

Forældre med livskvalitet



- En case rapport om sundhedsfremmende arbejde med nybagte forældre

Ergoterapeutisk udviklingsarbejde og forskning, bachelorprojekt.

Metodevejleder: Line Riddersholm

December 2011

Tine Bo Andresen, Jehan Hawa, Maja Munkberg Andersen og Ann-sophie Sommer Toft

Bachelorgruppe 12, Hold 2008B, Ergoterapeutuddannelsen,

Professionshøjskolen Metropol København.

"Denne opgave er udarbejdet af studerende ved Ergoterapeutuddannelsen København, Metropol. Den foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter".

"Denne opgave- eller dele heraf- må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse".

Forældre med livskvalitet

- En case rapport om sundhedsfremmende arbejde med nybagte forældre

Professionshøjskolen Metropol Ergoterapeutuddannelsen København
Bachelorgruppe 12, hold 2008B

Torsdag den 22. december 2011

Maja Munkberg Andersen

Jehan Hawa

Tine Bo Andresen

Ann-sophie Sommer Toft

Abstract

Parents with quality in life

Purpose

The purpose of this case report is to describe our use of a Lifestyle Redesign® inspired program as a health promoting offer among “new parents”.

Method

The above was investigated and tested through a series of selected activities, observations, interviews and a questionnaire. There were held individual preliminary meetings with all participants, and final individual evaluative meetings with the participants who completed the intervention. The intervention was structured and built from the Danish Livsstilsprojektet with inspiration from the Lifestyle Redesign® program.

Results

The results indicated that all participants who conducted the course, profited from the participation in the intervention. We are not able to conclude anything about the two participants who did not complete the course.

Conclusion

All of the participants experienced, that the intervention affected their awareness of meaningful activities and their impact on everyday life and health.

Keywords

Quality of life, Lifestyle Redesign®, new parents, occupational balance, occupational science, health promoting, maternity leave.

Antal tegn: 990

Resume

Forældre med livskvalitet

Formål

Denne case rapport har til formål at beskrive vores anvendelse af et Lifestyle Redesign® inspireret program, som en del af et sundhedsfremmende tilbud til nybagte forældre.

Metode

Ovenstående blev undersøgt og afprøvet gennem en række udvalgte aktiviteter, observationer, interview og et spørgeskema. Der blev afholdt individuelle indledende samtaler med alle deltagerne, samt afsluttende individuelle evaluerende samtaler med de deltagere, som færdiggjorde interventionen. Interventionen blev struktureret og opbygget ud fra det danske Livsstilsprojekt, med inspiration fra Lifestyle Redesign®.

Resultater

Resultaterne indikerer at alle deltagerne, som gennemførte kurset profiterede af interventionen. Vi kan ikke konkludere noget omkring de to deltagere, som ikke gennemførte kurset.

Konklusion

Alle deltagerne oplevede, at kurset har påvirket deres bevidsthed omkring meningsfulde aktiviteterets betydning for hverdagen og oplevelsen af sundhed.

Nøgleord

Livskvalitet, Lifestyle Redesign®, nybagte forældre, aktivitetsbalance, aktivitetsvidenskab, sundhedsfremme, barselsorlov.

Antal tegn: 983

Indhold

Abstract	3
Resume.....	4
Forord.....	8
Afgrænsning	9
Beskrivelse af det skriftlige produkts struktur	11
Problembaggrund	12
Formål	14
Introduktion	14
Inklusions- og eksklusionskriterier	14
Målgruppen.....	15
Mål	15
Deltagernes forventninger	16
Forforståelse	16
Ethiske overvejelser	17
Case beskrivelse	17
Opbygning af interventionen	18
Oversigt over intervention	18
Case forløb og planlægning.....	19
Planlægning af de indledende samtaler.....	20
Planlægning af temadagene.....	20
Planlægning af afsluttende samtaler	22
Indledende samtaler	23
Temadag 1: Styr på hverdagen	23
Temadag 2: Aktivitet og sundhed	26
Temadag 3: Forælderrollen fuld af muligheder	29
Afsluttende samtaler.....	33
Metode.....	33
Lifestyle Redesign®	34
Livsstilsprojektet	35
Undersøgelsesmetoder	36
SF-36.....	36

Kvalitativt interview	37
Observation.....	37
Resultater	38
SF-36.....	38
Observationer	40
Deltagerevaluering.....	41
Diskussion.....	42
Metodediskussion	43
Livsstilsprojektet	43
Lifestyle Redesign® vs. Livsstilsprojektet	44
Diskussion af undersøgelsesmetoder	45
SF-36.....	45
Observation.....	46
Kvalitativt interview	47
Resultatdiskussion.....	47
SF-36.....	47
Deltagerevaluering.....	48
Perspektivering	48
Formidling	50
Referenceliste	51
Bøger	51
Anden litteratur.....	54
Artikler.....	55
Internet	55
Søgejournal	57
Bilag 1	59
Bilag 2.....	60
Bilag 3.....	62
Bilag 4.....	63
Bilag 5.....	69
Bilag 6.....	70
Bilag 7.....	75

Bilag 8..... 76
Bilag 9..... 77
Bilag 10..... 78
Bilag 11..... 79
Bilag 12..... 80
Bilag 13..... 81
Bilag 14..... 82
Bilag 15..... 83
Bilag 16..... 84
Bilag 17..... 86
Bilag 18..... 87

Forord

I udarbejdelsen af denne case rapport, har vi udviklet os både personligt og fagligt. Vores ergoterapeutiske kompetencer er blevet styrket på flere forskellige områder. Vi har udfordret os selv både med metoden og målgruppen, som var nytænkende indenfor ergoterapeuters fremtidige arbejdsområde. Det var nyt for os, og tilmed havde vi ikke meget praksiserfaring at trække på.

Vi har lært meget, men vi er også blevet bevidste om, at det er godt at kunne svømme, når man begiver sig ud på dybt vand. Vi kunne læse teori, trække på vores uddannelse og vores personlige erfaringer, men når deltagergruppen var samlet, måtte vi bruge vores intuition og mærke efter for at kunne agere hensigtsmæssig i situationen. Vi blev hele tiden klogere både på redskaberne, på målgruppen, på hinanden og på os selv. Vi tror at det kunne være en fordel, hvis man havde haft et bedre kendskab til både måleinstrumenter, samt anvendte teorier, eller erfaring at trække på. Vi håber på, at vores projekt vil kunne inspirere andre til at fortsætte med at være nysgerrige på andre målgrupper og nye redskaber, så vi fortsat kan bidrage til udviklingen af vores fag.

Vi vil gerne sige tak til alle vores deltagere, for at hjælpe os med, at gennemføre projektet.

Vi vil gerne sige tak til vores metodevejleder Line Riddersholm, og tak til Christina Jessen-Winge, som igennem hele projektet har bidraget til, hvordan vi kunne arbejde med metoden.

ALLE

Afgrænsning

I det følgende afsnit ønsker vi at afgrænse de vigtigste begreber i vores opgave for, at give en ensartet forståelse.

Well-being	Når et menneske opnår aktivitetsmæssig balance i sit liv, danner det den enkelte menneskes liv og fører til en oplevelse af velvære. (Jessen-Winge, Haldgren, Larsen, Kragbæk og Decker 2011)
Aktivitetsvidenskab	Occupational science er studiet af menneskers aktivitetsorienterede natur, og hvordan de tilpasser sig udfordringerne og oplevelserne i deres omgivelser gennem brugen af betydningsfulde aktiviteter (Polatajko, Molke, Baptiste, Doble, Caron Santha, Kirsh, Beagan, Kumas-Tan, Iwama, Laliberte Rudman, Thibeault og Stadnyk, 2008).
Meningsfuld aktivitet	Er de aktiviteter, som enkeltpersoner, grupper eller lokalsamfund vælger, udøver og engagerer sig i, for at fremkalde en oplevelse af personlig mening og tilfredsstillelse (Polatajko, Davis, Cantin, Amoroso, Purdie og Zimmerman, 2008).
Sundhedsfremme	<i>"Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence"</i> (Sundhedsstyrelsen, 2005a).
Forebyggelse	<i>"Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden"</i> (Sundhedsstyrelsen, 2005b).
Livsstile sygdomme	<i>"Det gælder fx blodprop i hjertet, mavesårssygdom, alkoholrelateret sygdom, visse kræftformer, forhøjet blodtryk, visse stofskiftesygdomme og visse psykiske lidelser".</i> (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009)
Doing, Being, Becoming	<i>At gøre, at være og at blive. At gøre, lærer mennesket hvordan det kan være og hvad det kan blive. En balance mellem at gøre og være bidrager til hvem man vil være</i> (Wilcock, 2009).

Nybagte forældre

I opgaven dækker begrebet "nybagte forældre" over mænd og kvinder, der er forældre til et barn under halvandet år. Vi anvender også begrebet om 2. gangs forældre, fordi vi mener, at forældrene trods deres erfaring stadig står i en ny livssituation og derfor igen er "nybagte".

Skolen

En uddannelsesinstitution i København, hvor vi udførte interventionen.

ALLE

Beskrivelse af det skriftlige produkts struktur

I det følgende afsnit ønsker vi at klarlægge, hvordan opgaven er struktureret, for at give læseren et overblik.

Denne case rapport er bygget op i afsnit, som alle indledes med en kort introduktion. Dette har vi gjort, for at give læseren en idé om, hvad afsnittet indeholder. Første punkt er introduktionen, hvor vi vil beskrive deltagerne og de etiske overvejelser, vi gjorde os. Ydermere klarlægger vi inklusions- og eksklusions kriterierne i dette afsnit. Introduktionsafsnittet efterfølges af casebeskrivelsesafsnittet, hvor argumenterne for opbygningen af interventionen beskrives. I det følgende metode afsnit vil vi beskrive og begrunde de valgte metoder, herunder den anvendte teori.

Ydermere vil vi begrunde valget af Livsstilsprojektet, samt beskrive indholdet af dette. I de efterfølgende afsnit vil vi redegøre for vores væsentligste kliniske ræsonnering, samt resultater. I diskussionsafsnittet vil vi diskutere vores resultater og metoderne.

Perspektiveringsafsnittet fungerer som en opsamling på diskussionen, og indeholder idéer til, hvordan man ellers kan opbygge et forløb.

Afslutningsvis har vi valgt at beskrive, hvordan vi ønsker at formidle denne case rapport.

I case rapporten kaldes vi, henholdsvis *gruppeledere* under temadagene, og *ergoterapeutstuderende* i de indledende samt evaluerende samtaler. Vi skelner mellem det, fordi vi påtog os forskellige roller i forskellige situationer.

I hele case rapporten betegner vi Livsstilsprojektet – Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, som Livsstilsprojektet. Lifestyle Redesign® - Implementing the Well Elderly Program, vil blive betegnet som LR®. Lifestyle Matters - an occupational approach to healthy ageing, vil blive betegnet som Lifestyle Matters. De vil blive nævnt i fuld titel første gang i problembaggrunden.

Initialerne vil efter hvert afsnit indikere, hvem der er ansvarlig for det pågældende afsnit. TA, MA, SS og JH for henholdsvis Tine, Maja, Sophie og Jehan. De afsnit vi har skrevet i fællesskab vil fremstå som ALLE.

Den kliniske ræsonnering vil stå med kursiv, og citater fra deltagerne vil stå med fed kursiv skrift.

ALLE

Problembaggrund

Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer sundhed, som en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse. Sundhed er ikke kun fravær af sygdom, men også tilstedeværelsen af positive aspekter (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988). Det er den del af definitionen, som leder os videre til WHO's forståelse af sundhedsfremme.

WHO definerer sundhedsfremme som en proces, hvor mennesket bliver i stand til at øge kontrollen over sin egen sundhed. I det sundhedsfremmende arbejde, vendes fokus fra, hvad der gør mennesker syge, over til sundhed, og hvad der holder mennesker raske, den salutogenetiske tankegang (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009). Sundhedsfremmende og forebyggende arbejde er en tværsektoriel opgave, der handler om at holde raske mennesker raske (Sundhedsstyrelsen, 2007). Ifølge sundhedsloven § 119, stk. 2, har kommunerne ansvaret for at skabe rammerne om en sund levevis i forhold til borgerne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010).

I *The Well Elderly Study*, har man anvendt *Lifestyle Redesign*[®] som er en sundhedsfremmende aktivitetsbaseret ergoterapeutisk metode. *Lifestyle Redesign*[®] – *Implementing the Well Elderly Program*, er oprindeligt udviklet til, og afprøvet på ældre, af ergoterapeuter ved University of Southern California i USA. Metoden baseres på gruppeintervention og individuelle samtaler i et forløb over ni måneder. Resultaterne fra *The Well Elderly Study* viste, at en ergoterapifaglig intervention var signifikant for resultatet (Mandel, Jackson, Zemke, Nelson og Clark 1999). *Lifestyle Redesign*[®] er derefter afprøvet i en lang række lande, hvor England er det eneste, der på baggrund af LR[®], har udviklet deres egen manual, *Lifestyle Matters - an occupational approach to healthy ageing* (Craig og Mountain, 2007). *The Well Elderly Study* er dog det eneste, som er evidensbaseret (Mandel et al, 1999).

I Danmark har man, inspireret af *Lifestyle Matters* og LR[®], udviklet *Livsstilsprojektet - Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (Jessen-Winge, Haldgren, Larsen, Kragbæk og Decker, 2011), som er en dansk version af den sundhedsfremmende metode, der stadig er under udvikling og tilpasses danske forhold. Metoden afprøves i øjeblikket i flere kommuner på ældre, og kaldes *Livsgnisten* (Lund, 2005) og *Fornyelse af livsstil* (Kragbæk, 2008). Forfatterne af *Livsstilsprojektet* lægger op til, at metoden afprøves på andre målgrupper. Derfor kunne det være relevant at afprøve metoden på nybagte forældre, da de også kan opleve tab af aktivitet i forbindelse med den nye livssituation.

De sundhedsfremmende tilbud, som findes til nybagte forældre, handler for det meste om at genoptræne kroppen efter fødslen, eller fokuserer på børnenes helbred og udvikling. De sundhedsfremmende tilbud er

fra lægen og sundhedsplejersken (Sundhedsstyrelsen, 2011). I andre lande findes der lignende forebyggende tiltag, fx i USA hvor familier med børn bliver tilbudt well-child visits. Besøgene foregår hos lægen, og der er seks besøg inden for det første år. Besøgene har fokus på barnets vækst og udvikling (Mannheim og Zieme, 2011).

I Danmark burde sundhed, ifølge det Nationale Forebyggelsesråd (2010), være en del af hverdagen med målrettede forebyggelsestilbud. Den sundhedsfremmende og forbyggende indsats skal i højere grad fokusere på hele befolkningen, og ikke kun mennesker, som er i risikogruppen for at udvikle livsstilssygdomme (Det Nationale Forebyggelsesråd, 2010).

Forældrene står, som flere artikler nævner, overfor mange andre aktivitetsproblematikker end fysiske. Aktivitetsproblematikkerne handler om egenomsorg, tab af kontrol og generel tilpasning til det nye liv, med det lille barn. Den aktivitetsbalance, med vaner og rutiner, som tidligere gav struktur på forældrenes liv, bliver ifølge en engelsk undersøgelse forstyrret, øjeblikkeligt efter at have fået et barn (Horne, Corr og Earle, 2005). Undersøgelsen beskriver de aktivitetsændringer, der er forbundet med, at blive mor for første gang. De ændrede aktiviteter omhandler både arbejde, fritid og parforhold. Det overraskede mødrene, hvor omfattende moderollen i virkeligheden var, og i hvilket omfang barnet påvirkede hverdagsaktiviteterne. De nybagte mødre engagerede sig i aktiviteter, der omhandlede babyen og tilsidesatte dermed andre meningsfulde aktiviteter (Horne et al, 2005).

Wilcock (1999) reflekterer over begreberne doing (at gøre), being (at være) og becoming (at blive), og hvorfor det er vigtigt at finde balance mellem disse tre begreber. Aktiviteter er andet end tilfredsstillelse af de basale behov. Det drejer sig ikke blot om overlevelse, men om menneskets mulighed for at deltage i de aktiviteter, der stimulerer og skaber glæde. På den måde kan man udnytte hele sit potentiale for udvikling. For mennesker er begrebet doing så vigtigt, at det er umuligt at forestille sig et menneske uden aktiviteter, der skal dog være balance imellem aktiviteterne, så man undgår for mange doings, i forhold til beings (Wilcock, 1999).

Ergoterapeuter kan støtte mennesker, der har brug for hjælp til at finde aktivitetsbalance, samt udvikle hvem de er (being), og hvad de har potentiale til at blive (becoming). Denne proces sker igennem, de forskellige aktiviteter, som mennesker engagerer sig i (Polatajko et al, 2008). Igennem deltagelse i aktivitet opnår mennesker handlekompentence ved at kunne mestre situationer, hvilket giver en oplevelse af sammenhæng (Kamper-Jørgensen, 2009).

Miller (2011) har undersøgt forskellen mellem kvinders forventninger og oplevelser af at blive mor. Kvinderne berettede om, hvor svært det var når deres personlige forventninger, samt de forventninger, der lå i samfundet, ikke stemte overens med, hvordan det var, at blive mor. De oplevede en blanding af forladthed, usikkerhed og tab af kontrol (Miller, 2011).

Når man bliver forælder, kan der opstå stor usikkerhed og tvivl, som er forbundet med den nye livssituation. Ifølge Psykiatrifonden kan det resultere i depression og andre psykiske reaktioner. Omkring 10 % af alle kvinder udvikler en egentlig fødselsdepression og herudover udvikler en del kvinder, der lige har født, en alvorlig fødselsreaktion (Gullestrup og Terp, 2008). For at forebygge denne negative udvikling, kan de nybagte mødre og fædre have brug for støtte til, at komme igennem denne modningsproces, som forælderrollen er (Cullberg, 1996).

ALLE

Formål

Formålet med denne case rapport er derfor, at afprøve dele af den ergoterapeutiske metode, Livsstilsprojektet, som et sundhedsfremmende tilbud til nybagte forældre.

ALLE

Introduktion

I dette afsnit vil vi give et indblik i den case, der ligger til grund for vores case rapport. Vi vil ud fra de opstillede kriterier for gruppedannelsen, beskrive målgruppen samt opstille de mål, som vi ønsker, at deltagerne skal opnå med interventionen.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterierne var, at forældrene skulle være på barselsorlov under hele interventionen. Tilmed skulle de have mulighed for, at deltage i alle tre temadage, samt indledende og afsluttende samtaler.

Eksklusionskriterierne var, at forældrene ikke var førstegangsførelde og at deres barn var over halvandet år. Vi ændrede dog dette, da vi valgte at sige ja til andengangs mødre. Vi udelukkede de forældre, der ikke kunne deltage i hele interventionsforløbet.

Vi anvendte et socialt netværk og private kontakter til at danne en målgruppe. Vi oprettede en side med informationer om projektet (Bilag 1). Her opfordrede vi mødre og fædre, der ville deltage, til at kontakte os via mail eller telefon. Vi sendte dem herefter et informationsbrev (Bilag 2).

Målgruppen

Målgruppen endte med at bestå af fem mødre imellem 24 og 31 år. Fire førstegangsmødre og en andengangs mor. Deres gennemsnitsalder var 27,8 år, lidt under landsgennemsnittet for førstegangsmødre, som er på 29,1 år (Statistikbanken, 2010). Alle deltagerne var på barsel, de var i den forbindelse omfattet af dansk lovgivning. To havde valgt at få børn efter deres uddannelse, tre havde valgt at blive forældre under uddannelse. Kun én var gift, da hun fik sin søn. To deltagere var gift, og tre levede i et fast forhold med barnets far. Mødrene havde fra 13-16 års skolegang. To mødre boede i lejlighed. To boede i rækkehus, på kollegium og en boede i hus. Der var oprindeligt to deltagere mere i gruppen, men de måtte desværre, afbryde kurset af private årsager. Den endelige målgruppe bestod således af 5 deltagere: S, G, M, E, og N, som alle var til stede ved alle tre temadage.

SS

Vi opfattede gruppen, som overvejende homogen, fordi kvinderne alle var etnisk danske, nybagte mødre på barsel, bosat i hovedstadsområdet, veluddannede, i faste parforhold og havde mange lignende aktivitetsproblematikker.

Tabel 1: Oversigt over deltagerne

	Samtaler på skolen	Samtaler i eget hjem	Ergoterapeut-studerende	Observatør	1.gangs-mor	2.gangs-mor	Gift	I et forhold	Etnisk dansk
M	X		JH	SS	X			X	X
G	X		MA	TA	X		X		X
S	X		SS	TA		X		X	X
E		X	TA	SS	X		X		X
N	X		JH	MA	X			X	X

Mål

Målet med interventionen var, at deltagerne opnåede ny viden om og forstod betydningen af meningsfulde aktiviteter. Desuden skulle de blive i stand til at prioritere meningsfulde aktiviteter og opnå aktivitetsbalance.

TA

Delmål

- Temadag 1: Opnå viden om aktiviteter i dagligdagen, ved hjælp af PEO-modellen (Person, Environment and Occupation) (Polatajko et al, 2008), og derigennem opnå viden om balancen mellem aktivitet, person og omgivelser.
- Temadag 2: Få et indblik i et bredt sundhedsperspektiv, og hvordan aktiviteter påvirker sundhed.
- Temadag 3: Få indsigt i de muligheder og begrænsninger, forælderrollen medfører.

Deltagernes forventninger

Deltagernes forventninger var, at høre hvordan andre forældre fik hverdagen til at hænge sammen, og hvordan man kunne gøre det bedst muligt. De ville gerne opnå viden og udvikle kompetencer til at udfylde forælderrollen, så de kunne gøre deres liv med børn bedre.

MA

Forforståelse

Forforståelsen er de forudindtagede idéer man har med i rygsækken. Forforståelsen er således de fordomme, negative og positive, som vi havde før projektets start. Det var også vores forforståelser, som lå til grund for motivationen til, at foretage undersøgelser om gruppen (Malterud, 2004).

De fælles forforståelser vi i projektgruppen, havde omkring forælderrollen, handlede især om tab af aktivitet. Egne erfaringer og observationer gjorde, at nogle af os tænkte, at der var aktivitetstab forbundet med fritid, studie og arbejde. Vi forestillede vi os, at der var en del forventninger forbundet med forælderrollen, både fra samfundets side og personligt. Derudover tænkte vi, at nybagte forældre ville være en tilgængelig målgruppe, dels fordi der er mange af dem, og dels fordi vi antog, at de have lyst til at foretage sig noget, som fokuserede på dem. De gruppemedlemmer, der ikke selv havde børn var skeptiske overfor, hvor store aktivitetstab det egentlig kunne indebære, at blive forældre. Dette udløste en dialog omkring aktiviteter, muligheder og begrænsninger i forælderrollen. På baggrund af denne research og personlige erfaringer ved vi, at ankomsten af en baby uundgåeligt vil have indflydelse på moderens vaner og rutiner. Der er konstante udfordringer både personligt, praktisk og økonomisk forbundet med forælderrollen, vores forforståelser stemte overens med Hornes undersøgelser (Horne et al, 2005).

Det førte os frem til refleksioner omkring, at disse nybagte forældre ville have gavn af at fokusere mere på dem selv, samt udvikle deres evne til at analysere egne valgte aktiviteter, som de selv skulle være med til at definere, så vores intervention blev meningsfuld for dem.

Etiske overvejelser

Her vil vi beskrive, de etiske overvejelser vi gjorde os, i forhold til den ergoterapeutiske intervention og deltagerne.

De værdier og etiske retningslinjer, som er gældende for ergoterapeuter og, som lå bag vores intervention, er hentet fra COTEC's praksisstandard (COTEC, 1999).

I overensstemmelse med de etiske retningslinjer og praksisstandarder for ergoterapeuter, har vi gjort os overvejelser omkring datalagring, forsvarligt opbevaring af personfølsomme informationer. Derudover har vi forholdt os til etiske dilemmaer igennem hele interventionen ud fra praksisstandarderne (COTEC, 1999).

Alle gruppedeltagerne havde en privat relation i projektgruppen, på nær én deltager. Hun var kendt af en anden deltager. Derfor blev den studerende, som stod for samtalen, en deltageren ikke kendte på forhånd. Dette gjorde vi for at undgå, at informationerne blev indforståede, eller føltes uvæsentlige at fortælle for deltageren. Desuden var det essentielt for os, at fungere som professionsudøvere, og ikke som privatpersoner. Den professionelle rolle, gjorde os i stand til at arbejde med vores faglige kompetencer. Vi forpligtede os til, at deltagerne opnåede deres behov, samt fik brugt deres ressourcer, som de ønskede (Eide og Eide, 2007).

I det informerede samtykke (Bilag 3) oplyste vi deltagerne om, at de deltog frivilligt, og at de til en hver tid kunne trække sig fra projektet. Deltagerne blev desuden oplyst projektets formål og procedurer. Dette omhandlede også information omkring tavshedspligt.

I overensstemmelse med reglerne om patientrettigheder og indberetning af protokol til etisk komite, afholder vi os fra, at indsende dette projekt. Man anser ikke en case rapport for at være et videnskabeligt forsøg, idet det ses, som en del af den professionelle praksis (Albert, Hovmand, Winkel og Sørensen, 2005).

Case beskrivelse

I det følgende vil vi beskrive vores case og fremvise en oversigt over, hvordan den ergoterapeutiske intervention med deltagerne forløb.

Opbygning af interventionen

I dette afsnit vil vi beskrive hvordan vi sammensatte de tre temadage, samt de indledende og afsluttende samtaler, som interventionen bestod af.

Kurset var opbygget ud fra modul 2 i det danske Livsstilsprojekt (Bilag 4). Modul 2 omhandlede aktivitet, sundhed og aldring. Vi skiftede aldring ud med forælderrollen. På det første individuelle møde udviklede vi den terapeutiske relation, indsamlede data og afstemte forventninger med deltagerne. Derefter afholdt vi tre temadage fordelt over tre uger. Den første temadag var emnet aktiviteter i hverdagen, på anden temadag var aktivitet og sundhed i fokus, og på den sidste temadag fik vi deltagerne til at tale om hvilke muligheder, som forælderrollen havde medført.

TA

Oversigt over intervention

Interventionen strakte sig over fem uger og indeholdt to individuelle samtaler af en times varighed med hver deltager, samt tre fælles møder på halvanden time med forskellige temaer.

Tabel 2: Oversigt over intervention

Uge	Tema/mål	Indledende del	Hoveddel	Afsluttende del
1	Individuelle samtaler	Præsentere hvem vi er, og hvad vores formål med temadagene er.	Deltager udfylder SF-36. Semistruktureret interview gennemføres. Forventninger kortlægges. Der observeres.	Vi samler op og spørger om deltagerne har nogle spørgsmål. Takker af og vi ses på onsdag.
2	<u>Modul 2</u> Første temadag: Aktiviteter i hverdagen	Præsentation af os og af deltagerne.	Oplæg om - Hvad er ergoterapi? - Formålet med vores projekt. Brainstorm over 'hvad er livskvalitet' på tavlen. Brainstorm over 'hvad er aktivitet' på tavlen. Introduktion til PEO og meningsfulde aktiviteter. Eksempler på meningsfuld aktivitet for os. Erfaringsudveksling. Der observeres.	Afsluttende spørgsmål fra deltagerne. Vi præsenterer refleksionsopgave til næste gang (Bilag 9). Kort evaluering med gruppen om dagens program.

3	<u>Modul 2</u> Anden temadag: Sundhed og aktivitet	Velkomst og opsamling fra sidst	Gennemgang af hjemmeopgaven Brainstorm over sundhed på tavlen. Dialog om WHO's definition på sundhed Oplæg om Antonovskiy Oplæg om krise Sundhed og aktivitet Øvelse: Skriv tre meningsfulde aktiviteter du har foretaget dig i den sidste uge.	Evaluerer på dagen og introducerer til hjemmeopgaven (Tid og omsorg for dig selv) (Bilag 13)
4	<u>Modul 2</u> Tredje temadag: Forældrerollen fuld af muligheder	Velkomst og opsamling fra sidst	Gennemgang af hjemmeopgave, deltagerne fortæller og viser frem. Fortælle og høre eksempler på begrænsninger i forældrerollen. Øvelse: Skriv tre muligheder ved forældrerollen, og fortæl det i gruppen. Præsenter poster på tavlen Øvelse: Refleksion over begreber, og skriv konkrete situationer på. Når to kulturer mødes, opstår der mange valg!	Evalueringer af dagen, og hele kurset. Fastsætte tid og sted for individuelle afsluttende samtaler. Introducere til hjemmeopgave (refleksioner over fremtiden, personligt, familien og karrieren) Farvel og tak for denne gang, og på gensyn!
5	Afsluttende samtaler	Byde velkommen Small talk	SF-36 Samle op på hjemmeøvelsen, og tale om fremtiden.	Individuel evaluering, på samtalen og hele forløbet. Tak for denne gang.

Inspireret af Varning Poulsen (2009).

ALLE

Case forløb og planlægning

Her vil vi beskrive, hvordan vi planlagde hele interventionen, og hvordan den forløb i praksis. Vi beskriver både de indledende samtaler, hvor vi indsamlede data, og de afsluttende samtaler, hvor vi evaluerede med deltagerne. Efterfølgende reflekterer vi over de tre temadage.

For at forstå, hvordan sociale relationer påvirker sundheden, har vi anvendt Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E (Bilag 5). Den illustrerer samspillet mellem *mennesket*, *aktivitet* og *omgivelserne* og tager udgangspunkt i, at *aktivitet* er et basalt menneskeligt behov. Fordi CMOP-E understreger vigtigheden af *engagement* og udøvelsesperspektivet, som er et resultat af interaktionen mellem menneske, aktivitet og omgivelser, har vi valgt at forstå sundheden via denne dynamiske model. Samspillet mellem de tre begreber kan bidrage til en følelse af sundhed (Polatajko et al, 2007).

Vi har anvendt modellen til, at forstå samspillet mellem aktivitet og sociale relationer. En publikation fra Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen viser, at personer med svage sociale relationer lever kortere, og med mere sygdom, end personer med stærke sociale relationer (Det Nationale Forebyggelsesråd, 2010).

MA

Planlægning af de indledende samtaler

Formålet med de individuelle samtaler var, at få et overblik over de enkelte deltagere, samt opstarte udviklingen af den terapeutiske kontakt (Kielhofner, 2010) For at få indblik i deltagernes livssituation, ville vi lade dem udfylde SF-36 (Bilag 6) og spørge ind til deltagernes aktivitetsproblematikker ved hjælp af et kvalitativt interview (Bilag 7), samt observere dem undervejs. For at imødekomme deltagernes ønsker, ville vi komme ind på, hvilke forventninger de havde til kurset (Jessen-Winge et al, 2011).

MA

Planlægning af temadagene

Vi havde sat rammerne for temadagene og havde dermed taget stilling til, hvordan de fysiske rammer skulle se ud og hvilke ting, der skulle være til rådighed for deltagerne. Vi havde valgt en opstilling af borde og stole, så alle kunne se gruppelederne og tavlen, men også hinanden. Dette ville indbyde til dialog, men uden det var påtvunget (Bilag 18) (Varning Poulsen, 2009).

I læreprocessen var det op til gruppelederne at overveje, hvordan deltagerne bedst tilegnede sig den færdighed vi ønskede de skulle opnå. Vi planlagde ud fra en didaktisk planlægningsmodel (Bilag 8), at kurset skulle starte deduktivt (underviserstyret), hvor gruppelederne skulle præsentere forskellige teorier og beskrive temaerne, men slutte af induktivt (deltagerstyret), hvor deltagerne udvekslede erfaringer (Varning Poulsen, 2009).

Intervention blev tilrettelagt ud fra det danske Livsstilsprojekt (Jessen-Winge, 2011). Hver temadag startede ud med en didaktisk præsentation, hvor gruppelederne præsenterede, hvad der skulle foregå. Undervejs brugte vi didaktik i form af, at præsentere relevant teori for temadagen. Vi faciliterede til direkte og personlig udforskning hos deltagerne, hvor vi gav dem øvelser, der indebar, refleksioner over emner fra deres eget liv. Herefter blev der erfaringsudvekslet i gruppen, hvor hvert gruppe medlem kunne få støtte og udvide sit syn (Varning Poulsen, 2009).

Ved at samle deltagerne i en gruppe, ville vi bringe dem i en social situation, hvorigennem de kunne udtrykke sig og kommunikere med hinanden. Mennesker har et behov for at være sammen med og interagere med andre mennesker. Ved at skabe et fællesskab blandt deltagerne, opstår der et støttende og trygt miljø, hvor deltagerne både kan give og modtage erfaringer samt løsningsforslag (Kielhofner, 2001).

Vi gjorde dette med vores viden om, at mennesker er sociale væsener, der har behov for at eksistere i grupper for at kommunikere og interagere med hinanden (Kielhofner, 2001). De ville have mulighed for både at føle sig forstået, men også vise forståelse for andre med deres erfaringer og oplevelser som forældre. Det var vores håb at når deltagerne opdagede, at andre havde de samme vanskeligheder som dem selv, kunne de opnå en følelse af lettelse. De ville kunne se deres egne vanskeligheder i andres adfærd og sammenligne sig selv med hinanden.

Kurset handlede om, at deltagerne skulle få en bredere forståelse af meningsfulde aktiviteter. Derfor anvendte vi erfaringsudveksling i gruppeprocessen, da det kunne være lettere for deltagerne i en gruppe at forstå, hvad hinanden sagde, end hvad gruppelederen sagde. Oplevelsen af, at være lige med de andre deltagere kan gøre, at de bedre vil kunne forstå hvad hinanden siger og lade sig inspirere af det. Desuden ville det være nemmere for en deltager at fortælle om sine egne problemer, hvis andre var påbegyndt det. På den måde vil gruppen kunne opleve fortætning og kunne give hinanden respons (Jørgensen, 2010).

Både inden og undervejs i forløbet, har det været nødvendigt at tilpasse emner og praktiske øvelser fra Livsstilsprojektet. Primært fordi vores målgruppe var en anden, end den, som materialet oprindeligt var udarbejdet til. Det var blandt andet nødvendigt at tilpasse tiden vi brugte sammen med deltagerne. Vi havde tilrettelagt tiden, så den passede til deltagerne og deres børns behov, da vi vidste, at flere af deltagerne først kunne komme efter deres børn havde fået mad og sovet. På baggrund af disse behov, besluttede vi, at temadagene skulle vare halvanden time.

Vi designede løbende temadagenes programmer, ud fra den respons, vi fik fra deltagerne. På den måde kunne vi planlægge og tilpasse kursets forløb og indhold. Temadagene var bygget op, så der både var undervisning i specifikke teorier og praktiske øvelser undervejs. Der blev desuden givet eksempler fra gruppeledernes egne liv, for at deltagerne kunne omsætte teorien til deres dagligdag. Vi fremstod dermed som facilitatorer, fordi vi fik deltagerne til at brainstorme over, hvad livskvalitet var for dem. På den måde blev de bevidste om, hvordan de prioriterede aktiviteterne i hverdagen (Townsend, Beagan, Kumas-Tan, Versnel, Iwama, Landry, Stuwart og Brown, 2008).

Med disse metoder kunne deltagerne opnå en bredere forståelse af aktivitet og livskvalitet, og dermed foretage aktivitetsændringer, som var nødvendigt for at opnå sundhedsfremme (Jessen-Winge et al, 2011).

JH

Første temadag

Deltagerne skulle få en forståelse af betydningen af meningsfulde aktiviteter. De skulle kunne beskrive sig selv gennem de aktiviteter, de deltog i. Derved ville deres evne til at reflektere over egne aktiviteter udvikles.

Gennem en analyse af egne aktiviteter, skulle deltagerne reflektere over og identificere, hvad de foretog sig i løbet af dagen, og hvordan det påvirkede dem socialt, følelsesmæssigt, mentalt, fysisk og åndeligt. De ville blive mere bevidste om, hvorvidt de aktiviteter de deltog i, afspejlede deres værdier, interesser og forestillinger, om det at blive forælder (Jessen-Winge et al, 2011).

Anden temadag

Temaet skulle give deltagerne indblik i, hvordan aktiviteter kunne påvirke deres sundhed og livskvalitet. Det skulle hjælpe dem til at forstå, at sundhed var mere end fravær af sygdom og havde betydning for livskvaliteten.

Tredje temadag

Temaet ville have fokus på, at give deltagerne mulighed for, at se forælderrollen, som en livsfase fuld af muligheder. Temaet ville kunne hjælpe deltagerne til at forstå, hvordan forælderrollen påvirkede deres aktiviteter.

Planlægning af afsluttende samtaler

Efter kurset blev afsluttet, afholdte vi individuelle afsluttende samtaler med deltagerne. Vi talte om hvilke tanker de havde gjort sig om fremtiden. Vi evaluerede også på deltagernes oplevelse af interventionen.

Indledende samtaler

Vi startede samtalerne med at skabe en god relation til deltagerne ved at smalltalke. Vores klientcentrede praksis startede med forholdet mellem deltagerne og de ergoterapeutstuderende. Klientcentreringen ville danne grundlag for en mulig forandringsproces i deltagernes aktiviteter (Polatajko et al, 2008). Derefter satte vi rammerne for dagens program, så deltagerne kunne føle sig trygge, og opleve forudsigelighed.

Deltagerne udfyldte SF-36 og derefter anvendte vi et kvalitativt interview, hvor vi stillede, en række uddybende åbne spørgsmål (Andersen, 2009). Vi anvendte åbne spørgsmål, da det ville opfordre til beskrivelser og forklaringer, som ville give rum til at snakke ud fra deltagernes erfaringer. Yderligere ville de åbne spørgsmål stimulere til at fortælle åbent og udforske følelser og opfattelser. Vi var undervejs opmærksomme på, at dialogen kunne ændre retning, på grund af spørgsmålenes karakter (Eide og Eide, 2007). Til slut takkede vi dem for deres tid, og sagde, at vi glædede os til at se dem igen den følgende uge.

TA

Temadag 1: Styr på hverdagen

Vi vil beskrive hvordan temadagene forløb i praksis. Vi vil underbygge vores ræsonnementer med relevant teori.

Gruppelederne indledte dagen med at byde velkommen og præsentere dagens program (Bilag 9). Derefter tog vi en præsentationsrunde, hvor deltagerne blev bedt om at fortælle om dem selv, og deres forventninger til kurset. Vi præsenterede os og udleverede en mappe til deltagerne, som indeholdt programmet for de tre temadage samt de inspirationsark, deltagerne skulle bruge igennem forløbet. *Vi havde bevidst fravalgt den sociale leg/aktivitet, som anbefales at lave i modul 2 (Jessen-Winge et al, 2011). Vi havde erstattet denne med en præsentationsrunde, for at sætte en høj faglig og professionel standard, da vi vidste at deltagerne havde et højt uddannelsesniveau. På den måde tog vi desuden hensyn til, at deltagerne kunne have deres barn siddende på skødet.*

MA

Det første oplæg var en kort introduktion af ergoterapi og målet var at fortælle, hvorfor det var relevant for deltagerne. Oplægget handlede om, hvordan mennesker igennem forskellige aktiviteter tilrettelægger deres liv (Polatajko et al, 2008), og hvorfor man har behov for aktivitetsbalance for at opnå bedre livskvalitet (Wilcock, 1999). Gruppelederne fortalte derefter, hvad kurset gik ud på. *Nybagte mødres*

aktivitetsliv er ofte præget af pligtbetonede aktiviteter (Horne et al, 2005). Vi mener derfor, at der kan være behov for et sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, så deltagerne bliver bevidste om, hvad der egentlig er meningsfuldt for dem, for at undgå stress eller sygdom (Cullberg, 1996).

Deltagerne blev derefter opfordret til at deltage i en fælles brainstorm over livskvalitet som vi skrev på tavlen. Vi stillede spørgsmålet "Hvad er livskvalitet for dig?" for at stimulere og inspirere til deltageres refleksioner over deres liv. *Hensigten var både at deltagerne ville opnå selvindsigt, samt kunne spejle sig i og lade sig inspirere af hinanden. Igennem spejling havde deltagerne mulighed for at opdage og erkende at andre mennesker kan have de samme vanskeligheder som en selv, hvilket kunne skabe lettelse. En af deltagerne gav senere hen i interventionen udtryk for denne lettelse; "Fedt at se én, som er så anderledes end mig, faktisk sidder med de samme tanker".*

JH

Efterfølgende havde vi planlagt en pause, men deltagerne ønskede at fortsætte, så det gjorde vi. Vi holdte en kort præsentation af begrebet *meningsfuld aktivitet*, og om hvordan de kan være af lyst, pligt eller overlevelse (Polatajko et al, 2008). Vi fulgte op med en brainstorm over, hvad der var meningsfulde aktiviteter for deltagerne. *Denne aktivitet indebar direkte udforskning, som gav deltagerne praktiske erfaringer med aktiviteter, og personlig udforskning, hvor deltagerne fik mulighed for at reflektere over egne aktiviteter (Jessen-Winge et al, 2011). Disse metoder er med til at fremme processen for ændring af aktivitet hos den enkelte, og dermed ville deltagerne senere kunne bidrage til erfaringsudveksling i gruppen. Gruppen kan ses i et systemorienteret perspektiv, hvor forandring hos én af deltagerne kan påvirke hele systemet/gruppen. Deltagerne både påvirker og påvirkes (Lennéer Axelson og Thylefors, 2006).* Deltagerne sad på deres pladser og bød ind med, hvad meningsfulde aktiviteter var for dem. Vi skrev op på tavlen.

SS

Derefter lagde gruppelederne op til refleksion om, hvilke af disse aktiviteter deltagerne fandt lystbetonet, pligtbetonet og overlevelsesbetonet ved, at stille åbne spørgsmål. En deltager fortalte, at hun tidligere havde oplevet det som pligtbetonet, at lave huslige pligter, men efter at hun havde fået hendes søn, oplevede hun det som meningsfuldt, fx at hænge tøj op og rive blade sammen på græsplænen. Vi faciliterede til erfaringsudveksling i gruppen, ved at stille spørgsmål som "Hvad tænker I om det? Hvad og hvordan gør I andre?". *Deltagerne havde igennem et helt liv, samlet erfaringer med problemløsning, som de i gruppen opfordres til at byde ind med (Jessen-Winge et al, 2011).* En anden deltager fortalte, at det

tidligere kunne være lidt irriterende når hun havde glemt noget, når hun havde handlet, men nu gav det anledning til et frirum, og blev på den måde en meningsfuld aktivitet for hende; *"Hvis vi har glemt at købe broccoli, smutter jeg lige i Super Best når min mand kommer hjem. Jeg nyder det og går og hygger mig uden barnevognen"*.

TA

Vi introducerede herefter deltagerne for PEO-modellen (Polatajko et al, 2008). Gruppelederne forklarede indholdet og begreberne i PEO-modellen, og interaktionen mellem disse, så deltagerne blev bekendte med dem. *Vi valgte at følge Livsstilsprojektets oversættelse af PEO-modellen til APO (Aktivitet, Person, Omgivelser), for ikke at forvirre vores deltagere.* For at få dem til at reflektere over elementernes sammenhæng og interaktion, gav gruppelederne selv eksempler på, hvordan formål og meningsfuldhed opstod i vores egne aktiviteter (Bilag 10). Vi fortalte blandt andet, hvordan det gav livskvalitet og var meningsfuldt for den ene gruppeleder, at være sammen med sine veninder. Denne aktivitet var for hende en lystbetonet aktivitet, hvor den anden gruppeleder både så det som lyst, men også som overlevelse for hende. *Vi tog udgangspunkt i vores egne meningsfulde aktiviteter og fortalte, hvordan vi oplevede at være i disse aktiviteter, for at deltagerne selv skulle overveje, hvad deres aktiviteter gør ved dem som mennesker. Med vores eksempler ønskede vi at lægge op til erfaringsudveksling blandt deltagerne.* Oplægget handlede også om, at livskvalitet er et udtryk for balance mellem begreberne i PEO.

MA

Mennesker har behov for meningsfulde aktiviteter, og en grundlæggende antagelse i ergoterapi er, at meningsfulde aktiviteter påvirker sundheden og giver kvalitet til livet (Polatajko et al, 2008). Vi opfordrede derfor deltagerne til, at reflektere over deres hverdagsaktiviteter, og hvordan de igennem aktiviteter, strukturerer deres hverdag. Vi ville gerne have, at deltagerne blev i stand til at se vigtigheden af det dynamiske samspil imellem mennesket, aktiviteter og omgivelser (Polatajko et al, 2008). Vi brugte PEO til at illustrere og relatere til deltagernes livssituation som nybagte forældre. En deltager fortalte, at det var rart at få sat ord på den proces, hun var i gang med. *"Jeg er rigtig meget i gang, med at finde aktivitetsbalance, sjovt at få sat ord på den proces som jeg allerede er i gang med. Jeg kommer fra et sygdomsforløb med nye valg, tilvalg og fravalg"*.

JH

Afslutningsvis forberedte vi deltagerne på, hvad temadag 2 skulle handle om. Vi viste hvilket inspirationsark (Bilag 11) fra den udleverede mappe, de skulle arbejde med hjemme. Opgaven handlede

om aktivitet og sundhed. *På den måde blev deltagerne ved med, at være i den reflekterende proces efter temadagen.*

Vi sluttede af med, at evaluere på dagen sammen med deltagerne. Vi spurgte ind til, om temadagen havde stemt overens med deres forventninger, og om det var brugbart. Deltagerne var positive, og udtrykte glæde over at høre andres erfaringer, som de syntes, de kunne bruge.

SS

Temadag 2: Aktivitet og sundhed

Vi bød velkommen, og præsenterede dagens emne, som var "Sundhed og aktivitet". Derefter spurgte vi, om der var opstået spørgsmål eller tanker hos deltagerne efter første temadag.

For at skabe sammenhæng, valgte vi at samle op på sidste gang, ved kort at høre, hvordan det gik, så gruppen følte sig behageligt tilpas. Samtidig var det en måde til at få samlet gruppen, og starte en dialog.

En deltager fortalte, at hun havde meldt fra overfor hendes mødre gruppe, fordi hun efter sidste temadag havde tænkt over, hvordan hun prioriterede sine aktiviteter. Hun var blevet bevidst om, at hun brugte meget tid og energi på undskyldninger om, hvorfor hun ikke kunne komme, eller hvornår hun kunne tillade sig at gå fra mødre gruppen. Nu havde hun sagt fra, med en erkendelse om, at det ikke gav hende noget. Hun ville hellere bruge tiden på andre ting, som gav mere mening for hende. *Denne erkendelse drejer sig om den individuelle oplevelse af sammenhæng, der handler om, hvordan man vil forme sit liv, så det bliver meningsfuldt og sammenhængende (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009). Deltageren gav udtryk for sin holdning og sagde fra, da det ikke gav mening eller sammenhæng for hende at deltage i mødre gruppen længere. Dermed var der allerede efter første temadag, sket en didaktisk progression, idet nogle af deltagerne havde brugt redskaberne i deres dagligdag og overvejet, hvilke aktiviteter der egentlig var vigtige for dem lige nu (Varning Poulsen, 2009).*

En anden deltager kunne slet ikke huske, hvad vi talte om på første temadag. *Der var en stor forskel i disse to deltagers barselsforløb og livssituation. Den ene deltager var blevet mor for anden gang, og hendes barn var fire måneder gammelt, mens den anden var førstegangsmor, med et barn på fem uger. Forskellen kunne være, at deltageren der var blevet mor for første gang, havde andre ting at tænke over og holde styr på, i den tid interventionen foregik. Den anden deltager havde mere overskud, da hun havde erfaring med et nyfødt barn og dets udvikling fra tidligere.*

TA

Dernæst tog vi udgangspunkt i deltagernes hjemmeopgave. Hjemmeopgaven gik ud på, at reflektere over hvad sundhed var for dem, ud fra det uddelte inspirationsark (Bilag 11). *Dermed faciliterede gruppelederne til personlig udforskning, ved at bede deltagerne reflektere over hverdagsaktiviteter (Varning Poulsen, 2009)*. Vi ville have deltagernes syn på sundhed og spurgte derfor, hvad det ville sige at være sund. Vi spurgte "Hvornår er man sund?". Vi skrev refleksionerne på tavlen, så deltagerne kunne lade sig inspirere af hinandens tanker. En deltager svarede hurtigt "*mad og hvad man spiser*". Andre deltagere kom med eksempler på, at psykisk velvære var sundhed for dem.

For at få en reflekterende dialog i gang, spurgte vi ind til, om man kan være sund og syg samtidig. En deltager nævnte, at man godt kan have en kronisk sygdom og stadig føle sig sund. En anden sagde, at man godt kan være syg "indeni", men være fysisk sund. Gruppelederne underbyggede deltagernes dialog med egne bud på sundhed. Her fortalte den ene gruppeleder, at hun blandt andet følte sig sund ved at gå en tur med sin datter i skoven, og se hende løbe glad rundt. Den anden gruppeleder fortalte, at hun blandt andet følte sig sund en dag, hvor hendes kæreste ville sørge for alt det praktiske i hjemmet, og hun kunne sidde og slappe af i mens. *Målet var, at deltagerne fik en forståelse af, at sundhed ikke kun handler om at spise grøntsager og dyrke motion, men i lige så høj grad om, at gøre ting, som gør én glad (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988)*.

MA

Vi uddelte et papir med WHO's definition af sundhed (*Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988*) (Bilag 12), og bad deltagerne om at forholde sig til den. Umiddelbart var deltagerne enige om, at definitionen var god. Kun én deltager forholdt sig kritisk; "*Det er jo utopi, der er jo aldrig noget, som er fuldkomment*". Vi spurgte ind til, hvordan det kunne være, at hun tænkte det. Hun forklarede, at man jo umuligt kunne have fuldstændigt fravær i alle aspekter, og de andre deltagere nikkede. *Gruppens relation var efterhånden blevet udbygget fra første temadag og denne situation kunne beskrive den udviklende gruppedynamik, hvor de meninger, den ene deltager projicerer over på de andre, vil bekræftes af de øvrige deltagere. Hermed opstår gruppens "mentalitet" ved projektiv identifikation (Raae, 2007)*. En anden deltager foreslog herefter, at man måske kunne skifte "fuldkomment fravær" ud med "balance" imellem de tre aspekter. Dialogen fortsatte imellem deltagerne. *Dialogen om sundhed forløb, som vi havde håbet, hvor gruppeprocessen blev mere induktiv (Varning Poulsen, 2009)*.

Derefter holdte vi et teoretisk oplæg om livskrise og mestring. *Vi anvendte teorien, fordi den belyser de faktorer, der skaber sundhed, frem for de sygdomsfremkaldende faktorer. Desuden kunne gruppens oplevelse af sammenhæng være sundhedsfremmende (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009)*. Vi fortalte

deltagerne, at den naturlige udvikling mennesker gennemgår, når de får børn, kan betegnes som en krise, ifølge psykologien. *Perioden betegnes som en overgangsfase eller en udviklingskrise.* Vi forklarede deltagerne, at det var en mulighed for at modnes, opleve stor personlig udvikling og dybere indsigt i livet. Vi forklarede endvidere deltagerne, at en krise kunne være positiv, men at det stadig kunne kræve støtte at komme igennem (Cullberg, 1996). *Mestring handler om måden man håndterer en krise på. Deltagerne skal være i stand til at skabe mening og sammenhæng i deres liv, på trods af mange belastende faktorer, når de skal håndtere en krise (Glinsvad, 2006).*

JH

Under temadagene, havde vi i samarbejde med deltagerne arbejdet med begrebet sundhed. Vi var blevet enige om, at det ikke kun handler om kost og motion, men også om well-being. Vi fortalte deltagerne, at sundhed i sig selv ikke skulle opfattes som et mål, men en ressource til at opnå sine mål (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988). Desuden fortalte vi, at aktiviteter påvirker vores sundhed og trivsel og giver mening til livet (Polatajko et al, 2008). På baggrund af denne teori, bad vi deltagerne lave en refleksionsøvelse (Bilag 13), hvor de skulle skrive tre meningsfulde aktiviteter ned, som de havde foretaget sig i løbet af den sidste uge, samt de følelser aktiviteterne medførte. *Vi inddrogede øvelsen, med henblik på, at deltagerne skulle reflektere over egne meningsfulde aktiviteter og dermed øge opmærksomheden på, hvilke aktiviteter de prioriterede, og hvad den pågældende aktivitet gav dem. En af deltagerne sagde "Det fik mig til at tænke, hvad har jeg egentlig lavet?".* Vi gennemgik øvelsen, og bad deltagerne om at dele deres tanker. Undervejs stillede vi spørgsmål, der stimulerede dialogen, såsom "Tror I, der er nogen sammenhæng mellem de aktiviteter, I laver, og hvordan I har det? Er der noget du gerne ville have lavet, men som du ikke har fået gjort?". *Det fik deltagerne til at se, hvordan de meningsfulde aktiviteter hang sammen med sundhed.* En deltager fortalte, at hun efter første temadag havde været mere bevidst om at bruge tid på de meningsfulde aktiviteter. Samtidig havde hun fravalgt aktiviteter for at få hvilet, så hun senere på dagen havde overskud og energi til meningsfulde aktiviteter med sine børn. Det viste sig at flere af deltagerne også oplevede sundhed i forbindelse med sociale relationer; *"Jeg kan leve en hel uge på at have haft besøg af min veninde"* og en anden fortalte *"Det giver mig en glæde [at være til babysalmesang]. Det er dejligt at komme ud. Det giver mere energi i hverdagen, jeg gør noget godt for mig og min søn".* Flere af deltagerne gav udtryk for, at de kunne bruge øvelsen til at få tænkt over, hvad de egentlig havde brugt tiden til, og hvad det havde betydet for dem. *"Måske skulle jeg lave en liste hver uge, over hvad jeg har lavet, der gjorde mig glad. Det betyder faktisk meget. Sort på hvidt, og få sat tingene i perspektiv. Det er vigtigt at minde sig selv om".*

Øvelsen var afslutningen på dagen. Herefter havde deltagerne mulighed for at evaluere på temadagens indhold, de havde oplevet dagens program som mere håndgribeligt end første temadag, der var mindre teori de skulle sidde og lytte på, og mere de skulle reflektere over og snakke om. *Mennesker har et behov for at være sammen med og interagere med andre mennesker. Vi skabte et fællesskab blandt deltagerne, så der opstod et støttende og trygt miljø, hvor deltagerne havde mulighed for at modtage og give erfaringer samt løsningsforslag (Kielhofner, 2001).* Alle deltagerne var begejstrede for de praktiske øvelser. De var glade for at få redskaber, som kunne gøre dem mere bevidste om deres hverdagsliv, og sætte tingene i perspektiv. *Dette motiverede deltagerne til at være åbne og bidrage til emnerne, for derfor at få et positivt udbytte af interventionen (Jacobsen, 2010).* Motivationen gjorde også at temadagen kunne blive mere deltagerstyret end underviserstyret (Varning Poulsen, 2009). Deltagerne efterlyste mere information om, hvordan man kunne overføre teorierne til hverdagen; ***”Hvordan bliver man så egentlig bedre til at mestre?”***.

Vi bad tilslut deltagerne om at udfylde og reflekterer over inspirationsarket, ”Tid og omsorg” som de skulle bruge på temadag 3 (Bilag 14).

Ud fra evalueringen reflekterede vi over, hvordan vores formidling af teorierne havde været. Vi reflekterede over, hvad der gik godt, og hvad der skulle have været anderledes. Vi ville blandt andet blive bedre til at beskrive, hvorfor vi fortalte om de valgte teorier, og hvad deltagerne kunne bruge dem til. Vi blev opmærksomme på, at man skal være meget bevidst om målgruppens læringsforudsætninger for at ramme deres nærmeste udviklingszone (NUZO) (Poulsen, 2009), (Fortmeier og Thanning, 2006). Deltagernes evaluering gav os mulighed for at tilpasse programmet for temadag 3.

Ud fra vores samlede viden om gruppen, betegnede vi den som homogen. Det havde stor betydning for produktionen af viden, at gruppen ikke var for heterogen, da man kunne risikere at der opstod for mange konflikter, eller at nogle forståelser ikke ville komme til udtryk (Halkier, 2002).

TA

Temadag 3: Forælderrollen fuld af muligheder

Vi startede dagen med at introducere deltagerne for dagens program, der omhandlede de muligheder forældreskabet kunne medføre. I samarbejde med deltagerne, samlede vi op på den foregående temadag, og de som havde lyst kunne fremvise deres udfyldte inspirationsark (Bilag 14). *Arket gav et visuelt billede af, hvor meget tid de brugte på omsorg for sig selv.* Flere af deltagerne sagde først nogle generelle ting om

de tanker der var opstået imens de udfyldte arket. De var overraskede over, hvor mange aktiviteter de faktisk lavede i løbet af en dag, og hvor meget, eller hvor lidt alene tid, de havde til sig selv. Inspirationsarket havde sat tanker i gang om, hvordan deres hverdag kunne prioriteres anderledes, så tiden blev fordelt bedre på deres aktiviteter. *Vi anvendte inspirationsarket, som vi havde udleveret til deltagerne på temadag 2. Øvelsen drejede sig om personlig udforskning og gav deltagerne et billede af, hvilke aktiviteter de havde på et døgn, og hvor meget de fyldte hver især. Ved at bevidstgøre deltagerne om deres aktiviteter, formåede de selv, at prioritere anderledes og derved opnå aktivitetsbalance.*

Ved at bruge inspirationsarket, var det gået op for en deltager, at hun faktisk foretog sig mange lystbetonede aktiviteter. Selvom hun brugte meget tid på at sørge for sit barn, fik hun fordelt tiden mellem barnet og sine egne interesser. *Igen var der sket en didaktisk progression, idet denne deltager havde inddraget redskaber, som hun havde tillært sig på de foregående temadage (Varning Poulsen, 2009).*

Vi lagde derefter op til refleksion og erfaringsudveksling ved at spørge ind til begrænsninger og muligheder, som deltagerne oplevede ved forælderrollen. Den første del af øvelsen, erfaringsudvekslede deltagerne over begrænsninger. En deltager svarede, at alle hendes behov skulle udskydes, fordi hun ikke vidste, hvor meget tid hun ville have, inden barnet vågnede igen. Hun følte at hun skulle strukturere alt, men at intet passede sammen. Vi lagde ud med at fremhæve begrænsningerne, for at kunne slutte af med at give deltagerne en positiv vinkel på forælderrollen.

MA

Vi bad dem derfor nævne tre muligheder som forælderrollen medførte (Bilag 15). En deltager fortalte, at hun var sikker på, at hun havde udviklet sig som menneske fordi hun var blevet bedre til at sige fra. Hun følte helt klart, at barnet gav hende mulighed for at udvikle sig personligt, fordi hun havde fået en mere aktivitetsfuld hverdag; *"Før i tiden kunne jeg stå op og være ked af det, men efter jeg blev mor, er jeg bare glad hver dag". På den måde var deltageren blevet bedre til at mestre sin hverdag og havde oplevet balance og sammenhæng i sine aktiviteter (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009).* Ud fra øvelsen, kunne flere af deltagerne komme med eksempler på de muligheder, forælderrollen havde givet dem.

Flere havde gennem barnet fået nye relationer til andre mødre, fx igennem institutioner. En deltager nævnte: *"Jeg har fået nye relationer, det giver mange muligheder som familie. Jeg har udviklet mig. Jeg har noget at stå op til, mit liv giver mere mening, og jeg bliver glad. Mit barn har gjort mit liv lettere. Min hverdag var tidligere meget ustruktureret". Deltageren havde udviklet sig og var gået fra being til becoming gennem hendes øget aktivitetsfulde hverdag, som havde ændret sig efter, hun var blevet mor.*

Sociale relationer skal ses som en ressource, og mennesker der har stærke sociale relationer lever længere, og har større muligheder for at komme igennem et sygdomsforløb. Det sundhedsfremmende består dermed af, at udvikle sit sociale netværk, hvilket flere af deltagerne allerede havde gjort (Det Nationale Forebyggelses Råd, 2010).

JH

I næste øvelse skulle deltagerne reflektere over mulighederne ved at blive forældre. Flere af dem havde nævnt, at de ikke lavede andet end at tilfredsstille barnets behov. Formålet med øvelsen var derfor, at øge deltagerens bevidsthed om, hvilke kompetencer de havde mulighed for at udvikle under deres barselsorlov, samt hvad de brugte deres tid på. Vi havde på forhånd lavet nogle posters (Bilag 16), hvorpå vi havde skrevet 13 begreber. *Begreberne var baseret på personlige erfaringer, fra mødrene i projektgruppen.* Deltagerne blev bedt om at gå rundt ved de forskellige posters i ca. ti minutter, og reflektere over de erfaringer, de havde gjort sig med begreberne, i forbindelse med deres forældrerolle. De fik at vide, at de skulle skrive konkrete eksempler på de forskellige posters, så vi kunne læse dem op efterfølgende. *Det var begreber, som vi ønskede deltagerne skulle tage stilling til, for at få en oplevelse af muligheder, frem for begrænsninger. Deltagerne var lidt forvirrede over begreberne til at starte med, fordi de var taget ud af en anden kontekst, end de normalt plejede at indgå i. Efter en uddybende forklaring, begyndte deltagerne at relatere begreberne til deres liv.*

Nogle af deltagerne bad om at få uddybet en række begreber. Det var blandt andet "risikoberegning". Den deltager, som arbejdede i en bank, tænkte på begrebet i sammenhæng med analyser, som vedrørte økonomi. Da de andre deltagere kom med deres bud på, hvad det var, gik det op for hende, hvordan man også kunne forstå begrebet. Hendes reaktion blev derfor ***"Jeg gør det jo hver dag, når jeg skal planlægge, hvordan jeg kommer rundt med et barn"***.

Mens deltagerne skrev på tavlen, opstod der en form for "snakkepause". De to posters hang op ad hinanden, hvilket gjorde, at alle ikke kunne skrive på en gang. Derfor begyndte deltagerne at tale med hinanden, i stedet for at tale om begreberne. Da de ti minutter var gået, bad vi deltagerne om at sætte sig ned, for, at vi kunne gennemgå de eksempler, der var blevet skrevet op. Vi læste op fra tavlen, hvor vi udvalgte kommunikation først. Vi læste derefter kommentarerne op, og alle syntes, det gav god mening at anvende dette begreb i deres forældreskab. Alle havde oplevet nødvendigheden af, at få sat ord på mange nye ting både i forhold til partneren og daginstitutioner, efter de var blevet forældre. Sådan fortsatte vi med de andre begreber, indtil der var blevet talt om alle begreberne.

Vi oplevede, at deltagerne ikke var så deltagende i gennemgangen. Derfor reflekterede vi efterfølgende over, hvad der kunne gøres for, at deltagerne blev mere aktive. Vi burde have inddraget dem yderligere i gennemgangen, hvor de skulle læse deres egne kommentarer højt. På den måde havde deltagerne haft mulighed for at uddybe, hvad de mente, med et bestemt begreb. Vi kunne have graderet øvelsen, ved at tydeliggøre, hvordan øvelsen skulle udføres, eller have haft færre begreber. Vi kunne også have valgt, at lade dem reflektere over, hvilke kompetencer de oplevede at udvikle, i forbindelse med forældreskabet. På den måde havde de haft mere indflydelse på, hvilke begreber vi havde talt om og læringsformen havde været mere induktiv (Varning Poulsen, 2009) Den induktive undervisning var målet for deltagerne, for de kunne få ejerskab over indholdet i temadagene.

SS

Efterfølgende foreslog vi en pause, da vi kunne fornemme, at det var passende. Her opstod en uformel snak blandt os og dem, hvor vi talte om børn, hverdag og aktiviteter. Da pausen var slut, samledes alle på vores opfordring igen ved bordet.

Efter pausen, talte vi om de udfordringer, der kunne opstå i familiedannelsen, hvor to forskellige familiekulturer, skulle danne fundament for den nye familie. Vi tog udgangspunkt i eksempler fra vores egne liv, og opfordrede herefter deltagerne til at komme med eksempler på, hvordan de oplevede kulturforskelle i deres "nye" familie. Alle deltagerne kom med eksempler på, hvordan kulturforskellene kom frem i deres familier. Emnerne omhandlede rollefordeling, værdier, traditioner, vaner og generationsforskelle. En af deltagerne fortalte om nogle ting hendes partner havde med sig fra sin baggrund, som hun ikke ville give videre til deres fælles barn. Deltagerne erfaringsudvekslede omkring kulturforskelle, opdragelse, skænderier og kommunikation med partneren. De erfaringsudvekslede også om, hvordan man bliver enige, og alle lyttede interesseret og var aktive i samtalen. *Her blev der givet plads til mere tabubelagte emner som fx skænderier og uoverensstemmelser. Hvis kurset havde forløbet over flere gange end de tre, kunne det være at gruppens relation var blevet stærkere og gruppedynamikken var blevet mere åben. Dermed kunne deltagerne føle sig mere trygge til at fortælle om mere private emner (Raae, 2007).*

Denne samtale blev den afsluttende for selve temadagen, og vi rundede af med de sidste kommentarer. For at afslutte kurset, sluttede vi af med en fælles evaluering.

Denne temadag var den sidste fælles dag, og det gjorde vi deltagerne opmærksomme på, så de havde mulighed for at sige farvel til hinanden. Vi udleverede det sidste inspirations ark, som gav deltagerne

mulighed for at tænke over planer for fremtiden (Bilag 17). Vi forklarede, at arket skulle bruges til refleksioner omkring ønsker for tre emner; personligt, familien og karriere. Vi forklarede dem, at det kun var vejledende, og at de var velkomne til at tilføje flere punkter hvis de ønskede det.

TA

Afsluttende samtaler

For at afslutte interventionen, afholdte vi individuelle afsluttende samtaler med deltagerne, hvor vi stillede uddybende spørgsmål (Bilag 7).

Deltagerne startede med at udfylde spørgeskemaet SF-36 (Bilag 6). Derefter tog vi udgangspunkt i hjemmeopgaven, hvor deltagerne havde fået mulighed for, at reflektere over ønsker for fremtiden – personligt, i familien og karrieremæssigt – og hvordan disse kunne opfyldes (Bilag 17).

For mange af deltagerne fyldte uvisheden om fremtiden meget. De skulle alle sammen tilbage til studiet eller arbejdsmarkedet. For nogle af deltagerne havde drømmene og ambitionerne ændret sig under deres barsel; *”Jeg har altid troet jeg skulle være leder, men nu vil jeg gerne have et job uden for meget ansvar, de første par år”*.

Barslen havde givet dem tid og rum til at reflektere over hvilket liv, de ønskede at leve, både for dem selv og for deres familie. Nogle af deltagerne ønskede sig et deltidsjob, så der var tid til både familien og arbejdet for at opnå balance i deres aktiviteter. En af deltagerne fortalte *”Jeg har en kandidatgrad, men det passer bedre ind i vores familie, at jeg arbejder som lærer, så det giver mere mening for mig”*.

Fælles for deltagerne var, at de ønskede sig flere børn. De tænkte mange år ud i fremtiden på oplevelser de skulle have med deres børn, og på hvordan drømmene kunne realiseres. Deltagerne fortalte om, hvordan de i starten af forælderrollen oplevede et aktivitetstab, men det havde ændret sig med tiden. Til slut evaluerede deltagerne på hele kurset.

MA

Metode

I det følgende afsnit ønsker vi at beskrive de overvejelser og beslutninger, vi har taget i valg af dataindsamling. Vi ønsker ligeledes at beskrive den anvendte teori, som ligger til grund for vores valg af metode.

Vi valgte at anvende flere metoder, for at gøre vores dataindsamling mere fyldestgørende.

Lifestyle Redesign®

LR®, er en ergoterapeutisk arbejdsmetode, som er udviklet af ergoterapeuter ved University of Southern California (USC) i USA. Metoden blev anvendt i The Well Elderly Study, som er et af de største randomiserede kontrollerede studier inden for ergoterapi, omfattende 361 deltagere over 60 år.

Deltagergruppen var multietnisk, havde en lav indkomst og var bosat i et lejlighedskompleks for ældre, hvor de var selvhjulpne (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke og Clark, 1998).

Studiet handlede om meningsfulde aktiviteter og aktivitetsmønstres betydning for ældres sundhed. De 361 deltagere blev delt op i 3 grupper. En 1/3 af deltagerne, i The Well Elderly Program, modtog LR®. Denne gruppe var ledet af uddannede ergoterapeuter, der alle havde en master grad, samt en speciel uddannelse i anvendelsen af LR®. Den anden 1/3 deltog i sociale gruppeaktiviteter i lokalområdet. Gruppen var ledet af ikke-professionelle. Den sidste 1/3 af deltagerne, modtog ikke noget tilbud, og fungerede som kontrolgruppe.

LR® er en evidensbaseret ergoterapeutisk sundhedsfremmende metode med afsæt i Occupational Science, hvor formålet er, at give deltagerne redskaber til at se sammenhængen mellem aktivitet og sundhed i deres hverdag. På den måde vil deltagerne opnå en sundere livsstil, og dermed en højere livskvalitet (Mandel et al, 1999).

JH

Det første pilotstudie var kvalitativt, med titlen "*Living a Meaningful Existence in Old Age*". Florence Clark havde undervist studerende i at analysere og reflektere over deres egne aktiviteter, og hvordan de kunne tilpasse deres livsstil for at optimere produktivitet og livskvalitet. Både pilotstudiet og Clarks undervisning lå til grund for The Well Elderly Study. Pilotstudiet viste desuden vigtigheden i, at tilpasse metoden den enkeltes situation. Det kom til udtryk, ved at ældre havde svært ved at tilpasse sig multikulturelle miljøer, hvor problemer og fordomme var en del af hverdagslivet.

I LR® handler processen om, at skabe mulighed for forandring hos den enkelte borger. Teoretisk tager LR® udgangspunkt i viden fra Occupational Science og benytter sig af tre teorier; dynamisk systemteori, narrativ teori i form af Occupational Storytelling og Story Making samt viden om gruppeprocesser. Der anvendes fire forskellige metoder til formidling af viden om de ni moduler, som er didaktisk præsentation, erfaringsudveksling, direkte udforskning via aktivitet og personlig udforskning (Mandel et al, 1999).

LR® forløb over ni måneder med ugentlige gruppemøder af to timers varighed, og ni individuelle samtaler. Derudover blev deltagerne opfordret til at foretage sig andre aktiviteter sammen, uden for gruppemøderne, og uden gruppeledere. Deltagerne havde gennemsnitligt enten vedligeholdt eller forbedret deres livskvalitet og tilfredshed med deres liv, efter at have deltaget i det ergoterapeutiske program, også seks måneder efter endt intervention (Mandel et al, 1999).

Det er videnskabelig bevist, at det har en positiv effekt, når mennesker får indsigt i deres meningsfulde aktiviteter. Processen som deltagerne var igennem, gjorde det muligt for dem at planlægge daglige aktiviteter, der var sundhedsfremmende og meningsfulde i deres liv. Den gav dem redskaber til at reflektere over deres aktiviteter, med mulighed for at ændre deres aktivitetsudførelse, for at opnå aktivitetsbalance. Det var en individuel proces, selvom den foregik i en gruppekontekst (Mandel et al, 1999).

LR® manualen indeholder en begrebsmæssig, men praktisk referenceramme, som gør det muligt for ergoterapeuter at integrere programmets begreber i dagligdagen. De præsenterede ideer og eksempler er ikke kun relevante for ældre borgere, der lever selvstændigt, men de kan også benyttes til andre målgrupper (Mandel et al, 1999).

SS

Livsstilsprojektet

Livsstilsprojektet er en arbejdsmetode, baseret på LR®, der har til hensigt at virke sundhedsfremmende. De eksisterende sundhedsfremmende tilbud har for det meste KRAM faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion), som omdrejningspunkt for livsstil. Livsstilsprojektet kan bidrage til, at sundhedsfremme også omhandler livskvalitet. Livsstil handler i lige så høj grad om livskvalitet. Projektets teoretiske baggrund bygger på aktivitetsvidenskab, der beskæftiger sig med, hvordan mennesket er i stand til at skabe mening og tilfredsstillelse i livet, for at opnå aktivitetsmæssig trivsel (Jessen-Winge et al, 2011). Projektet er stadig under udarbejdelse og afprøvning i forskellige danske kommuner. Vi valgte at teste redskabet på nybagte mødre. Livsstilsprojektet er inspireret af det amerikanske LR®, som var anvendt i The Well Elderly Study. Oprindeligt var Livsstilsprojektet udviklet til ældre, men forfatterens håb og forventninger er, at redskabet vil blive afprøvet på flere forskellige målgrupper. Det danske materiale er baseret på best practise og derudover inspireret af den engelske manual Lifestyle Matters (Jessen-Winge et al, 2011).

TA

Livsstilsprojektet er begyndelsen på en dansk manual, der beskriver arbejdsmetoden, som er bygget op omkring forskellige ergoterapeutiske aspekter. Den teoretiske baggrund består af ergoterapeutisk teori, aktivitetsvidenskab, coaching, psykologi, gruppeteori og systemteori. Der er konkrete bud på, hvordan kurset kan implementeres. Herefter præsenteres ti moduler, der alle har forskellige temaer, indhold og forløb.

1. Modul – Introduktion og præsentation
2. Modul – Aktivitet, sundhed og aldring
3. Modul – Sundhed igennem fysisk aktivitet
4. Modul – Sundhed igennem mental aktivitet
5. Modul – Aktiviteters tidsmæssige relation – fortid, nutid og fremtid
6. Modul – Aktiviteter i hjemmet
7. Modul – Aktiviteter ude
8. Modul – Måltidet som aktivitet, kost og ernæring
9. Modul – Sociale relationer
10. Modul – Afslutning

Derudover tilbyder Livsstilsprojektet en række inspirationsark, som gruppelederne kan anvende på temadagene, eller som hjemmeopgaver. Manualen lægger op til, at et kursus kan tilrettelægges og tilpasses med forskellig varighed alt efter ressourcer, målgruppe og behov.

MA

Undersøgelsesmetoder

Her vil vi beskrive hvordan vi brugte redskaberne SF-36, interview og observationer, samt komme med eksempler på, hvornår vi anvendte dem.

SF-36

SF- 36 er et standardiseret og valideret spørgeskema, som består af 36 spørgsmål. De er inddelt i otte skalaer, hvor halvdelen repræsenterer det fysiske helbred og den anden halvdel det psykiske helbred, hvorved der opnås en vurdering af personens samlede helbred.

Tabel 3: Inddeling af fysisk og psykisk helbred ifølge SF-36.

Fysisk funktion	Energi
Fysisk betingede begrænsninger	Social funktion

Fysisk smerte	Psykisk betingede begrænsninger
Alment helbred (selvvurderet)	Psykisk velbefindende

Vi valgte at anvende spørgeskemaet, fordi det havde været anvendt i LR®, og det målte deltagernes selvvurderede helbred. Derudover gav det os mulighed for, at vurdere om interventionen havde haft en effekt.

Spørgeskemaets validitet og reliabilitet afhænger af den gruppe, som skal besvare spørgeskemaet og af den problemstilling, som skal belyses. Med andre ord er validiteten og reliabiliteten ikke knyttet til spørgeskemaet i sig selv, men til dets brug i en bestemt situation. Der er derfor blevet gennemført mange undersøgelser af skemaets validitet og reliabilitet i forskellige situationer (Bjørner et al, 1997).

Kvalitativt interview

Vi anvendte det kvalitative interview i den indledende samt afsluttende individuelle samtale. Vi har valgt denne metode for at få uddybende svar på vores spørgsmål, og for at afdække deltagernes tanker, holdninger og oplevelser omkring forældreskabet (Jeremiassen og Trost, 2010). Det kvalitative interview indgik også i den originale LR® metode. Her fik de klientens aktivitetshistorie igennem et narrativt interview.

MA

Observation

Vi havde på forhånd aftalt, hvilke roller vi ville have på temadagene. Fælles for de tre temadage var, at to af os var deltagende observatører og gruppeledere, og to af os var ikke-deltagende observatører i selve gruppeprocessen (Andersen, 2009). Derudover fungerede de ikke-deltagende gruppeleder som referenter. Vi så det som en fordel, at observationerne blev udført af et team, idet det ville give flere vinkler på de informationer, som blev indsamlet, hvilket også gav en bedre informationskvalitet (Andersen, 2009). Observationerne var delt op i åbne og skjulte. Vi har valgt denne metode for at tilegne os en helhedsforståelse af det fænomen vi studerer, nemlig aktivitetstab ved forælderrollen idet vi konstant relaterer det til den sammenhæng, hvor de indgår (Andersen, 2009).

Den deltagende observation brugte vi til, at undersøge gruppen som helhed. Deltagerne vidste på forhånd, at de var deltagere i et bachelorprojekt, og hvad de sagde og gjorde, ville blive anvendt i projektet. Deltagende observationer er specielt anvendelige når man skal undersøge et socialt fænomen, som man kun ved lidt om (Andersen, 2009).

Resultater

I det følgende, vil vi præsentere de væsentligste resultater fra SF-36 spørgeskemaet, med henblik på at vurdere deltagernes individuelle og samlede udvikling efter endt intervention.

Vi har valgt, at præsentere udvalgte resultater, fra både præ og post undersøgelserne. Vi stiller resultaterne op imod hinanden, for at fremhæve eventuelle forskelle.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at de deltagere som svarede det bedste mulige resultat i et givent spørgsmål, ikke har haft mulighed for at opnå en bedre udvikling.

SF-36

I de indledende samtaler svarede alle syv deltagere på spørgeskemaet, men da kun fem af dem gennemførte, har vi kun valgt at anvende de fem spørgeskemaer.

Spørgsmål 1: Hvordan synes du dit helbred er alt i alt.

Præ: Det første spørgsmål deltagerne besvarede, var en vurdering af deres samlede helbred. Den bedst mulige score var 5, og dårligste 25. Deltagernes score blev samlet 12.

Post: Resultatet blev 10, hvilket betyder at der er en forbedring på 2 point.

Spørgsmål 2: Sammenlignet med for et år siden, hvordan er dit helbred alt i alt nu?

Præ: Kun én deltager følte at helbredet var "noget dårligere end for et år siden". En deltager følte at helbredet var blevet "noget bedre end for et år siden". Den lavest mulige score kunne blive 5, og repræsentere det bedst mulige resultat og 25, som var det højest mulige, ville være den dårligste score. Gruppens sammenlagte score, endte med at være 15.

Post: Resultatet var 13, hvilket var et forbedret resultat med to point, sammenlignet med før interventionen.

Spørgsmål 9G: Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig udslidt?

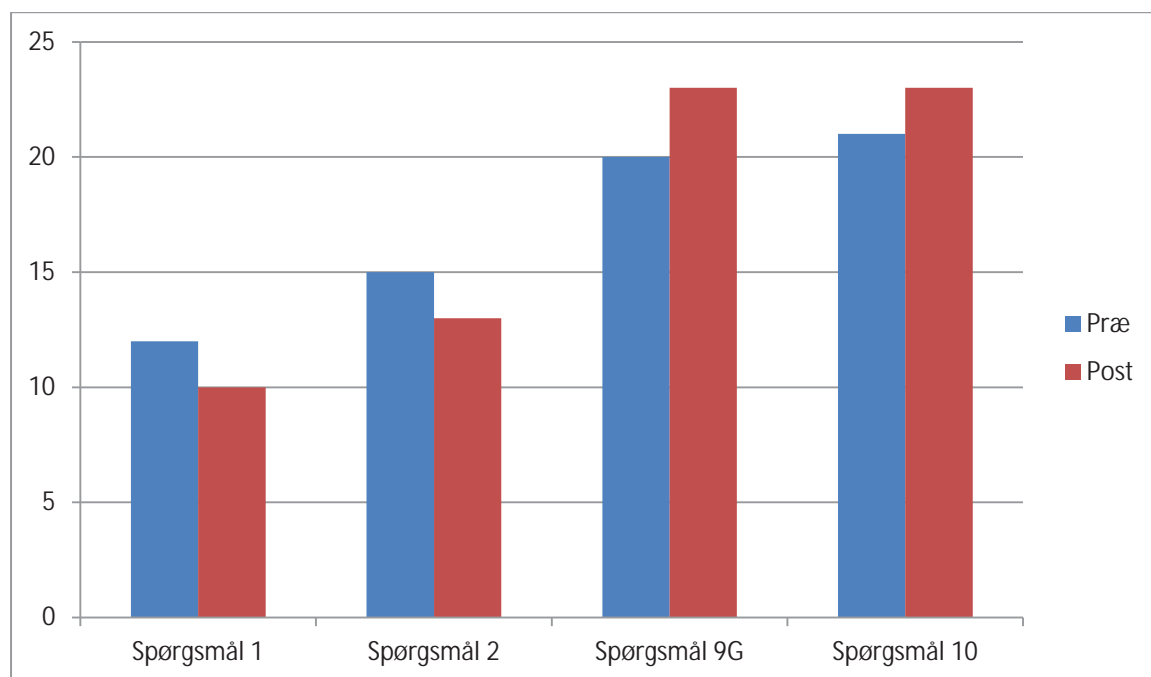
Præ: Den højeste score svarede til det bedste resultat. Den bedst mulige score var 30, og lavest mulige var 5. Deltagernes samlede point var 20.

Post: Den samlede score for deltagerne efter interventionen var steget til 23 point, hvilket indikerer en forbedring på 3 point i den samlede score for hvor udslidte de har følt sig.

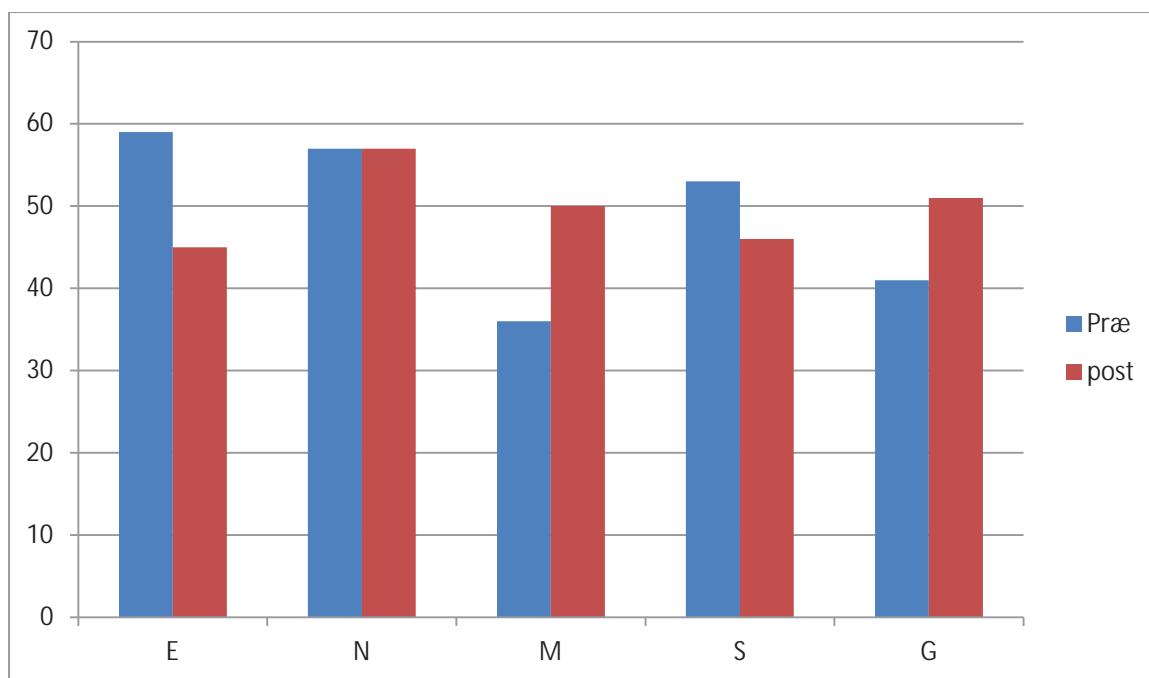
Spørgsmål 10: Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?

Præ: Deltagernes samlede point score var 21. Det lavest mulige point at opnå var 5 og det højeste og dermed bedste, var 30.

Post: Deltagernes samlede score var nu 23, hvilket var en positiv stigning med 2 point.



Figur 1: Tabel over udvalgte resultater fra SF-36, hvor der er sket en forbedring.



Figur 2: Tabel over deltagernes score præ og post.

Diagrammet i figur 2 repræsenterer deltagernes individuelle gennemsnitsscore for den samlede vurdering af spørgsmålene før kurset (blå farve) og efter kurset (rød farve).

Et lavere tal repræsenterer et bedre selv vurderet helbred, og en stigning repræsenterer et værre selv vurderet helbred. Alle deltagerne havde udfyldt skemaet korrekt, og der var ingen misforståelser forbundet med svarene.

Hos alle deltagerne, på nær en, var scoringsværdierne ændret, hvilket indikerer at der var sket en udvikling i den periode, hvor interventionen havde fundet sted. Den samlede score for deltagerne fra præ og post testen var også ændret. Det vil sige at der var sket en forbedring hos dem hvor den var ændret, i form af øget score, og en forværring hos de to hvor scoren er nedsat.

MA

Observationer

Vi observerede, at de deltagere, som havde fået mest ud af kurset var S, N og G. S var anden gangs mor, og N's søn var næsten 1 år. G havde været igennem et sygdomsforløb. De beskrev alle tre, hvordan de så mange muligheder og reflekterede fra gang til gang meget over temaerne. De havde været igennem mange faser i forbindelse med deres børns udvikling, og havde lært at tilpasse sig forandring. Den deltager som havde fået mindst ud af kurset var E. Hendes søn var fem uger gammel da vi startede, og alt var stadig

meget nyt for hende. Det var måske for tidligt for hende, at tage fat på mange af de spørgsmål, som vi stillede.

Deltagerevaluering

Deltagerne havde alle meget positive tilbagemeldinger om kurset. De forklarede, hvordan temadagene havde givet dem ny viden, de kunne bruge i deres hverdag. Alle deltagerne syntes, det var positivt, at der var fokus på dem, frem for på barnet. Tre deltagere fortalte, hvordan de var blevet bevidste om, at det de gjorde, var det rigtige for dem. Derfor kunne de nu, med bedre samvittighed foretage til- og fravalg.

Samtlige deltagere var begejstrede for erfaringsudvekslingen og var glade for gruppens sammensætning. De nævnte at det var godt, at de var forskellige steder i deres barselsorlov og forælderrolle. De deltagere som var ved at afslutte deres barselorlov, blev bekræftet af de andre deltagere i, at de var gode mødre. Dem som var helt nye i forælderrollen, brugte de andre til at se "lyset for enden af tunnelen". På den måde kunne deltagerne spejle sig i hinanden (Jørgensen, 2010).

De havde brugt forskellige elementer fra øvelserne og oplæggene, som de havde implementeret i deres hverdag. En deltager anvendte PEO-modellen for hele tiden at huske sig selv på, at der skulle være balance i de aktiviteter, som hun foretog sig. En anden deltager prioriterede sine aktiviteter anderledes. Hun valgte nu, at sidde med en kop kaffe og tage et bad, før hun gik i gang med huslige pligter. *"Jeg har fået sat ord på, og er blevet bevidst om, hvad, der er vigtigt og giver mig livskvalitet i dagligdagen"*.

En tredje deltager var rigtig glad for hjemmeopgaven "ønsker for fremtiden" (Bilag 17). Hun havde hele tiden tanker om fremtiden, men at få skrevet dem ned og få sagt dem højt, gjorde dem mere konkrete og realiserbare. Hun havde igennem hele kurset været rigtig begejstret for alle de praktiske øvelser.

Deltagerne gav udtryk for, at kurset burde være et reelt tilbud til nybagte forældre i kommunerne. De var enige om, at kurset skulle udbydes fra barnet var tre måneder og opefter, da det ellers ville være for tidligt for forældrene, at koncentrere sig om andet end barnet. Kurset kunne udbydes både til mødre og til fædre, hver for sig, men også til par, så man havde mulighed for at udvikle forælderrollen sammen, og lære hinanden bedre at kende i de nye roller. Deltagerne mente, at alle ville have gavn af, at få støtte i den nye livssituation. En deltager udtrykte således; *"Seriest, alle jeg kender, kunne have gavn af sådan et kursus, jeg har fået vildt meget ud af det"*.

Deltagerne fremhævede, at informationsbrevet kunne være bedre. Der havde været uklarhed om, hvad de gik ind til. For flere af deltagerne var det først efter temadag 1, at det gik op for dem, hvad kurset gik ud på.

TA

Diskussion

I det følgende afsnit, vil vi komme med en kort opsummering af case rapporten og diskutere undersøgelsesmetoderne, herunder deres validitet og reliabilitet. Vi vil diskutere vores resultater med afsæt i vores dataindsamling, teori og anvendte metoder.

Det viste sig, at flere havde opfattet indholdet i informationsbrevet, som værende uklart, og var derfor usikre på, hvad udbyttet af temadagene egentlig bestod af. Udfordringen lå derfor i, at lave en beskrivelse, som både fangede med et overskueligt indhold, og få præsenteret projektet. Det vi kunne have gjort anderledes var, at nævne deltagernes rolle i interventionen og hvilken indflydelse, de selv ville have haft på kurset. Derudover kunne vi have beskrevet vores metoder, og hvor vidt temadagene ville indeholde fysiske aktiviteter eller ej. En deltager spurgte om kurset omhandlede fysiske øvelser, fordi hun havde smerter, og generelt følte at hendes krop var hærget. De andre deltagere nikkede genkendende til hendes udsagn. Desværre måtte vi skuffe hende, da fysiske øvelser ikke var en del af modul 2. Måske havde hun associeret temaet "aktivitet og sundhed" med fysisk aktivitet?

SS

Vi opfattede gruppen som overvejende homogen. Det pudsige var, at en deltager fortalte, at hun var overrasket over at høre, at en, hun opfattede som meget forskellig fra sig selv, havde de samme tanker og følelser som hende. Måske var det et udtryk for, at gruppen ikke opfattede sig selv som homogen. Vi så gruppen, som en enhed bestående af deltagere. Deltagernes opfattelse handlede om type, udseende og personlighed, hvilket var vidt forskelligt.

MA

Intervention strakte sig over fem uger. Det havde været mere optimalt, hvis forløbet havde været over en længere tidsperiode, så ville både gruppen, og vi, have haft mulighed for at lære hinanden bedre at kende. Det havde givet os mulighed for, at komme ind på andre, og mere følsomme emner, som der også skal være plads til (Jessen-Winge, 2011). Et længere forløb havde også givet deltagere mulighed for at danne nye sociale relationer i gruppen, som Livsstilsprojektet opfordrer til. Der var desuden en del aktivitetsproblematikker, som deltagere gerne ville have arbejdet mere med, blandt andet fysiske aktiviteter og sociale relationer, hvilket desværre ikke var muligt.

TA

Det teoretiske grundlag for interventionen, kunne ligeledes have set anderledes ud. Vi kunne have anvendt Kielhofners ergoterapeutiske teorier fra MOHO (Kielhofner, 2006), hvilket ville have været relevant, fordi han beskæftiger sig med roller og vaner, som ville være ideelle begreber, at anvende i projektet. Vi valgte dog at benytte os af det canadiske materiale med CMOP-E, PEO (Polatajko et al, 2001) og CMCE (Townsend et al, 2008), fordi Livsstilsprojektet anvendte disse teorier. Den måde begreberne bliver præsenteret på i CMOP-E tiltalte os mere end i MOHO. Desuden ville vi ikke fokusere på, hvilke vaner deltagerne havde, men på hvordan de blev bevidst om deres egne meningsfulde aktiviteter og hvordan de kunne få balance mellem disse, hvilket CMOP-E's dynamiske samspil illustrerer.

JH

Metodediskussion

I dette afsnit vil vi forholde os kritisk til de anvendte metoders validitet og reliabilitet. Samt forholde os kritisk til undersøgelserne, samt teorien. Vi vil derudover begrunde valg af metode og teori.

Livsstilsprojektet

Efter at have arbejdet med metoden er vi blevet bevidste om, hvor stort og ressourcekrævende et projekt Livsstilsprojektet er. Vi arbejdede kun med en lille del af Livsstilsprojektet, og alligevel var det et stort arbejde. Målgruppen var et nyt potentielt arbejdsområde for ergoterapeuter, og vi havde ingen uddannelsesmæssig erfaring med den valgte målgruppe. Litteraturen pegede dog på, at der var et stort aktivitetstab forbundet med forælderrollen, og derfor tænkte vi, at projektet var relevant. Livsstilsprojektet var ligeledes en ny metode for os. Vi kendte den ergoterapeutiske tankegang i forhold til teori og modeller, men hele ideen med, at arbejde gruppeorienteret, samtidig med at skulle veksle mellem forskellige roller, var udfordrende for os. Gruppedynamik, gruppesammensætning og denne form for sundhedsfremmende arbejde, havde vi ikke tidligere praktiske erfaringer med. Mange af de andre teorier, som Livsstilsprojektet beskrev, havde vi kun et overfladisk kendskab til. Det var derfor svært for os at anvende, så deltagerne fik det maksimale udbytte af interventionen.

JH

På hver temadag blev vi mere bevidste om, at de teoretiske oplæg ikke virkede efter hensigten, men at modeller og praktiske øvelser var meget brugbare, og gjorde overførbare til hverdagslivet lettere. Det var en stor udfordring at tilpasse materialet, både inden temadagene, men også undervejs fordi vi hele

tiden skulle være bevidste om den enkelte deltager, men også om gruppens NUZO, så der kunne finde en positiv udvikling sted (Fortmeier og Thanning, 2003)

Vi havde valgt at afprøve modul 2, fordi manualen foreskrev dette som kernen i Livstilsprojektet. Dette havde vi valgt, inden vi fik kontakt til målgruppen. Da vi gik i gang med at afdække målgruppen, kunne vi se mange forskellige aktivitetsproblematikker i forbindelse med forældrerollen. De andre moduler kunne også have været relevante for målgruppen. Modul 3, som omhandler sundhed igennem fysisk aktivitet, eller modul 8 om kost og ernæring, da flere af deltagerne gav udtryk for, at det var et stort ønske at tabe sig, efter graviditeten.

SS

Lifestyle Redesign® vs. Livstilsprojektet

The Well Elderly Study, hvor LR® metoden indgik, var et evidensbaseret studie, hvilket gør det værdifuldt for ergoterapi faget. Effekten af den ergoterapeutiske intervention var signifikant, til forskel fra dem som ikke modtog ergoterapi og derfor har undersøgelsen været til stor inspiration for mange andre lande, som efterfølgende udviklede deres eget materiale.

Ergoterapeuterne som var ansvarlige for behandlingen i LR® var specielt uddannede til formålet, havde ni års erfaring, og to af dem havde en mastergrad. Livstilsprojektet stiller ingen krav til forkundskaber inden anvendelsen af materialet, hvilket er en fordel. Dermed er der mulighed for, at afprøve metoden på forskellige målgrupper, afhængig af de givne ressourcer og rammer. En ulempe er, at man kan tilpasse metoden, da den ikke er standardiseret. Dette gør, at det er op til den enkelte at fortolke og tilpasse indholdet og formidlingen til den valgte målgruppe. Metoden kan på den måde ikke kvalitetssikres, da tilbuddene kan variere og afvige fra det oprindelige materiale.

MA

Der indgik forskellige måleredskaber i LR®, hvilket gav flere målbare resultater, som alle viste en signifikant effekt af den ergoterapeutiske behandling. Livstilsprojektet, som det ser ud i øjeblikket, stiller ingen krav til måleredskaber. Fordelen er, at ergoterapeuten frit kan vælge relevant måleredskab i forhold til målgruppen og dokumentation. Det kan være en fordel hvis andre tværfaglige professioner skal kunne forstå det valgte redskab. Ulempen er at alle måleredskaber, måler på forskellige ting, og udelukker derved andet relevant data.

De store fokusområder i Livsstilsprojektet, er sundhed og aktivitet. Vi antager, at de danske forfattere ønsker at fokusere på sundhed og aktivitet, fordi ergoterapeuter har mange kompetenceområder at tilbyde indenfor det sundhedsfremmende arbejde. I The Well Elderly Study blev LR® testet på en mangfoldig multikulturel målgruppe. På baggrund af målgruppens behov, beskæftigede LR® sig med temaerne, økonomi, transport, sikkerhed og kulturbevidsthed på en anden måde, end man gør i Livsstilsprojektet, fordi behovet er anderledes i Danmark, på grund af kulturelle forskelle. (Mandel et al, 1999).

TA

Diskussion af undersøgelsesmetoder

Vi vil i følgende afsnit diskutere de anvendte undersøgelsesmetoder.

SF-36

SF-36 giver et øjebliksbillede af deltagerens selv vurderede helbredsstilstand, hvilket kan variere fra dag til dag. Et eksempel på dette er, at en af deltagerne natten forinden den indledende samtale, havde fået nok søvn. Svarene var således påvirket af, hvor meget søvn hun havde fået den pågældende nat, frem for, at svaret blev baseret på hendes generelle helbred, hvilket skaber fejlkilder, som er uundgåeligt (Andersen, 2009).

Reliabilitet

Spørgeskemaet var nemt at forstå for deltagerne, men for at få ensartede svar, og dermed mindske muligheden for informations bias, forklarede vi, hvordan det skulle udfyldes. Vi var til stede for at kunne besvare eventuelle spørgsmål som kunne opstå, og for at deres forståelse af spørgsmålene, stemte overens med vores. Formålet var at undgå eventuelle målefejl, selvom det er uundgåeligt (Andersen, 2009).

MA

Da spørgeskemaet måler det selv vurderede helbred, er de indsamlede data subjektive. For at skabe en bredere forståelse af deltagerens helbred, bad vi dem også forklare det med ord. Vores mål var ikke at få resultater som kunne gentages i et andet forsøg, men derimod at deltagerne opnåede et billede af deres eget helbred, for at blive bevidste om aktivitetens betydning for deres sundhed. For at forstærke reliabiliteten anvendte vi derfor andre metoder, herunder interviews og observationer. Hvis man sammenligner gennemsnittet for samlede deltagere, er der dog ikke overensstemmelse med deres mundtlige evalueringer, og vores forsøg på at øge reliabiliteten er dermed fejlet.

Validiteten

SF-36 er, som beskrevet, et standardiseret og valideret måleredskab, og ville derfor, i sin oprindelige form, kunne bringe valide resultater. Den udgave af spørgeskemaet vi valgte at anvende er udgået, og det kan derfor diskuteres hvorvidt validiteten er gyldig. Det fungerende redskab kræver kalibrering at anvende, og var derfor ikke en mulighed for os. Vi valgte at anvende den udgåede udgave af SF- 36, da det ikke krævede særlige forkundskaber, og derfor udgjorde et alternativ.

20 ud af 36 spørgsmål drejer sig om deltagerens helbredstilstand indenfor de sidste fire uger, hvilket var problematisk, da vi ønskede at afdække deltagernes tab af aktivitet siden de var blevet forældre, hvilket i alles tilfælde, var længere siden end det. Et enkelt spørgsmål drejede sig om helbredsstatus, sammenlignet med, for et år siden. Dette viste sig at være svært at huske tilbage på, da de var helt optaget af deres aktuelle helbredsstatus.

Validitet er et udtryk for hvor godt, man kan måle det, man vil undersøge. For at øge validiteten af vores intervention, evaluerede vi med deltagerne, både i gruppen, og individuelt. På denne måde kunne deltagernes kommentarer bidrage til, at vurdere det samlede resultat af interventionen. Deres svar supplerede derfor resultaterne fra spørgeskemaet, og vi anvender også deres svar som citater til at underbygge effekten af interventionen.

Validiteten af spørgeskemaet er endvidere diskutabelt, da spørgeskemaet ikke gav deltageren mulighed for at give et 100 % korrekt svar, men måtte nøjes med den svarmulighed, der lå nærmest det rigtige. Flere havde kommentarer, som de ønskede at tilføje, blandt andet ville de uddybe, hvor længe de havde haft den pågældende følelse, fx smerte. Her kan der opstå registreringsfejl, da undersøgeren ikke kender til deltagerens fortolkning af svarmuligheden (Andersen, 2009).

JH

Observation

Der ligger en naturlig begrænsning hos alle observatører og undersøgere, som kaldes *selektiv perception*, hvilket er særlig udpræget ved netop deltagende observation, som vi foretog. Dette gør, at man iagttager og registrerer visse ting, men udelukker andre. For at undgå dette, kan man have flere observatører med forskelligt perspektiv, som observerer det samme (Andersen, 2009). Vi erkendte dette, og var derfor observatører på skift, hvor en af os havde børn, og en som ikke havde, observerede sammen. Dette udvidede vores perspektiv og gav os forskellige observationer under temadagene. En anden kritik er, at de observationer vi gjorde os, ikke var strukturerede. Man kan derfor kritisere om de observationer vi gjorde os, har været udvalgt ud fra vores selektive perception. Når man anvender observationer som

undersøgelsesmetode, må man være opmærksom på, at deltagerne som bliver observeret, opfører sig afhængigt af, deres viden om, at de bliver observeret (Andersen, 2009).

Kvalitativt interview

Ved at vælge et semistruktureret interview med relativt åbne spørgsmål, var vi opmærksomme på, at denne metode stillede store krav til interviewerens evner. Vi skulle undervejs både være lyttende, fortolkende, og stille uddybende spørgsmål (Andersen, 2009). Ved hver samtale, hvor interviewene indgik, var vi to interviewere så vi kunne assistere hinanden, hvilket fungerede godt. Vi valgte at gøre det for at støtte hinanden på grund af vores manglende erfaring.

SS

Resultatdiskussion

Vi vil her diskutere fokuspunkter i forhold til resultatet af case rapporten.

SF-36

Vi har regnet det samlede gennemsnit ud for alle svar, fra de 5 deltagere, fra både præ og post undersøgelserne. Gennemsnitsscoren fra prætesten var 49, og post testen 50. Der er dermed sket en ændring i gennemsnittet. Et lavere gennemsnit betyder en bedre vurdering, og derfor er det selvfølgelig ærgerligt, at pointene er steget. Det endelige resultat, er anvendt til at vurdere om deltagerne generelt fik et bedre selv vurderet helbred efter temadagene og dermed om vores intervention som helhed har fungeret efter hensigten.

De individuelle point viser, at der er

- 2 af deltagerne der har fået et bedre selv vurderet helbred
- 2 der har et dårligere selv vurderet helbred
- 1 der har scoret det samme i præ og post spørgeskemaet.

TA

Scorerne viser, at der er forekommet positiv udvikling hos to af deltagerne, men to deltagere som har oplevet en forværring, hvilket trækker det samlede gennemsnit ned. Vi er varsomme med at tilskrive svarene fra spørgeskemaerne nogen større værdi, idet de kun gav et øjebliksbillede. Dette viste sig ved, at flere af deltagerne i det afsluttende spørgeskema, kommenterede på de svar de gav ved det første spørgeskema. En sagde fx, at hun havde det meget bedre da hun udfyldte det indledende, hvilket hun tilskrev en god nattesøvn. Da hun ikke havde sovet godt dagen inden sidste samtale, blev svarene påvirket

af det. Derudover koncentrerer SF-36 sig en del om fysisk helbred, hvilket vi ikke har beskæftiget os direkte med, og derfor ikke søgte en ændring i.

På trods af resultatgennemsnittet, udtrykte alle deltagerne, at de havde haft gavn af interventionen. De var så begejstrede, at de ønskede at det var et tilbud som fandtes i kommunerne. Vi mener også, på trods af den manglende evidens, at andre nybagte forældre formentligt ville have gavn af et lignende tilbud, da interventionen har fungeret godt, for både deltagerne og os. Vi er dog varsomme med at generalisere de individuelle resultater, idet det må understreges, at der ikke er videnskabeligt bevis for, at anvendelsen af modul 2 i Livsstilsprogrammet er den udslagsgivende faktor for deltagernes udvikling.

MA

Deltagerevaluering

Nogle af deltagerne, gav udtryk for, at nybagte fædre ville have haft gavn af kurset. De fortalte, at flere af deres mænd havde vist interesse for kurset. Derudover havde deres mænd haft svært ved at finde deres plads i den nye familiekonstellation. Dette viste sig ved, at de brugte barselsorloven på blandt andet at ordne praktiske opgaver i huset og dyrke sport. Interventionen skulle muligvis være tilpasset anderledes, hvis vi havde fået fædrene som målgruppe.

JH

Der var ingen mænd som meldte sig, til gengæld var der flere andengangs mødre, som gerne ville deltage. Derfor valgte vi at se dem som nybagte i forhold til deres andet barn. Vi vurderede, at deltagerne, ville kunne profitere af hinandens erfaringer, fordi de var i forskellige stadier af livet som forældre. Den erfarne andengangs mor ville kunne se tilbage og blive mindet om, hvor meget hun havde udviklet sig, imens den mest nybagte mor ville kunne se, at tingene ville blive anderledes.

Vi var glade for, at gruppen havde profiteret af forløbet, men vi var dog opmærksomme på at deltagerne var vores venner og bekendte. Deltagerne nævnte i deres evaluering, at de var glade for at kunne hjælpe os, ved at deltage i projektet.

SS

Perspektivering

I dette afsnit ønsker vi at lave en kort opsamling på diskussionsafsnittet samt forslag til hvordan andre sundhedsprofessionelle kan anvende projektet.

På baggrund af deltagernes evaluering om egne refleksioner, er der opstået nye ideer til, hvordan man kunne strukturere forløbet anderledes, og hvorledes ergoterapeuter har en rolle, i det sundhedsfremmende arbejde.

Vi læste Livsstilsprojektet tidligt i vores forløb, og det var en inspiration gennem hele forløbet. Vi håber på, at den i fremtiden kunne implementeres i alle landets kommuner, som et ergoterapeutisk tilbud til borgere med et sundhedsfremmende behov.

JH

Fordi tilbagemeldingen fra alle deltagerne har været så positiv, kunne det være interessant at udvikle et reelt tilbud til denne gruppe af nybagte forældre. Det kunne også være interessant at afholde et kursus som forløb over længere tid, med inddragelse af flere moduler fra projektet. Flere af deltagerne nævnte, at ti uger var et realistisk bud. Det ville være interessant at undersøge, om deltagelsen i kurset i sig selv har influeret på gruppens følelse af handleevne. Vi ved, at deltagerne følte at kurset havde hjulpet dem til at blive mere positive i hverdagen, bl.a. fordi de var blevet bevidste omkring at vælge flere lystbetonede aktiviteter.

En deltager foreslog, at vi tilbød kurset til par, så man sammen havde mulighed for at arbejde med de nye roller i den nye livssituation. Spørgsmålet er så bare, om fædre ville få noget ud af det? Det ville have stillet helt andre udfordringer i forhold til design og tilpasning. Vi forestiller os at dynamikken i gruppen ville have været anderledes hvis vi havde haft deltagere af begge køn, eller en ren fædre gruppe.

Vi ønsker, at vores bachelorprojekt kan bidrage til, at flere ergoterapeuter afprøver LR® på personer, som ellers ikke ville modtage ergoterapi. På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke et lignende tilbud til gruppen af raske forældre, andet end mødre grupper og fædre grupper, som ikke kan sammenlignes med det kursus, vi har udbudt. Der mangler derfor også retningslinjer for, hvordan ergoterapeuter skal arbejde med denne gruppe. Vi håber at dette bachelorprojekt overordnet kan bidrage til at skabe fokus på det ergoterapeutiske arbejde på det sundhedsfremmende - og forebyggende felt.

SS

Det kunne også være interessant, at afprøve projektet på studerende, der oplever stress i deres hverdag, et emne som er meget fremtrædende i nutidens samfund. Her kunne man udvælge de relevante moduler fra manualen, som tilpasses målgruppen. Det kunne være studerende der er i starten, midten og slutningen af deres uddannelsesforløb, og som kan være fleksible i forhold til at deltage.

Kommunerne kunne udvide deres tilbud til småbørnsfamilier med vores projekt. Det kunne være et tilbud, som de nybagte forældre introduceres til inden for den første måned, når barnet er født. På baggrund af erfaringer fra vores projekt, foreslår vi, at man kan deltage fra barnet er mellem tre og 12 måneder.

TA

Begge målgrupper kan profitere af et lignende sundhedsfremmende tilbud. Begge målgrupper kan have en hverdag med ubalance i deres aktiviteter.

Det er vigtigt at huske på, at hvis der arbejdes med andre målgrupper, så anbefales det at skifte emnerne ud, så det passer til den valgte målgruppe.

På baggrund af deltagerne feedback ved temadagene og den afsluttende evaluering, syntes forløbet at have haft en positiv indvirkning på deltagerne hverdag. Generelt pegede deltagerne på refleksionsøvelserne og erfaringsudvekslingerne som de mest givende. Det er dog svært, med sikkerhed at sige, hvorvidt det er kurset, naturlig udvikling eller vores relation til deltagerne, der ligger til grund for den positive udvikling, som deltagerne beskriver.

MA

Formidling

I det afsluttende afsnit, har vi valgt at beskrive vores tanker og ideer til, hvorledes vi ønsker at formidle denne case rapport.

Vi vil gerne skabe opmærksomhed omkring LR® som en ergoterapeutisk arbejdsmetode, og på vores målgruppe. Vi vil derfor skrive en artikel til fagbladet "Ergoterapeuten" for at dele den nye viden til andre ergoterapeuter. Derudover kunne vi godt tænke os, at holde foredrag for studerende og andre sundhedsprofessionelle, der har kontakt med denne målgruppe.

ALLE

Antal tegn uden mellemrum: 80.666

Referenceliste

Bøger

- **Albert, H; Hovmand, B; Winkel, A og Sørensen, L. V. (2005)**, *Case rapport – En grundbog i praksisformidling*.
1. udgave, 1 oplag. Munksgaard Danmark, København.
- **Andersen, I (2009)**, *Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne*. Side 155, 158 kap. 7 og 9.
4. udgave, 2. oplag. Forlaget Samfundslitteratur 2008.
- **Antonovsky, A (2000)**, *Veje til mestring*, kapitel 6 i *Helbredets mysterium*.
Hans Reitzels Forlag a/s, København.
- **Cullberg, J. (1996)**, *Dynamisk Psykiatri*.
4. oplag, 4. udgave. Hans Reitzels forlag.
- **Eide, T. og Eide, H. (2007)**, *Kommunikation i praksis – Relationer, samspil og etik i socialfagligt arbejde*, side 25, 214-217
1. udgave, Forlaget Klim.
- **Fortmeier, S. og Thanning, G. (2003)**, *Set med patientens øjne – ergoterapi og rehabilitering som patientens egen virksomhed*.
2. revideret udgave, FADL's Forlag, København.
- **Glinsvad, B (2006)**, *En salutogenetisk tilgang til sundhedsfremme: Aron Antonovsky*, side 130-134 i *Vidensformer, pædagogik, sundhed*.
1. udgave, 1 oplag. Gads forlag.
- **Gullestrup, L. og Terp, I.M. (2008)**, *Fødselsdepression*, side 13.

1 udgave. 1 oplag. Psykiatrifonden.

- **Halkier, Bente (2002)**, *Fokusgrupper*, side 27-28.
Forlaget Samfundslitteratur, København.
- **Jacobsen, C. (2010)**, *Gruppeterapi*, i *Grupper – Om kollektivets bevidste og ubevidste dynamikker*.
1. udgave, 1. oplag. Frydenlund.
- **Jeremiassen, L. og Trost, J. (2010)**, *Interview i praksis*.
1 udgave. 1 oplag. Hans Reitzels forlag.
- **Jørgensen, B. A. (2010)**, *Foulkes' teori om grupper*, i *Grupper – Om kollektivets bevidste og ubevidste dynamikker*.
1. udgave, 1. oplag. Frydenlund.
- **Kamper-Jørgensen, F og Bruun Jensen, B (2009)**, *Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber*, kapitel 1 i *Forebyggende sundhedsarbejde*.
5. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark, København.
- **Kamper-Jørgensen, F (2009)**, *Sundhedsfremme og stressmodeller*, side 164-165 i *Forebyggende sundhedsarbejde*.
5. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark, København.
- **Kielhofner, G. (2001)**, Modellen for gruppearbejde, kapitel 9 i *Ergoterapi – det begrebsmæssige grundlag*.
2. udgave, 1. oplag. FADL's Forlag, Copenhagen.
- **Kielhofner, G. (2010)**, *Det terapeutiske samspil*, side 147- 148, i *Ergoterapi - det begrebsmæssige grundlag*.
3. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark, København.

- **Lennéer Axelson, B og Thylefors, I (2006)**, *Psykosocialt arbejdsmiljø*, kapitel 1 i *Arbejdsgruppens psykologi – Det psykosociale arbejdsmiljø*.
3.udgave, 1. oplæg, Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- **Malterud, K (2004)**, *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*.
2. udgave, 2 oplag, Universitets Forlaget 2003.
- **Polatajko, H; Davis, J; Cantin, N; Amoroso, B; Purdie, L og Zimmerman, D (2008)**, *Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen*, kapitel 1 i *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*.
1. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark
- **Raae, P.H. (2007)**, *Liv i grupper*, kapitel 12 i *Gyldendals Psykologihåndbog*.
3. udgave, 2. oplag, Nordisk Forlag A/S, København.
- **Townsend, E; Beagan, B; Kumas-Tan, Z; Versnel, J; Iwama, M; Landry, J; Stewart, D og Brown, J (2008)**, *Muliggørelse: Ergoterapis kernekompetence*, kapitel 4 i *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*.
1. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark.
- **Polatajko H; Molke, D; Baptiste, S; Doble, S; Caron Santha, J; Kirsh, B; Beagan B; Kumas-Tan, Z; Iwama, M; Laliberte Rudman, D; Thibeault, R; Stadnyk, R. (2008)**, *Aktivitetsvidenskab: En bydende nødvendighed for ergoterapi*, side 114-115. i *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*.
1. udgave, 1. oplag, Munksgaard Danmark.
- **Varning Poulsen, D (2009)**, *Praktisk-didaktiske overvejelser i holdtræning*, kapitel 4 i *Holdtræning - Didaktiske perspektiver på grundtræning*.
1. udgave, 1. oplag, Gads forlag.

Anden litteratur

- **Bjørner, J.B.; Damsgaard, M.T.; Watt, T.; Bech, P.; Rasmussen, N.K.; Kristensen, T.S.; Modvig, J. og Thunedborg, K. (1997)**, *Dansk Manual til SF-36 – Et spørgeskema om helbredsstatus*, Lif: Lægemiddelindustriforeningen.
- **Craig, C. og Mountain, G. (2007)**, *Lifestyle matters – an occupational approach to healthy ageing*. Speechmark Publishing Ltd.
- **Det Nationale Forebyggelsesråd (2010)**, *Det er tid til handling – forebyggelse er en politisk vindersag*. Sundhedsstyrelsen.
- **Ergoterapeutforeningen (1999)**. *Etiske retningslinjer og praksisstandarder. En europæisk praksisstandard*.
- **Jessen-Winge C, Haldgran S. L, Larsen A. E, Kragbæk S, Decker L. (2011)**, *Livsstilsprojektet- Aktivitet og deltagelse I hverdagslivet*.
Professionshøjskolen Metropol Stadig under udarbejdelse
- **Kielhofner, G. (2006)**, *MOHO – modellen for menneskelig aktivitet*.
3. udgave. FADL's Forlag Aktieselskab, Copenhagen.
- **Komiteen for Sundhedsoplysning (1988)**, *Ottawa-charter om sundhedsfremme*.
1. udgave, 1. oplag, København.
- **Mandel, D; Jackson, J; Zemke, R; Nelson, L og Clark, F (1999)**, *Lifestyle Redesign – Implementing the Well Elderly Program*.
The American Occupational Therapy Association, Inc.

Artikler

- **Horne, J.; Corr, S. og Earle, S. (2005)**, *Becoming a mother: a study exploring occupational change in first-time motherhood*. Journal of Occupational Science 12(3).
- **Jackson, J; Carlson, M; Mandel, D; Zemke, R; og Clark, F (1998)**, *Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program*.
The American Journal of Occupational Therapy, Volume 52, Number 5.
- **Miller, T (2011)**, *Transition to first-time motherhood*.
The Practising Midwife, Volume 14, Number 2.
- **Wilcock, A. A. (1999)**, *Reflections on doing, being and becoming*.
Australian Occupational Therapy Journal 46, 1-11.

Internet

- **Brønnum Hansen, H., Juel, K., Sørensen, J. (2006)**, *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, side 293-313.
Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af, Statens institut for folkesundhed. Lokaliseret d.30.11.2011 kl. 13.24.
http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Risikofaktorer/Risikofaktorer_SIF.pdf
- **COTEC (1999)**, *Etiske retningslinjer og Praksisstandard*.
Lokaliseret 14.12.2011 kl. 14.47.
http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/MEDLEMSKAB/E-BUTIK/etiske_retningslinier.pdf

- **Ergoterapeutforeningen, *Sundhedsfremme***. Lokaliseret d. 17.11.2011 kl. 13.38.
www.etf.dk/sundhedsfremme
- **Den Kommunale Sundhedstjeneste, *Tilbud til spæd- og småbørn***.
Københavns Kommune. Lokaliseret. 13.11.2011, kl. 12.32.
<http://www.kk.dk/Borger/Sundhed/BoernogUngesSundhed/Sundhedsplejen/-/media/8A07139867E04DEF85DC946759A71292.ashx>
- **Danmarks Statistik, *Gennemsnitsalder for fødende kvinder og nybagte fædre***.
Statistikbanken. Lokaliseret. 15.12.2011, kl. 11.15.
<http://www.statistikbanken.dk/FOD11>
- **Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010), *Forebyggelse og sundhedsfremme***, kapitel 35 i *Bekendtgørelse om sundhedsloven*. Lokaliseret 20.12.11, kl. 13.00.
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>
- **Mannheim, J og Zeive D (2011), *Well-child visits***.
MedlinePlus – Trusted Health Information for You. Lokaliseret d. 30.11.2011 kl. 13.32.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001928.htm>
- **Sundhedsstyrelsen (juni 2005), *Terminologi – Forebyggelse, Sundhedsfremme og folkesundhed***.
Lokaliseret d. 30.11.2011 kl. 13.26.
<http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>
- **Sundhedsstyrelsen (2007), *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – En vejledning i Sundhedsloven § 119 stk. 1 og 2"***. Lokaliseret d. 24.11.11 kl. 13.18.
http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Kommune/Sufremikom_pf119.pdf
- **Sundhedsstyrelsen (2011), *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge***.
Lokaliseret d. 16.12.2011 kl. 16.58.
<http://www.sst.dk/publ/Publ2011/CFF/Sundhedsydelser/Sundhedsydelser.pdf>

Søgejournal

I vores søgning efter relevant litteratur, har vi under forløbet søgt i følgende databaser.

Databaser:

Google scholar

Google

Pubmed

Cochrane

Psykinfo

Desuden har vi søgt på følgende danske hjemmesider:

www.etf.dk

www.retsinformation.dk

www.sst.dk

www.kk.dk

Vi benyttede følgende engelske og danske ord enkeltstående og kombinerede

- Nybagte forældre/Nybagte mødre
- Tilbud til nybagte familier
- Sundhedsfremme til børn og voksne
- Ergoterapi og sundhedsfremme
- Barselsorlov
- Occupational therapy
- Parenthood
- New parents
- New mothers
- New fathers
- Transition to parenthood
- Maternity leave
- Health promotion
- Health promotion for well parents
- Community support for new parents

- Well child visits
- Parenthood
- Identity
- Well being
- Occupational balance
- Doing
- Beeing
- Becoming

Alle disse søgninger ledte os frem til mange forskellige resultater. Vi har herefter udvalgt den litteratur vi har fundet mest relevant.

Vi har, som inspiration og baggrundsviden desuden anvendt *Livsgnisten: Lifestyle Redesign Program – Ergoterapeutisk kursustilbud til borgere i Ballerup* af Susanne Lund, og *Fornyelse af livsstil – Lifestyle Redesign® Program i et dansk perspektiv. En aktivitetsvidenskabelig tilgang til vellykket aldring* af Susanne Kragbæk. Begge projekter er fundet ud fra vores søgeord.

Hjælp!

Jeg har fået en baby

Når et barn kommer til verden, vender det op og ned på alting i forældrenes liv. Det kan derfor være nødvendigt med nytænkning, der kan få hverdagen til at glide lettere.

At blive forældre er fantastisk, stort og konstant udfordrende. Men det er også hårdt arbejde, når man skal have hverdagen til at hænge sammen med alle de ting man gerne vil, skal, har lyst til, bliver nød til og alt det andet. Forældre rollen har mange facetter, og kræver mange kompetencer, men hvordan opnår man, at blive den forælder, kæreste og ven man gerne vil være?

Vi vil gerne, sammen med jer, udforske livet med børn på godt og ondt, samt introducerer jer til redskaber, der kan være nyttige på den videre vej ind i forældre skabet.

Vi starter forløbet med en individuel samtale, hvor vi taler om dine behov og forventninger til forløbet. De næste tre gange vil foregå i en gruppe over 3 temadage. Her vil du møde andre forældre i samme situation. Hver temadag har en overskrift, og vi vil arbejde med forskellige metoder undervejs.

Temadag 1, onsdag den 9. november kl. 10-11.30

Styr på hverdagen!

Temadag 2, onsdag den 16. november kl. 10-11.30

Hvordan påvirker aktiviteter og sundhed din livskvalitet?

Temadag 3, onsdag den 23. november kl. 10-11.30

Forælderrollen, som en livsfase fuld af muligheder!

Den første individuelle samtale finder sted i uge 44, efter aftale. Den afsluttende individuelle samtale finder sted i uge 47 efter aftale.

Temadagene vil finde sted på [REDACTED]

Obs. Der tages forbehold for ændringer.

Vi glæder os meget til at høre fra dig Venlig hilsen Maja, Jehan, Tine og Sophie

Mail: tmsj-bachelor@hotmail.com Tlf.: 40 85-58 05 eller 51 93-50 42



Vi er en gruppe ergoterapeutstuderende, som er i gang med vores bachelorprojekt. Projektet handler om sundhedsfremme for nybagte forældre.



Bilag 2

Informationsbrev

København november 2011

Kære Nybagte forældre

Velkommen i jeres nye Liv. Vi ser frem til nogle inspirerende, sjove og hyggelige timer sammen med jer her i november måned.

At blive forældre er fantastisk, stort og konstant udfordrende. Men det er også hårdt arbejde, når man skal have hverdagen til at hænge sammen, med alle de ting man gerne vil, skal, har lyst til, bliver nød til og alt det andet. Forældre rollen har mange facetter, og kræver mange kompetencer, men hvordan opnår man, at blive den forælder, kæreste og ven man gerne vil være? Vi vil gerne, sammen med jer, udforske livet med børn på godt og ondt, samt introducerer jer til redskaber, der kan være nyttige på den videre vej ind i forældreskabet.

Vi starter forløbet med en individuel samtale, hvor vi taler om dine behov og forventninger til forløbet. De næste tre gange vil foregå i en gruppe over 3 temadage. Her vil du møde andre forældre i samme situation. Hver temadag har en overskrift, og vi vil arbejde med forskellige metoder undervejs. Der vil være to ergoterapeutstuderende til stede ved hvert møde, hvor der også vil være en let servering. Børn er meget velkomne.

Den individuelle samtale kan foregå hjemme hos dig, eller den kan foregå på [REDACTED] efter aftale. De tre temadage vil foregå på [REDACTED]

Projektet er et sundhedsfremmende initiativ til nybagte forældre. Vores erfaringer kommer til at danne grundlag for vores bachelorprojekt, som vi i øjeblikket arbejder på. Vores projektform er en case rapport, hvilket er en detaljeret beskrivelse af det ergoterapeutiske arbejde.

Formålet med case rapporten er at forsøge at anvende et specifikt ergoterapeutisk koncept på en ny målgruppe. Case rapporten kan ydermere bidrage til at udvikle praksis, og ergoterapeuters generelle arbejdsområde.

Program

Uge 44, tidspunkt efter aftale

Individuel samtale, hjemme hos dig, eller på skolen

Uge 45, onsdag 9/11 kl. 10-11.30

Velkomst: Intro og præsentation.

Optimer din hverdag

Uge 46, onsdag 16/11: Kl. 10- 11.30

Aktivitet, sundhed og livskvalitet

Uge 47, onsdag 23/11: Kl. 10-11.30

Forældreren, fuld af muligheder!

Uge 48, Efter aftale

Individuel samtale

Alle informationer vil blive behandlet fortroligt og undertavshedspligt. Når case rapporten foreligger i sin

endelige form, vil man ikke kunne genkende dig. Vores hensigt er at offentliggøre rapporten i vores faglige tidsskrift Ergoterapeuten. Rapporten indgår, som del af vores eksamen som finder sted jan 2012. Vi gør opmærksom på at deltagelse i projektet er frivilligt, og at du tid hver en tid kan undlade at svare på spørgsmål eller afslutte dit forløb.

Giv dig god til, at læse brevet igennem, inden du beslutter dig for, om du vil underskrive denne samtykkeerklæring.

Vi glæder os til at hører fra dig

Med venlig hilsen

Tine, Maja, Jehan og Sophie

Ergoterapeutstuderende ved PH Metropol København

Kontaktperson: Sophie tlf. 40 85 58 05

Mail: Tmsj-bachelor@hotmail.com

Jeg bekræfter herved, at jeg har modtaget og læst overstående information. Jeg indvilger i at deltage i det beskrevne projekt. Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn, om deltagelse i projektet tilbage.

Dato:

Underskrift:

Bilag 3

Informeret samtykke

København november 2011

Kære

Du modtager dette informeret samtykke, fordi du har indvilliget i at deltage i vores case rapport. En case rapport er en detaljeret beskrivelse af et projektførløb. Formålet med case rapporten er at forsøge at anvende et specifikt ergoterapeutisk koncept på en ny målgruppe. Case rapporten kan ydermere bidrage til at udvikle praksis, og ergoterapeuters generelle arbejdsområde.

Forløbet starter med en individuel samtale, hvor vi taler om dine behov og forventninger til forløbet. De tre efterfølgende gange vil foregå i en gruppe over 3 temadage. Her vil du møde andre forældre i samme situation. Hver temadag har en overskrift, og vi vil arbejde med forskellige metoder undervejs. Der vil være to ergoterapeutstuderende til stede ved de individuelle samtaler og fire i grupperne.

Projektet er et sundhedsfremmende initiativ til nybagte forældre. Vores erfaringer kommer til at danne grundlag for vores bachelorprojekt, som vi i øjeblikket arbejder på.

Alle informationer vil blive behandlet fortroligt og under tavshedspligt. Når case rapporten foreligger i sin endelige form, vil man ikke kunne genkende dig. Vores hensigt er at offentliggøre rapporten i vores faglige tidsskrift Ergoterapeuten. Rapporten indgår, som del af vores eksamen som finder sted jan 2012.

Vi gør opmærksom på at deltagelse i projektet er frivilligt, og at du til hver en tid kan undlade at svare på spørgsmål eller afslutte dit forløb.

Giv dig god til, at læse brevet igennem, inden du beslutter dig for, om du vil underskrive denne samtykkeerklæring.

Der vil også være en let servering og børn er meget velkomne.

Vi glæder os til at høre fra dig

Med venlig hilsen

Tine, Maja, Jehan og Sophie

Ergoterapeutstuderende ved PH Metropolit København

Kontaktperson: Sophie tlf. 40 85 58 05

Mail: Tmsj-bachelor@hotmail.com

Jeg bekræfter herved, at jeg har modtaget og læst overstående information. Jeg indvilger i at deltage i det beskrevne projekt. Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn, om deltagelse i projektet tilbage.

Dato:

Underskrift:

Bilag 4

Modul 2 i Livsstilsprojektet: Aktivitet, sundhed og aldring

Dette modul udgør kernen i Livsstilsprojektets tænkning og danner grundlaget for de efterfølgende moduler. Modulet er inddelt i tre temaer. Der bruges et møde på hvert tema. Hensigten med modulet er at definere aktivitet ved at bruge grundlæggende begreber fra aktivitetsvidenskab og ergoterapi. Fokus er på sammenhængen mellem aktiviteter og vores velbefindende og livskvalitet – og dermed sundhed. Deltagerne introduceres til **APO**-modellen (**A**ktivitet, **P**erson og **O**mgivelser). De tre elementer udfoldes og deltagerne hjælpes til at reflektere over elementernes sammenhæng og interaktion, samt hvordan formål og meningsfuldhed opstår i deres egne liv gennem at være i aktivitet. Desuden reflekteres over, hvordan aldring påvirker de aktiviteter, den enkelte deltager i. Ergoterapeuterne skal hjælpe deltagerne til at forstå aktivitet på en simpel og praktisk måde.



Elise Hansen sidder på sin sædvanlige bænk og venter på bussen. Egentlig har hun mest lyst til at gå hjem igen, vejret ser også ud som om det snart begynder at regne, men hun har jo tid hos terapeuterne...

Det er også de dumme ben. Efter hun faldt og brækkede hoften, er det som om de ikke rigtig kan komme i gang igen, og så bliver det så vanskeligt ... al ting.

Hvis bare Henry stadig levede – men nu er det efterhånden 4 år siden, han døde. Hun burde da også have vænnet sig til livet som enke på nuværende tidspunkt, men det er som om arret

aldrig rigtig vil hele. Selvom der har været vanskelige tider – han var ikke altid lige nem at bo sammen med – så har de haft det godt – alle 57 år af deres ægteskab. Det er som bestandigt at gå med en byld i hjertet, og hun synes, det bliver sværere og sværere at finde lyst til at gøre noget.

Hun prøver at "tage sig sammen" og holde en vis rytme i dagligdagen. Det har hun jo altid haft, både da børnene var små, men også i tiden sammen med Henry, men nu kniber det at tage sig sammen til noget. Når datteren Sofie ringer, som hun plejer hver søndag, og spørger, hvordan det går, og hvad hun har lavet, så kniber det at finde på noget at sige – for hvad har hun overhovedet fået gjort i ugens løb? Og hun kan jo ikke blive ved med at skyde skylden på hoften, det er jo over 1 år siden, gipsen kom af...

Men hvad skal hun lave – og hvorfor skal hun overhovedet gøre noget. Kan hun ikke bare få lov til at give slip og lade stå til? Hun har trods alt rundet de 90 år – og kan man ikke få lov til ikke at gøre noget efter et

så langt liv?? Men det var nu en rigtig dejlig fødselsdagsfest, de havde – også selv om Henry var død året inden – var det sådan noget, hun skulle, kunne det da godt være, der var lidt energi endnu...

Formål

Denne del af forløbet hjælper deltagerne til at:

- Forstå betydningen af aktiviteter og forstå, hvordan denne viden kan overføres til eget liv
- Kunne beskrive sig selv gennem de aktiviteter, de deltager i
- Forstå hvordan aktiviteter påvirker sundhed og livskvalitet
- Forstå hvordan aldring påvirker de aktiviteter, den enkelte deltager i



Og til slut er det ikke mængden af år i dit liv, der tæller - det er mængden af liv i dine år.

Lincoln, Abraham (1809-1865)

Den ergoterapeutiske forståelse baseres på tanken om mennesker som aktivitetsvæsener, hvor vi skal have aktiviteter for at være i stand til at realisere forhåbninger, tilfredsstille vores behov samt ændre eller magte vores omgivelser. Aktiviteter er derfor det stof hverdagslivet er gjort af. Gennem refleksioner og diskussioner i gruppen skabes en fælles forståelse for begrebet aktivitet.

Ifølge WHO er sundhed: En tilstand af fuldkommen fysisk, mental og social velvære og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse. For at opnå denne tilstand skal et individ eller en gruppe kunne identificere og virkeliggøre forhåbninger, tilfredsstille behov og ændre eller magte omgivelserne. Sundhed ses derfor som en ressource i hverdagslivet, ikke som livets formål.

I ergoterapi bliver sundhed set i forhold til aktivitet på baggrund af flg. antagelser:

- Aktiviteter påvirker vores sundhed og trivsel
- Aktiviteter organiserer tiden og giver livet struktur
- Aktiviteter giver mening til livet, en mening der tilskrives af kulturen og af individet
- Aktiviteter er ideosynkratiske og giver udtryk for hvert enkelt menneskes særegenhed

Den ergoterapeutiske forståelse af aktiviteterets betydning for sundhed generelt og specifikt hos ældre er dokumenteret i flere internationale og skandinaviske undersøgelser. I Danmark har Legarth og Johannesen undersøgt 75 – 90 årige og deres aktiviteter. De fandt ud af, at de ældres aktiviteter udfylder hverdagen på en tilfredsstillende måde, hvis de selv styrer og udvælger, hvad

de kan overkomme. Samt at ældre menneskers betydningsfulde aktiviteter påvirker deres tilfredshed med livet. Men også at det er belastende, ikke bare for humøret, men sikkert også for sundheden, hvis hverdagslivet er præget af kedsomhed, udelukkelse eller af krav, som ikke svarer til personens ressourcer.

Tips til arbejde med andre målgrupper: hvis der arbejdes med andre målgrupper, anbefales det at skifte aldring ud med den valgte målgruppe og undersøge sammenhængen mellem den valgte målgruppe, sundhed og aktivitet.

De enkelte møder og temaer:

1. møde. Tema: At forstå aktivitet og analysere egne aktiviteter

Temaet på dette møde relaterer sig til de to første formål i modulet, nemlig at hjælpe deltagerne til at forstå betydningen af aktiviteter og kunne beskrive sig selv gennem de aktiviteter, de deltager i. Derved udvikles deltagernes evne til at reflektere over deres aktiviteter, hvorved de selv bliver i stand til at optimere deres hverdagsliv.

Gennem en analyse af egne aktiviteter, reflekterer deltagerne over og identificerer, hvordan det, de gør i løbet af dagen, påvirker dem socialt, følelsesmæssigt, mentalt, fysisk, og åndeligt. Deltagerne bliver mere bevidste om, hvorvidt de aktiviteter, de deltager i, afspejler de værdier, interesser og forestillinger de har om sig selv og det at blive ældre. Denne proces videreføres i alle moduler og temaer, men dette er den første introduktion og afprøvning af analysen.

Brug af metoderne i første møde (i rækkefølge)

For at skabe en fælles platform og finde fælles interesse mellem ergoterapeut og deltagere,

tager ergoterapeuten udgangspunkt i en af sine egne meningsfulde aktiviteter og fortæller, hvordan hun oplever at være i denne aktivitet. Ved hjælp af refleksive spørgsmål stimuleres til en fælles brainstorm, der fremmer deltagernes egne overvejelser om, hvad aktivitet gør ved dem som mennesker (*Erfaringsudveksling*)

[Inspirationsark - 2A \(brainstorm over aktivitet\)](#) + [inspirationsark 1B \(med idéer til spørgsmål\)](#)

Ergoterapeuten laver et kort oplæg om APO – modellen, hvor hun introducerer til indholdet i **Aktivitet, Person og Omgivelser** samt til aktivitetsudøvelsen, det vil sige interaktionen mellem disse. For eksempel kan **Aktivitet** præsenteres som lystbetonede (fritid), nødvendige (produktivitet) og relaterede til egen pleje og overlevelse (egen omsorg) (*Didaktisk præsentation*)

Inspirationsark 2B (med billede af APO)

For at give deltagerne en fælles oplevelse af at være i aktivitet udføres en nem, tilgængelig aktivitet med gruppen. (*Direkte udforskning*)

Inspirationsark 2B (med billede af APO)

Herefter analyseres aktiviteten ud fra APO-modellen, hvor ergoterapeuten hjælper deltagerne med at genkende indholdet i hhv. Aktivitet, Person & Omgivelser (*Erfaringsudveksling*).

Inspirationsark 2B (med billede af APO)

Deltagerne får afslutningsvis en opgave, de skal have lavet inden næste gang, hvor de skal lave en analyse af en udført hverdagsaktivitet på baggrund af APO-modellen (*Personlig udforskning*).

Inspirationsark 2B (hjemmeopgave efter første tema)

2. møde. Tema: Sammenhængen mellem aktivitet og sundhed

Temaet i andet møde hjælper deltagerne til at forstå, hvordan aktiviteter påvirker deres sundhed og livskvalitet. Deltagerne hjælpes til at forstå, at sundhed er mere end fravær af sygdom og har betydning for livskvaliteten, samt at deres meningsfulde aktiviteter har betydning for deres sundhed.

Brug af metoderne i andet møde (i rækkefølge)

Mødet starter med en opsamling af hjemmeopgaven, hvor deltagerne ud fra APO (egen analyse af aktivitet), fortæller om oplevelsen af den valgte aktivitet.

Ved hjælp af refleksive spørgsmål stimuleres til en fælles brainstorm, der fremmer deltagernes egne overvejelser om, hvad det vil sige at være sund. For eksempel: Hvad vil det sige at være sund, hvilke tegn er der på at man er sund, kan man være både sund og syg. (*Erfaringsudveksling*)

(Inspirationsark - 2C)

Ergoterapeuten introducerer til WHO's sundhedsdefinition og støtter deltagerne til at relatere denne til deres tanker som afrunding. (*Didaktisk præsentation og erfaringsudveksling*)

(Inspirationsark – 2D)

For at få deltagerne til at koble sundhed og aktivitet er det vigtigt, at de forholder sig til egne meningsfulde aktiviteter. Ergoterapeuten kan indledningsvis komme med nogle eksempler på

hvad en aktivitet kan være. Deltagerne får lidt tid for sig selv til at udvælge tre aktiviteter der betyder noget for dem, og som de har deltaget i indenfor de sidste par uger. Herefter skal de reflektere over hvad det får dem til at føle at være i disse aktiviteter. *(Personlig udforskning)*
(Inspirationsark – 2E)

Som opsamling på mødet, udveksler deltagerne herefter deres tanker om de udvalgte aktiviteter og de følelser de giver, samt hvordan dette påvirker deres sundhed. *(Erfaringsudveksling)*

Eksempler på spørgsmål, der kan stimulere diskussionen kan være:

- Hvilke af de aktiviteter du har deltaget i indenfor de sidste par uger har du nydt mest?
- Hvilken sammenhæng tror du der er mellem de aktiviteter du laver og hvordan du har det?
- Hvordan påvirker dine følelser din oplevelse af at være sund?
- Er det noget du gerne ville have lavet, men som du ikke har fået gjort? Hvis ja - Hvad afholdt dig? Hvad kunne imødegå de forhindringer?

Deltagerne får afslutningsvis en opgave, de skal have lavet inden næste gang. De skal ud fra egne erfaringer have besvaret en quiz om det næste tema – aldring. *(Personlig udforskning)*.
(Inspirationsark – 2F)

Deltagerne får afslutningsvis en opgave, de skal have lavet inden næste gang. De skal ud fra egne erfaringer have besvaret en quiz om det næste tema – aldring. *(Personlig udforskning)*.
Inspirationsark 2F (aldringsquiz + svar til ergoterapeuterne)

3. møde. Tema: Aldring og aktivitet

Temaet i tredje møde hjælper deltagerne til at forstå, hvordan aldring påvirker de aktiviteter, de deltager i. Der findes mange myter omkring det at blive ældre. Dette tema har fokus på at aflive nogle af myterne og give deltagerne mulighed for at se alderdommen som en livsfase fuld af muligheder.

Tip: spil Pia Raug's "Se nærmere til" <http://www.youtube.com/watch?v=2HN3bIY7Gjc>

Brug af metoderne i tredje møde (i rækkefølge)

Mødet starter med at ergoterapeuten skaber en sammenhæng mellem alle tre temaer, aktivitet, sundhed og aldring, ved for eksempel at tage udgangspunkt i Personen i APO modellen. (*Didaktisk præsentation*)

Herefter samles op på hjemmeopgaven "aldringsquiz" ved at gennemgå deltagernes svar og sammenholde disse med "facitlisten". Der reflekteres og diskuteres over svarene i forhold til deltagernes egne liv og erfaringer. Ved behov skal der gives plads og rum til mere tabubelagte emner som for eksempel sex og selvmord. (*erfaringsudveksling*)

[Inspirationsark 1J \(facitliste til aldringsquiz\)](#)

Fra den mere generelle snak om aldring får deltagerne til opgave, at reflektere over hvilke muligheder og udfordringer, der er for den enkelte ved at være ældre. (*personlige udforskning*)

[Inspirationsark 1K \(gruppeopgave om muligheder og udfordringer\)](#)

Arbejdet med udfordringer og muligheder deler deltagerne med hinanden, og ergoterapeuten støtter deltagerne i at fokusere på mulighederne ved aldring. Eksempler på muligheder kunne være: mere tid til at dyrke lyst betonedede aktiviteter, mere tid til familie, større viden og erfaring. (*erfaringsudveksling*) [Inspirationsark 1L \(spørgsmål om det at blive ældre\)](#)

Referencer modul 2

Legarth KH, Ryan S & Avlund K. The Most Important Activity and the Reasons for that Experience Reported by a Danish Population at Age 75 Years. **British Journal of Occupational Therapy** November 2005 68(11) s. 501-8.

Vik K, Lilja M & Nygård L (2007). The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14/2, 86-95.

Aas RW & Grotle M (2007). Clients using community occupational services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14/3, 150-59.

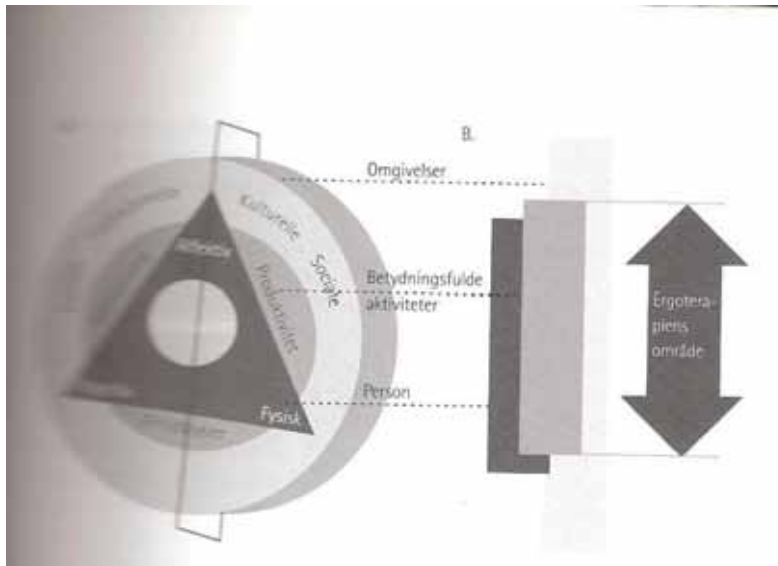
Iwarsson, S. & Isacsson, Å. (1998). ADL dependence in the elderly population living in the community: the influence of functional limitations and physical environment demand. *Occupational Therapy International*, 5/3, 173-193.

Iwarsson, Susanne, Horstmann, Vibeke and Slaug, Björn(2007) 'Housing matters in very old age—yet differently due to ADL dependence level differences', *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14:1,3 — 15

Pemberton S & Cox D, 2011. What happened to the time? The relationship of occupational therapy to time. *British Journal of Occupational Therapy*, 2011, 74(2), s.78-85.

Bilag 5

Canadian Model of Occupation and Engagement



Bilag 6

SF-36 SPØRGESKEMA OM HELBREDSTILSTAND

VEJLEDNING: Dette spørgeskema handler om din opfattelse af dit helbred. Oplysningerne vil give et overblik over, hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål.

Besvar hvert spørgsmål ved at sætte ring om det svar, der passer bedst på dig. Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal svare, svar da venligst så godt du kan.

1. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

(Sæt kun én ring)

- Fremragende 1
- Vældig godt 2
- Godt 3
- Mindre godt 4
- Dårligt 5

2. Sammenlignet med for ét år siden, hvordan er dit helbred alt i alt nu?

(Sæt kun én ring)

- Meget bedre nu end for ét år siden 1
- Noget bedre nu end for ét år siden..... 2
- Nogenlunde det samme 3
- Noget dårligere nu end for ét år siden..... 4
- Meget dårligere nu end for ét år siden 5

3. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ring om ét tal for hver linie)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
a. Krævende aktiviteter, som fx. at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	1	2	3
b. Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	1	2	3
c. At løfte eller bære dagligvarer	1	2	3
d. At gå flere etager op ad trapper	1	2	3
e. At gå én etage op ad trapper	1	2	3
f. At bøje sig ned eller gå ned i knæ	1	2	3
g. Gå mere end én kilometer	1	2	3
h. Gå nogle hundrede meter	1	2	3
i. Gå 100 meter	1	2	3
j. Gå i bad eller tage tøj på	1	2	3

4. Har du inden for de sidste 4 uger, haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ring om ét tal for hver linie)

	JA	NEJ
a. Jeg har skåret ned på den tid, jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter	1	2
b. Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	1	2
c. Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	1	2
d. Jeg har haft besvær med at udføre mit arbejde eller andre aktiviteter (fx. krævede det en ekstra indsats)	1	2

5. Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ring om ét tal for hver linie)

	JA	NEJ
a. Jeg har skåret ned på den tid, jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter	1	2
b. Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	1	2
c. Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	1	2

6. Inden for de sidste 4 uger hvor meget har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer vanskeliggjort din kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

(Sæt kun én ring)

- Slet ikke 1
 Lidt..... 2
 Noget 3
 En hel del 4
 Virkelig meget 5

7. Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de sidste 4 uger?

(Sæt kun én ring)

- Ingen smerter 1
 Meget lette smerter..... 2
 Lette smerter 3
 Middelstærke smerter 4
 Stærke smerter 5
 Meget stærke smerter 6

8. Inden for de sidste 4 uger hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?

(Sæt kun én ring)

- Slet ikke 1
 Lidt..... 2
 Noget 3
 En hel del 4
 Virkelig meget 5

9. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger -

(Sæt ring om ét tal for hver linie)

	Hele tiden	Det meste af tiden	En hel del af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
a. har du følt dig veloplagt og fuld af liv?	1	2	3	4	5	6
b. har du været meget nervøs?	1	2	3	4	5	6
c. har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?	1	2	3	4	5	6
d. har du følt dig rolig og afslappet?	1	2	3	4	5	6
e. har du været fuld af energi?	1	2	3	4	5	6
f. har du følt dig trist til mode?	1	2	3	4	5	6
g. har du følt dig udslidt?	1	2	3	4	5	6
h. har du været glad og tilfreds?	1	2	3	4	5	6
i. har du følt dig træt?	1	2	3	4	5	6

10. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

(Sæt kun én ring)

Hele tiden
..... 1

Det meste af tiden
..... 2

Noget af
tiden..... 3

Lidt af tiden
..... 4

På intet tidspunkt
..... 5

11. Hvor rigtige eller forkerte er de følgende udsagn for dit vedkommende?

(Sæt ring om ét tal for hver linie)

	Helt rigtigt	Over-vejende rigtigt	Ved ikke	Over-vejende forkert	Helt forkert
a. Jeg bliver nok lidt lettere syg end andre	1	2	3	4	5
b. Jeg er lige så rask som enhver anden, jeg kender	1	2	3	4	5
c. Jeg forventer, at mit helbred bliver dårligere	1	2	3	4	5
d. Mit helbred er fremragende	1	2	3	4	5

Bilag 7

Interview guide

Vi har valgt at udforme interview guiden efter de spørgsmål vi oprindeligt ønskede at få svar på. Undervejs i samtalerne stillede vi opfølgende spørgsmål, som var forskellige afhængig af deltagernes svar.

Ved begge samtaler indledte vi med at sætte rammerne for tid og indhold af samtalen. Vi gjorde også plads til spørgsmål og kommentarer, som ikke var direkte relateret til interviewet.

Spørgsmål stillet i det indledende interview.

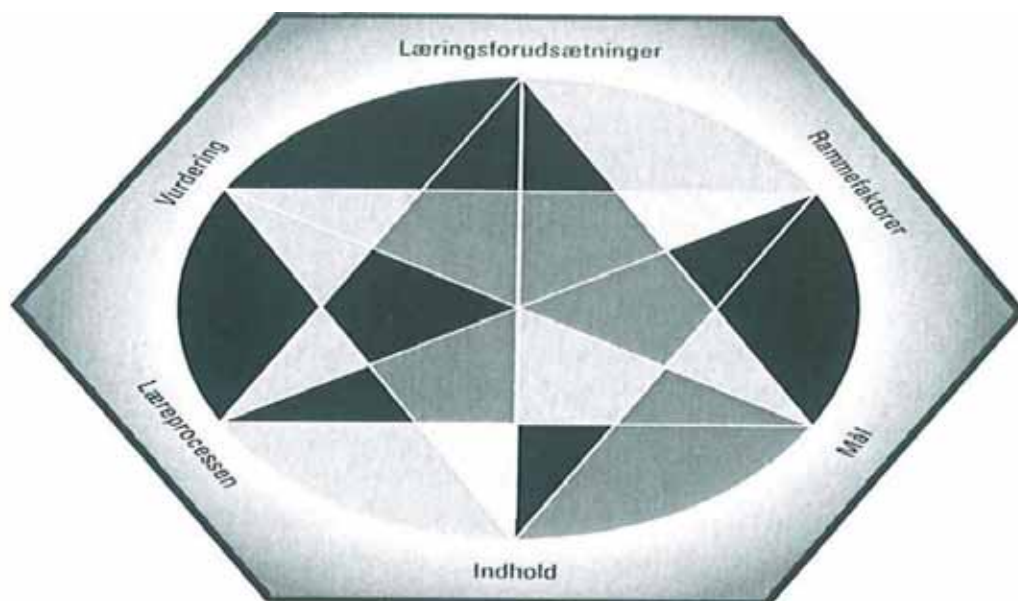
- Hvordan er det at bliver forælder?
- Hvordan ser din hverdag ud nu?
- Hvordan var dit liv før du blev forælder? Hvilke aktiviteter udførte du?
- Føler du dit liv har ændret sig efter du har fået et barn?
 - Hverdagen?
 - Aktiviteter?
- Er der noget du kunne tænke dig var anderledes?
- Hvad forventer du at få ud af disse temadage? Hvad ønsker du at opnå?

Spørgsmål stillet i det afsluttende interview

- Hvad har I gjort jer af tanker for fremtiden, for jer selv og dine sociale relationer?
- Hvad glæder du dig til at komme i gang med igen?
- Hvad tror du der skal til for at det lykkes, er der noget der skal ændres?
- Hvordan kommer hverdagen til at se ud for dig?
- Hvilke ressourcer har I brug for til at nå dine mål?
- Hvem kan støtte dig og hvad kan du selv gøre?
- Hvor meget skal det være og hvornår?
- Er der behov for at prioritere anderledes?

Bilag 8

Didaktisk planlægningsmodel



Den didaktiske relationsmodel fra "Læring gennem oplevelse, forståelse og handling"

Bilag 9

Program

Onsdag den 9. nov.

Kl. 10.00-10.45

Velkommen

Styr på hverdagen!

Kl.10.45- 11.00

Pause

Kl. 11.00-11.30 introduktion til Apo

Onsdag den 16. nov.

Kl.10-10.45

Aktivitet, sundhed og livskvalitet!

Kl.10.45-11.00

Pause

Kl. 11.00-11.30

Aktivitet, sundhed og livskvalitet!

Onsdag den 23.nov.

Kl. 10-10.45

Forælderrollen, fuld af muligheder!

Kl.10.45-11.00

Pause

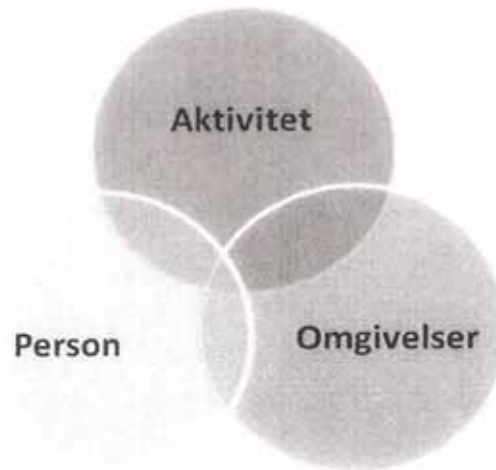
Kl.11.00-11.30

Forælderrollen, Fuld af muligheder!

2.B



Øvelse: Egen analyse af aktivitet



Noter

✓ **Aktivitet:**

Four horizontal lines for writing notes under the 'Aktivitet' section.

✓ **Person:**

Four horizontal lines for writing notes under the 'Person' section.

✓ **Omgivelser:**

Four horizontal lines for writing notes under the 'Omgivelser' section.

Bilag 11

2.C

Brainstorm over sundhed

Hvad er sundhed for dig?

©Professionshøjskolen Metropol, Ergoterapeutuddannelsen

2.D



Sundhed ifølge WHO

”Sundhed er en tilstand af fuldkommen fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom...”



2.E

Hvordan er det for dig?

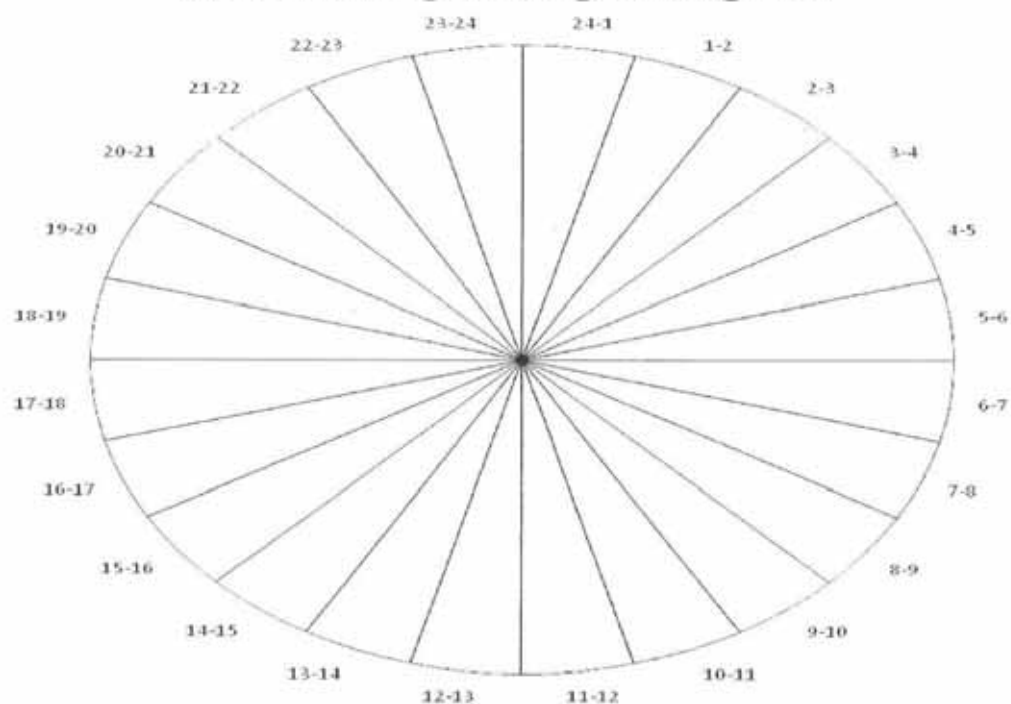
Aktivitet - Hvad gør du, der betyder noget for dig?	Følelse – Hvilken følelse har du, når du gør aktiviteten?
(Empty space for writing)	(Empty space for writing)
Aktivitet - Hvad gør du, der betyder noget for dig?	Følelse – Hvilken følelse har du, når du gør aktiviteten?
(Empty space for writing)	(Empty space for writing)
Aktivitet – Hvad gør du, der betyder noget for dig?	Følelse – Hvilken følelse har du, når du gør aktiviteten?
(Empty space for writing)	(Empty space for writing)

9.C



Modul 7: Sociale relationer
Tema 2: Omsorg for andre og omsorg for sig selv

Øvelse: Tid og omsorg for mig selv



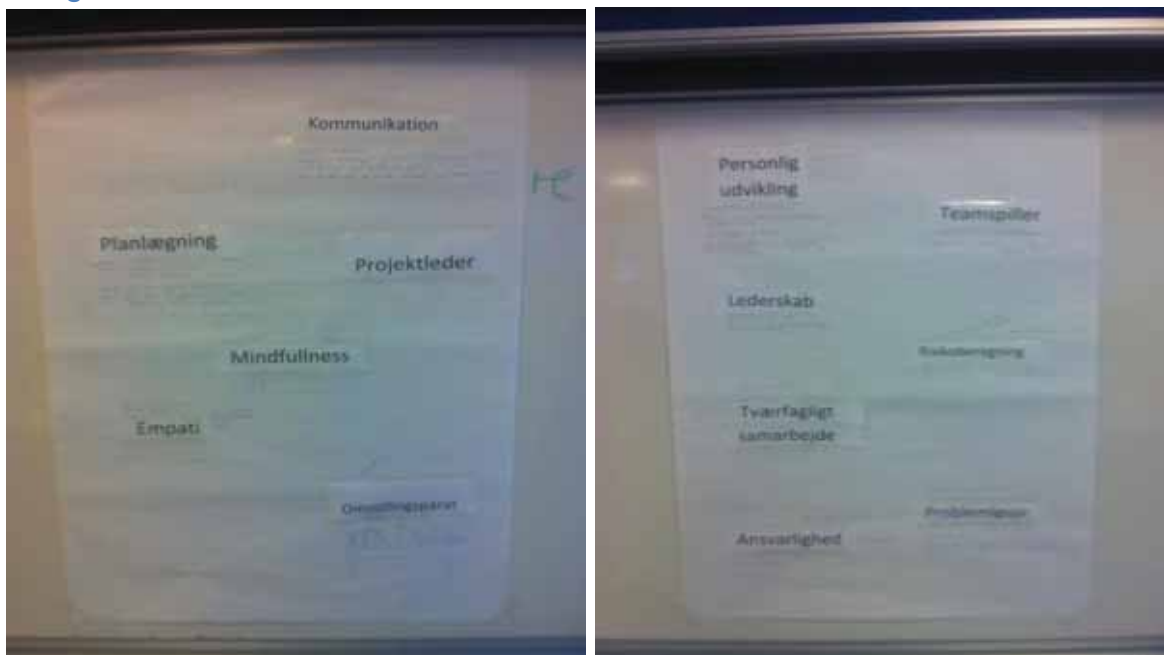
Tænk på de aktiviteter du foretog dig i går.
Forestil dig at hver del på cirklen forestiller 1 time. Markér hvilke aktiviteter du foretog dig alene, og hvilke aktiviteter du foretog dig sammen med andre med forskellige farver på cirklen.
Se på balancen mellem de to områder.

Er der noget der overrasker dig?

Bilag 15

**Skriv 3 muligheder du har som forælder/
mor**

Bilag 16



Begreberne i temadag 3 inkl. deltagernes kommentarer

Kommunikation:

- Vigtigt i forholdet
- Vigtigt i hverdagen, primært ifm. institutionen og med ens partner og barn.
- Huske at der også er følelser indblandet fra partnerens side.

Planlægning:

- Meget nødvendigt, men umuligt.
- Mere struktur på hverdagen.
- Vigtigt at kunne tænke fremad, ellers står man fx pludselig et sted uden bleer eller modermælkerstatning.

Projektleder:

- Ingen bud

Mindfulness:

- Et begreb som er et ideal, men meget abstrakt.
- Fuld fokus på body, glemme alt andet.
- Når jeg leger med mit barn.

Empati:

- Meget mere over for andre, men også for barnet.
- Dårlig samvittighed, er en meget stærkere følelse.
- For barnet men også alle andre børn og deres forældre.

Omstillingsparat:

- Uforudsigelige dage
- I hverdagen - man skal vænne sig til at de planer man har, ikke altid kan føres ud i livet på det tidspunkt man havde tænkt sig!
- Alt er en fase med baby, og det er svært synes jeg, når der skal ske noget nyt, fx fra bryst til mad eller nye søvnvaner.

Personlig udvikling:

- Større/kraftigere følelser.
- Familieliv også udenfor, mig, min mand og søn er langt vigtigere.
- Proces at få styr på følelserne.
- En udvikling ift. hvem jeg er, som person og hvad der er vigtigt for mig.

Teamspiller:

- Åbenhed over for partnerens barnepleje.
 - Balance mellem mine og partners forventninger.
- Lederskab:
- At være den der primært planlægger familiens hverdag.

Risikoberegning:

- Pakke til udflugter, hvad får man brug for.
- Tænker ALT det dårlige der kan ske.
- Prøver at dække sig ind.

Tværfagligt samarbejde:

- Med sundhedsplejerske, daginstitutioner, læge.

Problemløser:

- Prøver at finde løsninger på problemer.
- Kreative nye tilgange til fx mad, leg, skifte ble osv.
- At være den der afværger situationer, der kunne ende i hyl og skrig (strategisk tænkende).

Ansvarlighed:

- Større ansvar for det vigtigste, ens barn.
- Forholdet.
- Barnepleje, de første uger.
- Delt mellem mor og far.

Bilag 17

Livet med børn er startet og vil vare mange år endnu.

Hvilke ønsker og muligheder har du for fremtiden?

Personligt

Familien

Karriere

Bilag 18

Billede af de fysiske rammer hvor kurset blev holdt.

