning konkluderer med at en plan for anvendelse av bevegelsesaktivitet bør inneholde fire aspekter som tar høyde for Bandura sine grunnleggende tanker om mestringsstro. Planen bør være lystbetont og pasienten burde kunne oppleve mestringsfølelse, og redusere angst som kan være relatert til deltakelse i bevegelsesaktivitet. Den bør gi mulighet til å observere *viktige andre* som utøver fysisk aktivitet, og den bør inkludere verbal oppmuntring fra *viktige andre* (Vancampfort mfl. 2011).

Sykepleierens undervisende rolle er viktig for å gi pasienter sykdomsinnsikt, men også for å overføre kunnskap som kan fungere som "verktøy" som pasienten kan anvende når han søker hensiktsmessige mestringsstrategier. Undervisning kan eksempelvis omhandle symptomer, stress-sårbarhetsmodell, kosthold, bivirkninger av medikamenter, effekter av rusmisbruk, risikofaktorer, og helsevesenets tilbud og muligheter.

Kunnskap omtales som makt, og det kan tenkes at kunnskap kan gjøre det lettere å bære en schizofrenisykdom. Pasienters og familiemedlemmers kunnskap kan fremme egen kompetanse til å mestre både symptomer og ubehag (Skårderud 2010).

Nytteverdi og effekt av bevegelsesaktivitet kombinert med styrking av pasientens indre motivasjonsfaktorer er sentrale elementer i undervisningen. Bevegelsesaktivitet må ikke fremstå som enda et krav som pasienten må oppfylle, men heller en mulighet til ønsket bevegelse eller opplevelse. For å skape et realistisk utgangspunkt og for å skape delaktighet og eierforhold vil det være hensiktsmessig å kartlegge pasientens positive og negative erfaringer fra tidligere bevegelsesaktivitet (Holberg 2010).

Metodikk og tema for undervisning, og forberedelser vil kunne variere. Pasienten må imidlertid føle at han blir tatt på alvor. Opplegget bør innebære at pasienten erverver tilstrekkelig kunnskap til å redusere usikkerhetsmomenter, slik at forestående aktivitet ikke oppleves som for overveldende, eller som ukontrollerbare. I tråd med salutogene faktorer må det fokuseres på et mestringsperspektiv som fokuserer mer på det pasienten får til, enn hva han ikke får til.

Pasientens delaktighet i valg av aktiviteter, og reelle påvirkning av framdrift vil styrke pasientens følelse av medvirkning. Jeg husker en pasient som hadde fått et kost-, og treningsopplegg siden han var overvektig, og svært tiltaksløs. Han svarte meg på følgende måte da jeg spurte hvordan det gikk med treningsprogrammet hans; "Det er ikke mitt opplegg, det er psykologens". Opplevelsen av mening er subjektiv, og kan være av svært individuell karakter. Det var åpenbart at pasienten ikke opplevde opplegget som meningsfullt, og derfor uteble også pasientens eierforhold og engasjement.

Ambisjonsnivået må tilpasses den enkelte pasient, og aktuell kontekst. Det er hensiktsmessig at valgt aktivitet innehar effektpotensial på flere områder parallelt, for eksempel fysisk kapasitet, mestringsfølelse og relasjonsbygging. Bevegelsesaktiviteter som appellerer til spenningsaspektet kan være hensiktsmessig for enkelte. Opplevelsen i seg selv kan gi varige positive inntrykk, distraksjonseffekten kan være stor, og mestringsaspektet kan være meget effektfullt.

Benner og Wrubel (2008) understreker viktigheten av å velge bevegelsesaktivitet som personen liker, og som kan legges inn i vedkommendes rutiner. Mosjonen bør være lystbetont, og oppleves som et mål i seg selv, og ikke som et ledd i å nå andre målsetninger som å være sunn eller "flink". Meningsløshet og manglende tilhørighet er blant de største truslene mot mestring, og mange kan oppleve lagsportens verdifulle fellesskapsfølelse som attraktiv (Konsmo 1998).

Sykepleieren bør tilrettelegge for bevegelsesaktivitet ved å formalisere det i pasientens timeplan. Dette er hensiktsmessig fordi pasienten, og de som følger opp pasienten blir oppmerksomme på at tiden faktisk er reservert til en meningsfull aktivitet. Ikke minst for pasienten vil forutsigbarhet kunne ha av avgjørende betydning for mestringsevnen. Tiltaket kan bidra til kontinuitet ved at en rutine innarbeides. Selv om økt aktivitetsnivå kan bidra til bedring for enkelte, kan en senkning av aktivitetsnivå være hensiktsmessig for andre (Topor 2004). Å ta på seg for mye kan generere stressfølelse, og en følelse av å ikke strekke til. Aktiv bruk av timeplan vil også bidra til at pasientens totalbelastning synliggjøres, både for behandlingsapparat og pasient.

Etter hvert som pasienten øker sine mestringserfaringer, opplever å lykkes, og oppnår større grad av eierforhold til aktiviteten kan treningslysten øke. Sykepleieren kan da hjelpe pasienten med å selv ta ansvar for treningen sin. Bevegelsesaktivitet i forbygging og behandling krever at pasienten mobiliserer egne ressurser, og blir aktiv deltager i egen bedringsprosess (Martinsen 2004).

I tråd med empowerment-prinsippet vil pasienten kunne oppleve at han medvirker, og dermed i større grad kontrollerer sin egen tilværelse.

Etter hvert som pasientens selvhjelpskraft øker, er det viktig å gi slipp på makten.

Tilfriskningsprosessen inkluderer hele det sosiale nettverket, og innebærer ikke bare at pasienten må gå videre og utvikles. Personer rundt vedkommende må også utvikles og forandres, både i relasjonen til pasienten som etter hvert blir mindre "pasient", og til seg selv som bør bli mindre "pårørende" eller "profesjonell" hjelper (Topor 2004).

Selv om tilfriskningen er ønsket av alle, kan prosessen innebære store påkjenninger for dem som må forandre måten å forholde seg til vedkommende på, og gi avkall på den makt og identitet som behandlingsregimet har medført. Risikoen er ellers at de sosiale omgivelsene forsøker å vedlikeholde en situasjon som holder pasienten i sin avhengighetsrelasjon til andre.

I tråd med Topors funn blir det viktig å ikke sykeliggjøre pasienten i større grad enn nødvendig. Han må gis anledning til å gjøre det han klarer, slik at han ikke går glipp av kjærkommene mestringserfaringer, fordi omgivelsene gir for mye praktisk bistand i et misforstått forsøk på å hjelpe. I enkelte tilfeller kan dette innebære at bedringsprosessen medfører at tidligere hensiktsmessige relasjoner må brytes.

I arbeidet med å hjelpe mennesker med å endre livsstil må vanene integreres i personenes sosiale kontekst (Benner og Wrubel 2008). Dette underbygges av forskning som viser at det er hensiktsmessig å integrere helsefremmende arbeid i det sosiale nærmiljøet som for eksempel familier, arbeidsplass, foreninger og lag kan representere.

Det fins et ubegrenset antall varianter av ulike bevegelsesaktiviteter. Nettopp arenaens fleksibilitet er viktig for å skreddersy et behovsstyrt opplegg. Spørsmålet om hvilken trening som er bra, og hvilken intensitet som gir best effekt dukker ofte opp.

I den anledning viser en studie hvor effekten av "trening" ble vurdert opp mot yoga, at pasientene i yoga-gruppen hadde signifikant bedre PANS (Positive and negative symptoms) resultat, og signifikant bedre livskvalitet. Studien konkluderte med at vanlige treningsprogrammer er gjennomførbare, og kan ha positive konsekvenser for fysisk- og mental helse samt velvære, blant pasienter med schizofreni (Gorczyński og Faulkner 2011).

7.4 Statusheving av bevegelsesaktivitet som virksom terapi

Det har blitt stilt spørsmålsteget med hvilken kunnskap, og kompetanse som gis, og bør ha status innen psykisk helsevern. Bakgrunnen for dette var at deler av den erfaringen som pasienter ila betydning, hadde lav status i psykiatrisk litteratur og praksis (Borg 1999). 14 år senere opplever jeg at spørsmålet fremdeles er aktuelt. Min erfaring, pasientuttalelser, og forskning viser at forståelsen for, og holdningen til bevegelsesaktivitet som et meningsfullt element i et helhetlig behandlings- og mestringsstilbud, varierer. Dette til tross for at bevegelsesaktivitet i økende grad anerkjennes som en nyttig metode for hjelp til selvhjelp (Martinsen 2011).

En måte å markere viktigheten av bevegelsesaktivitet på, er å planlegge med bruken av det. Ressursene som settes inn, og ikke minst når på døgnet bevegelsesaktivitet planlegges, vil indirekte si noe om hvordan den terapeutiske effekten av tiltaket verdsettes. I mine praksisperioder har jeg opplevd at avdelinger hevder å prioritere bevegelsesaktivitet. Imidlertid har de planlagte bevegelsesaktivitetsøktene vært lagt til kveldstid. Samtidig har

deltakelse i stor grad vært basert på hvilket personal som har vært på jobb. Dette handler i enkelte tilfeller om sykepleierens interesse for bevegelsesaktivitet, egen motivasjon for å delta, men også om sykepleierens evne til å motivere andre til å delta. Jeg har flere ganger bevitnet at bevegelsesaktivitet som pasienter har sett fram til, har blitt kansellert fordi pasientens møter med terapeuter har blitt vurdert som viktigere. Det kan virke som om den aktiviteten som ansees som terapeutisk viktigst planlegges på dagtid, og at bevegelsesaktivitet i så måte har en tendens til å planlegges gjennomført på ettermiddags-, eller kveldstid (Martinsen 2011). Jeg opplever det i stor grad som frivillig for pasienten å delta på bevegelsesaktivitet. Jeg mener at dette reflekterer ledelsens holdning til bevegelsesaktivitet som terapeutisk virkemiddel. Sykepleieren kan med fordel fokusere mer på hvilken type bevegelsesaktivitet som velges, enn om det blir aktivitet? En behandler, og således en sykepleiers positive holdning, vil ha avgjørende betydning for pasientens holdning og forventning til at bevegelsesaktivitet kan være virksomt i terapi. Når pasienter for eksempel foreskrives medikamenter, innebærer dette at terapeuten har tiltro til at medikamentet bidrar til å bedre pasientens lidelse. Denne oppfatningen vil kunne smitte over på pasienten (Tuseth 2007). Forskning viser at placeboeffekten er stor ved medisiner, og jeg spør meg selv om ikke placeboeffektens potensial også burde utnyttes ved "foreskriving" av bevegelsesaktivitet (Ibid). Holberg (2010) har sett på betydningen av bevegelsesaktivitet i forhold til fysisk helse, ved å intervjuer fagpersoner, og pasienter. Hun avdekker at ansatte opplever at psykiatrien har historie på at det er medisiner som hjelper, og at behandlere på institusjonen har utdannet seg til medisinsk hjelp. En ansatt hevder at det eksisterer mye forskning som dokumenterer at personalet ofte er et problemområde i forhold til å få i gang aktivitet. Hun understreker at det har veldig mye å gjøre med hvordan man legger det frem og hvordan man tilrettelegger for det.

Resultatene tilsier at det kan være virksomt å heve statusen til bevegelsesaktivitet slik at pasienter introduseres til dette på en slik måte at de får tiltro til bevegelsesaktivitet som effektiv hjelp til selvhjelpsbehandling. Jeg opplever at statusen til bevegelsesaktivitet som terapeutisk behandlingsmetode, og hvorvidt dette oppleves som frivillig eller ikke, bidrar til å avgjøre hvorvidt pasienter velger å delta på aktivitet eller ikke.

Studier viser at pasienter med schizofreni kan forbedre enkeltelementer av sin mentale helse, ved å delta i regelmessig aktivitet. Gjeldende retningslinjer for bevegelsesaktivitet, 30 minutter daglig aktivitet de fleste dagene i uken, bør også være gjeldende for pasientgruppen schizofrene (Gorczyznski og Faulkner 2011).

Det kan oppleves som etisk betenkelig at medisinerings av pasientgruppen kan forsterke negative symptomer slik at de i høyere grad enn normalbefolkningen disponeres for livsstilssykdommer. Dette understøttes blant annet av australsk forskning (Amundsen 2011). Det anbefales på det sterkeste at det iverksettes aktive tiltak for å forebygge bivirkninger av medikamenter (Gorczyński og Faulkner 2011), samtidig som det er kjent at bevegelsesaktivitet kan redusere behovet for medikamenter, og bedre søvnkvalitet (Martinsen 2011).

8.0 Oppsummering

Litteraturstudiet viser at sykepleieren kan bidra til at bevegelsesaktivitet fremmer mestring hos pasienter med en schizofrenidiagnose, hvor negative symptomer utgjør en barriere for sosial deltakelse, eller å gjennomføre bevegelsesaktiviteter.

Bevegelsesaktivitet, og den terapeutiske relasjonen påvirker hverandre gjensidig. Samtidig som bevegelsesaktivitet er en egnet arena til å utvikle denne relasjonen, er effekten av bevegelsesaktivitet i stor grad avhengig av *kvaliteten* på den mellommenneskelige relasjonen som sykepleier og pasient etablerer. Sykepleierens kunnskap om relasjoner, og evne til å etablere en sykepleier-pasient relasjon, er derfor svært viktig for effekten av bevegelsesaktivitet.

For at bevegelsesaktivitet skal bidra til mestring må sykepleieren involvere seg, og anerkjenne at det er pasientens opplevelse av hva som er viktig, som betyr mest.

Viktige andre har en betydelig påvirkningskraft på denne gruppen pasienter, og sykepleieren kan ha denne rollen bevisst, eller ubevisst.

Sykepleieren må hjelpe pasienten med oppstart og vedlikehold av bevegelsesaktivitet. Dette bør skje gjennom å undervise, motivere, og bidra til at valg av bevegelsesaktivitet og ambisjonsnivå er av en slik størrelsesorden at pasienten opplever at hans ressurser ikke overskrides. Aktiviteten må være egnet til mestring.

Det må tilrettelegges for at pasienten opplever aktiviteten som meningsfull, kontrollerbar og lystbetont. Styrking av pasientens mestringstro, opplevelse av sammenheng, og empowerment

har særlig stor innvirkning på pasientens opplevelse av mestring. Mestringsfølelse utgjør en viktig komponent i pasientens opplevelse av bedring.

Sykepleierens positive holdning til bevegelsesaktivitet som terapeutisk virkemiddel, har avgjørende betydning for pasientens holdning til, og forventning til at bevegelsesaktivitet kan være virksomt i terapi.

9.0 Litteraturliste

Aamodt, L. G. (1997). *Den gode relasjonen – Støtte, omsorg eller anerkjennelse?*

Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Amundsen, B. (2011). *Psykisk syke dør 16 år før.*

[URL:http://www.forskning.no/artikler/2011/februar/279590](http://www.forskning.no/artikler/2011/februar/279590)

Publisert i Forskning.no 20.02.2011

Lest 20.08.2013

Benner, P. & J. Wrubel. (2008). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sygdom.* København: Munksgaard Danmark.

Berge, T. og E. Falkum. (2013). *Se mulighetene – Arbeidsliv og psykisk helse.* Oslo

Gyldendal Akademisk

Birkenæs, A. B. (2007). *Cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness.* Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.

[URL:https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30424/DUO_6](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30424/DUO_6)

[Birkenaes.pdf?sequence=1](#)

Lest 29.09.2013

Borg, M. og A. Topor. (2007). *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser.* Oslo: Kommuneforlaget AS

Borg, M. (1999). *Virksomme relasjoner – Hva innebærer dette sett fra psykiatriske pasienters ståsted?* Hovedfagsoppgave høsten 1999.

Seksjon for helsefag. Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo.

Bredland, E. L., O. A. Linge og K. Vik. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse.*

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christensen, K. (2013). –*Må ikke slutte å bevege oss*. Norges Idrettshøgskole

URL:<http://www.nih.no/om-nih/aktuelt/nyhetsarkiv/2013/juni/ikke-slutte-a-bevege-oss/>

Publisert: 18. juni 2013.

Lest 21.08.2013

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Egidius, H (2002). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug.

Ellis, N., Crown, D., Davey, R., og S., Grogan (2007). *Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis; a critical review*.

Eriksson , K. (2010). *Det lidende menneske*. København: Munksgaard Danmark

Faulkner, G. (2005). *Exercise as an adjunct treatment for schizofrenia*.

I Faulkner. G., og A., Taylor editor (s). *Exercise Health, and Mental health; Emerging Relationships*. London. UK: Routledge

Forebygging.no

URL:<http://www.forebygging.no/en/Ordbok/A-E/Empowerment/>

(lest 17.09.13)

Forsberg, C., og Y. Wengström. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys, och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og kultur

Gangås, M. (2011, 02. august). *Positive effekter av fysisk aktivitet for pasienter med schizofreni*.

URL: http://www.psykiskhelsearbeid.no/fysisk_aktivitet/

Publisert 02.08.2011

Lest 28.09.2013

Glover, C., Ferron, J., C. og Whitley, R. (2013) *Barriers to exercise among people with severe mental illnesses*.

Gorcynski, P. og G. Faulkner (2011). *Exercise therapy for schizophrenia*. Publisert i The Cochrane Library 2011. 6 utgave. Publisert av Wiley, J. and Sons Ltd.

Haugsgjerd, S., P. Jensen, B. Karlsson og J. A. Løkke (2006). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og Omsorgsdepartementet. *Norsk Offentlig Utredning (NOU) 1999:2 Livshjelp – Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*.

URL:<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465>

Lest 29.08.2013

Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med andre departementer

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet. Kortversjon.

URL:http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Handlingsplan_2005-2009.pdf

Lest 15.09.2013

Holberg, K. (2010). *Betydningen av fysisk aktivitet i forhold til psykisk lidelse*.

Masteroppgave ved Universitet i Agder. Fakultet for helse-, og idrettsfag.

Institutt for psykososial helse

Hummelvoll, J. K. (2005). *HELT - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jægtnes, T. E. V. (2005). *En reise i egen sykdom – Et vindu mot en psykiatrisk pasients hverdag*. Stavanger: Hertervig forlag

Kolnes, J. (2013). *Pasient, klient, bruker eller kunde?* Tidsskrift for Den norske legeforening.

URL:<http://tidsskriftet.no/article/2996612>

Publisert 23.04.2013

(lest 17.09.2013)

Konsmo, T. (1998). *En hatt med slør... Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Trulte Konsmo og TANO A.S. 1995

Lovdata.no

Pasient- og brukerrettighetsloven

[URL:http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#1-3](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#1-3)

(lest 13.09.2013)

Martinsen E. W. (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Martinsen, E. W. & Taube, J. (2009). *Schizofreni*. Hentet 01.06.2013 fra

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>

Martinsen E. W. (2000). *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. Tidsskrift for Den norske legeförening.

[URL:http://tidsskriftet.no/article/198276](http://tidsskriftet.no/article/198276)

Publisert oktober 2000

(lest 13.09.2013)

Miller, S. D., Hubble, M. A., Duncan B. L. og B. E. Wampold (2011). *Delivering what works*. Publisert i: *The heart and soul of change - Second edition - Delivering what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Universitetsforlaget

Nordenfeldt, L. (1991). *Hälsa och värde*. Stockholm: Bokforlaget Thales

Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag – historie fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Nordlandssykehuset (2013). *Registreringsskjema PANSS-observasjoner*.

Næss, A. og P. I. Haukeland (red). (2008). *Dyp glede - Inn i dypøkologien*. Flux forlag

Raaheim, A. (2004). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget

Rund, B., R. (2013). *Må samfunnet beskyttes mot dem?* Kronikk i Dagbladet. Trykt 05.06.13.

Säfvenbom, R., og A. M. Sookermany (red). (2008). *Kropp, bevegelse og energi*.
Oslo: Universitetsforlaget

Skard, H. (2008). *Kunsten å være i bevegelse*. Oslo: Akilles

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010). *Psykatrieboken*. Oslo: Gyldendal
Akademisk.

Store Norske Leksikon

[URL:http://snl.no/.sml_artikkel/pasientautonomi](http://snl.no/.sml_artikkel/pasientautonomi)

Lest 13.09.2013

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk
Forlag AS

Straume, K. (2001). *Er barmhjertighetens tid forbi?* Tidsskrift Den norske legeforening Nr.4
10.februar.

[URL:http://tidsskriftet.no/article/265059/](http://tidsskriftet.no/article/265059/)

Lest 13.09 2013.

Thorsen, G.-R. (red). og J. O. Johannessen (red). (2008). *Schizofreni – for pasienter,
pårørende, helsepersonell og andre*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Topor, A. (2004). *Vad hjelper? : veier til bedring fra alvorlige psykiske problem*.
Oslo: Kommuneforlaget

- Tuseth, A. G. (2007). *Med 40 års klinisk forskning som veiviser*. I: Ulvestad, A. K., K. Henriksen, A. G. Tuseth og T. Fjeldstad. (2007). *KLIENTEN - den glemte terapeut*. Oslo:Gyldendal.
- Ursin, H. (1984). *Stress*. Oslo: Tanum-Norli AS
- Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget
- Vancampport, D., J. Knapen, M. Probst, T. Scheeve, S. Remans, M. D. Hert. (2011). *A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia*. Published in *Acta Psychiatrica Scandinavia* (2012).
- Walker, J. S., S. Payne, P. Smith & J. Jarret (2007). *Psychology for Nurses and the Caring Professions*. Berkshire: Open University Press.