



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	271
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7929
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	21
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Livskvalitet hjå pasientar med schizofreni

Quality of life in patients with schizophrenia

Kandidatnummer: 271

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 12.05.2023

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Innholdsliste

1.0 Innleiing .....	1
1.1 Problemstilling .....	1
1.2 Begrunning for val av tema og problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing av oppgåva .....	2
1.4 Omgrepsavklaring .....	2
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv .....	3
2.1 Schizofreni.....	3
2.2 Livskvalitet.....	4
2.3 Kommunikasjon .....	5
2.4 Relasjonsbygging.....	6
2.5 Fysisk aktivitet .....	8
3.0 Metode .....	9
3.1 Design.....	10
3.2 Søkjeproess.....	10
3.3 Kritisk vurdering av artiklar .....	12
3.4 Analyse og syntese.....	13
3.5 Etske vurderingar .....	13
4.0 Resultat.....	14
4.1 Kommunikasjon .....	14

4.2 Relasjonsbygging.....	15
4.3 Fysisk aktivitet.....	16
5.0 Diskusjon .....	17
5.1 Diskusjon resultat.....	17
5.2 Diskusjon metode .....	23
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis .....	23
Referanseliste.....	25
Vedlegg 1: Litteratormatrise .....	30
Vedlegg 2: PIO – skjema.....	33
Vedlegg 3: Søkjehistorikk .....	35

## ABSTRACT

**Background:** During practice, I encountered patients diagnosed with schizophrenia, where I saw the negative impact this diagnose had on quality of life. The nurse-patient relation seemed to have an important role in patients with schizophrenia. I discovered that physical activity had a positive effect on hospitalized patients with schizophrenia as it provided an opportunity for natural relations between nurses and patients.

**Problem statement:** How can nurses promote quality of life in patients with schizophrenia admitted to an institution?

**Method:** This is a literature study that includes five articles, two qualitative studies, two systematic reviews and meta-analysis, and one professional article. PubMed, PsycInfo and Cinahl were the databases used to find research on the subject.

**Results:** This literature study shows that physical activity, communication and positive nurse-patient relations contributed to an improved quality of life. Nurses should prioritize on these interventions in the treatment of schizophrenia, especially since this proved to have a beneficial effect on quality of life.

**Conclusion:** Nurses should prioritize on physical activity, communication and positive relations in working with schizophrenia. Informing both nurse and patients about these interventions is important. Quality of life is a vital aspect of care for patients with schizophrenia.

## 1.0 Innleiing

Schizofreni er ei psykisk lidning som rammar 0,5-1% av befolkninga i dei fleste land. I Noreg er det cirka 20 000 menneske som er diagnostisert med schizofreni (Snoek & Engedal, 2017, s. 82). Dette er ein psykisk sjukdom som påverkar tankar, følelsar og måten ein opplev verda på. Vanlege symptom er vrangførestillingar, tankeforstyrringar og hallusinasjonar. Menneske med schizofreni vert ofte sjuk i tidleg vaksen alder, noko som kan gå ut over sosialt nettverk, utdanning og arbeid (Hartberg, 2021, s. 125).

Psykisk helsearbeid er viktig i møte med pasientar som har ei psykisk lidning. Målet er å bidra til at menneske med slike utfordringar får auka livskvalitet og sjølvstendigheit. I dette møtet vil det vere viktig å ha fokus på korleis pasienten kan meistre kvardagslivet på best mogleg måte (Bøe & Thomassen, 2017, referert i Aarre & Juklestad, 2018, s. 55). To viktige faktorar i dagleglivet er lykke og livsglede (Helsedirektoratet, 2014, referert i Aarre & Juklestad, 2018, s. 58). Livskvalitet bør difor vere eit stort fokus blant sjukepleiarar som møter menneske med psykiske lidningar (Aarre & Juklestad, 2018, s. 58).

### 1.1 Problemstilling

Hensikta med denne oppgåva er å setje lys på kva livskvalitet har å seie i møte med den psykiske lidinga, schizofreni. Sjukepleiar har ei stor rolle i møte med pasientar, og viktigheita rundt livskvalitet hjå pasientar med schizofreni er noko som bør fokuserast på. Det er på bakgrunn av dette eg har enda opp med mi problemstilling: *Korleis kan sjukepleiar fremje livskvalitet hjå pasientar med schizofreni som er innlagt i institusjon?*

### 1.2 Begrunning for val av tema og problemstilling

Då eg var i psykiatripraksis møtte eg fleire pasientar med schizofreni. Mange av pasientane hadde redusert livskvalitet grunna symptom som oppstår ved denne lidinga og andre utfordringar som kan følgje med ein slik diagnose. Eg observerte blant anna kva fysisk

aktivitet og relasjonsbygging hadde å seie i møte med desse pasientane. Det å ha ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient var noko som hadde stor betydning for begge partar. Eg observerte at pasienten opplevde det som ei trygghet å ha nokon kjende rundt seg, og sjukepleiar-pasient relasjonen spelte ei stor rolle i oppfølginga av pasienten. Fysisk aktivitet hadde eit stort fokus i behandlinga av schizofreni. Ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient viste seg å passe godt saman med fysisk aktivitet. Slik såg eg viktigheita med relasjonsbygging og fysisk aktivitet, og at dette gjerne er noko som heng saman.

### 1.3 Avgrensing av oppgåva

Som problemstillinga viser er eg ute etter å finne litteratur om pasientar innlagt på institusjon, diagnostisert med schizofreni. Eg ynskja å avgrense problemstillinga til vaksne pasientar diagnostisert med schizofreni som enten er innlagt på psykiatrisk institusjon eller får oppfølging i poliklinikk. Ved å avgrense psykiatrisk institusjon valte eg å ha fokus på psykiatrisk sjukehus eller vanleg sjukehus med ein eller fleire psykiatriske avdelingar. Grunna eg er ute etter eit breitt utval litteratur som kan svare godt på problemstillinga mi, er det viktig å ha i bakhovudet at andre land kan nytte seg av ulike omgrep som inngår under institusjon, som til dømes psykiatriske klinikkar. Inklusjons- og eksklusjonskriteriar med begrunning vert skrive under punkt «3.2 Søkjeprosess».

### 1.4 Omgrepsavklaring

**Pasient** vert brukt om personar som får hjelp frå helsetenesta eller som søker helseteneste grunna behov for helsehjelp. Dersom ein person har behov for helsehjelp, frivillig, uoppfordra eller utan eige ynskje vert ein uansett omtalt som pasient (Helsedirektoratet, 2015).

**Psykiske lidingar** er ei samlenemning for sjukdomar og tilstandar som påverkar tankar og følelsar. Psykiske lidingar kan vere eit resultat av psykiske og fysiske påkjenningar, og påverkar dagleglivet, samt reduserer livskvaliteten då det ofte påverkar endring i åtferd



(Malt & Aslaksen, 2022).

**Psykoterapi** skal hjelpe menneske til å endre tankar, følelsar og åtferd ved å nytte kliniske metodar basert på psykologiske prinsipp. Psykoterapi har som hensikt å lindre symptom, betre eigen meistring og gi større tilgang til følelseslivet og auke funksjonsevna (Bugge & Farshbaf, 2018, s. 69).

**Psykose** er ein sinnstilstand kor ein person opplev noko som ikkje er i tråd med verkelegheita, altså ein «realitetsbrist». Psykose inneber symptom og tilstandar som er psykisk betinga (Hartberg, 2021, s. 121).

## 2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

### 2.1 Schizofreni

Schizofreni er den vanlegaste forma for psykose. For å kunne stille diagnosen må symptomta ha vore til stades i ein månad eller lenger. Nokre av symptomta er vrangførestillingar, tankeforstyrningar, hallusinasjonar, mangel på sjukdomsinnsikt, tilbaketrekking frå kontakt, og unormale følelsesreaksjonar (Snoek & Engedal, 2017, s. 82-86). Ein skil vanlegvis mellom positive og negative symptom ved schizofreni. Positive symptom inneber hallusinasjonar og vrangførestillingar, medan negative symptom er apati. Positive og negative symptom inneber at ein person med schizofreni viser sosial eller arbeidsmessig funksjonssvikt, samt fungerer på eit lågare nivå enn før sjukdomen viste seg. Dette er dei mest karakteristiske symptomta (Røssberg, 2022).

Schizofreni startar ofte tidleg i livet og kan ha eit langvarig eller kronisk forløp. Denne diagnosen vert rekna som den alvorlegaste psykiske lidinga, ettersom mange pasientar med diagnosen opplev å vere hjelpetrengande meste tida av livet og kan gi nedsett funksjonsevne

og livskvalitet. For å verte diagnostisert med schizofreni må personen ha opplevd å vere psykotisk ein eller anna gang. Det inneber at personen har opplevd symptom som vrangførestillingar, hallusinasjonar, formelle tankeforstyrningar eller kaotisk åtferd (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108-109). Årsaka til kvifor nokre menneske får diagnosen schizofreni er ukjend. Det er uansett kjend at menneske som veks opp i byar har større sannsyn for å utvikle schizofreni grunna sosiale forhold som oppstår slike stader. Ein veit også at traumer aukar risiko for schizofreni og andre psykoselidingar.

Medikamentell og psykososial behandling vert nytta ved schizofreni. Antipsykotisk medikament vert ofte nytta i akuttbehandlinga og som vedlikehaldsbehandling. Psykososial behandling har som fokus at pasientar skal få leve eit verdig og meningsfullt liv, som inkluderer pasienten sine eigne verdiar (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 117). For enkelte pasientar med psykotiske symptom kor medikamentell behandling ikkje har fungert som ynskja, har kognitiv åtferdsterapi hatt positiv verknad. Sosial ferdigheitstrening er også eit alternativ innan behandlingsform. Ei slik behandling har fokus på kva pasienten sjølv kan gjere for å betre det sosiale. Dette er ei type behandling som kan føregå i grupper, men også individuelt. Fokuset ved sosial ferdigheitstrening inkluderer blant anna kommunikasjon med helsepersonell, korleis kjenne igjen teikn på tilbakefall og korleis leve med varige psykotiske symptom (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 119-125). Det finst som sagt ulike behandlingar for schizofreni som inneber både psykologiske og psykoterapeutiske behandlingar. Ein annan type behandling ved schizofreni er fokus rundt meistring av symptom, psykoedukasjon og trening på sosiale ferdigheiter (Morrison, 2009). Ein avgjerande faktor i behandlinga er også relasjonen mellom behandlar og pasient. I møte med menneske som har ein schizofrenidiagnose er det viktig å prøve og forstå pasienten sin livshistorie (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 117).

## 2.2 Livskvalitet

«En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede» (Næss, 1994, s. 20). Næss

legg vekt på at livskvalitet tyder å ha det godt (Rustøen, 2001, s. 17-18). Ein slik definisjon er relevant for sjukepleie til pasientar med kronisk sjukdom då dette er noko som kan føre til endra sjølvbilete og ein endra måte å leve på. At pasienten opplev sjølvfølelse og ein meiningsfull kvardag er spesielt viktig i møte mellom sjukepleiar og pasient (Rustøen, 2001, s. 17-20). Livskvalitet hjå eit menneske har ei stor betyding, spesielt ved psykisk sjukdom. Kva slags livskvalitet menneske har, påverkar kor lenge eit menneske lev (Rustøen, 2001, s. 40). Ved å ha ein tilfredsstillande livskvalitet påverkar det også den fysiske helsetilstanden positivt. Stress, meistring, sosiale relasjonar og livsstil er døme kor livskvalitet har ein positiv effekt (Nes et al., 2021).

Den danske legen, Anton Aggernæs, meiner i følgje Rustøen (2001, s. 79-80) at tilnærminga til kronisk sjuke menneske alltid handlar om å betre livskvaliteten. Verdier og ressursar hjå menneske er eit viktig hjelpemiddel for å fokusere på det nye i ein kvar situasjon som kan verke vanskeleg for pasienten. At menneske fokuserer på viktige verdier og ressursar er ein vesentleg del av å betre livskvalitet. Dersom sjukepleiar lyttar til pasienten sine egne opplevingar og nyttar kommunikasjonskunnskap får ein kartlagt kva som er viktig for pasienten samt kva ein kan ha fokus på vidare for å styrke pasienten sin livskvalitet (Rustøen, 2001, s. 79-80).

I følgje Ververda og Bjørnstad (2018) påverkar schizofreni menneske sine grunnleggjande behov og reduserer livskvalitet. Sjukepleiarar må ha kunnskap om kva som påverkar helse hjå menneske med schizofreni, og det vil difor vere deira oppgåve å førebyggje og setje inn tiltak slik at menneske med denne diagnosen meistrar eigen kvardag (Ververda & Bjørnstad, 2018).

### 2.3 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon tyder å gjere noko felles, og kjem frå det latinske ordet *communicare*. Profesjonell kommunikasjon skjer via rolla som fagperson og er eigena til å

ivareta brukarar på ein god måte (Eide & Eide, 2004, s. 17-18). Som helsepersonell skal ein skaffe seg eit heilheitleg bilete av pasienten, samt byggje opp kontakt. Det vil i slike tilfelle vere nyttig å kommunisere tydeleg og aktivt, og dette skjer gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 22). Verbal kommunikasjon skjer gjennom anerkjenning og bekreftande svar, som til dømes å bekrefte at ein høyrer etter med eit «ja». Ved å gi verbalt følgje lyttar ein aktivt slik det vert lettare for den andre parten å opne seg og fortelje vidare. På denne måten får ein fram ei personleg forteljing om eventuelle situasjonar og problem (Eide & Eide, 2004, s. 178). Nonverbal kommunikasjon byggjer tillit, motivasjon og trygghet hjå pasientar (Eide & Eide, 2017, s. 136-137). Det er difor viktig at ein som sjukepleiar byggjer på denne ferdigheita.

Å forstå kvarandre har stor betydning i forløpet av kommunikasjon. Kommunikasjon er nødvendig for samtale og samvær, samt eit fellesskap mellom menneske. Gjennom ord, handtrykk og kroppshaldning skapar ein menneskeleg kommunikasjon som byggjer vidare på ei oppfatning og erfaring av kvarandre. Dette er difor viktig i møte med menneske då symbol ein uttrykkjer vert oppfatta av andre. Sjukepleiaren treng å setje seg inn i situasjonen til andre for å lære å kjenne kva symbol som er passande i ulike situasjonar for å best forstå kvarandre (Hummelvoll, 2012, s. 420-421).

## 2.4 Relasjonsbygging

I punkt 8.6 av nasjonal fagleg retningslinje (Helsedirektoratet, 2013) står det blant anna om viktigheita av miljøterapi ved psykoselidingar. Miljøterapi har fokus på relasjon mellom sjukepleiar og pasient, samt å skape eit trygt terapeutisk miljø som kan verke positivt inn i betringsprosessen.

Ein relasjon er eit fint ord for «forhold». Betydinga av ein relasjon inneber å ha kontakt med nokon, som vil seie at to menneske eller fleire etablerer ein form for kontakt med kvarandre på eit personleg plan. Ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient har mange sider som kan

verte bygd gjennom sosialt samspel, som til dømes å gå tur saman. Dette skapar blant anna «frisoner» kor pasienten og sjukepleiar byggjer relasjon gjennom problemfrie situasjonar. Gode relasjonar fører til samhald noko som gjer at det vert kjekkare å gjere ting saman. Dersom pasient og sjukepleiar har ein god relasjon er det lettare å verte stilt krav til. Ein slik god relasjon vert i seg sjølv ein del av behandlinga (Holden, 2013, s. 211).

Joyce Travelbee var ein psykiatrisk sjukepleiar og teoretikar som la vekt på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Travelbee sin interaksjonsteori fokuserer på at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess (Jensen, 1999, referert i Travelbee, 1999, s. 5). Menneske-til-menneske-forholdet kjem fram som viktig i sjukepleietenkinga. Kontakten mellom pasient og sjukepleiar kjem ikkje nødvendigvis av seg sjølv, men er noko som kan byggjast opp dag for dag. All kontakt mellom desse partane kan vere eit skritt på vegen mot eit menneske-til-menneske-forhold. Dette kan vere eit verkemiddel sjukepleiar nyttar for å hjelpe pasient med førebygging og meistring av sjukdom og liding (Travelbee, 1999, s. 171).

I psykisk helsearbeid er relasjonsutvikling sjølv kjerna innan det sjukepleiefaglege arbeidet. I møte med psykiske lidingar vil ein godt etablert relasjon mellom sjukepleiar og pasient vere eit godt utgangspunkt i å takle dei utfordringane som oppstår (Gonzalez, 2021a, s. 57). Relasjonsbygging er svært viktig i samarbeid med pasienten for å betre meistring og eigenomsorg. I relasjonsarbeidet er tillit ein viktig del for å skape ein terapeutisk relasjon, og er noko helsepersonell burde byggje på. Tillit vert blant anna skapt gjennom grunnleggjande respekt, omsorg, lojale rammer og reglar (Gonzalez, 2021a, s. 60).

I følgje Skårderud et al. (2018, s. 339-340) er oppfølging over tid viktig i betringprosessen ved psykotiske tilstandar. Å byggje ein god relasjon med pasienten er viktig for å styrke pasienten sitt håp om at forandring er mogleg, og like viktig er person-til-person-oppfølging. Skårderud et al. (2018, s. 351) skriv om viktigheita rundt det å skape ein tillitsfull relasjon med pasientar som har ein schizofrenidiagnose. Det å ta seg tid til å lytte til pasienten si eiga

oppleving gjer at behandlar kan arbeide saman med pasienten om å lære seg å kommunisere faresignal og kjenne igjen stressmoment, slik pasienten kan vidareformidle dette til sjukepleiar (Skårderud et al., 2018, s. 351).

Ved terapeutisk tilnærming er samtalen svært viktig. Pasientar innlagt på institusjon samtalar ofte saman med sjukepleiarar og anna helsepersonell. Som sjukepleiar vil det difor vere viktig å vite korleis ein kan nytte samtale som metode i møte med psykiske lidingar. Ein skil gjerne mellom to hovudgrupper: planlagde og spontane samtalar (Hummelvoll, 2012, s. 426). Den planlagde samtalen er gjerne avtalt tidlegare mellom sjukepleiar og pasient der begge partar kan forberede seg på sentrale samtaletema. Ein spontan samtale går gjerne føre seg i miljøterapi grunna samtalen ikkje er planlagt. I slike samtalar er ikkje sjukepleiar og pasient forberedt på same måte, men det er ein type samtale som tar form grunna behov der og då. Ved samtale som terapeutisk tilnærming har ein eit fokus rundt pasienten sin livssituasjon og behov for hjelp. Pasientar opnar seg gjerne opp om den psykiske lidinga og korleis dette påverkar livet deira. Som sjukepleiar vil det då vere viktig å lytte til pasienten, men også fokusere på ressursar og moglegheit for betring (Gonzalez, 2021b, s. 342-343).

## 2.5 Fysisk aktivitet

Menneske med langvarige psykiske helseproblem har betydeleg dårlegare helse enn gjennomsnittsbefolkninga. Dette er ofte grunna dårleg kosthald, rusmiddelbruk, røyking og lite fysisk aktivitet. Pasientar med denne diagnosen døytr tidlegare grunna kroppslege sjukdomar og sjølv mord. Å oppsøkje helsehjelp kan vere ekstra utfordrande for denne pasientgruppa, og mange opplev at kroppslege plagar ikkje vert tatt på alvor. Depresjon er den diagnosen det er undersøkt mest på rundt verknad av fysisk aktivitet, og forskning viser at fysisk aktivitet reduserer risiko for å utvikle depresjon. Det har også vist seg å påverke livskvaliteten ved dei fleste undersøkingar. Fysisk aktivitet har i tillegg hatt ein positiv verknad i behandlinga av schizofreni (Martinsen, 2021, s. 254). For mange kan det vere lettare å ha nokon ein kan vere fysisk aktiv med. Enten der er ute i friluft eller på eit treningssenter burde form av fysisk aktivitet tilpassast kva pasienten sjølv trivst med.

Kondisjonstrening og styrketrening er døme på kva som kan vere gunstig i behandlinga av psykiske lidingar. Motivasjon ved fysisk aktivitet er også viktig for at pasienten opprettheldt form av fysisk aktivitet. Det å velje aktivitetar ein sjølv likar og nyttar seg av støtteapparatet ein har rundt, er viktig for å halde motivasjonen oppe. For mange er det kjekkare å gjere det saman med nokon då det er eit sosialt element (Martinsen, 2021, s. 254-255).

Å vere i fysisk aktivitet har fleire positive verknader. Regelmessig mosjon har vist seg å ha ein positiv verknad på depresjon, og styrkar sjølvbiletet. Det kan vere vanskeleg for mange å kome i gang med fysisk aktivitet grunna mangel på motivasjon. Sjølv om mange menneske gjerne skulle vore meir aktiv kan det vere vanskeleg å finne kjekke aktivitetar som gjer at ein får regelmessig trening inn i ein kvardag. Mange kan verte motivert grunna eit ynskje om betre helse og auka velvære. Eit slikt fokus er difor svært viktig ved motivasjon til fysisk aktivitet. Det er noko som gir eit mentalt og kroppsleg overskot, og har mange fordelar. Mosjon kan også bidra til auka meistringsfølelse, og fysisk aktivitet saman med andre skapar gunstig gruppedynamikk (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 226).

I møte med menneske kor fysisk aktivitet skal ha eit fokus, er det viktig å fremje alle typar former for fysisk aktivitet i kvardagslivet. Her kan miljøtiltak vere like viktig ved motivering. Det å finne ein aktivitet som er kjekk og ein trivst med gjer at regelmessig aktivitet vert lettare å gjennomføre (Mæland, 2021, s. 196-197).

### 3.0 Metode

I dette kapittelet beskriv eg korleis studien er gjennomført for å samle inn ny forskning og fagkunnskap. Her viser eg framgangsmåte og korleis eg har gått fram for å finne relevant litteratur, etiske vurderingar, kritisk vurdering, analyse og syntese av valte forskingsartiklar for å svare på mi problemstilling (Thidemann, 2020, s. 106).

### 3.1 Design

Litteraturstudie som metode skal innhente forskning, eksisterande fagkunnskap og teori for å svare på ei ferdigformulert problemstilling (Dalland, 2020, s. 199). Ein slik metode gjer at lesaren vert deltakande i utvalet grunna beskriving av framgangsmåte ved innhenting av kunnskap og svar (Dalland, 2020, s. 60). Ein litteraturstudie skal setje lys på problemstillinga gjennom analysering av utvalde studiar.

### 3.2 Søkjeprosess

Eit systematisk litteratursøk er viktig for å kunne svare på problemstillinga. Eit slikt søk skal planleggjast, dokumenterast og vere etterprøvbart. I planleggingsfasen nytta eg meg av PICO som er eit verktøy utarbeida for å presisere og klargjere søk rundt problemstillinga (Thidemann, 2020, s. 82). Sidan eg i denne oppgåva ikkje skulle samanlikne to typar tiltak, Comparison, utforma eg eit skjema som kun inkluderer PIO (sjå vedlegg 2). Dette gjorde problemstillinga mi tydeleg og presis slik søkjeorda vart strukturert før gjennomføring av litteratursøk (Helsebiblioteket, 2021). Norske og engelske søkjeord vart teke i bruk for å få eit breitt søk slik resultatet inkluderte internasjonale artiklar. Eg nytta meg difor av verktøyet MeSH, som er eit emneordsystem innanfor medisinske og helsefaglege termar (Helsebiblioteket, 2016). MeSH ga relevante synonym som eg nytta i litteratursøket, noko som gjorde at eg fekk funn ved fleire internasjonale forskingsartiklar.

Val av databasar vart gjort gjennom Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, u.å.) då dette er eit nasjonalt elektronisk bibliotek for helsepersonell (Thidemann, 2020, s. 84). Eg nytta meg av ulike databasar: CINAHL, PsycINFO og PubMed. CINAHL er ein database som blant anna inneheld engelskspråkleg litteratur om sjukepleie. PsycINFO er ein database som inneheld litteratur innan psykologi. PubMed er ein database som inkluderer litteratur innan helsefag (Helsebiblioteket, u.å.). Det var avgjerande at dette var databasar innan helsefag og psykiatri, då eg ynskja forskingsartiklar rundt sjukepleiarintervensjon ved pasientar med schizofreni.



I søk etter artiklar valte eg å fastsetje inklusjons- og eksklusjonskriteriar for å begrense søkinga. Val av tidsrom, språkleg avgrensing, geografisk avgrensing og fagleg nivå var ulike kriteriar eg vurderte før søk. Ved bruk av inklusjonskriteriar vert artiklar som oppfyller desse inkludert, medan eksklusjonskriteria utelukkar artiklar som vert presisert som uaktuelle (Dalland, 2020, s. 148-149). Ved gjennomgang av litteratur var det eit krav om at artiklar eldre enn åtte år skulle ekskluderast. Dette for å finne nyare forskning då det er eit fagfelt som stadig utviklar seg. Ved eksklusjon av alder fekk eg luka vekk artiklar som ikkje omhandla barn og unge då eg kun var ute etter vaksne menneske med schizofreni (alle over 18 år). Artiklar som hadde norsk, dansk, svensk eller engelsk språk vart inkludert. Desse landa har mykje av den same kulturen, og resultata frå litteraturen/forsking vert difor ikkje urelevant grunna for store kulturforskjellar (Dalland, 2020, s. 149). Eit anna inklusjonskriterie som vart nytta var «peer reviewed», som kun viser fagfelleverderte artiklar. Dette var for å sikre kvaliteten på litteratur/forsking. «Peer reviewed» var kun mogleg å utføre i databasar som PsycINFO og CINAHL, medan i PubMed inkluderte eg «systematic review». Ein systematisk oversikt vel ut kritisk vurdert forskning, samt analyserer data frå studiane som er inkludert i oversikta (Reinar & Jamtvedt, 2010). Pasientar innlagt på institusjon var også eit inklusjonskriterie.

Hensikta med denne oppgåva er å setje lys på kva sjukepleiar kan gjere for fremje livskvalitet hjå pasientar med schizofreni innlagt i institusjon. Eg er difor ute etter artiklar som svarar på dette. Søkjestrategien var å ha fokus på artiklar som inkluderte vaksne pasientar og pasientar innlagt på institusjon. Søkjeord som «schizophrenia», «quality of life» og «nursing» vart difor teke i bruk for å finne artiklar med eit sjukepleiefagleg fokus. Eg ynskja også å finne ut kva pasientgruppa sjølv såg på som viktig for livskvalitet då pasienterfaring er relevant i vurderinga av kva som er viktig for livskvalitet. Emneord som «nurse-patient relations», «patients» og «hospitalized patients» ga artiklar med eit større fokus på pasienten sine egne erfaringar. CINAHL og PsycINFO er databasar som eignar seg med boolske operatorar OR og AND (Thidemann, 2020, s. 86-87). Ved å nytte emneord med boolske operatorar fekk eg eit breitt søk med resultat som inkluderte det eg var ute etter. Trunkering var også eit verktøy som gjorde at eg fekk fleire variantar av eit ord noko som auka antal treff. Dette vart brukt med forsiktigheit grunna eit slikt søk gir lange trefflistar og kan vise uaktuell litteratur

(Thidemann, 2020, s. 87-88).

PubMed er ein database der tekstord er nyttig å bruke. «Schizophrenia and quality of life» vart nytta i søkjefeltet i PubMed. Slike søk gir ofte lange trefflistar med artiklar som ikkje er relevante for problemstillinga mi. Ei avgrensing for systematisk oversikt og årstal kan vere gunstig ved ein slik database for å få eit søk som har inklusjonskriteriar. Artiklane eg valte til oppgåva eignar seg godt til problemstillinga (sjå vedlegg vedlegg 3). Nokre artiklar tar for seg sjukepleiar sin funksjon, medan andre har fokus på pasientopplevingar og helsepersonell sine opplevingar ved ulike problemstillingar.

### 3.3 Kritisk vurdering av artiklar

I søk etter forskingsartiklar er det viktig å kritisk vurdere for å finne dei som svarar på problemstillinga. Ved kritisk vurdering av kjelder må ein fyrst finne ut om opplysningane i artikkelen er gyldig og om kjelda er truverdig (Dalland, 2020, s. 143). I søkjestrategien tok eg også med meg egne erfaringar frå praksis, teori, og vurderte dette opp mot forskingsartiklar for å sjå om innhaldet var relevant og truverdig. Då eg skulle lese relevante vitenskaplege artiklar nytta eg meg av IMRaD-struktur for å få ei betre forståing av innhaldet (Thidemann, 2020, s. 30). Fire av fem artiklar eg nytta i oppgåva bestod av IMRaD struktur som inneber introduksjon, metode, resultat og diskusjon. IMRaD beskriv korleis ein vitenskapleg artikkel skal vere bygd opp. Ei slik oppbygging består av hovudhensikt med studien, oppsummering av metode, hovudresultat, evaluering/diskusjon av resultat, og konklusjon (Thidemann, 2020, s. 30). Ved å nytte artiklar som følgjer IMRaD får ein svar på kvifor det vart gjort, korleis det vart gjort, kva som vart funne og kva det betyr ved funna som vart gjort (Romundstad, 2020). For å kritisk vurdere forskingsartiklar er det viktig å stille seg sjølv spørsmål undervegs: har artikkelen ei klar formulert problemstilling? Er designet på artikkelen godt eigna til å svare på problemstillinga?

### 3.4 Analyse og syntese

Inkluderte studiar i denne oppgåva er valt etter om det kan knytast til problemstillinga. Då eg arbeida med å analysere tekstane hadde eg problemstillinga framfor meg, slik dei utvalte artiklane var relevant. Ved å nytte meg av reflekterande lesing fekk eg ei god forståing av kva studien handla om og om dette var noko eg kunne arbeide vidare med. Ved å analysere artiklane finn ein tema som kan samanliknast med kvarandre for å vurdere om dei heng saman. Til slutt vil ein sjå samanheng mellom relevante tema til problemstillinga (Thidemann, 2020, s. 92-94). Gjennom å analysere artiklane fekk eg tolka og kritisk vurdert innhaldet slik at informasjonen og kunnskapen i artiklane var truverdig. Dette vart vurdert opp mot kunnskap og erfaringar eg har med meg frå før slik at eg fekk sett det i samanheng mellom valte studiar og korleis det set lys på problemstillinga (Thidemann, 2020, s. 32-34).

Eg utarbeida ein litteraturmatrise (sjå vedlegg 1) for å få ei betre oversikt over utvalde artiklar med hovudelementa til kvar enkelt artikkel. Dette var eit nyttig hjelpemiddel til då eg seinare skulle samansette innhaldet frå alle artiklane (Thidemann, 2020, s. 95).

### 3.5 Ethiske vurderingar

Etikk i forskinga er svært viktig for å kunne sikre at det som vert skrive er påliteleg. Det er eit lovfesta ansvar hjå alle forskingsinstitusjonar og forskarar. Dette er for å sikre at all forskning skjer i henhold til forskningsetiske normer (Kunnskapsdepartementet, 2022). Hensikta med etikk er å få vegleiing og grunnlag for vurderingar før me handlar (Dalland, 2020, s. 168). Alle inkluderte studiar i denne oppgåva inneheld kun anonymisert datamateriale der dei aller fleste artiklane viser til diagnose, kjønn og alder. Eg har også referert til kjelder gjennom referansestilen, APA 7th. På denne måten henviser eg litteratur og funn til forskarane slik dei får anerkjenning for arbeidet sitt.

## 4.0 Resultat

I denne oppgåva vart det nytta fem artiklar: eit kvalitativ forskingsintervju, ein kvalitativ studie, ein fagartikkel og to studiar som er systematisk oversikt og metaanalyse. Resultat frå litteratursøket har eg presentert i ein litteraturmatrise, sjå vedlegg 1.

### 4.1 Kommunikasjon

Walker (2015) skriv om viktige tiltak som kan setjast i verk i møte med pasient i psykose. Det vert sett lys på ulike måtar å kommunisere på dersom ein pasient opplev tankeforstyrningar, vrangførestillingar eller hallusinasjonar. Det å vise omsorg for pasienten er viktig i slike møter. Forholdet mellom pasient og sjukepleiar er svært viktig, og å nytte seg av ei terapeutisk tilnærming spelar ei stor rolle. Dette byggjer grunnlag for vidare samhandling (Walker, 2015, s. 42-45). Det kjem fram at effektiv kommunikasjon som til dømes å lytte til tema eller det å snakke enkelt til pasienten, er viktig i kommunikasjon saman med pasientar i akutt psykotisk episode. Dersom ein pasient i psykose fortel tankar eller korleis ein situasjon opplevast, er det viktig å lytte etter tema som kjem opp for å betre forstå kva det handlar om. I mange tilfelle kan det vere vanskeleg å forstå kva pasienten seier og difor vil lytting etter tema vere svært relevant. Ved å snakke enkelt og konkret vert det lettare for ein pasient i psykose å følgje med på det som vert sagt slik at det ikkje oppstår misforståingar. Det vil også vere viktig å realitetsorientere dersom pasienten uttrykkjer vrangførestillingar eller hallusinasjonar. I ein slik situasjon er det viktig at ein viser forståing for det pasienten opplev då det kan verke svært realistisk (Walker, 2015).

Viktigheita med å forstå kommunikasjonen og kortid ein skal vegleie vert også beskrive. Det å ha ein eigen måte å kommunisere på er gunstig for å finne eigne teknikkar som kan berolige pasienten (Walker, 2015, s. 45-46).

Kommunikasjon ved ein akutt psykotisk episode er ei form for å vise omsorg til pasienten.

Det kan vere vanskeleg for ein sjukepleiar å vite kva ein skal seie for å berolige pasienten. Walker (2015) nemner dei fem terapeutiske prinsipp, som tar for seg terapeutisk tilnærming, og er svært relevant i rolla som sjukepleiar. Dei fem terapeutiske prinsippa inneber aktiv lytting, ærlegheit, observasjon av verbale og non-verbale signal, vise aksept og fokusere på pasienten sine eigne følelsar. Dette er noko som burde vere eit fokus ved kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar ved psykoseliding (Walker, 2015, s. 45).

## 4.2 Relasjonsbygging

Relasjonsbygging har vore eit gjentakande tema ved fleire studiar. Det er identifisert at tillitsfulle relasjonar i møte med psykiske lidningar er viktig. Gjennom relasjonsbygging skapar ein tillit, noko som skapar tryggleik for pasientar. Dette er ein viktig faktor for pasientar med psykiske lidningar då mange kan oppleve begrensingar grunna den psykiske helsa (Møllerhøj et al., 2019, s. 376). I studien til Møllerhøj et al., (2019) hadde over halvparten av informantane vore i kontakt med psykisk helsevern i over 10 år der dei aller fleste delte erfaringar frå fleire kliniske forløp, som til dømes poliklinisk einheit og døgneinheit. Fleire av informantane uttrykte vanskelegheiter med å akseptere si psykiske lidning og at det var utfordrande å leve det livet dei ynskja grunna begrensing av den psykiske lidinga. Mange beskrev blant anna at medikament ikkje var einaste behandlingsform, like viktig var tillitsfulle relasjonar.

Nokre av deltakarane hadde hatt negativ erfaring frå innlegging ved døgnavdeling, medan nokre få uttrykte skepsis ved helsepersonell og ein mindre tillitsfull relasjon (Møllerhøj et al., 2019, s.374). Fleire av informantane fortel at dei har brukt fleire år på å byggje opp ein tillitsfull relasjon med eventuelle kontaktpersonar innan psykisk helsevern. I beskrivinga av forbetningsprosessar kjem det fram ei rekkje tiltak som har gjort forskjell hjå deltakarane. Dei uttrykkjer at tillitsfulle relasjonar, samt kjende kontaktpersonar innan psykisk helsevern, er viktig i ein forbetningsprosess og bidreg til auka livskvalitet. Det kjem også fram at ved god støtte frå andre vert det lettare å motivere seg sjølv til endring. Mange av deltakarane beskriv også at det å akseptere at ein ikkje kan fungere like godt som alle andre i dagleglivet

er nødvendig for å kunne handtere den psykiske lidinga. Sjølv om ein gjerne skulle vore i arbeid er det nødvendig å setje fokus på kva ein heller kan meistre. Dette for å auke livskvaliteten (Møllerhøj et al., 2019).

### 4.3 Fysisk aktivitet

Den kvalitative studien til Carlbo et al. (2018, s. 603) vart utført på ein døgneinheit og ein tilhøyrande poliklinisk einheit ved eit sjukehus i Sverige. Pasientane var vaksne menneske som hadde ein schizofrenidiagnose. Studien var basert på gruppeintervju blant helsepersonell på avdelingane der spørsmål om fysisk aktivitet i psykiatrisk sjukepleie vart stilt. Deltakarane som deltok var sjukepleiarar, hjelpepleiarar og psykiatrisk spesialsjukepleiar. I studien kom helsepersonalet si erfaring kring fysisk aktivitet i behandling ved psykiske lidingar fram. Diskusjon om forskning og effekt av fysisk aktivitet blant pasientar med schizofreni vart lite snakka om i avdelingane. Det kom også fram at pasientane hadde lite kunnskap om effekten av fysisk aktivitet ved psykisk liding, og at det burde verte eit større fokus rundt dette. Sjukepleiarane uttrykte ein helsefremjande verknad ved fysisk aktivitet blant pasientane dersom det vart gjort i fellesskap. Dersom sjukepleiarane deltok på ein fysisk aktivitet saman med pasienten opplevde dei relasjonsbygging og ein følelse av å vere på lik linje grunna utjamning mellom pasient og sjukepleiar. Fleire av personalet på avdelingane opplevde auka sosial deltaking dersom form av fysisk aktivitet var saman med andre i avdelinga, noko som også hadde positiv verknad på motivasjon blant pasientane (Carlbo et al., 2018, s. 603). Det kom også fram at pasientane likte å kome seg ut av avdelinga og at dialogen mellom helsepersonell og pasient vart meir naturleg utanfor avdeling. Fysisk aktivitet hadde også ein positiv verknad på relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient (Carlbo et al., 2018, s. 603).

Resultata frå Dauwan et al., (2015) viser at fysisk aktivitet betra depressive symptom, global funksjon og livskvalitet hjå pasientar med schizofreni. Ein kombinasjon av aerobic trening og yoga hadde synleg verknad på betre livskvalitet, medan anna form for fysisk aktivitet hadde gunstig effekt på depressive symptom og global funksjon. Både positive og negative

symptom viste seg å blant anna verte redusert ved fysisk aktivitet. Studien viste også at fysisk aktivitet over tid i minst 30 minutt var anbefalt blant pasientane. Studien til Vancampfort et al., (2017) undersøker det fysiske aktivitetsnivået hjå pasientar med schizofreni, depresjon og bipolar lidning. Pasientane i studien er innlagt i institusjon eller poliklinikk, samt nokre av pasientane er heimebuande men i kontakt med institusjon eller poliklinikk. Studien viste at menneske med alvorleg psykisk lidning er lite fysisk aktiv og at dette bør ha eit større fokus i behandling av psykiske lidningar. I studien kjem det fram at menneske med schizofreni er minst aktive blant pasientgruppene innan psykiske lidningar, og at fysisk aktivitet i behandlinga har lite fokus rundt om i verda. Europa viste seg å ha meir fokus på dette blant resten av verda. Dei trekk også fram ulike aktivitetar helsepersonell kan motivere pasientar til å utføre. Dette var ei form for fysisk aktivitet som ikkje krev mykje av verken helsepersonell eller pasient, som til dømes å gå korte turar.

## 5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgåva vert problemstillinga diskutert: *Korleis kan sjukepleiar fremje livskvalitet hjå pasientar med schizofreni som er innlagt i institusjon?* Ved hjelp av litteratur i teorikapittelet, utvalde forskingsartiklar og egne erfaringar, vil eg diskutere problemstillinga eg har formulert. Eg vil fyrst ta for meg diskusjon av resultat, deretter diskuterer eg metode og til slutt ei oppsummering.

### 5.1 Diskusjon resultat

#### *5.1.1 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient*

Det overordna formålet med kommunikasjon inneber «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» (Eide & Eide, 2017, s. 32). Som helsepersonell har ein ei rolle som inneber å nytte den faglege kompetansen som ein motiverande og hjelpande funksjon (Eide & Eide, 2017, s. 32). Aktiv lytting inneber blant anna å skaffe seg nødvendig informasjon og vise at ein ser pasienten slik at ein oppnår god kontakt (Eide & Eide, 2017, s. 22).

I behandlinga av schizofreni er ein kombinasjon av psykoterapi og antipsykotisk medikament ei anbefaling (Walker, 2015, s. 42). Ved psykoterapi kjem viktigheita med kommunikasjon fram. Gjennom god kommunikasjon skapar ein tillit, noko som er spesielt viktig i møte med sårbare pasientar. Pasientar skal få den hjelpa dei treng og i møte med helsepersonell skal den nødvendige kompetansen tre fram, noko som vert skapt gjennom pasienten sin tillit til helsevesenet (Eide & Eide, 2017, s. 26-27). Dette skal verte sikra gjennom lovverket til helsepersonell. Helsepersonellova (helsepersonelloven, 1999, § 4) skal sikre fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp. Denne lova bidreg til sikkerheit for pasientar samt tillit til helsepersonell (helsepersonelloven, 1999, § 4).

Ein del av sjukepleiarrolla er difor blant anna å ha fokus på kommunikasjon i møte med pasientar. Som sagt skapar god kommunikasjon tillit hjå pasienten, noko som kan gjere det lettare for pasienten å vidareformidle eigne følelsar knytt til si psykiske lidning. Dette kan skape både engasjement, glede og ein følelse av tilfreds med eige liv hjå pasienten, noko som er viktige faktorar ved livskvalitet (Næss, 2001, s. 10). Ved kommunikasjon er det viktig at ein som sjukepleiar nyttar heile seg, slik ein finn sin eigen personlege stil i møte med pasientar. Pasientar med schizofreni kan blant anna oppleve vrangførestillingar og hallusinasjonar, noko sjukepleiar må ha i bakhovudet i måten å kommunisere på. Verksam kommunikasjon i møte med pasientar som har ei schizofreni lidning, kan vere å snakke enkelt og konkret slik at pasienten klarar å forstå og følgje med på det som vert sagt. Det må ikkje verte for mykje stimuli for pasienten og viktigheita med å nytte stillheit kan føre til at pasienten kjennar på eigne følelsar saman med sjukepleiar. Ved vrangførestillingar er det spesielt viktig å seie i frå til pasienten dersom ein ikkje forstår det som vert sagt, dette for å vise pasienten at ein prøver å forstå deira oppleving av situasjonen. Dersom pasienten opplev hallusinasjonar må ein ha fokus på å berolige (Walker, 2015, s. 45-46).

### *5.1.2 Relasjonsbygging i møte med fysisk aktivitet*

Gjennom sjukepleiarutdanninga lærer ein viktigheita av relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient. Dette er noko eg har spesielt erfart i praksis då eg kjem som ein ukjend person i



møte med pasientar og må byggje ein relasjon med dei. Å byggje ein relasjon tar tid, men med kunnskap i bakgrunn lærer ein korleis dette kan utøvast. Studien til Møllerhøj et al., (2019) viser at det å skape ein tillitsfull relasjon er svært viktig, men er noko som tar tid innan psykisk helse. Å kjenne til kva pasientane sjølv opplev som livskvalitet har vist seg å vere viktig i møte med pasientar. Det å møte pasienten sine behov og ta del i motivasjon til meistring burde vere fokus hjå sjukepleiar. Pasientar kan møte mange begrensingar ved psykisk sjukdom, men dersom pasienten set seg realistiske mål for kva oppgåver det skal vere mogleg å utføre i dagleglivet, kan dette bidra til auka livskvalitet (Møllerhøj et al., 2019). Sjukepleiar sin kunnskap om kommunikasjon og korleis dette vert utøvd i praksis bidreg til å setje lys på kva pasienten sjølv opplev som viktig i eige liv, samt kva sjukepleiar og pasient burde ha fokus på vidare for å styrke livskvalitet hjå pasienten (Rustøen, 2001, s. 79-80).

Carlbo et al., (2018) viser at ein god relasjon fører til auka tillit, noko som byggjer vidare på sosial deltaking i møte med fysisk aktivitet. Her ser ein samanhengen mellom relasjonsbygging og fysisk aktivitet (Carlbo et al., 2018). Dette har også ein positiv verknad på symptom (Møllerhøj et al., 2019). Dersom pasienten opplev positiv verknad på symptom kan dette gi ein følelse av betring og skape gode følelsar tross den psykiske lidinga, noko som bidreg til auka livskvalitet (Næss, 2001). Å delta på fysisk aktivitet i lag med sjukepleiar, kan føre til at pasient lettare opnar seg, då ein tek samtalen med ut av det typiske samtalerommet og inn i fysisk aktivitet (Møllerhøj et al., 2019; Carlbo et al., 2018).

### *5.1.3 Fysisk aktivitet ved schizofreni*

Livskvalitet vert knytt til menneske si oppleving av velvære, eiga helse og funksjon (Kristoffersen, 2017, s. 56). Fysisk inaktivitet er ein trussel mot helsa og det vil difor vere viktig for eitt kvart menneske å vere fysisk aktiv minst kvar dag. Aktivitet er ei viktig kjelde for å fremje helse, og det vil vere opp til kvar enkelt å velje form for fysisk aktivitet som bidreg til eit auka nivå av velvære samt livskvalitet (Skaug, 2017, s. 314-315).

Då eg var i psykiatripraksis opplevde eg eit fokus på fysisk aktivitet i samtale med pasientar som hadde ein schizofrenidiagnose. I staden for å ha ein samtale med pasienten i eit lukka samtalerom, vart det heller gjort saman med fysisk aktivitet enten innandørs eller utandørs. Form for fysisk aktivitet vart bestemt av pasienten sjølv. Turgåing og ballspel var aktivitetar som gjekk igjen blant fleire pasientar. Pasientane opplevde denne forma for samtale meir avslappande då det ikkje gjekk for seg i eit lukka rom, samt samtalen vart meir naturleg då fokuset inkluderte både aktiviteten som skulle utførast og samtale om eigne følelsar.

Dauwan et al., (2015) og Vancampfort et al., (2017) er to studiar som beskriv at fysisk aktivitet burde vere eit større fokus i behandlinga av schizofreni. Vancampfort et al., (2017) viser til at menneske med alvorleg psykisk lidning er lite fysisk aktiv. Då Europa var den verdsdelen som viste seg å ha størst fokus på fysisk aktivitet i behandlinga av psykiske lidningar, kan dette tyde på at fysisk aktivitet har fått eit større fokus enn tidlegare. Sjølv om studien viste dette såg ein også at menneske med schizofreni var minst fysisk aktiv, noko som tyder på at her burde det skje ei endring (Vancampfort et al., 2017).

Carlbo et al., (2018) viser at pasientane hadde ei positiv erfaring då fysisk aktivitet vart tatt ut av avdeling slik at dei fekk ei miljøendring og forholdet mellom pasient og sjukepleiar vart meir naturleg då settinga ikkje hadde eit institusjonspreg. I miljøterapi er blant anna fysiske forhold og relasjonsarbeid lagt vekt på. Miljøterapi i ei avdeling skapar avstand frå det miljøet pasientane elles strevar med dagleg. Ein kan seie at miljøterapeutisk arbeid er ein stor del av eigenomsorg, meistring og betringsprosessar (Gonzalez, 2021c, s. 362-363). Her kan ein dra inn Walker (2015) sin teori om kommunikasjon i møte med pasientar med schizofreni. Dersom forholdet mellom pasient og sjukepleiar inneheld god kommunikasjon som til dømes aktiv lytting og enkel samtale, vert settinga meir naturleg og kan skape ei terapeutisk tilnærming gjennom miljøterapi. På denne måten lærer sjukepleiar å kjenne pasienten, samt får ei vegleiande rolle som kan byggjast vidare på ved fysisk aktivitet.

Carlbo et al., (2018), som tar for seg helsepersonell sine erfaringar frå to psykiatriske avdelingar, set lys på den positive verknaden av fysisk aktivitet blant pasientar med schizofreni, men også eit manglande fokus i møte med denne pasientgruppa. Fysisk aktivitet hadde ein positiv verknad på det sosiale då dette var noko som vart gjort saman med andre og gjorde sosial deltaking lettare for pasientane. Sjukepleiarane delte erfaring kring for lite kunnskap om viktigheita med fysisk aktivitet ved schizofreni, både hjå pasientane og helsepersonell. Dei stilte blant anna spørsmål om dette var grunna fysisk aktivitet hadde for lite fokus i behandlinga (Carlbo et al., 2018).

Inaktivitet kan vere eit resultat av manglande fysisk føresetnad grunna sjukdom eller som eit resultat av motivasjon og vilje. Mange menneske manglar kunnskap om viktigheita med fysisk aktivitet medan andre er tilfreds med ein lite aktiv kvardag. Aktivitet er ei viktig kjelde for å fremje helse både fysisk og mentalt. Mellommenneskelege relasjonar er ein viktig faktor i utøvinga av fysisk aktivitet og personleg utfolding. Aktivitetar som er helsefremjande inkluderer blant anna noko som skapar livsglede og velvære hjå den enkelte person. Dette kan vere både gjennom leik, sosial interaksjon og andre former for fysisk aktivitet med eit større fokus på kondisjon og muskelstyrke (Skaug, 2017, s. 314-316). Det er dokumentert ein samanheng mellom fysisk aktivitet og god psykisk helse (van Ommeren et al., 2005).

Kvardagen i ein institusjon er ofte prega av prioriterte oppgåver som omhandlar å ivareta behov som ernæring, kroppsvask og medisinsk behandling. Moglegheita for å ha eit fokus på fysisk aktivitet hjå pasientane er ofte redusert grunna dette ikkje omhandlar dei prioriterte oppgåvene i institusjonane. Dette vil ikkje seie at fysisk aktivitet ikkje har ei viktig betydning. Ved å ikkje vere fysisk aktiv mistar ein både fysiske og mentale funksjonar, som blant anna kan innebere nedsett matlyst, kontrakturar, lungebetennelse, trykksår, endra sjølvbilete og nedstemtheit. Dette er noko som er viktig i alle menneske sitt liv, og noko sjukepleiar burde leggje til rette for at pasienten opprettheldt og styrker eiga funksjonsevne (Skaug, 2017, s. 328-330). Effektive kvardagsaktivitetar kan vere å gå i trapper i staden for å ta heis, og vidare utvide form for aktivitet tilpassa pasienten sitt eige ynskje og behov (Skaug, 2017, s. 334-335). Dersom sjukepleiar har ein god relasjon til pasienten samt tillit, har ein større sjanse til

å nå inn til pasienten med vegleing. Ein god relasjon mellom desse partane kan gjere at pasienten stolar meir på råd som kjem frå ein sjukepleiar, og det vert lettare å følgje desse råda (Møllerhøj et al., 2019).

Dauwan et al., (2015) sin studie viste betring av depressive symptom, livskvalitet og global funksjon ved fysisk aktivitet hjå pasientar med schizofreni. Aktivitet viste seg å redusere både positive og negative symptom. Det kom også fram at helsepersonell må ha fokus på kva type fysisk aktivitet som passar kvar enkelt pasient. Mange pasientar kan miste motivasjon dersom det vert for utfordrande å utføre. Det vil vere viktig å finne gjennomførbare aktivitetar slik motivasjon for fysisk aktivitet kan oppretthaldast over tid. At helsepersonell snakkar saman med pasienten om kva type aktivitet som er ynskjeleg og saman finn noko som passar den enkelte er ei god løysing for å motivere til fysisk aktivitet (Dauwan et al., 2015). Samstundes er det viktig å hugse på at institusjon ikkje er det same som heimen til pasienten, og eit ukjend miljø kan vere ein stoppar i utøving av fysisk aktivitet grunna nye omgjevnadar. Som sjukepleiar vil det vere viktig å gi informasjon til pasienten som kan hjelpe å orientere slik at omgjevnadane vert meir trygg (Skaug, 2017, s. 334-335).

Ved å reflektere over desse studiane (Carlbo et al., 2018, s. 604; Dauwan et al., 2015, s. 594; Vancampfort et al., 2017, s. 313) ser ein at fysisk aktivitet er viktig i møte med menneske med schizofreni og bidreg til auka livskvalitet. At sjukepleiar deltar i den fysiske aktiviteten saman med pasienten samt får betre kunnskap rundt utøvinga av dette i behandlinga, kjem fram som eit stort fokus. Då fleire sjukepleiarar ser ein helsefremjande verknad ved fysisk aktivitet grunna moglegheit for relasjonsbygging og sosial deltaking ser ein kor viktig del det har å seie for livskvalitet hjå menneske med schizofreni innlagt i institusjon (Carlbo et al., 2018, s. 604).

## 5.2 Diskusjon metode

Målet ved litteraturstudie som metode er å strukturere oppgåva slik at ein får presentert framgangsmåten i søk etter litteratur. Styrker ved eit litteraturstudie er at ein analyserer og kritisk vurderer sekundærdata, noko som gjer at inkluderte artiklar i oppgåva er planlagt, begrunna, dokumentert og etterprøvbart. Ein litteraturstudie inkluderer eit systematisk litteratursøk som er knytt til problemstillinga og er difor svært relevant for oppgåver som har ei formulert problemstilling (Thidemann, 2020, s. 82). Ved utføringa av eit litteraturstudie får ein også relevant forskning på det ein er ute etter, noko som gjer at ein kritisk vurderer kjeldene. Svakheiter ved eit litteraturstudie er at det er gjort mykje forskning rundt nokre tema, medan mindre forskning rundt andre. Dette kan gjere litteratursøk vanskelegare grunna forskjell på kor mykje forskning det er rundt gitte tema.

## 6.0 Oppsummering og implikasjonar for praksis

Korleis kan sjukepleiar fremje livskvalitet hjå pasientar med schizofreni som er innlagt i institusjon? Relasjonsbygging har vist seg å vere eit viktig fokus blant menneske med schizofreni. Ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient skapar også tillit. Grunna mange pasientar har vore i kontakt med helsevesenet over lang tid kan det vere vanskeleg å forholde seg til ulike menneske, og det kan difor ta tid å byggje opp ein god relasjon med sjukepleiar. At pasientar opplev tillitsfulle relasjonar kan vere svært viktig i betringsprosessen ved psykiske lidingar. Relasjonsbygging byggjer også vidare på fysisk aktivitet i møte med pasientar som har ein schizofreni diagnose. Gjennom gode relasjonar mellom sjukepleiar og pasient vert møtet med fysisk aktivitet eit viktig fokus ved livskvalitet (Møllerhøj et al., 2019; Carlbo et al., 2018; Dauwan et al., 2015; Vancampfort et al., 2017).

På den andre sida kan ein sjå at mangel på tid og ressursar i institusjon påverkar gjennomføring av fysisk aktivitet blant pasientar med schizofreni. Manglande informasjon både hjå pasientar og helsepersonell angående viktigeita med fysisk aktivitet og schizofreni, har også vore ein avgjerande faktor (Carlbo et al., 2018; Vancampfort et al., 2017). Mange

pasientar med denne diagnosen kan ha behov for vegleing og støtte av sjukepleiar og anna helsepersonell. Med eit slikt resultat set ein lys på utfordringar både pasient og sjukepleiar kan møte i behandlinga av schizofreni, spesielt knytt til fysisk aktivitet då dette kan vere noko som krev ekstra tid og ressursar i avdeling. Her kan ein kanskje stille krav til helsepersonell, at det er deira oppgåve å leggje til rette slik det vert tid til utøving av fysisk aktivitet i institusjon (Carlbo et al., 2018).

Carlbo et al. (2018) og Vancampfort et al. (2017) viser at fysisk aktivitet påverkar livskvalitet hjå menneske med schizofreni, samt burde vektleggjast meir grunna helse som livskvalitet (Carlbo et al., 2018; Vancampfort et al., 2017). Det har vore manglande informasjon både hjå pasientar og helsepersonell angående viktigheita med fysisk aktivitet og schizofreni (Vancampfort et al., 2017). Fysisk aktivitet kan blant anna føre til meir sosial deltaking grunna mange opplev det som kjekkare å trene saman med nokon. Eit kjend problem er mangel på sosial interaksjon blant pasientgruppa, men fysisk aktivitet saman med andre kan bidra til auka livskvalitet hjå pasientar med schizofreni (Møllerhøj et al., 2019; Carlbo et al., 2018; Dauwan et al., 2015).

Kommunikasjon skjer mellom to eller fleire menneske (Stensaasen & Sletta, 1993; Wilson & Kneisl, 1996, referert i Hummelvoll, 2012, s. 420). Kommunikasjon byggjer gjerne på relasjonsbygging og er difor svært relevant i sjukepleietilnærminga. Dette er noko som kan skape tillit og trygghet hjå pasientar med schizofreni (Walker, 2015). Ved ein institusjon møter sjukepleiar pasientar i ulike settingar, kor samtale om eigne tankar og følelsar kjem fram. I slike samtalar kan ulike tema dukke opp, som til dømes skam om eiga psykisk liding, dårleg sjølvbilette og usikkerheit (Gonzalez, 2021b, s. 342-343). Ein slik samtale mellom pasient og sjukepleiar kan bidra i kartlegginga av kva som opplevast som vonde følelsar for pasienten. Slik set ein fokus på kva som burde arbeidast med for å betre livskvaliteten, som til dømes å snu om på positive følelsar og endringar i eige liv (Næss, 2001). At pasientar med schizofreni opplev ein god relasjon og trygghet bidreg til auka livskvalitet. (Walker, 2015, s. 45-46).

## Referanseliste

- Aarre, T.F. & Farshbaf, M. (2018). Psykoselidelser. I T.F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2.utg., s. 107-134). Fagbokforlaget.
- Aarre, T.F. & Juklestad, S.I. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet. I T.F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2.utg., s. 55-68). Fagbokforlaget.
- Bugge, P. & Farshbaf, M. (2018). Psykoterapi. I T.F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2.utg., s. 69-83). Fagbokforlaget.
- Carlbo, A., Claesson, H.P. & Åström, S. (2018). Nurses` Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), 600-607. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429508>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Dauwan, M., Begemann, M.J.H., Heringa, S.M. & Sommer, I.E. (2015). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588- 599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
- Dramsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi; samarbeid og endring*. Fagbokforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal.

Gonzalez, M.T. (2021a). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-67). Gyldendal.

Gonzalez, M.T. (2021b). Samtalen som metode. I M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 342-351). Gyldendal.

Gonzalez, M.T. (2021c). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 361-375).

Hartberg, C.B. (2021). Psykoselidelser. I M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 121-131). Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2016). Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket. (2021). 2.1 PICO.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Databaser*. Henta 29. mars 2023 frå

<https://www.helsebiblioteket.no/liste?tema=databaser&dokumenttype=databaser&ct=link&path=/helsebiblioteket/innhold>

Helsedirektoratet. (2013, juni). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (Nasjonal faglig retningslinje, IS-1957).

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-)



[9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsebibliotek.no/9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2015, 1. januar). *§1-3 Definisjoner*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Holden, B. (2013). *Miljøbehandling: En atferdsanalytisk tilnærming*. Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2017). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N.J. Kristoffersen, F.

Nortvedt, E.A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., s. 29-87). Gyldendal.

Kunnskapsdepartementet. (2022, 9. desember). Etikk i forskningen. *Regjeringen*

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

Malt, U. & Aslaksen, P. (2022, 13. desember). Psykiske lidelser. Store Medisinske Leksikon,

*Store Norske Leksikon*. Henta 12. april 2023 frå [https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)

Martinsen, E.W. (2021). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I

M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 253-257).

Mæland, J.G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5.utg.).

Universitetsforlaget.

- Morrison, A.K. (2009). Cognitive behavior therapy for people with Schizophrenia. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(12), 32-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811142/>
- Møllerhøj, J., Stølan, L.O., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E. & Rise, M.B. (2019). «I live, I don't work, but I live a very normal life» – A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of Schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 371-378. <https://doi.org/10.1111/ppc.12444>
- Nes, R.B., Røysamb, E., Eilertsen, M.G., Hansen, T. & Nilsen, T.S. (2021). Livskvalitet i Norge. Henta frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Næss, S. (1994). *Yrkeskvinne – husmor? Gifte kvinners livskvalitet* (INAS Rapport 1994:2). Oslo: Institutt for sosialforskning.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære* (NOVA Rapport 3/01). Oslo Metropolitan University – OsloMet: NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/handle/20.500.12199/5152>
- Reinar, L.M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien Forskning*, 5(3), 238-246. [10.4220/sykepleienf.2010.0121](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121)
- Romundstad, P.R. (2020). *IMRAD*. Henta frå Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/IMRAD>
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Gyldendal akademisk.
- Røssberg, J.I. (2022, 1. februar). Schizofreni. Store Medisinske Leksikon, *Store Norske Leksikon*. Henta 31. mars 2023 frå <https://sml.snl.no/schizofreni>
- Skaug, E.A. (2017). Aktivitet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3.utg., s. 313-346).

Gyldendal.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2018). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn* (2.utg.). Gyldendal.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71-76.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623467/pdf/15682252.pdf>

Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F.B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P.B., Gaughran, F., Hert, M.D., Carvalho, A.F. & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>

Ververda, J. & Bjørnstad, M. M. (2018). Slik kan sykepleiere betre helse til personer med schizofreni. *Sykepleien*, 106(65895).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65895>

Walker, C.A. (2015). Caring for the patient with acute psychosis. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 13(3), 40-47. DOI: 10.1097/01.NME.0000462645.52688.23

## Vedlegg 1: Litteraturmatrise

Forfattar (år)	Hensikt	Design/Metode	Utval	Resultat	Kommentar
Møllerhøj et al., 2019	Å setje lys på brukaropplevin gar ved schizofreni i møte med psykisk helsevern og årsak til å få antipsykotisk medisin.	Kvalitativ studie med intervju/semistrukturert intervju	24 individuelle kvalitative forskingsinter vju.	<p>Positiv effekt innan psykisk helsevern:Tillitsfulle relasjonar, ADL, nettverk, psykososial rehabilitering og antipsykotisk medikament.</p> <p>Varierte opplevingar i møte med psykiske helsetenester.</p> <p>Ambivalens ovanfor medisinsk behandling.</p> <p>Tillit er viktig, men det tar tid å byggje ein tillitsfull relasjon.</p> <p>Kjenne til pasientar si erfaring med livskvalitet.</p>	<p>Styrker: Fokus på brukaropplevin gar og etisk vurdert.</p> <p>Svakheiter: Medikament vart nytta hjå deltakarane, dette var ikkje mitt fokus.</p>
Vancampfort et al., 2017	Å finne ut kor mykje tid menneske med alvorleg psykisk lidning brukar på fysisk aktivitet, og forskjellar mellom fysisk aktivitet og stillesitjande	Systematisk oversikt/systematisk litteraturgjennomgang og metaanalyse.	152 studiar som oppfylte kriteria studien hadde.	<p>Menneske med alvorleg psykisk lidning sat meir i ro.</p> <p>Personar med schizofreni diagnose var minst fysisk aktiv.</p>	<p>Styrker: Tar for seg ulike psykiske lidingar, inkludert schizofreni.</p> <p>Svakheiter: Kjem ikkje tydeleg fram</p>

	atferd.			Menneske i Europa var meir fysisk aktiv enn andre land i verda.	om det er teke etiske vurderingar av dei inkluderte studiane.
Dauwan et al., 2015	Effekten av fysisk aktivitet hjå pasientar med schizofreni.	Systematisk oversikt/systematisk litteraturgjennomgang og metaanalyse.	29 studiar som undersøkte 1109 pasientar.	Pasientar med schizofreni: fysisk aktivitet for å betre livskvalitet, kliniske symptom, global funksjon og depressive symptom.  Fysisk aktivitet reduserer positive og negative symptom.	Styrker: Svarar på problemstillinga; pasientar med schizofreni, ekskluderer andre diagnosar.  Svakheiter: Kjem ikkje tydeleg fram om det er teke etiske vurderingar av dei inkluderte studiane.

Walker, 2015	Betre forståing av og kommunikasjon i møte med pasientar i akutt psykose.	Fagartikkel.		Kommunikasjon med pasientar som opplev tankeforstyringar, angst, vrangførestillingar og hallusinasjonar.  Dei fem terapeutiske prinsipp	Styrker: Forfattaren er professor og er ekspert innanfor sitt fagfelt.  Svakheiter: Artikkelen tar for seg pasientar i akutt psykose, og problemstillinga mi spesifiserer ikkje pasientar i
--------------	---	--------------	--	---	---

					psykose men heller generelt om pasientar med schizofreni.
Carlbo et al., 2018	Å undersøkje kva erfaring sjukepleiarar har med bruk av fysisk aktivitet i behandling hjå pasientar med schizofreni.	Kvalitativ studie basert på gruppeintervju.	12 helsepersonell ved ein døgneinheit og ein tilhøyrande poliklinisk einheit for vaksne pasientar med schizofreni.	Blant helsepersonell var det usikkerheit og mangel på kunnskap rundt fysisk aktivitet i behandlinga av pasientar med schizofreni.  Det var også vanskeleg å setje av tid til fysisk aktivitet i avdelinga.  Lite kunnskap ang.fysisk aktivitet hjå pasientar og personalet.	Styrker: Etisk vurdert.  Inkluderer helsepersonell i Sverige noko som gjer artikkelen svært relevant då kulturen er lik som i Noreg.  Artikkelen er skrive i 2018, relevant grunna nye funn.  Svakheiter: Inkluderer få helsepersonell på ei avdeling.

## Vedlegg 2: PIO – skjema

	<b>P</b> <b>Populasjon/ Problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon / Tiltak</b>  <b>Eksposisjon, Interesse</b>	<b>C</b> <b>Samanlikning (dersom det er aktuelt)</b>	<b>O</b> <b>Utfall</b>
<b>Norske begrep</b>	Pasientar med schizofreni.  Pasientar med schizofreni innlagt i institusjon.	Relasjonsbygging  Kommunikasjon  Fysisk aktivitet		Ivareta/auke livskvalitet hjå menneske med schizofreni.
<b>MeSH</b>	Schizophrenia  Schizophrenic disorder	Nurse-patient- relations  Nursing interventions  Psychiatric nurses  Psychiatric hospitals		Quality of life

<b>Tekstord</b>	Schizophrenia Schizophrenic disorder Physical health Hospitalized patients	Nurse-patient-relations Nursing interventions Communication Nurse Physical activity Patients experience Psychiatric nurses Psychiatric hospitals Exercise		Quality of life Nurse-patient-relations Nursing interventions Schizophrenia
-----------------	---	---	--	--



## Vedlegg 3: Søkjehistorikk

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
CINAHL	07.03.23	Schizophrenia OR schizophrenic disorders. Quality of life OR psychotherapy OR physical therapy.  Alle "OR" kombinasjonar vert kombinert med «AND».	37	Avgrensa søk: årstal 2018 – 2023  «Peer reviewed»  USA
CINAHL	08.03.23	Schizophrenia OR schizophrenic disorders. Quality of life. Nursing OR nurses*.  Quality of life og alle "OR" kombinasjonar vert kombinert med «AND».	71	Avgrensa søk: årstal 2016 – 2023  «Peer reviewed»
PubMed	08.03.23	Schizophrenia and physical health.	179	Avgrensa søk: årstal 2015 – 2023  «Systematic review»  Engelsk språk
PubMed	08.03.23	Schizophrenia, exercise, quality of life, systematic review.	11	Avgrensa søk: årstal 2018 – 2023

PsycINFO (Ovid)	09.03.23	Schizophrenia OR schizophrenic disorder OR psychiatric hospitals. Nurse- patient relations OR hospitalized patients OR nursing interventions OR psychiatric nurses. Quality of life.  Quality of life og alle "OR" kombinasjonar vert kombinert med «AND».	12	Avgrensa søk: årstal 2015 – 2023  «Peer reviewd journal»
CINAHL (EBSCOhost)	07.03.23	Schizophrenia OR schizophrenic disorders OR quality of life. Physical therapy OR physical activity. Nurse OR nursing role.  Alle "OR" kombinasjonar vert kombinert med «AND».	3	Avgrensa søk: årstal 2018 – 2023  «Peer reviewed»
PubMed	07.03.23	Schizophrenia and physical health.	179	Avgrensa søk: årstal 2015 – 2023  «Systematic review»  Engelsk språk
CINAHL	22.03.23	Schizophrenia. Nurse- patient-relations OR nurse OR nursing interventions. Health related quality of life	23	Avgrensa søk: årstal 2015 – 2023  «Peer reviewed»

		OR quality of life OR communication.  Schizophrenia og alle "OR" kombinasjonar vert kombinert med «AND».		
--	--	---	--	--