



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 319

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9460

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 20

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

BACHELOROPPGAVE

Schizofreni & motivasjon

Hvordan kan sykepleiere motivere schizofrene pasienter til å øke nivå av fysisk aktivitet i hverdagen?

Kandidatnummer 319

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22. mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel

Schizofreni & motivasjon

Bakgrunn

Oppgaven omhandler psykisk helse, og hvordan sykepleiere som yrkesutøvere kan bidra til å øke motivasjonen pasienter med schizofreni har rettet mot fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet omhandler her enkle hverdagslige aktiviteter. Oppgaven baserer seg på en helsefremmende tilnærming, hvor salutogenese og empowerment blir vektlagt. Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir spesielt fremhevet, med tanke på hvordan sykepleiere kan og bør handle ovenfor denne pasientgruppen.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere motivere schizofrene pasienter til å øke nivå av fysisk aktivitet i hverdagen?

Framgangsmåte

Oppgaven er gjennomført som et litteraturstudium. Gjennom en omfattende søkeprosess i ulike databaser blir fem originale forskningsartikler fremhevet gjennom oppgavens resultat, diskusjon og konklusjon. I tillegg baserer oppgaven seg på sekundærkilder som blant annet innebefatter fagbøker og ulike publikasjoner fra Helsedirektoratet.

Funn og konklusjon

Pasienter som lider av schizofreni har mange ulike utfordringer når det gjelder motivasjon rettet mot fysisk aktivitet. Funn fra litteraturstudiet viser at både positive og negative symptom har innvirkning, i tillegg til at det er lite kunnskap om bruk av fysisk aktivitet i behandlingsøyemed blant både pasienter og sykepleiere. Hovedfunnene vektlegger relasjonen mellom sykepleier og pasient som spesielt viktig.

Nøkkelord

Schizofreni, fysisk aktivitet, motivasjon, sykepleie, empowerment, sykepleier-pasient relasjon.

Abstract

Title

Schizophrenia & Motivation

Background

The thesis deals with mental health, more specifically how nurses can increase the motivation of patients with schizophrenia towards physical activity. Physical activity is here defined as simple everyday activities everyone can perform. The thesis is based on a health-promoting approach, in which salutogenesis and empowerment are emphasized. Considering how nurses can and should act towards this group of patients, The Norwegian Nursing Association's vocational ethical guidelines for nurses are particularly emphasized.

Research question

How can nurses motivate schizophrenic patients to increase their level of physical activity in everyday life?

Process

The thesis is done as a literature study. Through an extensive search process in various databases, five original research articles are highlighted through the thesis's result, discussion and conclusion. In addition, the thesis is based on secondary sources, which include academic books and various publications from the Norwegian Directorate of Health (Helsedirektoratet).

Findings and conclusion

Patients suffering from schizophrenia have many different challenges when it comes to motivation in relation to physical activity. Findings suggest that both positive and negative symptoms have an impact, as well as that there is little knowledge about the use of physical activity for treatment purposes both among patients and nurses. The main findings emphasize the relationship between nurse and patient as particularly important.

Keywords

Schizophrenia, physical activity, motivation, nursing, empowerment, nurse-patient relation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Problemstilling.....	7
1.2 Oppgavens hensikt.....	8
2.0 Bakgrunn og begrepsavklaring	9
2.1 Psykisk helse – lidelser og plager	9
2.2 Fysisk aktivitet.....	10
2.3 Motivasjon	11
2.4 Schizofreni	12
2.4.1 Sykdomsbilde og symptomer	12
2.4.2 Årsak, diagnostisering og prognose	13
2.4.3 Behandling.....	13
2.5 Helsefremmende sykepleie	15
2.5.1 Salutogenese	16
2.5.2 Empowerment	16
2.7 Forholdet mellom pasient og sykepleier	17
2.8 Etske overveielser	18
3.0 Metode	19
3.1 Litteraturstudium.....	19
3.2 Utvalg og søkeprosess.....	20
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
3.2.2 Metode for innhenting av litteratur.....	21
3.2.3 Kildekritikk.....	22
3.2.4 Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder.....	24

3.3. Analyse og kritisk vurdering.....	24
4.0 Resultater.....	28
4.1 Barrierer og utfordringer.....	28
4.2 Motivasjonsfaktorer.....	29
4.3 Mellommenneskelige forhold.....	30
5.0 Diskusjon.....	31
6.0 Konklusjon.....	35
6.0 Litteraturliste.....	37
Vedlegg 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	40
Vedlegg 2: Databasesøk.....	41
Vedlegg 3 : Lesematrise.....	47

For den rosen som kan se kompostklar ut om vinteren,
kan neste sommer være en duftende skjønnhetsåpenbaring.

Ting forandrer seg.

Ingen kan blomstre bestandig.

Og det er viktig at vi alle hjelper hverandre

å lage fellesskap som er romslige nok,

og som har tid nok,

til at ingen vekster blir vraket

før de har nådd sin blomstringstid.

- *Arnhild Lauveng* (2014, s. 71)

1.0 Innledning

Psykisk sykdom og psykiske lidelser er et tema som stadig blir dratt frem i mediebilde, diskuteres i ulike forum og befinner seg i det generelle samfunn som noe folk flest ikke har helt klarhet i hva omfatter. I forbindelse med bacheloroppgaven ønsket jeg med bakgrunn i dette å fordype meg i tema, da med hovedfokus på den psykiske lidelsen schizofreni. Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, sykdommen innebærer mange symptomer hvorav flere blir sett på som ekstremt utfordrende å leve med. Samtidig er det en sykdom som ofte blir misforstått og stigmatisert.

Etter å ha arbeidet med schizofrene mennesker både gjennom praksis og jobb, samt gjennomgått fagbøker omhandlende diagnosen, kommer det tydelig frem at selvbilde og livsstil er utfordrende faktorer for mennesker som lider av denne sykdommen (Johannessen, Løberg & Nesvåg, 2017). Sett utfra dagens samfunn, samt et sykepleier perspektiv, har jeg i denne oppgaven et ønske om å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å bedre dette. Tema for min bacheloroppgave er derfor schizofreni, fysisk aktivitet og motivasjon. Tidligere forskning (Helsedirektoratet, 2009) viser til at fysisk aktivitet har hatt tydelig positive effekter på andre psykiske lidelser slik som angst og depresjon, jeg ønsker som følge av dette å benytte meg av denne oppgaven til å undersøke om dette også gjelder for schizofreni, samt hvordan sykepleiere kan benytte seg av dette virkemiddelet.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt å arbeide utfra er:

Hvordan kan sykepleiere motivere schizofrene pasienter til å øke nivå av fysisk aktivitet i hverdagen?

En pasient blir i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3) definert som: ”En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet”. I denne oppgaven vil helsehjelpen som den schizofrene mottar fra helse- og omsorgstjenesten være i form av handlinger som har forebyggende og helsebevarende formål, og disse personene vil derfor omtales som pasient, ikke bruker, selv om oppgaven omhandler både inneliggende og polikliniske pasienter med schizofreni.

1.2 Oppgavens hensikt

Oppgaven har som hensikt å belyse hvordan sykepleiere som yrkesutøvere kan bidra til å øke motivasjonen til schizofrene pasienter, spesielt omhandlet motivasjonen rettet mot fysisk aktivitet i hverdagen, med bruk av litteraturstudium som metode. Dette vil knyttes opp mot det helsefremmende perspektivet, hvor jeg ønsker å rette spesielt fokus på det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleieren og pasienten.

Gjennomgående i oppgaven vil etiske overveielser med grunnlag i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, revidert og godkjent av Norsk Sykepleierforbund våren 2016 (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016) bli vektlagt.

2.0 Bakgrunn og begrepsavklaring

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for bacheloroppgaven. Som utgangspunkt vil jeg gjennomgå begrepene psykisk helse, fysisk aktivitet og motivasjon - tre teoretiske begrep som er en del av oppgavens problemstilling. Videre vil jeg gå inn på schizofrenidiagnosen, herunder symptomer, prognose og anbefalt behandling. Til slutt vil jeg belyse det helsefremmende perspektivet, begrepene *salutogenese* og *empowerment*, samt hva som er sykepleierens rolle og ansvarsområde.

2.1 Psykisk helse – lidelser og plager

Det foreligger i dag et stort antall ulike definisjoner som omhandler begrepet helse og ikke minst psykisk helse. Denne oppgaven vektlegger psykisk helse, og som Andersen (2018) viser til omhandler dette menneskets egen subjektive opplevelse av trivsel, følelsen av å ha det godt i eget liv, mestre de utfordringene livet byr en samt muligheten til å finne glede i aktiviteter, arbeid og delta i samfunnet. I senere tid er det også blitt mer anerkjent å benytte psykisk helse som et mellommenneskelig begrep som omhandler forholdet til oss selv, våre nærmeste og det samfunnet vi er en del av (Andersen, 2018). En av de vanligste definisjonene omhandlet psykisk helse som blir benyttet i Norge er denne:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra ovenfor andre i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker (Andersen, 2018).

Alle mennesker har en psykisk helse, god eller dårlig. Dårlig psykisk helse er ofte forbundet med psykiske lidelser og/eller plager (Helsedirektoratet, 2014, s. 10). Hvorav psykiske plager kan defineres som psykiske tilstander som oppleves belastende, men ikke oppfyller diagnosekriteriene for en psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2019, s. 50). En psykisk lidelse på sin side er begrepet som brukes når personen har bestemte diagnostiske kriterier som er oppfylt, noe som gir en psykisk diagnose slik som schizofreni (Helsedirektoratet, 2019, s. 50). Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker personens tanker, følelser, væremåte og sosial omgang.

2.2 Fysisk aktivitet

Som mennesker er vi alle fra naturens side skapt for bevegelse og fysisk aktivitet. Borge, Martinsen, Moe og Berntsen (2011, s. 76) definerer fysisk aktivitet til å være alle kroppslige bevegelser som resulterer i økt energiforbruk. Dette vil si at fysisk aktivitet ikke behøver å være organisert eller planlagt trening, men enkle hverdagsaktiviteter som det å gå til butikken. Som Mæland (2016, s. 188) viser til er det med bakgrunn i dette viktig å fremme alle de ulike typene fysisk aktivitet som kan gjennomføres i en vanlig hverdag.

For å se på dagens samfunn er fysisk inaktivitet en økende utfordring, slik som tidligere helsedirektør Bjørn-Inge Larsen ordlegger seg i starten av Helsedirektoratet sin aktivitetshåndbok (2009, s. 3). I samme håndbok blir det henvist til generelle anbefalinger for fysisk aktivitet, de som kan oppsummeres slik:

Alle mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels , for eksempel en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette (2009, s. 37).

Eksempler på helsemessige utfordringer som kan forebygges ved fysisk aktivitet er blant annet høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, overvekt, diabetes mellitus type 2, osteoporose, samt flere ulike kreftformer og belastningslidelser (Mæland, 2016, s. 186-187). Tidligere studier har i tillegg kommet med resultater som tydelig viser at fysisk og psykisk helse drar nytte av fysisk aktivitet, noe som også gjelder personer med schizofreni diagnose (Gorczynski & Faulkner, 2010, referert i Costa et al., 2018a). God fysisk helse kan også være en med å bedre den mentale helsen. Som (Borge et al., 2011, s. 77) viser til kan regelmessig fysisk aktivitet bidra til økt selvfølelse og velvære, mindre tretthet og mer energi, samt et bedre kroppsbilde. Selv om fysisk aktivitet i seg selv ikke kan erstatte tradisjonell behandling, vil det bidra med å spille en viktig rolle i et helhetlig behandlingsopplegg for disse pasientene (Martinsen & Taube, 2009, s. 561).

2.3 Motivasjon

Motivasjon er et vidt begrep, som i følge Store Norske Leksikon (Teigen, 2018b) er en ”samlebetegnelse for de faktorene som setter i gang og styrer atferden i mennesker”. Det er for de fleste, også personer uten en psykisk lidelse, utfordrende å komme i gang med fysisk aktivitet. Likevel er det mulig en ekstra utfordring vedrørende fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, siden mange som sliter psykisk er både utladet og slitne (Borge et al., 2011, s. 81).

Som mennesker påvirkes vi både av indre og ytre motivasjon. Den indre motivasjonen baseres på indre belønning, slik som tilfredsstillelse, interesse og glede knyttet til aktiviteten som utføres. Denne typen motivasjon er mer varig og stabil, og øker på denne måten sannsynligheten for at personen fortsetter med den aktuelle aktiviteten (Deci & Ryan, 1985, referert i Borge et al., 2011, s. 81). Videre har vi den ytre motivasjonen som på sin side styres av ulike forhold utenfor personen selv. Dette kan være i form av ulike belønningsmetoder, og kilden ligger utenfor selve utførelsen av aktiviteten noe som gjør denne formen for motivasjon mindre stabil (Borge et al., 2011, s. 81).

Dette til grunn, er det den indre motivasjonen som er avgjørende. Likevel kan det være aktuelt for en sykepleier å i førsteomgang stimulere til ytre motivasjon og fungere som en motivator. Slik støtte over tid kan gjerne bidra til positive endringer, slik at aktiviteten i seg selv blir selvforsterkende og den ytre påvirkningen blir mindre styrende (Borge et al., 2011, s. 84). Som Borge et al. (2011, s. 81) også viser til responderer mange på gode relasjoner, noe som viser at det sosiale aspektet har stor betydning for motivasjonen.

Den motiverende samtalen, også omtalt som motiverende intervju, kan være et godt verktøy i forhold til å øke motivasjon. Her er hensikten å kartlegge hva den enkelte ønsker og kan ha glede av, samt hvilke ressurser og krefter som kan være med å bidra mot målet (Borge et al., 2011, s. 81). Pasientens meninger og løsninger skal stå i fokus, og målet er å få i gang ”endringssnakk”. Behandleren, eller sykepleieren som holder samtalen, er eksperten på det sunnhets faglige området, mens pasienten er ekspert på eget liv (Mabeck, 2006, s. 13). Tillit er viktig, og oppgaven som behandler omhandler å stimulere pasienten til å finne løsninger på egne problemer. Gode råd om hva som er bra bør derfor unngås, men en kan med omhu gi enkle råd om hvordan å nå målet. Poenget er at motivasjonen til forandring skal komme fra pasienten selv (Mabeck, 2006, s. 14).

2.4 Schizofreni

Schizofreni er en relativt kjent og utbredt sykdom, som statistisk sett rammer omkring 0,5-1 prosent av befolkningen (Martinsen & Taube, 2009, s. 562). I dette delkapittelet ønsker jeg å gi et bilde av hva denne lidelsen omhandler, hvilke symptomer diagnosen innebærer samt hva som finnes av behandling.

2.4.1 Sykdomsbilde og symptomer

Schizofreni er en psykoselidelse, noe som generelt kjennetegnes ved at den realitetstestende evnen er svekket, og at evnen til å skille mellom selvet og omgivelsene er redusert (Johannessen et al., 2017, s. 29).

Ved en psykose kan en oppleve både det som kalles positive og negative symptomer. *Positive* symptomer er symptomer som preges av "noe som kommer i tillegg" til individets normale sansning og tolkning av omgivelsene (Johannessen et al., 2017, s. 30). Dette inkluderer vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og hallusinasjoner. Vrangforestillinger er å ha en forestilling om noe som er feilaktig, men at en likevel holder ved disse forestillingene på tross av informasjon om at det mangler riktighet. Et eksempel på dette kan være at personen føler seg forfulgt (Martinsen & Taube, 2009, s. 562). Tankeforstyrrelser omhandler forstyrrelser i tankene, noe som kan komme til uttrykk gjennom vanskeligheter med å kommunisere sammenhengende, og på en logisk måte (Johannessen et al., 2017, s. 31). Hallusinasjoner på sin side er en betegnelse på sanseopplevelser som oppstår uten at det foreligger noen form for reell stimuli (Johannessen et al., 2017, s. 30). Eksempel på hallusinasjoner kan være at en hører eller ser noe som ikke andre kan.

Disse symptomene er de som blir omtalt som positive, selv om de kan oppfattes som svært omfattende og generelt utfordrende å håndtere. De *negative* symptomene ved schizofrenidiagnosen kan på sin side bli sett på som mindre dramatiske, men har desto større betydning for den schizofrenes funksjonsnivå på lengre sikt (Martinsen & Taube, 2009, s. 562). Disse symptomene kan ofte komme til uttrykk som sosial tilbaketrekning, tendens til asosial atferd, affektflathet, redusert motorikk og mimikk (Johannessen et al., 2017, s. 31).

Symptomene i seg selv legger til grunn at schizofreni er en avansert og altomfattende diagnose. I tillegg til symptomene nevnt over viser også Johannessen et al. (2017, s. 30) til at mange også opplever at de funksjonene som gjør deg til *deg* endres. Slik som selvoppfatningen, og den kognitive funksjonsevnen som blant annet evnen til å lære og konsentrere seg. Konsekvensene av symptomene sett sammen kan bidra til at personen avstår fra sosiale settinger av ulike årsaker, isolerer seg, mangler motivasjon til aktiviteter, nedprioriterer egenomsorg og mister livsglede. Det er likevel viktig å ha i bakhodet at alle er forskjellige, også personer som har fått en schizofrenidiagnose. Det er heller ikke slik at alle nødvendigvis har symptomer hele tiden, enkelte har kun en episode med psykose mens andre har lengre og flere (Rådet for psykisk helse, 2019).

2.4.2 Årsak, diagnostisering og prognose

Hvorfor noen av oss får diagnosen schizofreni er enda ikke helt klarlagt. Det forskerne har kommet frem til er at sykdommen har en tydelig genetisk disposisjon, samt at psykososiale miljøfaktorer har innvirkning (Martinsen & Taube, 2009, s. 562). Normal sykdomsdebut er mellom 15 til 35 år, og for å stille diagnosen benyttes diagnosemanualene ICD-10 og DSM-IV (World Health Organization, 2014, referert i Johannessen et al., 2017, s. 40). Begge de to diagnosemanualene bygger på prinsipper knyttet opp mot symptomer og tilstedeværelse, men har noen ulikheter. DSM-IV krever at personen har hatt et funksjonstap som har vart i minimalt seks måneder, mens ICD-10 krever en symptomvarighet på minimalt en måned.

2.4.3 Behandling

Behandlingen av schizofreni består av medikamentell behandling, i tillegg til ulike psykososiale behandlingsformer. Den medikamentelle behandlingen består i hovedsak av antipsykotika. Det er enighet rundt nødvendigheten av antipsykotiske legemidler som en del av behandlingen til schizofrene pasienter, som det blir vist til i Felleskatalogen ("Schizofreni", 2017) er den antipsykotiske behandlingen viktig både i faser med akutt forverring samt for å forebygge eventuelle tilbakefall. Legemidler har likevel ikke alltid ønsket effekt, og det forekommer ofte bivirkninger (Martinsen & Taube, 2009, s. 563).

Den antipsykotiske behandlingen av personer med schizofreni består av tradisjonelle antipsykotika (blant annet klorpromazin, haloperidol og flupentixol) samt nyere antipsykotika (blant annet olanzapin, risperidon og quetiapin) (Helsebiblioteket, 2015, 17. mars). Med de tradisjonelle antipsykotika er bivirkningene i de nevromuskulære funksjonene mest uttalt, noe som kan betegnes som medisinsk utløst Parkinson (skjelvinger, stivhet og treghet). Dette kommer mindre frem ved bruk av de nyere antipsykotika (Martinsen & Taube, 2009, s. 563). Bivirkninger er der likevel, og de vanligste er: Tørr munn, forstoppelse, vektøkning, søvnløshet, rastløshet, depresjon, økt appetitt, høyt kolesterol samt lavt blodtrykk (Felleskatalogen, 2017; Helsebiblioteket, 2015, 17. mars). Behandling som kun baseres på legemidler er sjeldent tilstrekkelig, og behandlingen av schizofrene omfatter derfor også ulike psykososiale behandlingsformer (Martinsen & Taube, 2009, s. 563).

Omhandlet den psykososiale behandlingen er det de siste ti årene oppstått mer optimisme. Bakgrunnen for dette er mer tydelig fokus på brukermedvirkning, empowerment, spesielt når det gjelder målsettingen for behandlingen (Johannessen et al., 2017, s. 35). Den psykososiale behandlingen består blant annet av psykoedukativ familiebehandling, kognitiv terapi, samt tiltak som skal bidra til økt samfunnsdeltakelse (Johannessen et al., 2017, s. 41). Psykoedukativ behandling omhandler familien, hvordan skal de håndtere situasjonen og hvordan kan de bidra å hjelpe, i tillegg til at det kan innebære sosial trening som opplæring i sosiale ferdigheter. Dette kan være trening i å innlede en samtale, hvordan gå frem når du merker at symptomene kommer tilbake, eller hvordan håndtere bivirkninger fra medikamentene (Martinsen & Taube, 2009, s. 563). Martinsen og Taube (2009, s. 563) viser også til at kognitiv terapi er et annet aspekt av dette som tidligere har vist seg positivt å benytte i behandling av vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Som Martinsen og Taube (2009, s. 564) viser, kan det til tross for at det finnes virksomme behandlingsformer, være aktuelt med alternativ eller supplerende behandling slik som fysisk aktivitet. De viser til flere ulike studier gjennomført som gir gode argumenter for å integrere dette som en del av behandlingsprosessen, blant annet for å redusere negative symptomer, gi bedre livskvalitet samt redusere risikoen for utvikling av somatiske sykdommer og risikoen for tilbakefall (Martinsen & Taube, 2009, s. 567).

2.5 Helsefremmende sykepleie

Gjennom denne oppgaven har jeg valgt å arbeide ut fra et helsefremmende perspektiv på helse. Dette innebærer primært å styrke helsen blant mennesker ved å vektlegge positive ressurser for helse og livskvalitet, og er på denne måten en motsetning til det sykdomsforebyggende arbeidet som i hovedsak konsentreres mot å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom og død (Mæland, 2016, s. 76). Helse blir i denne sammenhengen ikke bare et mål i seg selv, men kan like gjerne benyttes som et middel for å nå andre ønskelige mål (Mæland, 2016, s. 17). Bakgrunnen for valget av dette perspektivet er at den psykiske lidelsen schizofreni bringer med seg en rekke symptomer som kan påvirke ens hverdag, og for at en sykepleier skal kunne bidra med å motivere samt øke nivå av fysisk aktivitet hos pasienten, vil det være hensiktsmessig å ha en helsefremmende tilnærming. Ved å vektlegge helsefremming ønsker jeg å sette fokus på pasientenes positive ressurser og egenbestemmelse, samt aktiv deltakelse i egen behandling.

Helsefremming og forebygging blir også dratt frem som en av sykepleierens syv grunnfunksjoner (Kristoffersen, Skaug & Nortvedt, 2011, s. 17), samtidig som denne funksjonen blir underbygget av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer som viser til at en som sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som både fremmer helse og forebygger sykdom (Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1, referert i NSF, 2016). Funksjonsområdet tar utgangspunkt i å identifisere potensielle og reelle problemer, i tillegg til å ha helse, velvære og livskvalitet som mål (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Basert på dette er sykepleierens rolle å skape et fellesskap som gjør at enkeltindividet opplever kontroll over egen helse, og på denne måten kan øke sin helse og velvære. Fysisk aktivitet kan i denne sammenheng både bli sett på som en sykdomsforebyggende faktor, ved at det kan bidra til å redusere blant annet overvekt og høyt blodtrykk (Mæland, 2016, s. 186), samt helsefremmende faktor ved at det kan bidra til økt selvfølelse og velvære (Borge et al., 2011, s. 77).

2.5.1 Salutogenese

Salutogenese, en teori utviklet av den israelske sosiologen Aron Antonovsky, er en teori jeg ønsker å trekke frem i sammenheng med det helsefremmende perspektivet. Dette begrepet retter blikket mot å styrke helsen til enkeltindividet ved å ta utgangspunkt i at både mennesket selv og omgivelsene bidrar til helse. *Sence of Coherence* (SOC) er det mest sentrale begrepet innenfor denne teorien, og på norsk kan det oversettes til akkurat opplevelse av sammenheng (Langeland, 2014, s. 12; Mæland, 2016, s. 78). I følge Antonovsky er denne opplevelsen av sammenheng avgjørende for om personen skal oppleve helse (Andersen, 2018). Dette er, som Mæland (2016, s. 78) viser til, nært beslektet med begreper som trygg identitet, optimisme og følelse av kontroll. For å benytte seg av dette perspektivet på helse innen psykisk helsearbeid må en derfor legge til rette for at personene kan få innsikt i sine livserfaringer på en måte som styrker den enkeltes SOC (Langeland, 2014, s. 15). Prosessen er like viktig som selve resultatet, spesielt siden det å få opplevelsen av kontroll over eget liv både er sentralt når det gjelder selvbilde og mestringsevne (Mæland, 2016, s. 79). Ut i fra dette er det vesentlig å skape gode relasjoner bygget på tillit, slik at utvikling og vekst er mulig (Langeland, 2014, s. 28).

Den salutogene teorien legger dermed vekt på åpen kommunikasjon og brukermedvirkning, og legger samtidig til grunn at helsen i seg selv er en ressurs som hver enkelt har mulighet til å bygge opp eller bryte ned gjennom livet.

2.5.2 Empowerment

Den helsefremmende ideologien, med bakgrunn i Ottawa-charteret, bygger på at hvert enkelt menneske sammen med fellesskapet rundt skal få større innflytelse og kontroll over de ulike forholdene som påvirker helsen (Mæland, 2016, s. 79). I denne sammenheng er *empowerment* et viktig teoretisk begrep. Empowerment kan oversettes til ”det å vinne større makt og kontroll over” (Mæland, 2016, s. 79), noe som i hovedsak gjelder eget liv og helse.

Å oppleve at en selv har kontroll i eget liv er sentralt både for mestringssevne og selvbylde, samtidig som denne kontrollen kan ha konsekvenser for både den mentale og fysiske helsen. Dette kan ses i motsetning til at alle tiltak baseres på hva den enkelte ekspert mener er riktig eller best, ønsker en her å involvere pasienten selv mest mulig. Dette kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.4, hvor det vises til at sykepleieren bør fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Dette åpner opp for en bedre, mer åpen kommunikasjon, samt brukermedvirkning som kan bidra til at den enkelte pasient får mer individualisert og målrettet hjelp som følger vedkommens egne ønsker.

Det er viktig å finne pasientens sterke sider og vektlegge personens egne ressurser. På denne måten formes en opplevelse av å bli møtt med respekt, noe som kan bidra til å styrke motivasjonen, opplevelsen av eget ansvar samt troen på egne evner (Mabeck, 2006, s. 16).

2.7 Forholdet mellom pasient og sykepleier

For at en som sykepleier skal kunne arbeide helsefremmende, bidra til at pasienten får en økt opplevelse av sammenheng og opplevelse av kontroll over eget liv og helse er det grunnleggende å trekke frem relasjonen mellom de to parter. Dette kommer også frem som en nøkkel når det kommer til motivasjon. Flere teoretikere har dratt frem dette forholdet mellom sykepleier og pasient som viktig, blant annet Joyce Travelbee (Kristoffersen et al., 2011, s. 214-215). Hun viser til at sykepleiers hensikt kun kan oppnås gjennom å etablere en ekte relasjon med pasienten, med andre ord ikke betrakte hverandre som roller men se hverandre som to individuelle mennesker. Denne relasjonen bør, i følge Travelbee (Kristoffersen et al., 2011, s. 219), bygge på sympati, empati samt etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Det er dermed viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av egen situasjon, i motsetning til å kun forholde seg til diagnose. For å kunne gjøre dette beskriver Travelbee at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper (Kristoffersen et al., 2011, s. 221). Kommunikasjon vil, sett ut fra dette, være et middel for å bli kjent med pasienten, opparbeide forståelse og møte pasientens behov, samt hjelpe vedkommende til mestrings (Eide & Eide, 2011, s. 136). Også den amerikanske psykologen Carl Rogers (Teigen, 2018a) viser til viktigheten av å skape en god relasjon med pasienten, og at denne relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet. Rogers (Eide & Eide, 2011, s. 140) vektla at evnen til å lytte, forstå og skape god kontakt menneskene mellom er en viktig faktor knyttet til det å motivere for endring og utvikling.

Dette blir også dratt frem i Dorothea Orem's behovsteori, hvor Orem presiserer at om sykepleieren skal kunne være til hjelp for sine pasienter må det være etablert en god relasjon (Kristoffersen et al., 2011, s. 235). Hun beskriver ikke dette forholdet som et mål i seg selv, men et middel mot å identifisere og kunne bidra til å dekke pasientens egenomsorgsbehov.

Dorothea Orem sin behovsteori (Kristoffersen et al., 2011, s. 229) viser til at sykepleiens hovedmål er ”å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære”. Sykepleieren bidrar da til å hjelpe pasienten, når hans eller hennes egenomsorg svikter. Egenomsorg blir i dette tilfellet sett på som ”de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære” (Kristoffersen et al., 2011, s. 228). Teorien bygger på Abraham Maslows behovspyramide, og vektlegger seks ulike egenomsorgsbehov ved helsesvikt. Blant annet ”behovet for å lære å leve med sykdom og konsekvenser av medisinsk behandling på en måte som fremmer fortsatt personlig utvikling” (Orem, 2001, s. 235, referert i Kristoffersen et al., 2011, s. 232).

2.8 Ethiske overveielser

Ethvert forskningsprosjekt innebærer etiske overveielser. Som Dalland (2014, s. 95) viser til omhandler etiske overveielser at vi må tenke oss om hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og samtidig hvordan disse utfordringene kan håndteres. Siden dette er en litteraturstudie vil jeg i denne omgang ikke være i direkte kontakt med deltakerne i de ulike forskningsprosjektene, men jeg vil allikevel tilegne meg kunnskap omhandlende både etiske overveielser i forhold til forskning og oppgaveskriving, samt yrkesetikk.

Som kapittel 2.1 viser til baserer oppgaven seg på etiske overveielser med grunnlag i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016). Dette er etiske retningslinjer som legger til grunn at ”grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF, 2016). Dette er noe jeg ønsker å vektlegge gjennom min oppgave.

3.0 Metode

I dette kapitlet går jeg først gjennom litteraturstudium som metode. Deretter kommer en presentasjon av søkeprosessen som inneholder PICO, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt hvilke databaser jeg har funnet relevante å søke i. Videre beskrives det hvordan dataen er innhentet, og til slutt kritisk gjennomgang av litteraturen som er inkludert i oppgaven med tanke på IMRaD-strukturen samt om litteraturen er fagfellevurdert. Avslutningsvis kommer analysen av de artiklene jeg har valgt ut til min oppgave.

3.1 Litteraturstudium

En litteraturstudie blir av Polit og Beck (2017, s. 733) definert som et kritisk resymé omhandlet et tema av interesse, ofte utarbeidet for å sette et forskningsproblem i sammenheng. Det vil si kritisk oppsummering av allerede eksisterende forskning om valgt tema, for å se denne forskningen i sammenheng og utarbeide en litterær oversikt. Som Støren (2013, s. 39) viser til, går et litteraturstudium ut på å gjennomføre et systematisk søk etter vitenskapelige originalartikler i relevante databaser, samle funnene, gjennomgå kritisk vurdering av det innhentede materialet, for så å sammenfatte det hele. I denne bacheloroppgaven er det blitt gjort systematisk søk etter relevante vitenskapelige originalartikler omhandlende tema schizofreni og fysisk aktivitet. Materialet er dermed *allerede eksisterende* kunnskapen som blir presentert gjennom artiklene hentet frem gjennom databasesøk, og det er litteraturen i seg selv en skal studere (Støren, 2013, s. 16-17). Gjennom en litteraturstudie skaper man ingen ny kunnskap om det aktuelle tema, men man setter sammen og sammenligner den allerede eksisterende kunnskapen, noe som kan bidra til ny og bedre forståelse. Med en slik studie finnes det både fordeler og ulemper.

En fordel kan være at et litteraturstudium kan bidra til å rette søkelys mot hva som allerede er forsket på, samtidig som det kommer frem hva det er behov for å undersøke og studere nærmere i nye studier. Det bidrar også til at du får god og bred innsikt i tema du studerer. I tillegg kan et litteraturstudium bidra til at jeg som student får en dypere og bedre forståelse av hvordan å finne relevant forskning, samt hvordan vurdere og yte god kildekritikk med tanke på denne forskningen, noe som jeg ser på som svært aktuelt med tanke på fremtidig arbeidsliv. På den andre siden kan ulemper med et litteraturstudium blant annet være at det er utfordrende å begrense og spisse problemstillingen på en slik måte at du får gode resultater gjennom søkeprosessen, men samtidig få undersøkt mest mulig av den relevante forskningen innenfor tema. Det kan også være en svært tidkrevende prosess. Noen tema har blitt gjort mye tidligere forskning på, og forskning er dermed enkelt å finne men utfordrende å gjennomgå. Andre tema er det mindre forskning på, og det vil da være utfordrende å finne selve forskningen.

3.2 Utvalg og søkeprosess

For å tilrettelegge for en best mulig søkeprosess har jeg valgt å benytte meg av PICO ("PICO", 2016). PICO bidrar til å gi struktur, samt klargjøre forskningsspørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. Under *population/patient/problem* har jeg satt pasienter over 18 år med schizofreni diagnose. Videre i *intervention* satte jeg fysisk aktivitet. Under *outcome* satte jeg helse relatert livskvalitet og motivasjon. Jeg valgte å ikke inkludere *comparison* da oppgavens hensikt ikke var å sammenligne ulike tiltak.

Selv om formålet med oppgaven ikke var å sammenligne tiltak, fant jeg likevel frem til flere studier som sammenlignet en gruppe schizofrene opp mot en kontrollgruppe gjennom mitt litteratursøk. Jeg har valgt å inkludere noen av disse studiene da de bidrar til å gi bedre innsikt omhandlet problemstillingen.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Gjennom søkeprosessen har jeg i tillegg benyttet meg av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å kunne gjennomføre et systematisk søk etter relevant forskning. Kriteriene er listet under i vedlegg 1, og disse bidrar til at jeg enklere kan stille konkrete krav og avgrense litteraturen, samt sortere og utføre en utvelgelse når det gjelder den litteraturen som kommer frem gjennom databasesøkene. Kriteriene er valgt med bakgrunn i hensikt og problemstilling for oppgaven, og skal bidra til at jeg finner god og relevant forskning.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å øke personer med schizofrenidiagnose sin motivasjon ovenfor fysisk aktivitet. Det er derfor et inklusjonskriterium både at studien skal omhandle schizofreni og fysisk aktivitet, i tillegg til at den omhandler det psykiatriske aspektet og ikke det somatiske.

Videre har studier skrevet før 2014 blitt ekskludert. Dette er med bakgrunn i at det er gjort mye ny forskning omhandlende psykiatri i de senere år, og jeg ønsker derfor å kun inkludere den nyeste og mest oppdaterte forskningen i min oppgave. Jeg har også valgt å ekskludere artikler som ikke er vitenskapelige originalartikler, det vil si for eksempel tidligere litteraturstudier gjort på tema. Selv om dette mulig kunne bidratt til bredere innsikt og oversikt har jeg valgt å følge Støren (2013, s. 39) sine retningslinjer omhandlet litteraturstudium som viser til at et litteraturstudium kun skal studere originalartikler.

3.2.2 Metode for innhenting av litteratur

Til innhenting av litteratur er det gjennomført strukturerte litteratursøk i fire ulike databaser, noe som resulterte i at jeg valgte ut fem vitenskapelige artikler.

Søkeprosessen i seg selv har vært en lang, tidkrevende og relativt utfordrende prosess. For å komme i gang og kartlegge hvor mye det fantes av tidligere forskning startet jeg først med kun noen få søkeord samt få inklusjons-/eksklusjonskriterier. Søkeordene blant annet ”schizofreni”, ”physical activity” og ”health promotion”. Dette gav mange, og lite presise resultat. Videre tok det noe tid å finne frem til de relevante databasene jeg ønsket å benytte i min oppgave, samt hvordan benytte ulike søkeord for å få frem gode resultater. Etter en del prøving og feiling i et stort antall ulike databaser falt valget mitt på å benytte Cinahl, PubMed, PsycINFO, og SweMed+.

Cinahl er en database med referanser til engelskspråklig litteratur omhandlende sykepleie og tilgrensende fag; PubMed inneholder referanser til medisin, sykepleie og andre helsefag; PsycINFO er en database for litteratur innen psykologi, og SweMed+ er en nordisk database innenfor medisin og helse (”Databaser”, 2019).

Alle fire er referansedatabaser, det vil si databaser som inneholder en referanse til hvor du kan finne artikkelen i fulltekst. Om jeg ikke fikk tilgang eller fant artikkelen i fulltekst gjennom den valgte databasen benyttet jeg Google Scholar, en gratis bibliografisk søkemotor som indekserer fulltekst og metadata for akademisk litteratur. Her skrev inn artikkeltittelen og fant på denne måten link til artikkelen i fulltekst.

Det ble tidlig i søkeprosessen klart at søket var for bredt, og det ble nødvendig å begrense ved å legge til flere søkeord samt inkludere noen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene direkte i søket der dette var mulig. I alle de fire valgte databasene var det mulig å avgrense søket basert på publikasjonsår. Her valgte jeg, som inklusjonskriteriet tilsier, å avgrense fem år tilbake i tid samt å hake av for at artiklene skulle være ”peer reviewd” (fagfelleurdert). Det var ikke mulig å avgrense søkene til kun artikler som var fagfelleurdert i alle databasene. I disse tilfellene gjennomførte jeg søket, for så å kopiere artikkeltittelen inn i Oria som er høyskolebiblioteket sin søkemotor, og her finne ut om artiklene var fagfelleurdert.

Konkrete og gode søkeord er nøkkelen for å finne frem til relevante forskningsartikler. For å finne de beste ordene omhandlende mitt tema benyttet jeg meg av søkeordene de ulike databasene har i sitt emneordsystem. Med dette som bakgrunn falt valget av søkeord på blant annet ”schizophrenia”, ”physical activity”, ”quality of life”, ”motivation”, ”health promotion”, ”empowerment”, ”sense of coherence” og ”psychiatric nursing”. Fullstendig oversikt over databasesøk samt søkeord ligger i vedlegg 2.

3.2.3 Kildekritikk

Dalland (2014, s. 74) påpeker er det gjennom kildekritikken du kan vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til kildematerialet benyttet i oppgaven. Gyldighet, holdbarhet og relevans er grunnleggende.

Gjennom min søkeprosess har jeg benyttet meg av inklusjons- og eksklusjonskriteriene listet i vedlegg 1 for å tidlig kunne utføre en utvelgelse basert på allerede avklarte kriterier. Videre er det slik at når man benytter vitenskapelige artikler benytter man primærkilder. Dette er originale forskningsartikler hvor studien er gjennomført og skrevet av forskeren selv (Polit & Beck, 2017, s. 115). Sekundærkilder på sin side, som blant annet lærebøker, er ofte gjengitte teorier og/eller forskningsresultater skrevet av en person som ikke behøver ha tilknytning til den aktuelle studien. Til bakgrunns materialet for denne oppgaven har jeg benyttet sekundærkilder, blant annet lærebøker, ulike publikasjoner fra Helsedirektoratet samt nettsider og nettbaserte leksikon. Angående nettsidene har jeg gjennomgått disse kildekritisk rettet mot hvem som er utgiver, om forfatter og referanser kommer tydelig frem, samt innholdet fremstår originalt og relevant for min oppgave.

For å få et innblikk i om de artiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven holder høyt akademisk nivå, om innholdet er originalt samt om resultatene er troverdige har jeg lest grundig gjennom hver enkelt, sjekket referanselisten, samt undersøkt om de følger IMRaD-systemet og er fagfellevurdert. IMRaD står for: **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat og **D**iskusjon (Polit & Beck, 2017, s. 60-62). Introduksjonen skal vise til forskningsproblemet/formålet og hva som er bakgrunnen for studien. Metod delen skal beskrive metodene benyttet for å svare på forskningsspørsmålet. Resultat skal henviser til funn og resultat fra data analysen, og diskusjon skal forskerne finne frem til konklusjoner omhandlet hva resultatet betyr samt hvordan dette kan bli benyttet i praksis. Foruten disse fire delene inneholder også en god forskningsartikkel oftest et abstrakt eller sammendrag, og en konklusjon eller avslutning. I vedlegg 3 finnes en lesematrise av de utvalgte artiklene.

Som snart ferdig utdannet sykepleier retter jeg meg etter de yrkesetiske retningslinjene, som i punkt 1.3 som blant annet viser til at en sykepleier har et faglig, etisk og personlig ansvar omhandlende å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten (NSF, 2016). Av denne grunn har jeg også inkludert etiske overveielser med bakgrunn i Helseforskningsloven (2008), og forsikret meg om at studiene er etisk godkjent og gjennomført på en humanetisk måte.

3.2.4 Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder

Innenfor forskning blir det i hovedsak benyttet to ulike metoder, kvalitativ og kvantitativ forskning, som igjen har flere undergrupper. Metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunn vi lever i, samt hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2014, s. 112).

Den kvalitative forskningen har som formål å fange opp opplevelse eller mening som ikke lar seg tallfeste eller måles, mens de kvantitative forskningsmetodene gir data i form av målbare enheter slik som tall og statistikk (Dalland, 2014, s. 112). Den kvalitative metoden på sin side tar sikte på å undersøke et fenomen på en dyptgående måte, for å utfra dette å oppdage eller avdekke viktige underliggende fakta, mønster og/eller mening. Ulike varianter av intervju blir ofte benyttet, og resultatene blir presentert i en fortellende form (Polit & Beck, 2017, s. 741). På den andre side har vi kvantitativ forskningsmetode som vektlegger data innsamlet i form av tall, og som gjennom statistiske analyser forsøker å beskrive fenomen, vurdere størrelse og pålitelighet, samt forholdene mellom dem (Polit & Beck, 2017, s. 741). Under kvantitativt forskningsmetode kommer også *cross-sectional design* eller tverrsnittstudie. Dette er en type studie som samler data på en planlagt måte i en definert populasjon (utvalg) på et gitt tidspunkt, og benyttes i hovedsak får å beskrive forekomst av noe eller sammenhenger ("Tverrsnittstudie", 2016).

3.3. Analyse og kritisk vurdering

For å analysere og kritisk vurdere de fem artiklene jeg har valgt å inkludere i min oppgave har jeg definert seks spørsmål med bakgrunn i Dallands retningslinjer for kildekritikk (Dalland, 2014, s. 72-80). Spørsmålene jeg har valgt for å analysere artiklene er:

- 1) Hvilket år er studien publisert?
- 2) Er studien fagfellevurdert, og følger den IMRaD-strukturen?
- 3) Hvor er studien gjennomført?
- 4) Hvilken metode eller hvilke metoder er anvendt?
- 5) Hvor mange deltok i studien, og hva var kriteriene for deltagelse?
- 6) Er formålet med studien klart definert?
- 7) Har studien relevans for denne oppgavens problemstilling?

Under kommer de fem artiklene i tilfeldig rekkefølge.

- 1) *Autonomous motivation and quality of life as predictors of physical activity in patients with schizophrenia* (Costa et al., 2018)

Studien er kun ett år gammel, og er derfor klart nyere forskning. Den er fagfellevurdert og følger IMRaD-strukturen. Studien er gjennomført i Portugal, et land som bygger på europeisk kultur og vestlig familiestruktur, og kan derfor sies å være relativt lik den norske kulturen på flere områder. Det er en kvantitativ studie med tverrsnitt design, og det er inkludert 114 deltakere med schizofrenidiagnose basert på DSM-IV kriteriene. Formålet med studien var å undersøke, blant flere identifiserte faktorer, hva som har mest innvirkning på den fysiske aktiviteten blant schizofrene mennesker. Resultatene fra studien viser at autonom (indre) motivasjon, i tillegg til livskvalitet, har påvirkning på nivå av fysisk aktivitet blant schizofrene. Studien er relevant ved at den gir et innblikk i hva sykepleiere kan bidra med, dette for å øke indre motivasjon hos personen selv samt igjen bidra til økt nivå av fysisk aktivitet.

- 2) *Nurses experiences in using physical activity as a complementary treatment in patients with schizophrenia* (Carlbo, Claesson & Åström, 2018).

Denne studien er kun ett år gammel. Den er fagfellevurdert og følger IMRaD-strukturen. Studien er gjennomført i Sverige, en kultur som kan sies å være svært lik den norske. Det er en kvalitativ studie hvor det var tre fokusgrupper med totalt 12 deltakere. Deltakerne var sykepleiere eller sykepleie assistenter som jobbet på institusjon og/eller ute i miljøet med schizofrene pasienter. Formålet med studien var å undersøke sykepleiernes erfaring, samt personlige motivasjon, for å benytte fysisk aktivitet som komplementær behandling for pasienter med schizofreni. Studien gjennomført her er relevant hva angår min problemstilling da det problematiseres sykepleiernes egen motivasjon ved bruk av fysisk aktivitet i behandlingen, samt deres erfaringer med å arbeide med schizofrene og fysisk aktivitet.

3) *Participants' voices from within a healthy lifestyle group (Park, Foster & Usher, 2017).*

Studien er to år gammel, og kan derfor karakteriseres som relativt ny forskning. Den er fagfellevurdert og følger IMRaD-strukturen. Studien er gjennomført i Canada, et land med vestlig preg som kan sies å være likt Norge på mange områder. Den er gjennomført som en kvalitativ studie med intervju, og det var totalt ti deltakere med schizofrenidiagnose over 18 år. Deltakerne hadde i forkant deltatt i en 12-ukers randomisert kontrollert studie omhandlet effekten av et sunt livsstilsprogram, og formålet med den påfølgende studien var å undersøke deres erfaring med dette programmet. Studien er relevant hva angår problemstillingen ved at det gir et innblikk i den schizofrenes tanker rundt fysisk aktivitet, samt hvilke faktorer de tenker bidrar til å øke motivasjonen og opprettholde den sunne livsstilen.

4) *Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia (Rastad, Martin & Asenlöf, 2014).*

Denne studien er fem år gammel. Den er fagfellevurdert og følger IMRaD-strukturen. Studien er gjennomført i Sverige, en kultur som kan sies å være svært lik den norske. Studien ble gjennomført med kvalitativt design, og inkluderte intervjuer med hver enkelt deltaker samt et etterfølgende spørreskjema. Det ble inkludert 18 pasienter med schizofreni og 2 pasienter med schizoaffektiv lidelse i studien, alle over 20 år og diagnostisert med DSM-IV manualen. Målet med studien var å studere oppfatningen og erfaringen av ulike barrierer vedrørende fysisk aktivitet. Dette er relevant til problemstillingen ved at det gir innsikt i hva de schizofrene selv ser på som utfordringer når det gjelder fysisk aktivitet, og kan dermed bidra til å øke kunnskapen rundt hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe.

- 5) Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia (Gomes et al., 2016).

Denne studien er tre år gammel, og det kan derfor sies å være relativt ny forskning. Den er fagfellevurdert og følger IMRaD-strukturen. Studien er gjennomført i Portugal, et land som bygger på europeisk kultur og vestlig familiestruktur, og kan derfor sies å være relativt lik den norske kulturen på flere områder. Det er en kvantitativ studie med tverrsnittdesign som inkluderte 32 polikliniske pasienter med schizofrenidiagnose basert på DSM-IV kriterier og 32 friske mennesker. De to gruppene var satt opp mot hverandre med bakgrunn i alder, kjønn, kroppsmasseindeks, midje- og hofteomkrets. Formålet med studien var å undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet mellom de schizofrene polikliniske pasientene og den friske kontrollgruppen. Relevansen for min problemstilling kommer frem ved at studien gir et innblikk i livsstilen og nivået av fysisk aktivitet blant studiens deltakere. Ut fra dette kan en finne kunnskap rundt hva sykepleiere kan bidra med for eventuelt å øke motivasjonen når det kommer til fysisk aktivitet, samt hvor behovet ligger.

4.0 Resultater

I dette kapitlet vil resultatene fra analysen av de fem artiklene presenteres. Sammenfattet omhandler dette tre kategorier: Barrierer og utfordringer knyttet til fysisk aktivitet for personer med schizofrenidiagnose, motiverende faktorer, og mellommenneskelige forhold. Resultatene gir et bilde av hvordan sykepleiere kan fremme motivasjonen til pasientene med schizofreni ved å benytte fysisk aktivitet som virkemiddel. Vedlegg 3 innebefatter lesematrise av utvalgte artikler.

4.1 Barrierer og utfordringer

Rastad, Martin & Åsenlöf (2014) gjennomførte en kvalitativ studie med 20 pasienter med schizofreni og schizoaffektiv lidelse hvor de kom frem til seks barrierer som kompliserte eller hindret fysisk aktivitet. Dette var symptom på sykdom eller sykdomsfølelse, hvor deltakerne blant annet uttrykte at stemmer i hode fortalte dem at de ikke skulle trene eller at de avsto fra fysisk aktivitet med bakgrunn i at de var redd for å møte nye mennesker. Videre ble umiddelbare negative resultater som smerte, negative forventninger slik som frykt for å ikke få resultater samt manglende motivasjon over tid beskrevet som barrierer. Det var også en del misforståelser rundt fysisk aktivitet, slik som at noen av deltakerne hadde en idé om at det kun var intensiv eller hard trening som gav noe mening. Det fremkom også at noen av deltakerne hadde utfordringer med egen kroppsoppfattelse, å tolke informasjon kroppen sendte ut (hvor smerte kom fra), og at flere så på økonomi som en utfordring. Resultatene fra denne studien viser at både positive og negative symptom har innvirkning. Avslutningsvis ble det presisert at mangel på motivasjon regnes som en av de primære utfordringene når det kommer til fysisk aktivitet blant schizofrene.

Vedrørende motivasjon viser Costa et al. (2018) til at autonom motivasjon (det vil si identifisert, integrert og indre motivasjon basert på underliggende mål som gir opphav til handling), sammen med livskvalitet, var de mest betydningsfulle faktorene når det gjelder å få schizofrene pasienter til å øke sitt nivå av fysisk aktivitet. Gjennom Gomes et al. (2016) sin studie kommer det også frem at personer med schizofreni har dårligere livskvalitet, samt lavere nivå av fysisk aktivitet, sammenlignet med en frisk kontrollgruppe. Røyking ble dratt frem som en utfordring, da høyere antall sigaretter ble relatert til lavere antall skritt per dag. 53% av deltakerne med schizofreni røykte, mens kun 15% av deltakerne i den friske kontrollgruppen. I tillegg blir den høye forekomsten av kardiovaskulære sykdommer, diabetes og metabolsk syndrom dratt frem som barrierer når det kommer til fysisk aktivitet. Gomes et al (2016) viser også til at livskvaliteten potensielt kan bedres med regelmessig fysisk aktivitet.

Park, Foster & Usher (2017) gjennomførte i sin studie intervju med schizofrene mennesker som i forkant hadde deltatt i et 12-ukers livsstilsprogram med fokus på å få et sunnere liv. Gjennom denne studien kom det frem at deltakerne hadde lite kunnskap om hvordan føre en sunn livsstil før deltagelse i livsstilsprogrammet. Lite kunnskap var også noe som kom frem gjennom Carlbo, Claesson & Åström (2018) sin studie. Formålet med den sistnevnte studien var å få innblikk i hvordan sykepleiernes erfaringer og motivasjon rundt implementering av fysisk aktivitet som en del av behandlingen for schizofrene var. Resultatene viste at det var lite kunnskap, samt usikkerhet rundt fysisk aktivitet som behandlingstillegg, både blant pasienter og sykepleiere. Videre viste de til utfordringer med implementeringen, blant annet at det kan ta mye tid og ressurser, i tillegg til at fysisk aktivitet krevde fleksibilitet, individualisering samt sykepleiere som var genuint interessert og motivert for oppgaven.

4.2 Motivasjonsfaktorer

Park et al. (2017) viser til positive faktorer ved fysisk aktivitet og livsstilsendring som blant annet vektstyring, kontroll i egen helsetilstand, fellesskap med andre mennesker i form av gruppetrening, økt sosialisering og følelse av tilhørighet. Dette er også faktorer som blir fremhevet i Carlbo et al. (2018) sin studie. Videre kommer det også frem at fysisk aktivitet har fordeler som å redusere negative symptomer og bedre søvnkvaliteten, to sterkt motiverende faktorer.

Rastad et al. (2014) viser i sin studie til at umiddelbare positive effekter, slik som økt glede og følelse av lykke var en motivasjonsfaktor for fysisk aktivitet. Det blir også fremhevet faktorer som at fysisk aktivitet kan bidra til lettere pust; at noen av deltakerne i studien knyttet det opp mot følelse av tilfredshet, frihet og uavhengighet; samt at det kunne bidra til å lindre smerteforhold og kunne bidra til å gjøre livet rikere. Det kommer i tillegg frem at livskvaliteten til den enkelte kan bedres med regelmessig fysisk aktivitet (Costa et al., 2018; Gomes et al., 2016).

4.3 Mellommenneskelige forhold

Viktigheten av mellommenneskelige forhold og relasjoner for å øke motivasjonen blir vektlagt i flere av studiene (Carlbo et al., 2018; Park et al., 2017; Rastad et al., 2014). Park et al. (2017) viser til at det å være en del av en gruppe ble vurdert som det mest positive med å være deltaker i et livsstilsendringsprogram. Carlbo et al. (2018) viser igjen til at sykepleierne hadde positiv erfaring av fysisk aktivitet i form av at det bidro til å bygge forhold og få et mer positivt samhold, både mellom pasientene og mellom sykepleierne og pasientene. I denne forbindelsen ble sykepleieren både en motivator og en treningskompanjong. Costa et al. (2018) legger også til grunn at gruppetrening bidro til økt sosialisering, og i Rastad et al. (2014) sin studie samt Park et al. (2017) sin studie kommer det frem at deltakerne hadde stor hjelp av personlig støtte fra helsepersonell. Verdien av det terapeutiske forholdet blir også beskrevet som nyttig, ved at det både besto av råd, oppmuntring, motivasjon og veiledning. Rastad et al. (2014) viser også til at mentale forberedelser, slik som tidlig informasjon, en periode med samtaler før en inngikk i en forpliktelse var viktig og planlegging av aktivitetene var viktig.

5.0 Diskusjon

Analysen legger til grunn flere utfordringer hva angår fysisk aktivitet for den schizofrene populasjonen, noe som igjen kan bidra til gi et bilde av hvorfor det er et lavere nivå av akkurat fysisk aktivitet blant schizofrene kontra personer uten psykiske lidelser. Som Gomes et al. (2016) sin studie viste til var det kun 25 prosent av deltakerne med schizofrenidiagnose som var regelmessig fysisk aktive, mens det i den sunne kontrollgruppen var 50 prosent. Årsaken til dette kan tenkes å være et mulig bias mot å konkret velge sunne og aktive deltakere til å delta i kontrollgruppen, noe de også tar med i beregningen i den aktuelle studien, likevel understøttes disse funnene også av andre studier gjennomført (Dauwan, Begemann, Heringa & Sommer, 2016; Gorczynski & Faulkner, 2010, referert i Costa et al., 2018a; Nyboe, Moeller, Vestergaard, Lund & Videbech, 2016). De utfordringene som kommer frem vedrørende fysisk aktivitet omhandler blant annet sykdommens symptomer, slik som hallusinasjoner som det blir vist til i studien gjennomført av Rastad et al. (2014). Symptomer er en følge av alle sykdommer, og kan i mange situasjoner oppleves som en byrde. Slik behandlingen av schizofreni er i dag er det i hovedsak antipsykotiske legemidler som blir benyttet for å lette symptombyrden, i tillegg til at kognitiv atferdsterapi vist seg å være verdifullt (Martinsen & Taube, 2009). Når det gjelder antipsykotiske legemidler innebærer dette også bivirkninger, slik som depresjon og vektøkning. Det må derfor benyttes med omhu, og vurderes i samråd med lege om det er hensiktsmessig for hver enkelt. Blir medikamenter kun benyttet med bakgrunn i at det er en enkel løsning for helsepersonell, og er det gjort etiske vurderinger rundt bruken er spørsmål en kan stille seg. Det er mulig at flere hadde hatt godt utbytte av kognitiv atferdsterapi, og på denne måten kunne trappet ned på medikamenter, men dette er noe som bør studeres i en senere studie. Deltakerne i Rastad et al. (2014) sin studie viser på den andre siden til at den antipsykotiske behandlingen var nyttig, og at det bidro til økt følelse av velvære noe som førte til at fysisk aktivitet var enklere å gjennomføre.

Andre utfordringer som kom frem var blant annet mangel på motivasjon, negative forventninger samt lite kunnskap omhandlet effektene av fysisk aktivitet. I disse situasjonene kan en sykepleier være til stor nytte (Park et al., 2017; Rastad et al., 2014). Bare ved å være tilstede, ha samtaler om forventningene og eventuelle utfordringer den enkelte har, eller ha en samtale i form av et motiverende intervju. Slik det kom frem i Rastad et al. (2014) sin studie er det også viktig å vektlegge mental forberedelse, at pasientene får tid til å tenke på de positive aspektene ved fysisk aktivitet samt vurdere i samråd med andre om det kan være aktuelt akkurat for de, slik at de er klar for å begynne. For å kunne bidra vil det være nødvendig at sykepleieren både har erfaring, kunnskap og kompetanse omhandlet pasientgruppen, noe som også står beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.1 (NSF, 2016). I tillegg er det nødvendig at sykepleieren har tid og ressurser til å gjennomføre, slik som Carlbo et al. (2018) viser til. Noe som ikke alltid er tilfellet. Dette er grunnleggende for å kunne tilby en individualisert og fleksibel plan for fysisk aktivitet, for på denne måten å fremheve at pasienten selv har kontroll og makt over egen situasjon (empowerment), slik som sykepleierne i studien vektla (Carlbo et al., 2018). Det kan samtidig være hensiktsmessig å vektlegge at prosessen er like viktig som selve resultatet, slik det kommer frem med den salutogene teori. Prosessen i seg selv, arbeidet mot å nå det målet pasienten ønsker, kan være med å bidra til at pasienten opplever kontroll - noe som står sentralt i forhold til opplevelse av mestring samt følelsen av makt over eget liv.

Med dette resultatet fra analysen tegner det seg et bilde med mange ulike utfordringer, noen utfordringer knyttet spesielt til sykdommen schizofreni andre knyttet til vedkommens selvbilde og kunnskap omhandlende fysisk aktivitet i hverdagen. Utfordringen som en deltaker i Rastad et al. (2014) viste til angående liten tro på fysisk aktivitet hvis det ikke var intensivt eller krevende er sikkert noe flere kan relatere seg til. Slik trening og fysisk aktivitet blir presentert i media vektlegger blant annet rask vektnedgang og den mye omtalte ”sommerkroppen”. Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2009, s. 37) sin anbefaling om fysisk aktivitet 30 minutter per dag blir derfor ikke sett på som tilstrekkelig. Som sykepleier i en situasjon hvor du får presentert at dette som en barriere for å gjennomføre fysisk aktivitet er der derfor viktig å være oppdatert på de anbefalingene som er gjeldende, og på denne måten også følge de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.4 (NSF, 2016), og bidra til en mer kunnskapsbasert sykepleiepraksis.

Samtidig som ulike utfordringer med å gjennomføre fysisk aktivitet blir presentert, kommer det også frem relevante motivasjonsfaktorer en kan benytte seg av. Mer konkret viste flere av studiene til at økt sosialisering, vektkontroll, økt innsikt og kontroll over egen helsetilstand, mer frihet, uavhengighet og lykkefølelse var faktorer som både bidro til motivasjon, gjennomføring samt vedlikehold av fysisk aktivitet (Carlbo et al., 2018; Park et al., 2017; Rastad et al., 2014). Det blir påpekt at det er utfordrende å starte med fysisk aktivitet, antageligvis med bakgrunn i de mange utfordringene og barrierene de ulike studiene viste til, men samtidig var det utfordrende å opprettholde motivasjonen over tid. For å kunne bidra til å opprettholde motivasjonen er det grunnleggende at den schizofrene klarer å opparbeide seg indre, også omtalt som autonom, motivasjon hva angår fysisk aktivitet (Costa et al., 2018). Her kan en sykepleier komme inn. For som Borge et al. (2011) viser til kan sykepleieren bidra i form av ytre motivasjon i starten, være en form for motivator slik som Carlbo et al. (2018) beskriver. På denne måten kan en bidra til positive endringer, pasienten opplever fysisk aktivitet mer og mer positivt, og dermed blir aktiviteten i seg selv forbundet med de motiverende faktorene som tidligere er nevnt. Aktiviteten i seg selv vil da bli selvforsterkende, og den ytre påvirkningen fra sykepleieren blir mindre styrende. For å klare å oppnå denne formen for motivatorrolle, veileder eller treningskompanjong er det nødvendig at det er en grunnleggende god relasjon mellom pasient og sykepleier. En slik relasjon er bygget på åpen kommunikasjon. Dette krever både tid og ressurser, men fremstår til gjengjeld svært positivt for begge parter. Det er viktig å bemerke at det ikke menes at det kun skal være *en* sykepleier som har en god relasjon til den gjeldende pasient, det er viktig at sykepleierne seg i mellom også samarbeider slik at det er flere som kan opparbeide dette forholdet. Turnusarbeid er utbredt innenfor sykepleieryrket, og det vil derfor ikke være hensiktsmessig verken for sykepleier eller pasient om det kun er en person å spille på når det kommer til å øke motivasjon og rette blikket mot en mer fysisk hverdag.

Carlbo et al. (2018) viser til at sykepleierne som deltok i deres studie mente fysisk aktivitet bidro til å bygge gode forhold både mellom pasientene seg i mellom, samt mellom sykepleierne og pasientene. Godt forhold mellom pasient og sykepleier vil være hensiktsmessig for et godt terapeutisk forhold, og vil samtidig være et godt grunnlag for videre behandling (Teigen, 2018a). Et godt forhold pasientene mellom kan bidra til vennskap, samt økt sosialisering med likemenn som kanskje har de samme utfordringene som en selv (Rastad et al., 2014). Uansett hvilken av disse forholdene det gjelder bidrar økt mellommenneskelig kontakt til økt følelse av fellesskap samt å redusere isolasjon, noe som flere av studiene vektlegger (Carlbo et al., 2018; Park et al., 2017; Rastad et al., 2014). Et støttende miljø kan bidra til vekst, relasjoner, i tillegg til økt livskvalitet. Som en deltaker i Rastad et al. (2014) sin studie oppsummerte:

Hvis du skal klare deg trenger du balanse i livet. Hjelp fra utsiden og regler... rutiner som tilsier at du skal møte noen eller delta i en bestemt aktivitet. Fordi du antageligvis ikke vil klare det på egenhånd. Du trenger ekstern hjelp, og å jobbe med motivasjon og mål. Og innse at det er viktig for helsen din, du vil leve lenge, og livet... er en sjanse du får. (Rastad et al., 2014).

6.0 Konklusjon

Problemstillingen jeg søkte å finne svar på gjennom denne oppgaven var hvordan sykepleiere kan motivere schizofrene pasienter til å øke nivå av fysisk aktivitet i hverdagen. Dette innebefatter fysisk aktivitet i form av hverdagsaktiviteter alle mennesker kan klare. Litteraturstudiet gir i denne sammenheng et klart bilde av viktigheten av en god relasjon, et mellommenneskelig forhold, mellom sykepleieren og pasienten. Resultatene viser også til viktigheten av at sykepleieren innehar oppdatert og forskningsbasert kunnskap på tema, i tillegg til kunnskap om de utfordringene pasienten står ovenfor. I rollen som motivator rettet mot fysisk aktivitet bør en som sykepleier være innforstått med at det ikke bare selve schizofrenilidelsen som bidrar med utfordringer, det kan også være helt andre aspekt som gjør at pasienten føler det utfordrende. Slik som ulike misforståelser knyttet til fysisk aktivitet, økonomi eller tanken om at det en gjør ikke er bra nok (Rastad et al., 2014). Diagnosen i seg selv kan bare beskrive, men om vi skal opparbeide oss en ekte forståelse må vi se selve menneskene (Lauveng, 2014, s. 79).

For å se på den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient er dette noe som uten tvil krever både ressurser og tid, og tid er ikke noe en som sykepleier har i overflod (Carlbo et al., 2018). Men, med relasjonen i bunn kan en bygge opp pasientens indre motivasjon, slik at han eller henne etterhvert klarer å stå på egne ben og føle på egen motivasjon rettet mot å opprettholde en sunn livsstil, samt øke sitt nivå av fysisk aktivitet i hverdagen. Det er viktig å ha i bakhodet at pasienten selv må få mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 referert i NSF, 2016), og at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet. Dette kan med fordel gjøres ved å gjennomføre motiverende samtaler (motiverende intervju) hvor formålet er å finne frem til pasientens egne ressurser, mål og ønsker.

Med relasjonen til pasienten som grunnlag kan en som sykepleier arbeide hensiktsmessig og helsefremmende, og samtidig fungere som motivator. Jeg vil trekke frem åpen kommunikasjon, tillit, brukermedvirkning og empowerment er nøkler til suksess i denne sammenheng.

Mennesker er mennesker i et eller annet system.
Menneskene kan endre disse systemene,
men systemene kan også endre menneskene.
Og skal vi forstå enkeltmennesket,
må vi se både på den enkelte,
og på helheten.
Vi vil nok aldri forstå alt da heller,
men kanskje litt mer enn om vi holdt oss til diagnosene.
For diagnoser kan bare beskrive.
Skal vi *forstå*,
må vi se på menneskene.
- *Arnhild Lauveng* (2014, s. 79)

6.0 Litteraturliste

- Andersen, A. J. (2018). Psykisk helse. Hentet 26. april 2019 fra https://sml.snl.no/psykisk_helse
- Borge, L., Martinsen, E. W., Moe, T. & Berntsen, R. A. (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Carlbo, A., Claesson, H. P. & Åström, S. (2018). Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*, 39(7), 600-607. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429508>
- Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Vilhena, E. & Corredeira, R. (2018). Autonomous motivation and quality of life as predictors of physical activity in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 22(3), 184-190. <https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1435821>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Databaser (2019). I *Helsebiblioteket*. Hentet 1. mars 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser>
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J. C., Silva, G. & Corredeira, R. (2016). Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. *Braz J Psychiatry*, 38(2), 157-160. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1709>
- Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken* (Rapport IS-1592). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet* (Rapport IS-2263). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud* (Rapport IS-1896). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> - KAPITTEL_5
- Johannessen, J. O., Løberg, E.-M. & Nesvåg, R. (2017). Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (7. utg., s. 29-47). Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. & Nortvedt, F. r. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer - en kunnskapsoppsummering* (Rapport nr. 1/2014). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm.
- Mabeck, C. E. (2006). *Introduktion til den motiverende samtale*. København: Munksgaard Danmark.
- Martinsen, E. W. & Taube, J. (2009). Schizofreni. Helsedirektoratet (Rapport IS-1592), *Aktivitetshåndboken* (s. 561-570). Oslo: Helsedirektoratet.
- Mæland, J. G. (2016). *Forbyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 17. april 2019 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nyboe, L., Moeller, M. K., Vestergaard, C. H., Lund, H. & Videbech, P. (2016). Physical activity and anomalous bodily experiences in patients with first-episode schizophrenia. *Nord J Psychiatry*, 70(7), 514-520. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1176250>
- Park, T., Foster, K. & Usher, K. (2017). Participants' Voices From Within a Healthy Lifestyle Group. *Issues Ment Health Nurs*, 38(2), 107-112. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1248255>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- PICO (2016). I *Helsebiblioteket*.. Hentet 8. mars 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). UK: Wolters Kluwer.
- Rastad, C., Martin, C. & Asenlöf, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Phys Ther*, 94(10), 1467-1479. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>
- Rådet for psykisk helse. (2019). Schizofreni. Hentet 5. mars 2019 fra <https://psykiskhelse.no/schizofreni>
- Schizofreni (2015, 17. mars). I *Helsebiblioteket*. Hentet 20. februar 2019 fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni>
- Schizofreni (2017, 31. januar). I *Felleskatalogen*. Hentet 14. mars 2019 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/schizofreni>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Teigen, K. H. (2018a). Carl Rogers. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 26. april 2019 fra https://snl.no/Carl_Rogers
- Teigen, K. H. (2018b). Motivasjon. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 2019, 25. april fra <https://snl.no/motivasjon>

Tverrsnittstudie (2016). I *Helsebiblioteket*. Hentet 4. mars 2019 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

Vedlegg 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert mellom januar 2014 og januar 2019	Artikler publisert før januar 2014 eller etter januar 2019
Artikler innenfor psykiatri	Artikler innenfor somatikk
Artikler med hovedfokus pasienter med schizofrenidiagnose	Artikler uten hovedfokus på pasienter med schizofrenidiagnose
Artikler som omhandler pasienter over 18 år	Artikler som omhandler pasienter/brukere under 18 år
Artikler som inkluderer fysisk aktivitet	Artikler som ikke inkluderer fysisk aktivitet
Vitenskapelige originalartikler	Andre typer artikler
Artikler som er skrevet på engelsk	Artikler som er skrevet på andre språk enn engelsk
Artikler som følger IMRaD-strukturen	Artikler som ikke følger IMRaD-strukturen
Artikler som er fagfellevurdert	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Artikler som har et helsefremmende-, miljøterapeutisk- og/eller sykepleieperspektiv	Artikler som har andre perspektiv eller fokuserer på andre yrkesgrupper

Vedlegg 2: Databasesøk

Søk i databaser ble gjennomført februar/mars 2019.

Alle søkene ble avgrenset med publikasjonsdato maksimalt 5 år tilbake i tid (2014 – 2019), samt om de var fagfellevurdert (i de databasene hvor dette var mulig).

Database: SweMed+

<i>Søk nr.</i>	<i>Emneord</i>	<i>Antall artikler identifisert*</i>	<i>Antall artikler vurdert som potensielt relevante (ikke vurdert > 50)**</i>	<i>Artikler inkludert ***</i>
1	Schizophrenia	123	Ikke vurdert	Ikke vurdert
2	Physical activity	165	Ikke vurdert	Ikke vurdert
3	Quality of life	287	Ikke vurdert	Ikke vurdert
4	Psychiatric nursing	47	1	0
5	Sense of coherence	37	1	0
6	Empowerment	21	0	0
7	Motivation	145	Ikke vurdert	Ikke vurdert
8	Motivational Interviewing	8	0	0
9	1 AND 2	3	2	0
10	1 AND 2 AND 3	0	0	0
11	1 AND 4	0	0	0

12	1 AND 2 AND 4	0	0	0
13	1 AND 5	0	0	0
14	1 AND 6	0	0	0
15	1 AND 7	0	0	0
16	1 AND 8	0	0	0

Database: Cinahl

<i>Sök nr.</i>	<i>Emneord</i>	<i>Antall artikler identifisert*</i>	<i>Antall artikler vurdert som potensielt relevante (ikke vurdert > 50)**</i>	<i>Artikler inkludert ***</i>
1	Schizophrenia	6235	Ikke vurdert	Ikke vurdert
2	Physical activity	12857	Ikke vurdert	Ikke vurdert
3	Quality of life	35503	Ikke vurdert	Ikke vurdert
4	Psychiatric nursing	2705	Ikke vurdert	Ikke vurdert
5	Health promotion	16366	Ikke vurdert	Ikke vurdert
6	Empowerment	3318	Ikke vurdert	Ikke vurdert
7	Sense of coherence	431	Ikke vurdert	Ikke vurdert
8	Motivation	11093	Ikke vurdert	Ikke vurdert
9	Mental health	12713	Ikke vurdert	Ikke vurdert
10	1 AND 2	46	7	Costa, 2018

				Carlbo, 2018
11	1 AND 2 AND 6	0	0	Rastad, 2014
12	1 AND 4	80	Ikke vurdert	Ikke vurdert
13	1 AND 4 AND 8	3	1	0
14	1 AND 7	3	0	0
15	1 AND 2 AND 8	10	5	Costa, 2018 Carlbo, 2018 Park, 2017 Rastad, 2014
16	1 AND 4 AND 9	5	0	0
17	1 AND 3 AND 7	1	0	0
18	1 AND 2 AND 5	8	3	Park, 2017
19	1 AND 4 AND 6	1	0	0

Database: PsycINFO

Søk nr. **Emneord** **Antall artikler identifisert*** **Antall artikler vurdert som potensielt relevante (ikke vurdert > 50)**** **Artikler inkludert *****

1	Schizophrenia	14005	Ikke vurdert	Ikke vurdert
---	---------------	-------	--------------	--------------

2	Physical activity	14145	Ikke vurdert	Ikke vurdert
3	Quality of life	11828	Ikke vurdert	Ikke vurdert
4	Empowerment	1997	Ikke vurdert	Ikke vurdert
5	Helath promotion	8005	Ikke vurdert	Ikke vurdert
6	Nursing	20636	Ikke vurdert	Ikke vurdert
7	Sense of coherence	548	Ikke vurdert	Ikke vurdert
8	Motivation	17303	Ikke vurdert	Ikke vurdert
9	1 AND 2	157	Ikke vurdert	Ikke vurdert
10	1 AND 2 AND 3	7	3	Gomes, 2016
11	1 AND 2 AND 5	7	1	0
12	1 AND 2 AND 6	0	0	0
13	1 AND 6 AND 8	0	0	0
14	1 AND 8	147	Ikke vurdert	Ikke vurdert
15	1 AND 2 AND 8	3	1	0
16	1 AND 3 AND 4	0	0	0

Database: PUBMED

<i>Søk nr.</i>	<i>Emneord</i>	<i>Antall artikler identifisert*</i>	<i>Antall artikler vurdert som potensielt relevante (ikke vurdert > 50)**</i>	<i>Artikler inkludert ***</i>
1	Schizophrenia	28236	Ikke vurdert	Ikke vurdert
2	Quality of life	137617	Ikke vurdert	Ikke vurdert
3	Physical activity	156463	Ikke vurdert	Ikke vurdert
4	Nursing	147164	Ikke vurdert	Ikke vurdert
5	Motivation	44309	Ikke vurdert	Ikke vurdert
6	Health promotion	45851	Ikke vurdert	Ikke vurdert
7	Exercise	116249	Ikke vurdert	Ikke vurdert
8	Empowerment	12504	Ikke vurdert	Ikke vurdert
9	1 AND 3	588	Ikke vurdert	Ikke vurdert
10	1 AND 2 AND 3	85	Ikke vurdert	Ikke vurdert
11	1 AND 3 AND 4	44	2	Carlbo, 2018
12	1 AND 3 AND 5	42	7	Costa, 2018 Carlbo, 2018
13	1 AND 3 AND 6	41	4	0
14	1 AND 3 AND 6 AND 7	30	2	0
15	1 AND 2 AND 3 AND 5	7	3	Costa, 2018

16	1 AND 3 AND 8	11	2	0
17	1 AND 3 AND 4 AND 8	1	0	0
18	1 AND 4 AND 8	16	1	0
19	1 AND 4 AND 5	23	3	Carlbo, 2018
20	1 AND 2 AND 4 AND 5	4	2	Carlbo, 2018

* Antall artikler identifisert med oppgitt emneord.

** Antall artikler vurdert som potensielt relevant basert på overskrift og sammendrag.

*** Antall artikler valgt ut på bakgrunn av formål, metode og funn, samt relevant ut fra inklusjonskriterier.

Vedlegg 3: Lesematrise

Artikkel nr.	Referanse	Formål	Metode	Resultat og diskusjon	Nøkkelbegrep
1	<p>Forfatter: Costa, R., Probst, K., Bastos, T.L, Seabra, A., Vilhena, E. & Corredeira, R.</p> <p>Årstall: 2018</p> <p>Tittel: Autonomous motivation and quality of life as predictors of physical activity in patients with schizophrenia</p> <p>Publikasjon: International Journal of Psychiatry in Clinical Practice</p> <p>Land:</p>	<p>Formålet med studien var å undersøke blant en rekke barrierer, hva som har mest påvirkning på fysisk aktivitet blant pasienter med schizofreni.</p> <p>Utfordringene/barrierene som ble undersøkt var autonom (indre) motivasjon, selvfølelse, livskvalitet og funksjonell treningskapasitet – samt hvordan dette gav utslag på total fysisk aktivitet per uke.</p>	<p>Kvantitativ studie med tverrsnitt design. Totalt 114 deltakere med schizofrenidiagnose basert på DSM-IV.</p>	<p>Resultatene viser at autonom motivasjon og globalt domene av livskvalitet hadde sterkest innvirkning på fysisk aktivitet per uke. Studien legger til grunn at når pasienter er autonomt motiverte, viser de en åpen nysgjerrighet og interesse for fysisk aktivitet som bidrar til å fremme vellykket deltagelse.</p> <p>Funnene bidrar til å forstå betydningen av autonom motivasjon og livskvalitet for disse pasientene.</p>	<p>Physical activity, autonomous motivation, quality of life, schizophrenia</p>

2	<p>Forfatter: Rastad, C., Martin, C. & Åsenlöf, P.</p> <p>Årstell: 2014</p> <p>Tittel: Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia</p> <p>Publikasjon: American Physical Therapy Association</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Formålet med studien var å studere opplevelsen og oppfatningen av barrierer og motiverende faktorer i forhold til fysisk aktivitet i hverdagen blant pasienter med schizofreni.</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervju med hver deltaker, inkludert spørreskjema direkte etter intervju. Totalt 18 pasienter med schizofreni, 2 med schizoaftaktiv lidelse. Alle deltakerne var over 20 år og diagnostisert med bakgrunn i DSM-IV.</p>	<p>Analysen av resultatene resulterte i 3 hoved tema, 11 kategorier og 41 sub-kategorier. Barrierer som kompliserer eller hindrer fysisk aktivitet: symptom på sykdom og sykdomsfølelse, umiddelbare negative resultater, negative forventninger, misforståelse, kroppsoppfattelse og mangel på ressurser. Belønning og motivasjon for fysisk aktivitet: Mental forbedelse, personlig støtte og aktivitetsplanlegging.</p> <p>Mangel på motivasjon regnes som en av de primære øvelsesbarrierene for mennesker med schizofreni. Resultatene viser at det kan være biopsykososiale determinanter av fysisk aktivitet som er unike for denne gruppen pasienter.</p>	<p>Physical activity, schizophrenia, barriers, benefits, strategies</p>
3	<p>Forfatter: Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J.C, Silva, G. & Corredeira, R.</p> <p>Årstell: 2016</p>	<p>Formålet med studien var å vurdere livskvalitet og nivå av fysisk aktivitet blant polikliniske pasienter med schizofreni opp mot en sunn kontrollgruppe</p>	<p>Kvantitativ studie med tvérsnittdesign, inkluderende 32 personer med schizofrenidiagnose og 32 uten.</p>	<p>Studien viste at de polikliniske pasientene med schizofreni hadde dårligere livskvalitet samt lavere nivå av intensiv/kraftig fysisk aktivitet enn den friske kontrollgruppen. Gruppen med schizofreni viste en signifikant</p>	<p>Livskvalitet, fysisk aktivitet, polikliniske pasienter, schizofreni</p>

	<p>Tittel: Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia</p> <p>Publikasjon: Revista Brasileira de Psiquiatria</p> <p>Land: Portugal</p>	<p>matchet på alder, kjønn, KMI, hofteomkrets, midjeomkrets og midje-hofte forhold. I tillegg ble det gjennomført studie omhandlet nivå av fysisk aktivitet, livskvalitet og antropometriske og atferdsrelaterte tiltak blant polikliniske pasienter med schizofreni.</p>	<p>Undersøkelsen ble gjennomført med spørreundersøkelse angående livskvalitet og fysisk aktivitet, samt måling av deltagerens fysiske aktivitet i løpet av 7 dager ved bruk av et akselerometer.</p>	<p>tilknytning mellom høyere vekt og lavere score i mental helse, i tillegg til at høy KMI tydelig var forbundet med lav fysisk helse. Det fremkom også at schizofrene pasienter som røykte gikk færre skritt per dag.</p>	
4	<p>Forfatter: Carlbo, A., Claesson, H.P & Åström, S.</p> <p>Årstall: 2018</p> <p>Tittel: Nurses' experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with schizophrenia</p> <p>Publikasjon: Issues in mental health nursing</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Fokus i studien var å beskrive sykepleieres erfaringer, inkludert personlig motivasjon, vedrørende å benytte fysisk aktivitet som en komplementær behandling for pasienter med schizofreni.</p>	<p>Kvalitativ studie med tre fokusgrupper intervju. Gruppene besto av totalt 12 deltakere delt inn i tre grupper. To grupper bestående av sykepleiere som arbeidet på institusjon (in-care) og en gruppe fra poliklinisk omsorg (out-care).</p>	<p>Resultatene viser at det er usikkerhet omhandlet fysisk aktivitet som komplementær behandling for schizofrene pasienter blant sykepleierne. Sykepleierne manglet kunnskap, kombinert med dårlige forutsetninger (tid etc). Mangel på kunnskap blant pasientene angående fysisk aktivitet ble også sett på som en negativ faktor i studien.</p>	<p>Fysisk aktivitet, sykepleie, behandling, schizofreni</p>

<p>5</p>	<p>Forfatter: Park, T., Forster, K. & Usher, K. Årstall: 2016 Tittel: Participants' voices from within a healthy lifestyle group Publikasjon: Issues in mental health nursing Land: Canada</p>	<p>Formålet med studien var å undersøke opplevelsen personer med schizofrenidiagnosen hadde av sin deltagelse i et 12-ukers langt livsstilsprogram med fokus på en sunn livsstilsendring.</p>	<p>Kvalitativ studie med intervju, totalt 10 deltakere.</p>	<p>Resultatene fremhevet at fordelene med programmet var mer enn kun fysiske helseutfordringer, og inkluderte blant annet regelmessig tilgang til helsepersonell, sosiale relasjoner og følelse av tilhørighet.</p>	<p>Healthy lifestyle, schizofreni, livsstilsprogram, participants voices</p>
-----------------	---	---	---	---	--