

SPL 3901

05HBSPLH

Avsluttende eksamen

Gruppe nr. 16

Fysisk aktivitet i rusmsorgen

Hvordan påvirker rusmidler og fysisk aktivitet belønningssystemet i hjernen, og hvordan kan vi som sykepleiere bruke denne kunnskapen i behandlingen av rusavhengige?



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

November 2008

Antall ord: 10 070

Sammendrag

OPPGAVE/eksamen

Kull 05HSPLH

Gruppe nr. 16

Dato: 21.11.2008

Forfattere:

Norsk tittel:

Fysisk aktivitet i rusomsorgen.

Hvordan påvirker rusmidler og fysisk aktivitet belønningssystemet i hjernen, og hvordan kan vi som sykepleiere bruke denne kunnskapen i behandlingen av rusavhengige?

Engelsk tittel:

Physical activity in the rehabilitation of habitual drug users.

How do drugs and physical exercise influence the brain's ability to sense the feeling of rewards, and how can we as nurses use this knowledge in the rehabilitation of habitual drug users?

Sammendrag

Nøkkelord: Fysisk aktivitet, rusbehandling, nevrobiologisk hypotese, belønningssystem
veiledning, egenomsorg, pasientundervisning

Klausul på utlån av oppgaven/delprodukter

NEI

JA

Forord

GÅ EN TUR FØRST

Hvorfor er det så viktig å gå en tur?

Hvorfor alt dette maset om å gå en tur?

Hvorfor kan vi ikke få sitte i fred og ro med røyken og kaffekoppen vår, med god samvittighet?

Hvis det er slik at det er det vi vil?

Hvorfor?

Jo, fordi at inne i hver enkelt av oss

finnes det en liten spire til liv.

En liten spire til et nytt og bedre liv,

og hvis vi lar den få vann og næring,

så vil den vokse seg stor, og kanskje til

slutt bli selve livet.

For alt liv er bevegelse,

og all bevegelse er liv,

og ett sted skal vi jo begynne,

så, derfor -

GÅ EN TUR FØRST

OG ETTERPÅ

OG MIDT I MELLOM

OG HELE TIDEN

GÅ EN TUR – LØP

Anne Kristin Wanvik

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1 VALG AV PROBLEMSTILLING	1
1.2 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	2
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING	2
1.4 BEGREPSAVKLARING	3
2. METODE	6
2.1 VALG AV METODE	6
2.2 SØKEORD	7
2.3 KILDEKRITIKK	8
3. TEORI OG DRØFTINGSDEL	9
3.1 RUSMIDLENES PÅVIRKNING PÅ HJERNEN	9
3.1.1 <i>Nevrobiologi</i>	9
3.2 FYSISK AKTIVITETS PÅVIRKNING PÅ HJERNEN	13
3.2.1 <i>Nevrobiologisk hypotese</i>	14
3.3 OREMS EGENOMSORGSTEORI	15
3.4 SYKEPLEIE TIL RUSMISBRUKEREN	17
3.4.1 <i>Veiledning og undervisning til pasient</i>	19
3.4.2 <i>Sykepleierens rolle i undervisningen</i>	22
4. KONKLUSJON	25
5. ETTERORD	27
6. LITTERATURLISTE	29

1. Innledning

1.1 Valg av problemstilling

Jeg har valgt å skrive denne oppgaven fordi jeg lenge har hatt interesse for hva som faktisk skjer i hjernen når noen blir avhengig av for eksempel rusmidler, sukker, nikotin, spill, alkohol og for eksempel ”junk food”, slik av så eksempel på i dokumentaren ”Super size me” fra 2004 av Morgan Spurlock, som endte med å føle ubehag om han ikke fikk spise ”junk food”. Hva er det som får er mor til og tilsynelatende slutte å bry seg om sitt eget barn? Hvorfor føler noen et veldig velbehag når de får i seg sukker, og hvorfor er det noen som spiller bort massevis av penger? Dette er spørsmål jeg har spurt meg selv flere ganger, og nå skal jeg endelig få muligheten til å se om jeg finner et svar.

Etter å ha vært i psykiatri praksis på en rusinstitusjon, sett dokumentarer på TV og lest artikler om temaet har jeg lært at det er kjemiske prosesser i hjernen som blir satt i gang, jo lengre, for eksempel rusmisbruket pågår, jo større blir påvirkninger på hjernen. Og påvirkningen krever tid, vilje og ressurser for å reversere.

Jeg har sett dokumentarer som hevder at det er likheter mellom det som skjer i hjernen hos en rusmisbruker, spilleavhengig, treningsnarkoman, sexavhengige o.l. Hjernene blir etter lang tids påvirkning stimulert slik at produksjon av dopamin avtar og de trenger en ytre faktor for å øke denne produksjonen igjen. Dette får oss til å føle velbehag ovenfor denne spesielle adferden og vi ønsker å gjenta denne adferden. Ut fra dette tenker jeg at det burde være mulig å erstatte denne adferden med en annen adferd, som også vil påvirke dette belønningssystemet, f.eks. fysisk aktivitet. I dag vet vi at en treningsnarkoman setter i gang liknende prosessene i hjernen som en rusmisbruker. Det er disse tankene som har fått meg inn på problemstillingen, som er:

Hvordan påvirker rusmidler og fysisk aktivitet belønningssystemet i hjernen, og hvordan kan vi som sykepleiere bruke denne kunnskapen i behandlingen av rusavhengige?

1.2 Avgrensning av oppgaven

Jeg ønsker å bruke sykepleierteoretikeren Dorothea Orem's teori om egenomsorg, fordi jeg mener det er viktig at pasienten selv er i stand til å ivareta sine grunnleggende behov for å opprettholde god helse. For å få til dette må pasienten få muligheten til å tilegne seg den kunnskapen som er viktig for å kunne ta de riktige valgene.

På grunn av oppgavens begrensninger i størrelse må jeg å begrense oppgaven slik at fokuset blir på hvordan rusmidler og fysisk aktivitet påvirker belønningssystemet og hvordan vi som sykepleiere kan veilede og undervise pasienter slik at han/hun kan dra nytte av denne kunnskapen. For at vi som sykepleiere skal være i stand til dette må vi ha god fagkunnskap om dette og hvordan man skal tilrettelegge undervisning og veiledning.

På grunn av oppgavens begrensninger kommer jeg ikke til å ta med hvordan fysisk aktivitet og rusmidler påvirker andre deler av kroppen og psyken, eller hvordan fysisk aktivitet viker mot fysiologiske og psykologiske diagnoser, som for eksempel angst og depresjon. Det er gjort undersøkelser som viser at majoriteten av rusmisbrukere lider under disse diagnosene og andre blandingsdiagnoser, og det har blitt forsket en del på hvordan fysisk aktivitet hjelper mot disse diagnosene. Men det skal være sagt at man har god psykologisk og fysiologisk effekt av å drive fysisk aktivitet, og det er det en del forskning som kan bekrefte. Jeg skulle gjerne skrevet litt om dette også.

Jeg velger bort hvordan ernæring, søvn, legemidler, samtaleterapi, gruppeterapi og andre behandlingsformer blir brukt i behandlingen.

1.3 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er bygd opp med bakgrunn i de retningslinjer som er gitt for oppgaveskrivning av høgskolen, ut fra oppsett, antall ord og inndeling.

Jeg starter oppgaven med et forord hvor jeg presenterer et dikt, dette er et dikt jeg synes beskriver godt hvorfor det er så viktig for alle mennesker å være fysisk aktiv.

Etter forordet kommer innholdsfortegnelsen, så kommer innledning hvor jeg presenterer problemstillingen min og årsaken og begrunnelsen til at jeg har valgt akkurat denne problemstillingen. Jeg vil også prøve å fange leserens interesse og nysgjerrighet for oppgaven slik at leseren ønsker å lese resten av teksten. Videre i innledningen har jeg skrevet om hvilke avgrensninger som er gjort i oppgaven, oppgavens oppbygning og begrepsavklaring over de mest sentrale begrepene i oppgaveteksten. Jeg vil definere andre begreper senere i oppgaveteksten.

I metode kapitlet ønsker jeg forklare hvordan jeg har arbeidet for å besvare problemstillingen og hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur.

I teori og drøftningsdelen vil jeg presentere den teorien jeg har funnet og drøftninger av dette. Jeg kommer ikke til å ha et eget drøftningskapittel, fordi jeg ønsker å drøfte påstander og teorier etter hvert i oppgaven, dette gjør jeg fordi jeg synes det gjør det enklere for leseren å se de forskjellige påstandene i sammenheng med drøftningen. Jeg vil også komme med mine erfaringer fra praksis. Jeg kommer til å dele teori og drøftningsdelen opp i underkapitler for å systematisere innholdet og gjøre det lettere for leseren å få oversikt over oppgaven.

I konklusjonen ønsker jeg å komme med et resultat på problemstillingen.

Videre kommer det et etterord som tar for seg hvordan jeg synes dette arbeidet har gått, og om det var ting jeg eventuelt ville gjort annerledes om jeg hadde sjansen til det eller om jeg ville ha gjort det samme om igjen.

1.4 Begrepsavklaring

Her ønsker jeg å definere noen av de mest brukte begrepene i teksten, jeg har valgt å definere noen av begrepene selv, med utgangspunkt i de definisjoner som jeg har funnet i litteraturen. Dette har jeg gjort for at begrepene skal være i samsvar med det jeg har tenkt i forhold til oppgaven.

Belønningssystemet: Belønningssystemet er i denne oppgaven synonymt med det limbiskesystem. Det omfatter et større område på de mediale flater av hemisfærer samt noen nervestammer som ligger dypt inne i hjernen. Her er ligger senter for følelser, affekt, seksualadferd, matinntak m.m. Til det limbiskesystem hører amygdala og hippocampus og ble opprinnelig kalt luktehjernen. Det er dette systemet som gjør at vi føler velbehag og belønning. (Medisinsk ordbok 2002, s. 185)

Fysisk aktivitet: Med fysisk aktivitet menes i denne oppgaven at man er fysisk aktiv i den forstand at pulsen, pusten og kropps temperaturer øker, man svetter og bruker kroppen på en slik måte at man over tid øker sin utholdenhet. Aktiviteten må ha en viss intensitet og lengde og man må ha et mål med aktiviteten. For eksempel å bli i bedre form.

Avhengighet: Med avhengighet menes at rusmisbruket skaper alvorlige kognitive, adferdsmessige og fysiologiske plager og personen fortsetter med misbruket til tross for disse problemene. Det blir utviklet av toleranse ovenfor rusmiddelet, og når rusinntaket avsluttes får personen plagsomme fysiske plager (abstinenser) som svetting, skjelving, smerter og uro, dette går over ved nytt inntak av rusmidler. Man har mistet kontrollen over rusinntaket, men personen selv har ofte et ønske om å oppnå kontroll over rusmisbruket. Det brukes mye tid på å skaffe rusmidler og viktige sosiale, arbeids eller fritidsaktiviteter blir redusert eller helt borte. (Martinsen 2004, s. 87)

Rusmisbruker: Med rusmisbruker menes i denne oppgaven en person som har et blandings misbruk av rusmidler, legemidler og alkohol. Hverdagen er preget av dette misbruket på den måte at de ikke lenger lever et "vanlig" liv. Personen er selv bevisst på sitt problem og er inneforstått med at dette er et problem som må løses og som han/hun trenger hjelp for å løse.

Misbruk: Med misbruk menes gjentatt bruk av rusmidler, som medfører negative konsekvenser for brukeren og omgivelsene ved at viktige forpliktelser blir brutt. Rusmidler brukes i risikable situasjoner som for eksempel i bilkjøring og jobbsammenheng hvor konsekvensene kan bli ekstra store. Misbruket fortsetter selv om det medfører forverring i sosiale og mellommenneskelige forhold. (Martinsen 2004, s. 87-88)

Helse blir definert av Katie Eriksson slik:

”Helse er en opplevelse av mening, håp, og pågangsmot som inkluderer et realistisk selvbilde, selvakseptasjon, selvrespekt og en realistisk oppfatning av omgivelsene, trygghet, fellesskap og optimal fysisk styrke og funksjon. Helse er altså ikke bare fravær av sykdom. Det er å kunne ha glede av de evnene vi har som menneske”. (Granum 1994, s. 15)

Behandling: Med behandling menes personer som er innlagt på institusjon i døgnbehandling som går over flere måneder, gjerne opptil år. Det tar til å behandle rusmissbruk, og jeg ser bort fra de behandlingsplassene som går over 4-12 uker og poliklinisk behandling.

2. Metode

Villhelm Aubert (1985) definerer metode på denne måten:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Dalland 2007 s.71).

Med bakgrunn i dette sitatet vil jeg presentere min fremgangsmåte for å finne kunnskap og besvare min problemstilling.

2.1 Valg av metode

Jeg har valgt å løse denne oppgaven ved hjelp av en litteraturstudie. Det går ut på at jeg skal belyse et tema og avklare et faglig spørsmål ved og systematisk gå gjennom litteratur og teori fra skriftlige kilder for å besvare en problemstilling. Jeg må først ha en idé myldring og tenke litt gjennom hva jeg ønsker å finne ut av og lage meg en problemstilling. Så må jeg planlegge hvordan jeg ønsker å skrive oppgaven, og lage en disposisjon, så kan jeg starte med litteratur søk og research. Fordelen med denne type oppgaveskriving er at utvalget av litteratur ofte er stort, men for å finne det som er aktuell må jeg gå kritisk igjennom den litteraturen jeg finner, slik at jeg står igjen med det som er mest relevant i forhold til den gitte problemstillingen, og jobbe videre med det. Til slutt må jeg sammenfatte litteraturen og presentere en konklusjon som skal besvare problemstillingen. (Magnus og Bakketeig 2002, kap. 3)

Jeg har benyttet meg av en brøkdell av pensumlitteratur, fordi den sier lite om det jeg ønsker å besvare. Men jeg har benyttet meg av pensum i forhold til oppgaveskriving og sykepleieteori. Jeg har derimot benyttet meg av store mengder selvvalgt litteratur som jeg har funnet på skolens bibliotek og de institusjonene jeg har besøkt i psykiatri og hospiterings praksis. Jeg har også hatt en del uformelle samtaler med personer som sitter inne med denne typen kunnskap, en tidligere rusmisbruker, sosionomer, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, idrettspedagog, førskolelærer, helseterapeut og skolens veileder om deres tanker rundt problemstillingen. Jeg har også brukt mye til på telefonen, og har pratet med kompetansesenter, politiets rusforebyggende enhet,

rusmisbrukerens interesse organisasjon, behandlingstilstander for spilleavhengige, forskjellige personer i kommunen blant annet feltpleien for rusmisbrukere og hjelpetelefoner. Jeg har blitt henvist videre av dem jeg har pratet med og fått tips om hvor jeg skal lete etter litteratur og informasjon. Dette har vært en etterforskning som hele tiden har ført meg nærmere et svar på problemstillingen. Det har i grunnen vært svært givende og morrsomt, for jeg hele tiden har følt at jeg har kommet nærmere og nærmere et svar og dypere og dypere inn i oppgaven.

I begynnelsen av dette arbeidet fikk jeg litt panikk fordi det virket som om det var lite fakta, forskning og undersøkelser rundt problemstilling, det var få artikler å finne på skolens databaser som var så spesifikke som jeg ønsket. Men etter hvert som folk tipset meg om navn på forfattere, professorer, kjente behandlere, undersøkelser og forskning har jeg endt opp med mer teori enn det jeg har klart å benytte meg av.

Siden jeg har jobbet alene med denne oppgaven har de uformelle samtaler og møtene vært til stor hjelp og nytte, for det er vrient å drøfte med seg selv, man blir så fort enig. I drøftningsdelen vil jeg vise til forskjellige meningene jeg har hørt og erfaringene mine fra praksis. Det har vært til stor hjelp at jeg har hatt en bred kontakt med forskjellige mennesker i denne oppgaven, fordi det har gitt meg et bredere grunnlag å drøfte ut fra. Det har også vært givende å få snakke med så mange forskjellige folk og profesjoner for å sammenlikne holdninger og arbeidsmåter.

Jeg hadde tillatelse til å bruke noen sitater fra disse uformelle samtaler, men på grunn av oppgavens omfang lot det seg dessverre ikke gjøre å få med dette. Det var meningen dette skulle kvalitetssikres og godkjennes for bruk slik at det som skulle ha vært skrevet er riktig formulert. De aktuelle partene har skrevet under på skjema for "innhenting av informasjon".

2.2 Søkeord

Jeg brukte som sagt biblioteket på skolen mye i starten for å finne litteratur senere ble bibliotekets hjemmeside mer relevant for å finne artikler. Da var jeg inne på forskjellige databaser som Norart, Medline, Ouit nursing, Pro Quest og Cochrane library, samt higa siden hvor tidligere eksamensoppgaver er lagt ut. De artiklene som er brukt har jeg funnet ved hjelp av forskjellige søkeord som fysisk aktivitet, belønningssystem, rusbehandling, dopamin, endorfiner, rus, hjernens kjemi, signalsubstans, rusomsorg, undervisning, egenomsorg,

sykepleierteoretikere, Orem og veiledning, jeg har også søkt de samme ordene på engelsk. Videre har disse søkene ført til treff hvor andre emneord og MaSH termer har kommet opp som har viste seg å være svært hensiktsmessig å ta i bruk.

I de artiklene jeg har funnet har jeg sjekket kilde og litteratur henvisninger på og funnet fram til de originale artiklene, og det er disse om er brukt i oppgaven.

Jeg har også vært inne på Helse- og omsorgs- departementets, folkehelseinstituttet, helsedirektoratet og den norske legeforenings sider, dette har også gitt meg treff på noen artikler som er brukt i oppgaven. Men det skal også være sagt at det er en del artikler som har gått igjen.

Lenge drev jeg og søkte på ord uten å føle at jeg kom noen vei, men da jeg endelig fikk tak i en artikkel i praksis og søkte videre på forfatterens navn løsnet det for meg. Mye av det som er skrevet er ikke så lett å finne ved hjelp av emneord, og det viste seg å være mye mer fruktbart å søke på forfattere.

2.3 Kildekritikk

Mye av den litteraturen jeg fant utenom pensum er av noe gammel årgang, jeg har valgt å bruke denne litteraturen fordi jeg ved gjentatte søk på bibliotekets søkebase fikk de samme bøkene som resultat. Man kan kanskje si at dette er klassikere som kommer til å være relevante helt frem til det blir gjort ny forskning på dette temaet. Videre viser det seg at den litteraturen som er brukt av nyere tid også henviser til denne eldre litteraturen. Jeg har derfor følt meg trygg på at gitt litteratur er det som er mest relevant for min oppgave. Jeg har også en del kilder i litteraturhenvisningen som du ikke vil finne som i kildehenvisning i teksten, dette er fordi oppgaven i utgangspunktet var mye større. Men litteraturen har vært med på å forme oppgaven til det den er i dag.

3. Teori og drøftningsdel

I den første delen av dette kapitlet ønsker jeg å svare på hva som skjer med belønningssystemet ved når man tilfører kroppen rusmidler og ved fysisk aktivitet. For å kunne svare på dette er jeg først nødt til å sette meg inn i hvordan belønningssystemet blir påvirket av narkotiske stoffer og hvordan virkning av fysisk aktivitet har på det samme systemet. Jeg tror det er en link mellom hvordan fysisk aktivitet og hvordan rusen påvirker hjernen. Ut fra dette vil jeg se nærmere på hvordan vi som sykepleier kan benytte oss av denne kunnskapen når vi arbeider med rusavhengige, hvordan vi skal gå frem i undervisning og veiledning. Jeg vil også knytte dette opp mot Orems egenomsorgs teori for å se om det er slik at en rusmisbruker har behov for hjelp på sin vei for å bli rusfri.

3.1 Rusmidlenes påvirkning på hjernen

Først vil jeg svare på hva bruk rusmidler gjør med hjernen vår over tid. Da går jeg ut fra hvordan rusmidler påvirker belønningssystemet og hvordan hjernen over tid vil lære seg at denne adferden fører til en følelse av velbehag.

3.1.1 Nevrobiologi

På slutten av 80-tallet ble det gjennomført en amerikansk undersøkelse blant gnagere, dyrene fikk selv administrere kokain intravenøst, og resultatet viste at kokainen gir en kjemisk reaksjon i hjernen, nevronene i belønningssystemet endrer sin atferd ved utvikling av avhengighet. I denne undersøkelsen ble det påvist en økning av dopamin i hjernen, men denne økningen ble også påvist når dyrene hadde sex og ved måltider, på denne måten hevdet forskerne at dopaminøkningen er avgjørende for behagelige og lystbetonte opplevelser. Det ble videre hevdet at dopaminøkningen var hovedmotivet for denne adferd. (Fekjær 2004, s. 87-88)

Brodal (2001) hevder at mengden dopamin i belønningssystemet øker ved alkoholinntak. (s. 93)

Anderson og Solders hevder at alkohol og andre narkotiske stoffer har en effekt på den delen av hjernen som styre impulser og påvirker belønningssystemet, derfor blir følelseslivet vårt påvirket. (Johnsen 1997, s. 198)

Både Anderson og Solders, Fekjær og Brodal hevder at rusmidler påvirker belønningssystemet ved at det blir en økning i dopaminnivået. Dopamin er et signalstoff som har som oppgave å få cellene til å kommunisere i sentralnervesystemet, dette får oss til å føle velbehag og lyst til å gjenta den adferden som satte i gang dette systemet. Som Fekjær hevder er det det samme systemet som blir satt i gang når vi spiser, drikker og formerer oss. Dette er fordi vi skal utføre disse oppgavene som er vesentlige for at arten skal overleve. Ved bruk av rusmidler påvirkes dette systemet. Jeg vil forklare dette nærmere senere i teksten.

Mørland (1993) skriver at dopamin brukes når nervecellene skal kommunisere, i rusmiddelsammenheng foregår dette i det limbiske systemet (belønningssystemet) i hjernen som antas å kunne påvirke deler av sentralnervesystemet. Når dette systemet påvirkes kan det lede til visse typer adferd og gjentakelse av denne adferden. Denne adferden vil i mange tilfeller ledsages av en følelse av å bli belønnet. Derfor ønsker man å gjenta denne adferden. De typer adferd som påvirker belønningssystemet er spising, drikking, forplantning og beskyttelse avkommet. Når dopamin øker og cellene i nucleus accumbens (en del av belønningssystemet) kommuniserer, vil dopamin videreformidle disse signalene til andre deler av sentralnervesystemet, noe som vil føre til opprettholdelse eller økning av den adferden som startet denne dopaminøkningen. Denne økningen av dopamin ser ut til å ha en positiv og behagelig virkning som fører til stimulering av andre hjerneaktiviteter. Bruk av rusmidler over tid har en kraftig forstyrrende effekt på belønningssystemet, og de fleste rusmidler har en kraftigere effekt enn de naturlige stimuliene. Det vil derfor gi en merkbar dopaminøkning, som fører til ytterligere rusmiddel inntak, noe som fører til at vår primære adferd overstyres. Dette er noe vi særlig ser ved amfetamin avhengighet når det gjelder søvn, næringsinntak og væsketilførsel, da en som er på amfetamin kan gå uten å spise og sove i flere døgn.

Men det skal også være sagt at de fleste rusmidler har forskjellige egenskaper og påvirker hjernen vår på forskjellige måte, men en felles faktor er at de stimulerer til dopaminøkning. (Mørland 1993)

Johansen (1997) forklarer dette med at de fleste rusmidler har mottakerstasjoner på cellene våre. Derfor har rusmidlene en kraftigere og mer direkte innflytelse på overføringen mellom signalstoffer. Noe som fører til at man opplever belønning og eufori i forbindelse med inntak av rusmidler, og det oppstår et rus sug som er motivasjon til videre bruk. Dette rus suget tiltar jo oftere man tar til seg stoffet. Men rusmisbrukeren vil også oppleve en toleranse utvikling ovenfor rusmiddelet. Det betyr at det etter hvert skal mer til av rusmiddelet før ønsket effekt oppnås. Derfor er det slik at om man har vært rusfri over tid vil et enkelt inntak av rusmiddelet føre til at trangen til gjentakelse blir svært stor, fordi rusmisbrukeren vil kjenne på dette rusuget som er motivasjonen til å ruse seg. Dette er fordi hjernen husker den ”gode” følelsen rusmiddelet gav og vil ha mer.

På lik linje med Mørland hevder han at rusmidlenes felles virkninger er at de påvirker signalstoffene i belønningssystemet som håndterer emosjoner, motivasjon, belønning og hukommelse.

Når dopamin mengden øker på grunn av et rusmiddel vil hjernen naturlig sette i gang et motangrep ved å redusere dopaminkonsentrasjonen, og utskille andre stoffer for å motvirke ruseffekten. Når rusopplevelsen er over vil disse forandringene oppleves som angst og depresjon. Over tid vil rusmisbrukeren utvikle toleranse mot denne dopaminøkningen, noe som betyr at også den naturlige belønningseffekten blir redusert. Dette fører til at stemningsleiet blir senket og at en rusmisbruker i edru tilstand vil ligge lavere enn normalbefolkningen i dopamin produksjon og følelse av velbehag. (Johansen 1997)

Mørland hevder at inntak av rusmidler over tid vil forandre belønningssystemet slik at man hele tiden får en kraftigere dopamin økning ved rusinntak, og ved avbrudd i rusmiddelinntaket vil det inntre et fall av dopamin som er lavere enn normalnivået. Dette vil gi en ubehagelig opplevelse som kan minne om depresjon, noe som igjen kan kureres ved ny tilførsel av rusmiddelet. Uten dette re-inntaket vil dopamin nivået kunne forbli lavt over lengre tid. (Mørland 1993)

Ut fra dette kan man forstå at en rusmisbruker ønsker å opprettholde inntaket av rusmidler fordi denne adferden fører til en euforisk opplevelse. Ved gjentagende dopaminøkning ved rusmisbruk fører det til at hjernen kobler rus og positive følelser sammen og lærer at denne adferden oppleves som positiv.

I praksis har jeg hørt at majoriteten av rusmisbrukere lider av angst eller depresjon, gjerne begge deler når de kommer inn til behandling. Jeg har også funnet statistikk som også hevder det samme, over 70% av de som blir lagt inn til behandling er plaget av angst og depresjon. Ut fra det som står ovenfor er dette svært logisk, siden belønningssystemet er ødelagt og ikke lenger fungerer som det skal. Men over tid vil dette rette seg opp igjen. Det er derfor jeg mener at det er så viktig at rusmisbrukere og behandlere sitter inne med denne kunnskapen slik at de kan forstå hva som skjer og hvorfor det skjer.

Fekjær (2004) mener at man må gjennom en tilvennings prosess for å bli avhengig av rusmidler, fordi alle rusmidler i utgangspunktet gir et ubehag. Når denne tilvenningsperioden er over og hjernen har lært seg at rusmidler gir en dopaminøkning er avhengigheten et faktum. Han mener at menneskers preferanser er så fleksible at vi kan venne oss til å like noe som vi i utgangspunktet ikke liker. Gode eksempler her er kaffe, tobakk og vin, som vi må venne oss til å like. Han mener at de fleste ikke liker effekten et rusmiddel gir første gang de prøver det, og at vi unngår dem på lik linje med dyr om vi har en mulighet til det. I dyreforsøk er det vist at dyrene ikke er interessert i rusmiddelet før de har utviklet en avhengighet til det, grunnen til dette er at kroppen opplever det som et giftstoff, og derfor unngår det. Det er en naturlig forsvarsmekanisme vi har fra gammelt av for å overleve ute i naturen. (s. 87)

Brodal (2001) skriver at det er gjort forskning som viser at ved skade på nucleus accumbens reduseres avhengighetsatferden, og ved tilførsel av dopaminantagonister, som er et stoff med motsatt virkning på dopaminreseptorene, sluttet dyrene i forsøkene å tilføre seg kokain intravenøst. (s. 393)

Ut fra dette skulle det være mulig å gi en pille og avhengigheten ble borte, men det er litt mer komplisert en som så. Vi må ikke glemme å tenke helhetlig og individuelt, for alle rusmisbrukere er forskjellige, og har forskjellige grunner til at de har havnet i den situasjonene de er i. Hadde det vært så enkelt som Brodal tilsynelatende hevder ovenfor ville nok denne

pille allerede vært tatt i bruk.

Fekjær er selv skeptisk til denne dopaminteorien, da han hevder at det vanskelig lar seg bevise godt nok. Jeg mener vi bør fokusere på tilvenningsfasen som er grunnen til at vi utvikler denne avhengigheten. Alle som røyker husker nok at den første røyken ikke smakte godt, men over tid gir den en følelse av velbehag. Jeg mener det er den gjentakende adferden som skaper avhengigheten og stimulerer belønningssystemet, ikke rusmiddelet i seg selv. Det er det samme med spillavhengighet, over tid lærer kroppen at dette gir en behagelig følelse, og denne behagelige følelsen vil over tid føre til at belønningssystemet i hjernen ”lærer” seg at akkurat denne adferden er positiv og stimulerer til dopaminøkning. Derfor gjentar vi adferden, selv om vi innerst inne vet at det er galt og gir konsekvenser.

3.2 Fysisk aktivitets påvirkning på hjernen

Nelson Mandela sier om virkningen av fysisk aktivitet:

”Jeg har alltid trodd at fysisk aktivitet er en nøkkel ikke bare til fysisk helse, men også til sinnsro. Mange ganger lot jeg mitt sinne og frustrasjon gå utover en boksesekk istedenfor å ta det ut overfor en kamerat eller endatil en politimann. Trening løser opp spenninger, og spenninger ødelegger sinnsro. Jeg fant ut at jeg arbeidet bedre og tenkte klarere når jeg var i god fysisk form, så trening ble en av de ting i mitt liv som jeg aldri gir avkall på.”
(Martinsen 2004, s. 53)

I handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005-2009 står det i kortversjonen ”Sammen for fysisk aktivitet” fra departementet at regelmessig fysisk aktivitet gir bedre evne til å mestre stress, styrker immunforsvaret, bedrer lungefunksjonen, sterkere hjerte, reduserer risikoen for hjerte og karsykdommer, reduserer risikoen for brystkreft, tarmkreft, slitasjegikt, blodpropp og slag, bedrer tarmfunksjonen, mindre ryggbesvær, sterkere muskulatur, bedre leddfunksjon og bevegelighet, bedre kroppsbalanse, sterkere beinvev, brusk, sener og bånd, bedre blodsukker regulering, bedre blodsirkulasjon, bedre søvn, større overskudd og trivsel, økt arbeidskapasitet og langsommere aldring. Fysisk aktivitet er enormt bra for hele mennesket! Og i spesialisthelsetjeneloven står det at:

” spesialisthelsetjenesten skal fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Det er viktig at det tilrettelegges for fysisk aktivitet som er tilpasset den enkelte pasient som en del av et behandlings- habiliterings og/eller rehabiliteringsopplegg. (...) Fysisk aktivitet og trening tilpasset den enkelte vil være viktig del av en rehabiliteringsprosess for enkelte brukere. Det er av stor betydning at kunnskap om fysisk aktivitet for ulike pasientgrupper, blir internalisert i alle ledd i spesialisthelsetjenesten. Dette er nødvendig for å kunne ta denne kunnskapen i bruk i relevante sammenhenger og ovenfor ulike pasientgrupper. Kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet er særlig viktig i pasientopplæring ved lærings- og mestrings- sentrene som er tilknyttet helseforetakene”.

Jeg kommer dessverre ikke til å gå inn på disse temaene på grunn av oppgavens begrensning. Men jeg synes det er viktig å påpeke at også lovverket sier noen om fysisk aktivitet i behandling. Derfor er det så viktig at sykepleieren har denne kunnskapen og evner å videreføre denne kunnskapen til pasientene.

3.2.1 Nevrobiologisk hypotese

Ved regelmessig fysisk aktivitet vil konsentrasjonen av dopamin og endorfiner øke, dette forklarer den positive lystopplevelsen mange beskriver etter at de har trent. Endorfiner er et hormon som finnes naturlig i kroppen og blir stimulert av smerte, seksuell aktivitet, når vi ler og ved fysisk aktivitet, det blir kalt lykkehormonet eller ”kroppens eget morfin”, i store doser gir det oss en følelse av ekstase og eufori. Noe som fører til mindre følelse av angst og depresjon. (Leif Falkum, 1998 s, 16-21)

Som jeg tidligere har nevnt vil bruk av rusmidler over tid gi en senkning av at kroppens egen dopamin produksjon som igjen fører til en følelse av angst og depresjon, allerede nå kan jeg hevde at fysisk aktivitet derfor kan være med å redusere denne angsten og depresjonen ved at man ved fysisk aktivitet får en økning av endorfiner som fører til mindre følelse av angst og depresjon. Det er denne virkningen rusmisbrukeren ofte søker i sin hverdag, og som rusmidlene gir en falsk følelse av. Det er derfor viktig å ha dette i tankene ved behandling av rusmisbrukere, av den enkle grunn at fysisk aktivitet kan brukes på en positiv måte, men det forutsette at rusmisbrukeren og sykepleieren har denne kunnskapen.

Egil Martinsen (2004) hevder at konsentrasjonen av endorfiner i blodet stiger under fysisk aktivitet, noe som gir en gunstig, men forbigående psykologisk virkning, som er omtalt som ”runners-high”, en euforisk følelse av velvære.

De fleste forskere mener også at alkohol aktiverer produksjonen av endorfiner i hjernen, noe som fører til at alkoholens virkning blir forsterket og kan føre til et overdrevent forbruk. Vi ser at både fysisk aktivitet og inntak av alkohol øker frigjøringen av endorfiner og skaper en positiv virkning i kroppen, som vil fremme gjentagende adferd fordi det assosieres med den positive følelsen som endorfinene gir.

I dyreforsøk er det vist at også dopamin nivået i blodet øker ved fysisk aktivitet. (Martinsen 2004, kap. 15)

Vi ser her at fysisk aktivitet påvirker både dopamin og endorfin nivået. Med grunnlag i dette burde det være mulig å bytte ut alkoholen og andre rusmidler med fysisk trening, fordi begge deler påvirker det samme systemet i hjernen og gir en gunstig effekt på stemningsleiet.

3.3 Orems egenomsorgsteori

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å vise til Orems teori om egenomsorg fordi jeg mener at rusmisbrukere trenger å lære at de selv må ta ansvar for seg selv og sin helse, men de må lære de grunnleggende behovene og hvordan de kan dekket. Det blir da viktig at sykepleieren har denne kunnskapen og kan formidle dette videre til pasienten. Egenomsorg defineres som:

”Individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendig for å leve og overleve. Orem lar førsteleddet ”egen” stå for hele individet, det vil si ikke bare de fysiske, men også de psykiske og åndelige behov, og ”omsorg” som den helheten av aktiviteter som individet igangsetter for å opprettholde livet og for å utvikle seg normalt. Egenomsorg er de aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære.”(Cavanagh 1999)

Orem beskriver egenomsorg som målrettede aktiviteter som individet selv tar initiativ for å utføre for sin egen del, som består av vaner og bevisste handlingsmønstre som blir gjort for å fremme utvikling, helse, velvære og en normal funksjon hos seg selv, men også hos menneskets nærmeste. (Kristoffersen 2002, s.391)

Jeg velger å ta utgangspunkt i det rusmisbrukeren kan gjøre for sin egen del i den hensikt at han/hun ønsker å slutte med misbruket, men også ønsker å begynne med fysisk aktivitet for å fremme sin helse og for å ha noe å falle tilbake på etter behandlingen.

Orem sier noe om 8 egenomsorgsbehov som må være tilstede for at individet skal sikres normale menneskelige funksjoner, utvikling og helse. De er uavhengig av den enkeltes helsetilstand, aldre, utviklingsnivå og omgivelser. Behovene omfatter de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sidene ved livet og er som følger: Behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, vann og mat, behov for eliminasjon av avfallsstoffer, behov for opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile, balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt, behov for trygghet mot fare for liv, menneskelig funksjon og velvære og behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, potensial og begrensninger og ønsket om et positivt selvilde. Alle disse sidene er viktig for at individet skal fungere og ha et verdig liv. Individet må aktivt møte disse kravene, med de evner han/hun sitter inne med. (Cavanagh 1999, s. 19-21)

Hos mange rusmisbrukere er ikke disse behovene dekket i det hele tatt, og både velvære, helse og kroppslige funksjoner er sviktende. Ut fra Orems teori om egenomsorg har en rusmisbruker behov for sykepleie da det er et missforhold mellom det individet trenger og de behov individet selv klarer å dekke. Orem sier også at sykepleien skal kompensere for pasientens manglende egenomsorg og utvikle disse evnene. (Kristoffersen 2002, s. 391)

Egenomsorg skal iverksettes frivillig av individet og det må være et bevist ønske om endring. Det krever at rusmisbrukeren har en forståelse av at den nåværende helsetilstanden er utilfredsstillende, og bevist velger hensiktsmessige beslutninger angående de tiltak som iverksettes for å bedre denne situasjonen. På den måten blir egenomsorg en utførelse av gjennomtenkte og tillærte handlinger som skal tjene og opprettholde liv og god helse, samt å fremme velvære. De rusmisbrukerne som frivillig kommer til behandling er ofte svært motivert til endring i begynnelsen av behandlingen. Man ser at noe av denne motivasjonen blir borte etter hvert, men da er det sykepleierens ansvar å motivere til videre endring. Dette krever at rusmisbrukeren har evne til å tenke rasjonelt og langsiktig, og dra nytte av sine personlige erfaringer slik at de kan ta beslutninger angående sin egen helsetilstand. Men det må være et ønske de har kommet med selv for å bedre sin situasjon, da vil sykepleier være

behjelpelig med å sette opp en plan for å nå de målene som ønskes oppnådd, rusmisbrukeren er nødt til å forplikte seg til denne planen og gjennomføre det. (Cavanagh 1999, s. 17 og 30)

”Å utøve egenomsorg krever reflekterte, bevisste handlinger som påvirkes av den enkeltes kunnskaper og ferdigheter, og som baseres på at den enkelte vet når han eller hun har behov for hjelp, og vet hva han eller hun må forets seg. Den enkelte har mulighet til å velge egenomsorgsattferd. Under visse forhold kan et individ av bestemte grunner la være å iverksette nødvendig egenomsorgsattferd. Slike grunner kan være angst, frykt eller andre prioriteringer” (Cavanagh 1999, s. 18)

Ut fra dette sitatet ser vi at rusmisbrukeren selv må ønske å få behandling for sitt problem, men de kan også motsette seg behandling om de ikke er klare for det. Da er det heller ingen poeng i at sykepleieren skal påtvinge pasienten behandling, for det vil i verste fall virke mot sin hensikt.

Orem sier også noe om helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, dette er behov som er gjeldene når noen blir syk, skadet, har funksjonssvikt eller er under behandling. Her mener Orem det er et krav at personen selv skal sørge for medisinsk hjelp hvis en utsettes for påvirkning og det er viktig å kunne forholde seg til og utføre de rehabiliterende tiltak som legen forskriver. Det er også viktig å kunne justere selvbildet slik at en kan akseptere at en har en bestemt helsetilstand og har behov for enkelte helsetjenester. (Cavanagh 1999, s. 23-25)

Dette er krav som en rusmisbruker ikke klarer å tilfredsstillere og igjen da tyder det på at han/hun har behov for hjelp av helsevesenet. Hovedpoenget med disse helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene er at individet selv må være i stand til å kjenne igjen at hun/han har behov for hjelp, og da søke råd og assistanse fra noen som er kompetente til dette når det viser seg at vedkommende selv ikke er i stand til å ta seg av sine egenomsorgsbehov.

3.4 Sykepleie til rusmisbrukeren

Orem beskriver en pasient som en person som trenger bistand fra sykepleieren for å kunne møte bestemte egenomsorgsbehov, men dette tilbudet om sykepleie kan bare gis når personen selv har en viss kunnskap om sin helsetilstand og selv har evne til å ta en

beslutningen om å søke hjelp. Rusmisbrukeren må ha et ønske om å bli selvhjulpen, men det må være et misforhold mellom egenomsorgsbehovene og rusmisbrukerens evne til selv å dekke disse behovene. Orem har 5 hjelpemetoder for hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten, hun snakker om å støtte, handle, veilede, tilrettelegge omgivelsene og undervise pasienten. Å støtte pasienten gjøres ved at sykepleieren kan være tilstede, lytte eller å gi pasienten en følelse av fellesskap ved at de samarbeider om pasientens mål om å komme fremover og sykepleieren kan her være en veileder som tilbyr relevante hjelpemetoder og guider pasienten i hvilke tiltak som finnes for å nå målene. Det å handle vil jeg ikke komme mer inn på her, for i behandling av rusmisbrukere kan ikke sykepleieren ta over handlingen, de må selv gjøre det som er nødvendig for å nå sine mål. Ved en alvorlig sykdom, vil det være slik at en sykepleier må gjøre visse handlinger for pasienten sin, som for eksempel å hente bekken og/eller stille pasienten.

Å veilede pasienten er en rolle som krever at sykepleieren sitter inne med relevant informasjon og kunnskap angående pasientens behov, spørsmål, ønsker og tilstand. Sykepleieren kan gi råd og veiledning slik at pasienten selv blir i stand til å ta de beslutninger som trengs for å få dekket egenomsorgsbehovene. Når sykepleieren skal tilrettelegge omgivelsene vil si at man har et ansvar for at pasienten befinner seg i gunstige omgivelser, slik at han/hun kan utvikle nye evner, på den måten kan sykepleieren hjelpe rusmisbrukeren til å styre unna de negative omgivelser som han/hun tidligere var en del av. Til slutt snakker Orem om at sykepleieren må undervise pasienten, noe som krever at sykepleieren sitter inne med relevant fagkunnskap og ferdigheter om akkurat den problemstillingen pasienten kommer med. Man må kunne forklare for pasienten hvilke behov hans/hennes tilstand krever og hvilke metoder og tiltak som kan iverksettes for å overvinne de forskjellige problemene. (Cavanagh 1999, s. 32-34)

Jeg ser på veiledning og undervisning som to synonymmer og ønsker å utdype det nærmere i teksten under. Jeg ser også at de andre metodene som er beskrevet ovenfor er relevante fordi vi hele tiden må ha et helhetlig bilde på sykepleien og behandlingen av rusmisbrukere. Men det er undervisningsdelen som blir sentral fordi det er kunnskapen om hvordan rusen og fysisk aktivitet påvirker hjernen som i denne oppgaven skal formidles til pasienten, slik at han/hun selv er i stand til å ta de riktige beslutningene i sitt liv.

3.4.1 Veiledning og undervisning til pasient

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å utdype hvordan undervisning kan foregå, jeg tar for meg den sosiokulturelle læringsteorien fordi jeg mener den er mest relevant i de omgivelsene denne oppgaven omhandler. Jeg ønsker også å si noe om hvordan man tilrettelegger for best mulig læring og hvordan man får pasienten til å føle seg integrert i denne prosessen. Hva som er pasientens rolle, hva som er sykepleiers rolle kommer i neste del av oppgaven.

Undervisning og veiledning har blitt en integrert del av den daglige sykepleien, enten det dreier seg om å supplere lege opplysninger, informere om behandling, veilede pasienten i hva han/hun skal gjøre før, i og etter behandling, gi råd om ernæring til forskjellige diagnoser og veilede i hvordan hver enkelt kan fremme sin helsetilstand. (Granum 2003, s. 16) Kristoffersen (2002) definerer veiledning slik:

”Veiledning er en form for undervisning, men mens undervisning i alt for mange tilfeller blir en formidlingssituasjon med lærer i hovedrollen, er veiledning en undervisningssituasjon der den som skal lære - må stå i sentrum”. (s. 549)

Undervisning blir definert på følgende måte:

”Undervisning i egenomsorg skal bidra til å fremme helse, lindre lidelse og forebygge sykdom, og kan derfor betegnes som terapeutisk undervisning. Terapeutisk undervisning omfatter langt mer enn å gi den informasjon helsepersonell i utgangspunktet vet at bestemte pasientgrupper trenger for å gjennomføre egenbehandling og egenomsorg. Det omfatter forståelse av hva den enkelte trenger hjelp med, veiledning, rådgivning og støtte”. (Kristoffersen 2002, s.547)

Det overordnede målet med undervisning er at pasienten selv skal bli i bedre stand til å takle sin livssituasjon. Å undervise vil si at man tilrettelegger slik at pasienten skal kunne tilegne seg kunnskap om sin situasjon, det kan for eksempel gjøres ved at sykepleieren tilrettelegger aktiviteter ut fra hva pasienten har behov for å lære, eller å styrke pasientens kunnskap slik at han/hun oppnår størst mulig grad av uavhengighet.

Sykepleieren sitter inne med fagkunnskap og har pasienten kunnskap om seg selv, det er derfor viktig at det er et samarbeid mellom begge parter slik at man kan komme frem til det som er best for den enkelte. Det er viktig at sykepleieren sitter inne med god kunnskap om

pasienten og diagnosen/problemet, slik at den kunnskap som fremmes er mest mulig rettet mot den det gjelder. (Granum 1994, kap. 2)

Undervisning er en viktig del av behandlingen for å få rusmisbrukeren til å forstå betydningen av eget ansvar for egen helse, målet med pasientundervisning er at pasienten selv skal lære å takle sin livssituasjon bedre, lære å ta de riktige valgene i fremtiden slik at han/hun ikke faller tilbake til gamle vaner etter endte behandling. Det kan være å oppleve mening med livet eller å bedre sin helsetilstand. Rusmisbrukeren skal ha en mulighet å oppnå uavhengighet i forhold til sin helsetilstand. (Granum 2003, kap. 1)

Undervisningen kan foregå spontant eller planlagt, men felles for all undervisning og veiledning er at det foregår en form for læring som skjer i samspillet mellom bevissthet og aktivitet. Det er både en jeg - identifisering og en tilpassning til omgivelsene, som sykepleier ønsker vi på denne måten å forme pasienten slik at han/hun skal ha nok kunnskap til å ta de riktige valgene etter avsluttet behandling. Det er viktig at kunnskapen blir lagt fram på en slik måte at den oppfattes som hensiktsmessig og nyttig for den enkelte, og at hver enkelt får noen egne erfaringer i forhold til temaet. Læringsteoretikeren Dewey (1997) snakker om ”larning by doing”, noe som er svært relevant i denne oppgaven fordi hver enkelt må selv kjenne på kroppen hvordan fysisk aktivitet påvirker den enkelte, og ta med seg disse erfaringene videre i livet. Slik at de forhåpentligvis kan bytte ut rusen med fysisk aktivitet. Det er snakk om å utvikle seg, og undervisningen er en sosial praksis som utøves i fellesskap med andre. Dette er også viktig for rusmisbrukeren, fordi det å få et nytt sosialt nettverk å forholde seg til etter behandlingen kan være forskjell mellom liv og død for en rusmisbruker. (Granum 2003, kap.4)

I praksis har jeg sett hvordan dette kan gjøres på forskjellige måter, noen har valgt å ha temadager/ undervisningsdager hvor man har forelesninger for pasientene. Dette er i samsvar med definisjonen av undervisning som står ovenfor. Men det blir også brukt en god del veiledning underveis i treningsøktene og i samtaleterapien, hvor sykepleier forklarer hva som skjer og hvordan ting skal gjøres. Pasientene har i begge eksemplene mulighet til selv å delta aktivt og komme med forespørsler og ideer. Noen behandlingssteder har disse tiltakene hver uke, andre bare to/tre ganger i året. Men felles for dem alle er at de ønsker å videreføre kunnskap til pasientene sine, slik at de selv kan ta bedre valg etter endt behandling. Mange

rusmisbrukere har også problemer med å være sosiale, ved hjelp av trening får de muligheten til å overvinne denne angsten fordi treningen foregår med medpasienter, og rusmisbrukeren høster erfaringen om mestring og blir bekreftet av fellesskapet på at de kan få til noe, og at de har noen egenskaper som er verdt noe for andre.

Dysthe (1999) snakker om sosiokulturell læring og mener læring skjer i et sosialt fellesskap og at den som deltar har ulike kunnskaper og egenskaper. Læring skjer ved deltagelse hevder han.

Sykepleieren må prøve å stimulere og oppmuntre til tilegnelse av kunnskap og ferdigheter, det er viktig at denne kunnskapen blir delt mellom pasientene i etterkant, slik at de har mulighet til å dele sine erfaringer og forståelse av kunnskapen. For det er gjennom å lytte, samtale og samhandle med andre pasienter at pasientene får tak i den nye kunnskapen og de nye ferdighetene og lærer seg hvordan han/hun skal ta i bruk disse. Men læring har også en individuell psykologisk virkning etter hvert som kunnskapen fester seg hos den enkelte.

I hverdagslivet vil det å ha kunnskap om noe, være noe som kan knytte mennesker til hverandre. Derfor blir det i delta i sosiale situasjoner er stor del av læringssituasjonen, man trenger ikke nødvendigvis være så aktivt deltagende, men man trenger å lære seg hvordan man skal forholde seg til andre og være deltagende slik at man på denne måten lærer å være aktivt deltagende i sitt eget liv.

For at læringsresultatet skal bli best mulig er det viktig å gi pasienten tid til å fordøye og ta i bruk det han/hun har lært, og for at det skal føre til en endring hos pasienten er det viktig at læringen er basert på pasientens utgangspunkt og erfaringer. (Granum 2003, kap.4)

Når en rusmisbruker er ferdig behandlet er det ikke alltid like lett for han/hun å komme tilbake til et nytt fellesskap. Det er derfor i en del institusjoner forsøkt bruk av fysisk aktivitet for å få til dette. Pasienten blir ”koblet til” fritidsaktiviteter på hjemstedet sitt under behandlingen, og ofte så er fritidsaktiviteter en form for fysisk aktivitet. Derfor har man sett det som viktig at pasienten lærer noe om dette under oppholdet sitt for på den måten å lære hvordan man forholder seg til denne delen av hverdagslivet, som for mange rusmisbrukere er en svært uvanlig ting. Når institusjonen har fått til dette forholdet mellom pasient og hjemstedet kan pasienten selv utvikle dette forholdet etter oppholdet.

En rusmisbruker har bruk for kunnskap for å mestre det nye livet som rusfri, derfor er det viktig at kunnskapen som blir gitt gir mening for hver enkelt og at de skjønner budskapet. At

det er noe de kan ta i bruk, og at det er noe som er viktig for den enkelte. Han/hun må selv få ta i bruk den nye kunnskapen slik at han/hun får fylt den nye tilværelsen med noe som er aktuelt for den enkelte.

Granum sier også noe om kognitiv læringsteori som består av tenkning, begrepsdanning og problemløsning og resultatet er at pasienten har klart å forandre tankemønsteret. Når en rusmisbruker tilegner seg kunnskap om hvordan rusen og fysisk aktivitet påvirker kroppen, hjernen og hverdagen vil de selv være i stand til å ta avgjørelser om fremtiden. Holdningene blir forandret slik at handlingene ikke blir det samme som det var før innleggelse og at pasienten mestrer det å ta de rette valgene, selv om de kan være tøffe og vanskelige. (Granum 2003, kap.4)

Helt til sist vil jeg bare poengtere at det er viktig at undervisningssituasjonen blir lagt opp slik at pasienten selv kan oppdage og gjenkjenne den kunnskapen han/hun faktisk sitter inne med allerede, dette vil gi et mestringsperspektiv også i lærings situasjoner, de vil hjelpe dem til å finne sammenhenger mellom gammel og ny kunnskap og klare å se disse forbindelsene. Da vil rusmisbrukeren selv lære å trekke konklusjoner og erfare at han/hun har evne til å løse egne problemer, og erfare at sin egen dyktighet er sentralt for å kunne mestre vanskelige situasjoner. (Granum 2003, kap.4)

Det er viktig at sykepleieren tilrettelegger undervisningen slik at det blir motiverende og givende for pasientene.

3.4.2 Sykepleierens rolle i undervisningen

Granum (2003) s. 20 definerer sykepleierens undervisningsfunksjon slik:

”Innebærer å utføre arbeid som sørger for at pasienten tilegner seg kunnskap for å kunne forstå sin situasjon bedre og derved lettere mestre dagliglivets situasjoner”.

Når det er snakk om sosiokulturell læring dreier det seg om å engasjere, oppmuntre og støtte pasienten i deres læring. Som sykepleier kan man være veileder, underviser, formidler og

miljøskaper, men det må også være et institusjonelt ansvar.

For sykepleieren kan dialog modellen være et godt utgangspunkt for undervisningen. Det vil si at sykepleier og pasient forholdet er grunnleggende og begge parter er ansvarlig.

Sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens erfaringer og det som undervises må være relevant for pasienten slik at det oppleves som meningsfylt. Sykepleieren må bruke seg selv, sin fagkunnskap og evt. andre hjelpemidler i undervisningen slik at det blir en skapende prosess der pasientens egenaktivitet er i fokus. Denne undervisningsmetoden sammenfaller med definisjonen av veiledning som er nevnt ovenfor.

Dialogmodellen er fin å bruke fordi den tar hensyn til pasientens evne til å ta til seg læring, blant rusmisbrukere er mange filtre som kan hindre læringen, det mange med tilleggdiagnoser, dårlig konsentrasjon og læreversker. Det er derfor viktig at sykepleieren går sakt frem og passer på at man har med seg hver enkelt. Det er viktig at pasienten får være med å bestemme, og at sykepleieren har nær og direkte kontakt med den som skal veiledes. (Granum 2003, kap.4)

I praksis har jeg sett at dette foregår ved at sykepleier har møter med hver enkelt pasient, prater om hva de ønsker å oppnå med oppholdet på institusjonen og fletter inn kunnskap rundt dette. Men det blir også lagt inn en del undervist når sykepleier for eksempel driver fysisk aktivitet eller bare er i en enkel dialog med pasientene, og på den måten virker det heller ikke som undervisning, men informasjon i forhold til hver enkelt.

Det er viktig at sykepleieren lar pasienten komme med forslag til hva han/hun ønsker å ha fokus på under oppholdet, og at sykepleieren har tro på at pasienten har vilje til å lære og vilje til å forandre seg.

Det er tidligere sagt at pasienten skal være i fokus, det kan sykepleieren sørge for ved å stille fornuftige og problemorienterte spørsmål til pasienten. Dette gjøres ved at spørsmålet formuleres ut fra det problemet som gjelder for den enkelte, og det må ivareta pasientens situasjon, forutsetninger og erfaringer. Det gjelder å møte pasienten der han/hun er. På denne måten må pasienten selv ta i bruk sin kunnskap og erfaringer for å løse problemet og finne ut hvilken kunnskap han/hun treger å tilegne seg. På den måten oppnår man også her mestring fordi pasienten selv har kommet med løsningen.

Sykepleieren må ha et *"menneskesyn som innebærer en sterk tro på menneskets iboende muligheter til vekst og utvikling ut fra sitt ståsted"*. Dette forutsetter at sykepleieren har god

kontakt med pasienten og evne til å lytte og forstå det pasienten sier og ønsker. Sykepleieren må ha innsikt i og kunnskap om helseproblemene til pasienten og være reflektert og undrende i forhold til det pasienten forteller. (Granum 2003, kap.4)

I praksis har jeg hørt behandlere som snakker om at man må ha evne til å undre seg, og man må ha fantasi til å se nye løsninger. For man jobber med individer og det som ser ut til å være samme problem, trenger helt forskjellige behandlinger. Ved å være undrende og spørrende kan man spørre pasienten hva hun/han ønsker, føler, håper og ser i fremtiden, hva som skal til for at vi skal kunne hjelpe deg med dette problemet? Ofte sitter pasienten selv inne med svaret, for selv om vi er fagpersonell er vi ikke eksperter på hvert enkelt individ. Det er bare den enkelte som er ekspert på seg selv, og på hva man trenger. Derfor er det viktig å dra pasienten med inn i hvordan behandlingen skal foregå.

4. Konklusjon

Jeg startet oppgaven med å besvare første delen av problemstillingen om hvordan rusmidler og fysisk aktivitet påvirker belønningssystemet i hjernen. Det viser seg å være store likheter mellom rusmidlenes påvirkning og fysisk aktivitets påvirkning av belønningssystemet.

Forskjellen er at påvirkningen av rusmidler skjer over tid og ved gjentagelse. Mens ved fysisk aktivitet som er en naturlig del av mennesket skjer dette etter hver enkelt treningsøkt. Med utgangspunkt i dette burde det absolutt være mulig å påstå at denne kunnskapen burde la seg bruke i behandlingen av rusmisbrukere. Det som er viktig er at både sykepleier og pasient sotter inn med denne kunnskapen, slik at de i felleskap kan nyttiggjøre seg av dette i behandlingen. Det er viktig at sykepleieren klarer å formidle denne kunnskapen til pasienten, og at pasienten er i stand til å erfare dette selv, slik at fysisk aktivitet kan være et tiltak som settes i verk når rustrangen blir stor. Det er i undersøkelser vist at de som har hatt fysisk aktivitet som en obligatorisk del av behandlingen står sterkere etter avsluttet behandling enn de som ikke har hatt det. Jeg har på grunn av oppgavens rammer og omfang ikke hatt mulighet til å komme inn på dette, men om jeg hadde hatt flere ord å gå på ville jeg brukt det på den forskningen som er gjort på dette området. Jeg ville også ha gått inn på om fysisk aktivitet skulle vært obligatorisk eller frivillig, og hvordan vi etisk forholder oss til denne problemstillingen.

Så sett ut ra et teoretisk perspektiv skulle det være mulig å behandle rusmisbrukere med fysisk aktivitet, men det er ikke så enkelt i praksis. Det er viktig å ha et helhetlig bilde av pasienten og hans/hennes problemstilling. Vi må se fysisk aktivitet som en del av en krevende behandling, det er også viktig at rusmisbrukeren får kognitivterapi, gruppeterapi og kanskje også medikamentell behandling. Det er også viktig å ha fokus på ernæring og lære pasientene hvordan de skal få i seg de næringsstoffene kroppen trenger for å ha et optimal utbytte av treningen, men også søvn terapi kan være aktuelt. Men det er også viktig å lære pasienten hvordan han/hun skal være i stand til å takle hverdagen etter avsluttet behandling. Dette kan vi gjøre ved å undervise og veilede pasienten i de tingene som vi synes er viktig for den enkelte å ta med seg videre. Denne undervisningen må legges opp individuelt og i samarbeid med pasienten. Men noe av undervisningen må også skje i felleskap med andre medpasienter slik at pasienten opplever et sosialt felleskap. Her er også fysisk aktivitet et godt hjelpemiddel. På denne måten opplever pasienten felleskap, mestring og han/blir

bekreftet av andre medpasienter og behandlere. Dette er fenomener som er viktig i en rusmisbrukers liv, fordi det har vært mange nederlag, mye negativ bekreftelse og dårlige sosiale forhold. Her er det også mye jeg gjerne skulle ha skrevet om i oppgaven, blant annet dette med mestring og bekreftelse, men det har heller ikke latt seg gjøre å få med i denne oppgaven pga begrensninger i antall ord.

En annen ting som er viktig for å få til dette med fysisk aktivitet i behandlingen er at institusjonen i sin helhet setter dette på dagsorden, for når man har med seg personalet og de går foran som et godt eksempel, vil også pasientene følge dette eksempelet. På denne måten jobber alle sammen mot et felles mål. I rusomsorgen er det mange faggrupper som har forskjellige utgangspunkt for behandlingen, og det er viktig at man benytter seg av de ulike kunnskapene og danner en institusjon som har et syn og et mål.

Som sykepleier i rusfeltet er det viktig å være undrende og spørrende, på den måten blir det også mer utfordrende å være sykepleier. Hver enkelt pasient er ekspert på seg selv, og ved å være undrende har vi mulighet til å dra inn pasienten i behandlingen, fordi de ofte sitter inne med svaret på hva som trengs for å bli rusfri selv. Da er det viktig å bruke denne kunnskapen. Dette gir også pasienten en følelse av at han/hun sitter inne med noen kunnskaper og ressurser som kan brukes til noe, på denne måten bygger vi opp igjen selvfølelsen til pasienten.

Om jeg hadde hatt flere ord til rådighet i denne oppgaven ville jeg tatt med et kapittel om hvordan sykepleieren kan motivere pasientene til fysisk og hvordan vi kan bruke en endringsfokuset tilnærming for å oppnå forandring. Jeg kunne også tenke meg å gå inn på hvordan vi kan unngå tilbakefall og hva rusmisbrukeren selv synes om fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Men dette har dessverre ikke vært mulig i denne oppgaven på grunn av de begrensninger som er satt.

5. Etterord

Arbeidet med denne oppgaven har vært meget givende for meg, fordi jeg har fått jobbet med noe som interesserer meg og en problemstilling jeg har tenkt på siden jeg begynte på sykepleier studiet.

I begynnelsen gikk arbeidet veldig tregt, det var vanskelig å sette seg ned å jobbe og husvask og klesvask ble i lang tid prioritert. Men tankene rundt temaet var med i husvasken. Og jeg har brukt mye tid på å filosofere rundt problemstillingen, de samtalene jeg har hatt og hvordan jeg skulle bygge opp oppgaven. Etter hvert som jeg kom inn i stoffet ble det morsommere å jobbe fordi jeg følte at det hele begynte å få en helhet. Og jeg ble ivrigere på å sette meg ned foran pc.

Jeg har byttet problemstilling flere ganger underveis og senes en uke før innlevering.

I utgangspunktet hadde jeg med flere teorier på hvordan fysisk aktivitet påvirker kroppen, men det viset seg at 9 500 ord er veldig lite, så jeg har vært nødt til å ta bort en stor del av det jeg hadde skrevet ang dette.

Jeg er allikevel fornøyd med resultatet, og jeg vet at jeg nå sitter inne med en bred kunnskap om dette temaet.

I begynnelsen virket det som om litteraturen var svært begrenset og min frustrasjon vokste, men da jeg begynte å skrive viste dette seg feil. Jeg har faktisk funnet så mye stoff at jeg må ha latt masse utebli på grunn av begrensningene til oppgaven, jeg skulle gjerne ha skrevet en større oppave om dette emnet.

Om jeg skulle ha gjort dette om igjen ville jeg nok vært litt strengere med meg selv i begynnelsen, for nå har jeg erfart at det blir mye mer spennende mot slutten når det hele begynner å ta form. Jeg føler jeg har lært mye gjennom denne prosessen, og jeg tror det vil være lettere å gå løs på en evt. ny oppgave fordi jeg har lært mer av prinsippet bak det å løse en denne typen oppgave.

Det som er viktig er hvordan man har gått frem for å besvare problemstillingen og at man har svart på problemstillingen. Bare det å skrive litteraturlisten riktig og ha gode kilder er en utfordring stor nok. At man har et kritisk syn på det som er skrevet og at man er i stand til å

trekke egne konklusjoner og sammenhenger ut fra det stoffet som er relevant er nok det jeg setter størst pris på å ha forstått.

6. Litteraturliste

- Andersson, Thomas og Solders, Gøran (1996) *Neurofysiologi*. Stocholm: Liber forlag*
- Breivik, Gunnar og Kvikstad, Ingvild (1990) *Stoffmisbrukere og fysisk aktivitet*. Oslo: Universitetsforlaget*
- Brodal, Per (2001) *Sentralnervesystemet*. (3. utgave) Oslo: Universitetsforlaget*
- Cavanagh, Stephen (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget*
- Dalland, Olav (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal
- Fekjær, Hans Olav (2004) *Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal*
- Furuholmen, Dag (1986) Erfaringen med fysisk aktivitet for unge stoffmisbrukere. I J. Haldorsen (red.) *Psykiatri og fysisk aktivitet 1*. (s. 162-174) Oslo: Universitetsforlaget*
- Fallkum, Leif Roar (1988) Idrett som behandlingsform i psykiatrien. I J. Haldorsen (red.) *Psykiatri og fysisk aktivitet 2*. (s. 13-22) Oslo: Universitetsforlaget*
- Granum, Vigdis (1994) *Pasient undervisning*. Oslo: Gyldendal*
- Granum, Vigdis (2003) *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget*
- Helse og omsorgsdepartementet (2005) *Sammen for fysisk aktivitet: kortversjon* Oslo: Departementet*
- Johnsen, Jon (1997) *Medisinske konsekvenser av rusmiddelbruk*. Oslo: AKAN*
- Kristoffersen, Nina (2002) *Generell sykepleie 1*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal forlag
- Kåss, Erik (2002) *Medisinsk ordbok* (5. utg.) Oslo: Kunnskapsforlaget*
- Lauritzen, Hege og Skretting, Astrid (2004) *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelbrukere* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning*
- Magnus, Per og Bakketeig, Levi (2002) *Prosjektarbeid i helsefagene*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal
- Martinsen, Egil (2004) *Kropp og sinn*. Oslo: Fagbokforlaget*
- Martinsen, Moe, Retterstøl, Sørensen, (1998) *Fysisk aktivitet en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget*

Mørland, Jørg (1993) Moderne biologiske forståelsesmodeller for rusmiddelavhengighet.
Stoffmisbruk (5), 12-14*

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*.
Oslo: Direktoratet*