

Linn Auganes

Faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni

Factors affecting engagement in physical activity among people with schizophrenia

Antall ord: 8800

Bacheloroppgåve i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2019

Linn Auganes

Faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni

Factors affecting engagement in physical activity among people with schizophrenia

Antall ord: 8800

Bacheloroppgåve i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Janne-Rita Skår
Mai 2019

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Samandrag

Føremål: Undersøkje kva faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni, og vidare drøfta korleis sjukepleiar kan nytta ei salutogen tilnærming for å auke deltaking i aktivitet.

Metode: Systematisk litteraturstudie. Systematiske litteratursøk vart gjennomført i databasane *CINAHL Complete*, *PsycINFO*, *Medline* og *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Åtte artiklar vart inkludert, ein kvantitativ, fem kvalitative og to kombinasjonsstudiar. Analysen vart gjort ved hjelp av David Evans (2002) si stegvise innhaldsanalyse.

Resultat: Funna kan delast inn i barrierar og motivasjonsfaktorar. Barrierane er knytt til overvekt, dårleg fysisk form, medikamentbiverknadar, motivasjonslause, angst, kunnskapsmangel og økonomi. Motivasjonsfaktorane er knytt til betra fysisk form og utsjånad, meir energi, auka velvære, sosial støtte, glede, distraksjon frå symptom, støtte frå helsepersonell eller andre og auka sjølvtilit og meistring.

Konklusjon: Ei salutogen tilnærming kan bidra til at personane vert bevisstgjort på eigne haldningar til fysisk aktivitet, og kva motstandsressursar dei har tilgjengelege for å handtera utfordringane. Sjukepleiarens viktigaste rolle er å kartleggja brukar erfaring og skapa motivasjon for å styrka oppleving av samanheng. Vidare forskning bør utforska pasientperspektivet nærare for å gi helsearbeidarar auka forståing for opplevde utfordringar, noko som kan skapa utvikling av betre tilpassa aktivitetstilbod.

Abstract

Aim: Assess factors affecting engagement in physical activity among people with schizophrenia, and further discuss how nurses can use a salutogenic approach to increase engagement.

Method: Systematic literature review. Systematic literature searches were conducted in the databases *CINAHL Complete*, *PsycINFO*, *Medline* and *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Eight articles were included, one qualitative, five qualitative and two combination studies. The analysis followed the model of stepwise content analysis as described by David Evans (2002).

Result: The findings can be sorted into barriers and motivating factors. Common barriers were being overweight, poor physical fitness, side effect to medication, anxiety, lack of motivation and lack of knowledge and money. Common motivating factors were losing weight, having more energy, improved appearance, distraction from symptoms, social support, enjoyment, support from health professionals or others and increased confidence and sense of achievement.

Conclusion: A salutogenic approach can contribute to comprehensibility to attitudes towards physical activity and available resources that create manageability. An important nurse task is to investigate the patients experience and create motivation to increase sense of coherence. Further research should investigate the patient perspective further. This can contribute to give health workers a bigger understanding to perceived challenges and create development of better adapted activity alternatives.

Forord

Schizofreni. Kva er det anna enn den absolutte draum, den absolutte tenkjing, den høgaste og mest intense sjelelege oppleving. Du missar kontakti med røyndi, og åndslivet vert den einaste realitet.

-Olav H. Hauge (2000, s.279)

Innholdsliste

1 Innleiing	10
1.1 Introduksjon	10
1.2 Problemstilling	11
1.3 Omgrepsavklaring	11
2 Teoribakgrunn	12
2.1 Schizofreni	12
2.2 Fysisk aktivitet.....	13
2.3 Salutogenese	14
3 Metodebeskriving.....	15
3.1 Systematisk litteraturstudie.....	15
3.2 Datasamling	15
3.3 Kvalitetsvurdering	16
3.4 Etske vurderingar	17
3.5 Analyse.....	17
4 Resultat	19
4.1 Barrierar	19
4.1.1 Fysiske barrierar	19
4.1.2 Psykiske barrierar	20
4.1.3 Andre barrierar	21
4.2 Motivasjonsfaktorar	21
4.2.1 Fysiske motivasjonsfaktorar	21
4.2.2 Psykiske motivasjonsfaktorar.....	22
4.2.3 Andre motivasjonsfaktorar	23
5 Diskusjon	24
5.1 Metodediskusjon	24
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Tilpassing til fysiske barrierar og motivasjonsfaktorar	25
5.2.2 Tilpassing til psykiske barrierar og motivasjonsfaktorar.....	26
5.2.3 Tilpassing til andre barrierar og motivasjonsfaktorar.....	28
6 Konklusjon.....	31
Referansar	33
Vedlegg	37
Vedlegg 1: Analysetabell	38
Vedlegg 2: Tabell over søkeshistorikk	40
Vedlegg 3: 8 litteraturmatriser	44

1 Innleiing

1.1 Introduksjon

Schizofreni er knytt til lågare forventa levealder enn normalbefolkninga grunna dårleg helse og auka risiko for sjølv mord. Lidinga vert ofte assosiert med helseskadeleg åtfærd som tobakksrøyking, dårleg kosthald, misbruk av rusmidlar, lite fysisk aktivitet, og stor vektauke grunna medikamentell behandling (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s.65-66). Risiko for tidleg død er to til fire gongar større og kan tilskrivas hjarte- og karsjukdommar grunna genetikk, medikament som påverkar blodfeittstoff og gir overvekt, manglande diagnosering og behandling av hjarte- karsjukdommar og uheldige livsstilsfaktorar. Fleire har vanskar med å skaffa den helsehjelpa dei treng, og mange opplev at helsetenestane ikkje tek dei kroppslege plagene deira på alvor (Aarre et al., 2009, s.65-66). Egil W. Martinsen (2018, s.41) skriv at menneskjer med psykiske lidingar diskriminerast i helsevesenet ved at somatiske sjukdommar i liten grad vert oppdaga, og når dei fyrst vert oppdaga er sjansen for optimal behandling redusert.

I 2017 publiserte Regjeringen *Mestre hele livet* som legg vekt på at helsetenestane må etablere rutinar og ei organisering som sikrar forsvarleg ivaretaking av pasientens somatiske helse. Det understrekast at ein «Må bygge bro mellom de ulike fagtradisjonene innen somatisk og psykisk helse for å sikre helhetlig behandling av psykiske og fysiske lidelser» (Regjeringen, 2017). I 2019 publiserte Helsedirektoratet *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*, med mål om å mellom anna betra ivaretaking av somatisk helse og sikra gode levevanar (Helsedirektoratet, 2019a, s.5). I *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne* understrekast det at brukaren har rett på ein behandlingsplan der den somatiske helsa vert fylgt opp som ein integrert del av behandlinga. Her får kommunane eit stort ansvar (Helsedirektoratet, 2019b, s.20).

For å ivareta den somatiske helsa til personar med schizofreni er det viktig å ha fokus på helsefremjande og førebyggjande arbeid. I Noreg er det både politisk og fagleg einigheit om at det er betre å førebyggja enn å reparera i etterkant. Dette synet kjem tydeleg fram i offentlege dokument som *Stortingsmelding nr.16*, *Stortingsmelding nr. 26*, *samhandlingsreforma*, og lovverk som *helse- og omsorgsteneste lova* og *folkehelselova* (Helgesen, 2016, s.142; Kristoffersen, 2016, s.349). Ut i frå desse får helsepersonell auka ansvar for å bidra til helsefremjing og førebyggja mot utvikling og forverring av sjukdom. Her må sjukepleiaren kunna formidla kunnskap, og hjelpa menneskjer til å gjera val på grunnlag av eigne verdiar og mål. Dette inneber styrking av personens eigne ressursar og utvikling av kompetanse til å gjera livsstilsendingar (Kristoffersen, 2016, s.349). Den helsefremjande funksjonen til sjukepleiaren vert også framheva i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*: «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, u.å.).

Eit viktig ledd i førebyggjing av helseproblem hos personar med schizofreni er fysisk aktivitet. Regelmessig fysisk aktivitet kan redusera tidleg død med 30% og minska risiko for utvikling av hjarte- karsjukdom, diabetes og kreft (Martinsen, 2018, s.39). I det helsefremjande arbeidet bør helsetenestane i større grad enn tidlegare kartleggja brukarens heilskaplege behov og ressursar, og gi brukarar informasjon og støtte slik at dei kan delta aktivt i avgjersler om eiga helse. Det er ikkje gitt at ein person har dei ressursane og ferdigheitene det krevjast for å ivareta eiga helse. Dette krev at brukarens erfaringskunnskap må balanserast opp mot sjukepleiarens ekspertkunnskap (Rannestad & Haugan, 2014, s.19-20). Helsefremjande arbeid rettar merksemda mot å påverka dei forhold og faktorar som kan bidra til å utvikla og styrka personens meirstingsressursar. Dette synet på helsefremjing kan knytast til salutogenese, Aaron Antonovsky sin helsefremjande teori (Kristoffersen, 2016, s.354).

Salutogenese fokuserar på dei faktorane som fremjar god helse og førebyggjer og reduserar helseproblem. Målet i salutogenesen er å fremja menneskets aktive evne til å tilpassa seg stressfylte indre og ytre omgjevningar (Langeland, 2012, s.195-196). Ein salutogen tilnærming kan bidra til betra meistring av helseproblem ved å kartleggja personens ressursar (Espnes & Lindstöm, 2014, s.37-38). Føremålet med denne oppgåva er å undersøkje kva faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni, og vidare drøfta korleis sjukepleiar kan nytta ei salutogen tilnærming for å auke deltaking i aktivitet.

1.2 Problemstilling

«Kva faktorar påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med lidinga schizofreni?»

Problemstillinga er avgrensa til å vera frå eit pasientperspektiv hos personar med schizofreni tilknytt primærhelsetenestar.

1.3 Omgrepsavklaring

Schizofreni er ei alvorleg psykisk liding prega av hallusinasjonar og vrangførestillingar (NHI, 2018). *Fysisk aktivitet* er all kroppsleg bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som gir ei betydeleg auking av energiforbruk over kvilenivå (Martinsen, 2018, s.35).

Oppgåva vil vidare gi ein kort teoribakgrunn med fokus på schizofreni, fysisk aktivitet og salutogenese. Deretter fyljer eit metodekapittel som beskriv metoden systematisk litteratursøk, framgangsmåte for datasamling og analyse av datamateriale. Vidare presenterast resultatata frå analysen. Avslutningsvis drøftast funna opp mot korleis sjukepleiar kan nytta ei salutogen tilnærming for å tilpassa fysisk aktivitet til faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni.

2 Teoribakgrunn

2.1 Schizofreni

Schizofreni rammar cirka 0,5–1 prosent av befolkninga og førekjem like ofte hos menn som kvinner (Martinsen & Taube, 2015, s.526). Schizofreni betyr opphavelig eit sinn som har gått i oppløysing, og er eit syndrom og inga klar avgrensa sjukdomstilstand (Johannessen, 2011, s.28-29). Schizofreni vert omtala som den alvorlegaste psykiske lidinga då det er ein kronisk sjukdom som startar tidleg i livet og gir redusert funksjonsevne og livskvalitet (Aarre et al., 2009, s.57-58). Schizofreni gir nedsett evne til å forstå seg sjølv og verda rundt ein, noko som kan øydeleggja for eins sosiale liv og normale sosiale funksjonar (Håkonsen, 2014, s.364).

Schizofreni er karakterisert av positive og negative symptom. Positive symptom er «noko som kjem i tillegg» til personens normale sansing og tolking av omgjevnadane (Johannessen, 2011, s.30). Positive symptom kan vera hallusinasjonar, vrangførestillingar, kaotisk åtferd eller tankeforstyrningar. Hallusinasjonar er sanseopplevingar heilt utan ytre påverknad, der ein ser, høyrer, luktar eller smakar ting som ikkje er der. Vrangførestillingar er svært vanleg hos pasientar med schizofreni, og vil gi urette førestillingar som personen fastheld sjølv om det motsette er bevist. Til dømes førestillingar om komplott, forfylgning eller spionasje. Tankeforstyrring vil sei at tankestrukturen er oppløyst og vil visa seg som avsporingar, vilkårlege assosiasjonar og uforståeleg symbol- eller metaforbruk. Kaotisk åtferdsforstyrring er sjeldan, men kan hos enkelte visa seg som særeigne bevegelsesmønster og stereotyp åtferd (Aarre et al., 2009, s.60).

Negative symptom kan omfatta kjenslemessig avflating, viljehemming, lite initiativ og engasjement, fråvær av spontan tale, kontaktsvakheit og gledelausheit. Symptoma kan gi låg livskvalitet og dårleg sosial og yrkesmessig funksjon (Aarre et al., 2009, s.61). Schizofreni har eit varierende og episodisk sjukdomsforløp prega av psykotiske episodar med varierende grad av residualsymptom mellom episodane. Residualsymptom er til dømes negative symptom, milde tankeforstyrningar eller uvanleg åtferd (Aarre et al., 2009, s.65). Schizofreni er ein krevjande og tyngjande del av menneskets verkelegheit, relasjonar og følelses- og tankeliv. Det er viktig å understreka at ingen er schizofren; schizofreni er inga eiga identitet, men schizofreni kjenneteiknast av at det som held identiteten saman er svekkja (Peleikis & Felldal, 2017, s.21).

Den medisinske behandlinga ved schizofreni er antipsykotiske legemiddel. Desse letter eller betrar symptom og gjer at pasienten kan fungera meir normalt, men har ikkje ein lækjande effekt. Det er primært andre generasjons antipsykotika som nyttast i moderne behandling. Fleire av legemidla kan gi kraftig vektauke, auka nivå av kolesterol og triglyserid i plasma og mange får nedsett glukoseintoleranse og utviklar diabetes (Spigset, 2013, s.222-225). Trass dette vert antipsykotisk legemiddelbehandling anbefalt som fyrstevalsbehandling ved både akutte psykosetilstandar og som førebyggjande behandling mot tilbakefall (Helsedirektoratet, 2013, s.76).

2.2 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet reduserar risiko for dei fleste store folkesjukdommane som hjarte- og karsjukdom, diabetes, metabolsk syndrom, overvekt/fedme, osteoporose, artrose og dei fleste kreftformer, spesielt tjukktarms- og brystkreft (Martinsen, 2018, s.39). I tillegg aukar det livskvaliteten grunna auka psykisk velvære og betra fysisk helse (Jansson & Anderssen, 2015, s.39).

Generelle anbefalingar for fysisk aktivitet kan oppsummerast 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. (Jansson & Anderssen, 2015, s.37).

Hos personar med lidinga schizofreni kan fysisk aktivitet spela ei viktig rolle i det heilskaplege behandlingssopplegget. Forsking tydar på at fysisk aktivitet kan redusera negative symptom og fungera som ein nyttig metode for å meistra positive symptom. Fysisk aktivitet kan bidra til å redusera angst og depresjon, auka livskvaliteten, minska risiko for tilbakefall og gir store fysiske helsegevinstar. Røyking, overvekt og inaktivitet er vanleg for personar med schizofreni, og derfor er fysisk aktivitet eit viktig bidrag for å førebyggja sjukdom og bevare helse (Martinsen & Taube, 2015, s.561).

Fysisk aktivitet inngår som eit viktig ledd i ei heilskapleg behandling i fleire offentlege dokument. I pakkeforløpet *Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer* understrekar Helsedirektoratet (2019a, s.9) at fysisk aktivitet bør vera ein integrert del av behandlinga og at pasienten bør få rettleiing og motiverast til tilpassa fysisk aktivitet. I *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* skriv Helsedirektoratet (2013, s.71) at fysisk aktivitet kan redusera risikoen for livsstilsrelaterte sjukdommar og bør derfor inngå som del av den heilskaplege behandlinga ved psykoselidingar. I *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Helsedirektoratet, 2014, s.44) vert det også understreka at tenestutøvarar bør informera, leggja til rette for og fremja fysisk aktivitet tilpassa den enkelte.

2.3 Salutogenese

Salutogenese er ein helsefremjande teori utvikla av Aaron Antonovsky, og er samansett av orda *saluto* som betyr helse og *genese* som betyr opphav. Teorien fokuserar på årsakene eller opphavet til helse, og er dermed ei motvekt til patogenese (Espnes & Lindström, 2014, s.27). Målet er å behandla symptom på lidning, og samstundes gjera folk i stand til å leva optimalt med helseplagene sine ved å styrka evna til aktiv tilpassing til utfordringar i kvardagen (Langeland, 2012, s.195-196). Det er to sentrale omgrep i den salutogene teorien; *oppleving av samanheng* (OAS) og *generelle motstandsressursar* (GMR) (Moksnes, 2014, s.42). OAS er i kva grad ein har ei gjennomgåande kjensle eller tillit til at stimuli frå omgivnadane er strukturert, føreseielege og forklarlege. Korleis ein opplev verkelegheita i form av begripelegheit, handterbarheit og mening utgjer til saman OAS, og bidreg til auka grad av meistring, helse og velvære (Langeland, 2012, s.199).

Antonovsky (2012, s.39) beskriv tre dimensjonar som utgjer OAS, begripelegheit, handterbarheit og meningsfullheit. *Begripelegheit* beskriv menneskets evne til å oppfatta stimuli ein vert utsett for som samanhengande, forståeleg og strukturerte, anten i seg sjølv eller innanfor miljøet ein er i. Med høg begripelegheit vil ein ha større tillit til at framtida er føreseieleg og forståeleg, i motsetning til tilfeldig og kaotisk, og lettare forklara og setje overraskande hendingar i ein samanheng. *Handterbarheit* er menneskets oppleving av å ha tilgjengelege ressursar til å meistra og handtera stressande stimuli og utfordringar i livet (Antonovsky, 2012, s.40). Ressursane kan liggja hos personen sjølv, i ei gruppe eller i det miljøet ein er delaktig i, til dømes god sjølvkjensle, sosial støtte og samfunnsstrukturar som demokrati og velferd. Sterk grad av handterbarheit vil gjera personen handlingsdyktig i utfordrande situasjonar som tidlegare har vore ei utfordring eller trussel (Moksnes, 2014, s.43). *Meningsfullheit* er i kva grad mennesket opplev motivasjon og mening i livet, og er sjølv motivasjonskomponenten i OAS. Fokus på engasjement og på å forstå følelsar vil gjera individet i betre stand til å møte utfordringar og finna engasjement og mening i situasjonen (Moksnes, 2014, s.43).

Generelle motstandsressursar (GMR) er ein viktig føresetnad for OAS då ein må ha ressursar til rådigheit for å møte krava ein står ovanfor (Antonovsky, 2012, s.43). Det er ein positiv spiraleffekt mellom OAS og GMR, ettersom OAS styrkast vil nye GMR frigjerast (Lindström og Eriksson referert i Moksnes, 2014, s.46). GMR er alle ressursar eller karakteristikkar hos individet sjølv eller i nærmiljøet. Døme er materielle ressursar som pengar og trygge buforhold og ikkje-materielle ressursar som intelligens, sosial støtte, menneskerettar, gode samfunnsforhold, nettverk, fritidsaktivitetar og religion. GMR skapar livsopplevingar prega av ein indre samanheng, medbestemming og balanse mellom underbelastning og overbelastning, og styrkar på denne måten ein sterk OAS (Antonovsky, 2012, s.50). For å skapa ein helsefremmande salutogen prosess kan ein nytta fem sentrale salutogene prinsipp: helse som kontinuum, personens historie, fokus på helsefremmande (salutogene) faktorar, spenning og belastning som potensielt helsefremmande og aktiv tilpassing (Langeland, 2012, s.203-208). Desse utdjupast nærare i diskusjonskapittelet.

3 Metodebeskriving

3.1 Systematisk litteraturstudie

Eit systematisk litteraturstudie går ut frå ei tydeleg formulert problemstilling som svarast systematisk på gjennom å identifisera, velja, vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow og Oxman referert i Forsberg & Wengström, 2015, s.27). Målet er å oppnå ei syntese av data frå tidlegare gjennomførte empiriske studiar innan det valte området, og forsøkje å finna slutningsgrunnlag for klinisk verksemd (Forsberg & Wengström, 2015, s.30). Metoden er egna til å gjera større mengder datamateriale forståeleg, minske volum av informasjon og identifisera eit mønster i materialet. Slik kan ein byggja eit rammeverk som presenterar essensen av resultatane i forskinga (Forsberg & Wengström, 2015, s.137).

3.2 Datasamling

Datasamlinga vart gjort ved systematiske litteratursøk i ulike databasar. For å finna fram til faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet var det sentralt å finna erfaringar og haldningar. Søkjeorda schizofreni, fysisk aktivitet, trening, sport, fitness og oppleving/erfaring og haldningar vart valt og oversett til engelsk; schizophrenia, physical activity, exercise, sport, fitness, experience, attitude. Søkjeorda vart nytta i ulike kombinasjonar med dei boolske operatørane AND og OR. For å danna ulike søkje-strategiar vart det nytta eit PICO-skjema. PICO er forkorting for **P**atient/**p**opulation (kven), **I**ntervention (kva), **C**ontrol (kontrollgruppe) og **O**utcome (resultat)(Forsberg & Wengström, 2015, s.60). C (kontrollgruppe) vart ekskludert då det ikkje er relevant å samanlikne to grupper. Tabellen under viser døme på ein av søkje-strategiane som vart nytta. Andre søkje-strategiar framstillast i vedlegg 2, *Tabell over søkjarahistorikk*.

	P			I	C			O
S1	Schizophrenia		S2	Physical activity			S7	Experience
				OR				OR
			S3	Exercise			S8	Attitude
				OR				
			S4	Sports/sport				
				OR				
			S5	Physical fitness				
S1	Schizophrenia	AND	S6	S6= S2 OR S3 OR S4 OR S5		AND	S9	S9= S7 OR S8.

Ulike strategiar vart nytta i databasane *CINAHL Complete*, *PsycINFO*, *Medline* og *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Søkja vart avgrensa til; publisert mellom 2008 og 2019, fagfelleverdert og på språka engelsk, dansk, norsk eller svensk. Det vart også forsøkt å avgrense tidsperioden til mellom 2000-2008 i fall det var publisert gode relevante eldre artiklar.

Søkja resulterte i funn av 21 artiklar. Vidare fylgde ein utveljingsprosess basert på fyljande inklusjonskriterier; fagfelleverdert, publisert mellom 2008-2019, omhandla menneskjer med diagnosen schizofreni, publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk, IMRaD-stuktur, frå eit pasientperspektiv og tilknytning til kommunale tenester, såkalla «outpatients». Ein artikkel er frå august 2007, og vart inkludert grunna god relevans. Eksklusjonskriterier var; store avgrensingar i deltakaralder, studiar frå land med store kulturforskjellar i forhold til Noreg og studiar som omhandla pasientar busett i institusjon, såkalla «inpatients». Mange artiklar vart ekskludert, og det vart behov for eit nytt litteratursøk i databasane *CINAHL Complete* og *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Søkjeorda «barriere» og «motivasjon» vart forsøkt som outcome, då dette viste seg å vera sentralt i dei utvalde artiklane.

Åtte artiklar var etter dette utvalt. Ein kvantitativ artikkel som er basert på tall og har ei lite fleksibel datasamling, men fordelten er at den seier noko om utbreiing av fenomenet (Christoffersen, Johannessen, Tufta & Utne, 2015, s.18). Fem artiklar er kvalitative. Kvalitative studiar er ofte basert på datasamling ved hjelp av lyd, tekst eller bilete, forsøker å få fyldige historiar om korleis pasientane har det, og beskriv kjenneteikn eller eigenskapar ved fenomenet som undersøkjast (Christoffersen et al., 2015, s.18-19). Dei to siste er kombinasjonsstudiar som nyttar både kvalitative og kvantitative metodar.

3.3 Kvalitetsvurdering

Ein føresetnad for å gjennomføra eit systematisk litteraturstudium er at det finns ei tilstrekkeleg mengd studiar av god kvalitet som kan danna grunnlag for vurderingar og konklusjonar (Forsberg & Wengström, 2015, s.26). For å sikra at artiklane hadde god kvalitet vart dei kvalitative artiklane og kombinasjonsstudiane kvalitetssikra ved hjelp av sjekklister for kvalitative artiklar i Forsberg og Wengström (2015, s.203-207), og den kvantitative med sjekklister for kvantitative artiklar (Forsberg & Wengström, 2015, s.194-198). Det vart også sjekka at artiklane var publisert i godkjente, fagfelleverderte tidskrift via NSD sitt *register over vitenskaplege publiseringsskanalar*. Sju av artiklane var på nivå 1 «vitenskapleg publiseringsskanal» medan ein artikkel var på nivå 2 «vitenskapleg publiseringsskanal med svært høg prestisje». For å dobbelsjekka at artiklane var fagfelleverdert vart kvar artikkeltittel søkt opp på NTNU Universitetsbiblioteket sine sider.

3.4 Etiske vurderingar

I systematiske litteraturstudiar er det viktig å sikra at utvalet av artiklar har fått godkjenning av ein etisk komité eller at det har vore gjort grundige etiske vurderingar (Forsberg & Wengström, 2015, s.59). Dette vart sjekka i alle artiklar. Fleire artiklar nytta intervju som metode og det har vorte vurdert om framstilling av svara til deltakarane er framstilt på ein etisk god måte. Dette er svært viktig fordi god etikk er alltid å vega interessa for ny kunnskap opp mot kravet om å beskytta individa som deltek i studien (Forsberg & Wengström, 2015, s.132).

3.5 Analyse

Analyse i eit vitenskapleg analysearbeid inneber å dela opp det undersøkte fenomenet i mindre delar og undersøkje dei kvar for seg. Når dette er gjort startar syntesearbeidet der ein set saman dei ulike delane til ein heilskap (Forsberg & Wengström, 2015, s.152). Analysen vart gjort som ei innhaldsanalyse som kjenneteiknast av at forskaren på ein systematisk og stegvis måte klassifiserar data for å lettare identifisera mønster og tema. Målet er å beskriva og kvantifisera spesifikke fenomen (Forsberg & Wengström, 2015, s.137).

I analysearbeidet vart det nytta analyse- og syntesemodellen til David Evans (2002). Han presenterar fire fasar for å kunne gjera ei syntese av materialet. Fyrste fase er å samla datamateriale ved å definere inklusjonskriterier, søkje etter studiar og gjera eit utval. Dette steget er beskrive under datasamling.

Fase to er å identifisera nøkkelfunn. Her må ein lese gjennom forskingsartiklane fleire gongar for å få ei forståing av innhaldet. Vidare skal ein samle hovudfunna i kvar enkelt artikkel (Evans, 2002, s.25). Dei utvalde artiklane vart lest grundig gjennom fleire gongar, og det vart tydeleg at nøkkelfunna kunne delast inn i to hovudkategoriar, barrierar og motivasjonsfaktorar. Ut frå dette vart artiklane lest på nytt og det vart nytta fargekoding av nøkkelfunna der barrierar vart merka med blått og motivasjonsfaktorar med grøn. Nøkkelfunna for kvar artikkel vart samla i ein tabell.

Fase tre er å samla tema på tvers av artiklane og undersøkje likskapar og ulikheiter. Her forsøkjer ein å kategorisera og gruppera resultata i felles tema og undertema (Evans, 2002). Etter å ha samla funna frå artiklane i ein tabell og sortert dei i motivasjonsfaktorar og barrierar, vart det også tydeleg at ein også kunne dele inn i underkategoriane «fysiske», «psykiske» og andre». Tabellen under visar eit samanfatta utdrag av *Analysetabell* (vedlegg 1).

BARRIERAR	MOTIVASJON
<p>Fysiske:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overvekt - Medikamentelle biverknadar <p>Psykiske:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive symptom - Motivasjonslause - Angst <p>Andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økonomi - Kunnskapsmangel 	<p>Fysiske:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vektreduksjon/vektkontroll - Betra utsjånad - Auka energi - Førebygging av sjukdom <p>Psykiske:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velvære «Feel good» - Auka meistring og sjølvtilitt - Reduksjon av symptom/ tankedistraksjon - Gøy/sosialt samvær <p>Andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personleg støtte

Steg fire er å beskriva resultatata av syntesen ved å beskriva tema. Her er det viktig å referere til originalstudien og vera nøye i beskrivinga (Evans, 2002, s.25). Dette steget vil presenterast i resultatdelen.

4 Resultat

Denne delen presenterar steg 4 av David Evans (2002) si stegvise innhaldsanalyse og vil samle funn frå forskinga som seier noko om kva faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni.

4.1 Barrierar

Barrierar er her definert som faktorar som vanskeleggjer eller hindrar deltaking i fysisk aktivitet, og er delt inn i undergruppene «fysiske» «psykiske» og «andre».

4.1.1 Fysiske barrierar

Forskinga visar at fysiske barrierar hovudsakleg er knytt til overvekt og biverknadar frå medikamentell behandling. Overvekt gir dårleg fysisk form og gjer det vanskeleg og utmattande å bevege seg og skapar i tillegg usikkerheit og dårleg sjølvtilitt. Fleire uttalar at overvekta skuldast biverknadar frå medikament (Abed, 2010;Bassilios, Judd & Pattison, 2014;Cullen & McCann, 2015;Johnstone, Nicol, Donaghy & Lawrie, 2009;Rastad, Martin & Asenlof, 2014). Ein deltakar seier: «I've put on 2 stone since taking the medication, and I've got acne, never had that. That doesn't make me feel good.» (Johnstone et al., 2009, s.527). Ein anna uttalar: «I think my initial worry is being the fattest person in the gym that frightens me.» (Johnstone et al., 2009, s.527).

Medikamentbiverknadar er ein sentral barriere som kjem fram i fleire artiklar. Ein biverknad som utpeikar seg er trøyttheit, og andre nemnte biverknadar er motivasjonslause, stive musklar, skjelvingar, sveitting og vektauke. Biverknadane gjer det vanskeleg å fungera i dagleglivet og å delta i fysisk aktivitet, og nokre meiner reduksjon av medikament er ei føresetnad for å gjennomføra fysisk aktivitet (Abed, 2010;Bassilios et al., 2014;Carpiniello, Primavera, Pilu, Vaccargiu & Pinna, 2013;Cullen & McCann, 2015;Johnstone et al., 2009). Ein deltakar uttalar: «Well I can get myself motivated, I can gear myself up, but it's like fighting a losing battle with the medication. It just drains you, it tires you out» (Abed, 2010, s.24).

4.1.2 Psykiske barrierar

Forskinga visar at dei psykiske barrierane er knytt til dei positive og negative symptoma ved lidinga som paranoide tankar, forfyljeriske tankar, høyrselshallusinasjonar, angst, motivasjonslause og dårleg sjølvtilitt. Paranoide- eller forfyljeriske tankar går ofte ut på at folk ser på dei, snakkar om dei eller gir dei følelsen av å vera i fare. Fleire var plaga med at dei trudde andre dømte dei, og undersøkte uttrykk, blikk, bevegelsar og samtaler, noko som påverka evna til å ta avgjersler i treningsssamanheng eller avgjersler om å gå ut av huset. Dei som opplevde høyrselshallusinasjonar fortalde at stemmene kunne ha meiningar om deira fysiske aktivitet og til dømes be dei om å halda seg heime, ikkje gå på tur eller ikkje å få pulsen. Slike tankar bidrog til angst i sosiale settingar for fleire (Abed, 2010;Johnstone et al., 2009;Rastad et al., 2014;Soundy, Faulkner & Taylor, 2007). Ein deltakar seier: «The thing that stops me is the voices. Sometimes if I'm in the street I get paranoid that people are watching me and looking at me» (Johnstone et al., 2009, s.528).

Angst er ein framtrudande barriere i forskinga. Angsten kan vera helsereelatert, knytt til utryggheit og mangel på eit trygt og kjent miljø eller vera sosial angst. Helsereelatert angst er knytt til frykt for å få hjarteinfarkt og angstrelaterte hjartesymptom som hjartebank og auka bevisstheit på hjerteslag. Sosial angst og kjensle av utryggheit gav panikkanfall og gjorde at deltakarane haldt seg heime og unngjekk sosiale settingar. Sosial angst vanskeleggjorte deltaking i gruppeaktivitetar eller å opphalde seg på folkerike plassar. Møte med nye miljø nemnast som ein angstutløysande barriere (Carpiniello et al., 2013;Cullen & McCann, 2015;Johnstone et al., 2009, s.528;Soundy et al., 2007). Ein deltakar uttalar: «I'm afraid that I might become ill or something when I'm there (walking group) it frightens me that I might say something stupid. I would be frightened I would be excluded.» (Johnstone et al., 2009, s.528). Ein anna seier: «Going to an ordinary gym, I would find it difficult and uncomfortable especially if I didn't know the people there.» (Soundy et al., 2007, s.499).

Motivasjonsmangel som barriere kjem fram i fleire artiklar og hindrar fleire i å delta i fysisk aktivitet, og gjer det vanskeleg å komme seg ut av huset, samt å finna meining i deltaking i aktivitet (Abed, 2010;Bassilios et al., 2014;Cullen & McCann, 2015;Firth et al., 2017). Ein deltakar seier: «I just can't get anything done. I can't get motivated to do anything like housework or even going walking outside, I don't want to do it sometimes.» (Abed, 2010, s.23). Fleire seier også at låg sjølvtilitt og lite tiltru til eigne evner er ei barriere, ofte fordi dei samanlikna seg negativt med andre i deltaking i gruppe- eller treningscenter-basert fysisk aktivitet (Abed, 2010;Johnstone et al., 2009;Rastad et al., 2014).

4.1.3 Andre barrierar

Andre barrierar er dårleg økonomi, kunnskapsmangel og mangelfull støtte. Dårlig økonomi gjer at fleire ikkje prioritetar å nytta peng på treningsklede og treningscentermedlemskap. Fleire har slutta å trene fordi gratismedlemskapet deira er utgått. Nokre seier også at treningscenteret er for langt unna, og at dei har vanskar med å kjøpe korrekt utstyr til rett årstid (Abed, 2010;Bassilios et al., 2014;Cullen & McCann, 2015;Rastad et al., 2014). Ein deltakar uttalar: «So one big reason I don't go to gymnastics, which is fun, is my financial situation, of course. I immediately run into financial problems; there's the cost of the season ticket, and then I also need trainers, which cost a thousand kroner.» (Rastad et al., 2014, s.1474)

Kunnskapsmangel er ei barriere som hindrar mange frå å delta i fysisk aktivitet. Fleire er klar over at det finns informasjon om fysisk aktivitet, men både kunnskapsnivå og interessenivå varierar hos deltakarane i dei ulike studiane. Det kjem også fram at fleire ikkje er klar over dei helserelaterte risikofaktorane ved å vera inaktiv, ikkje er sikker på korleis å trene eller opplev at informasjon frå helsepersonell har vore mangelfull (Abed, 2010;Carpiniello et al., 2013;Soundy et al., 2007). Abed (2010) skriv: «(...) the majority of subjects did not know that they were at a higher risk of developing type 2 diabetes or that it was a potential side effect of atypical antipsychotic medication.» og vidare: «Many of them were unaware that being overweight would increase the risk of developing type 2 diabetes» (Abed, 2010, s.24). Det kjem også fram i forskinga at nokre opplev mangelfull støtte i oppfylgning frå psykiatritenesta som barriere, og saknar eit større fokus på helsefremming (Abed, 2010;Carpiniello et al., 2013).

4.2 Motivasjonsfaktorar

Vidare presenterast funn av motivasjonsfaktorar i dei ulike studiane. Motivasjonsfaktorar vert her definert som grunnar til å oppta, delta i og gjennomføra fysisk aktivitet.

4.2.1 Fysiske motivasjonsfaktorar

Fysiske motivasjonsfaktorar er knytt til betra fysisk form, vektreduksjon/vektkontroll og meir energi. Fleire ser på fysisk aktivitet som eit viktig ledd i å betra helsa, kontrollera vekt og å komma i betre fysisk form. Fleire nemner at fysisk aktivitet førebyggjer sjukdom, betrar utsjånad, gir vektreduksjon og auka energi (Bassilios et al., 2014;Cullen & McCann, 2015;Firth et al., 2017;Soundy et al., 2007). Ein deltakar uttalar: «I'm more wide awake and everything if I exercise more and eat well. More alert, if you like, and achieve more during the day.» (Rastad et al., 2014, s.1474). Ein anna seier: «I know it's a good thing. I need to get that weight off cause I don't want to get diabetes . . . They said I have got all the risk factors, being 40, smoking fags, and overweight.» (Cullen & McCann, 2015, s.61).

4.2.2 Psykiske motivasjonsfaktorar

I forskinga er dei psykiske motivasjonsfaktorane knytt til mentalt og kroppsleg velvære, meistring og sjølvtilitt, reduksjon av symptom og tankedistraksjon og fysisk aktivitet som noko gøy og sosialt.

Forskinga visar at fleire opplev både kroppsleg og mentalt velvære og kjenner seg lettare til sinns etter fysisk aktivitet. Fleire nemner både godfølelse (feel-good), endorfiner, fysiske og psykiske helsefordelar, glede, lukke og avslapping som motivasjon for å delta i fysisk aktivitet (Bassilios et al., 2014; Carpiniello et al., 2013; Cullen & McCann, 2015; Rastad et al., 2014; Soundy et al., 2007). Ein deltakar uttalar: «You feel better afterwards, you feel lighter, your breathing is better. It's a bit like yoga, like meditation. You feel better quite simply. (...)» (Rastad et al., 2014, s.1474). Ein anna seier: «Physical activity is real important, the endorphins, I used to jog every morning for an hour, you feel so much better after it and you know it was great – it helps mentally and physically (...)» (Cullen & McCann, 2015, s.61).

Fleire studiar peikar på at fysisk aktivitet gir deltakarane auka kjensle av meistring og sjølvtilitt. Fysisk aktivitet vert assosiert med kjensla av fridom og sjølvstende, og at ein kjenner seg sterkare og mektigare etter å ha vore aktiv. Nokre seier dei kjenner seg verdilause om dei er inaktive og seier at fysisk aktivitet reduserar denne kjensla. Nokre opplev betra sjølvbilete og sjølvtilitt etter trening, og opplev at fysisk aktivitet bidreg til å erstatta negative tankar med positive (Bassilios et al., 2014; Cullen & McCann, 2015; Firth et al., 2017; Rastad et al., 2014). Ein deltakar seier: «But yeah, you can feel very bad before you go and then you come home, you like, you could run for a mile, you could do more, you know what I mean, you just feel good.» (Firth et al., 2017, s.144). Ein anna seier: «Just going for a walk gives you an incredible sense of freedom, and you feel good. You feel free when you are walking.» (Rastad et al., 2014, s.1474)

Ein anna motiverande faktor som kjem fram i forskinga er at fysisk aktivitet kan bidra til å redusera symptom og gir tankedistraksjon. Fleire nytta fysisk aktivitet til å redusera stress, roa seg ned og opplevde at aktivitet distraherer dei frå høyrselshallusinasjonar (Bassilios et al., 2014; Cullen & McCann, 2015; Firth et al., 2017; Soundy et al., 2007). Ein deltakar seier: «Physical activity keeps your mind active – getting out and having something to do, somewhere to go adds structure and routine to the day. It distracts you.» (Cullen & McCann, 2015, s.61).

At fysisk aktivitet er gøy og sosialt er ein anna sentral motivasjonsfaktor. Fysisk aktivitet bidreg til sosial interaksjon som gir nye vennskap, kjensle av tilhøyrse og auka livskvalitet og gjer deltaking i aktivitet lettare (Bassilios et al., 2014; Carpiniello et al., 2013; Cullen & McCann, 2015; Firth et al., 2017; Soundy et al., 2007). Ein deltakar seier: «Physical activity enhances your enjoyment in life you feel part of something and you know that your important.» (Cullen & McCann, 2015, s.62).

4.2.3 Andre motivasjonsfaktorar

Fleire studiar trekk fram støtte frå helsepersonell og andre som ein viktig motivasjonsfaktor. Det å ha ein treningspartnar eller andre som motiverar er for mange ein viktig føresetnad for å gjennomføra fysisk aktivitet. Fleire syns det er hjelpsam å ha nokon med seg som guida dei under trening, og understrekar at å få dela opplevinga med andre er viktig, og at det er oppmuntrande å få positiv og bekreftande respons. Nokre syns også det å vera med andre med same psykiske lidning gjorde deltaking i aktivitet enklare. Nokre trekk også fram at råd og hjelp frå ein instruktør kan bidra til å auke aktivitetsnivået deira (Bassilios et al., 2014; Carpiniello et al., 2013; Cullen & McCann, 2015; Firth et al., 2017; Johnstone et al., 2009; Rastad et al., 2014). Ein deltakar seier: «It helps if someone else suggests something. Goes with you. If you are depressed and don't take these initiatives, but have someone who gives you a push, then it suddenly feels like fun.» (Rastad et al., 2014, s.1475). Ein anna seier: «Support and encouragement is a huge factor in me being physically active and if I didn't have supportive nursing staff that could be a barrier» (Cullen & McCann, 2015, s.62).

5 Diskusjon

Vidare fyljer ein metodediskusjon og deretter drøfting av resultata opp mot korleis sjukepleiar kan nytta ei salutogen tilnærming for å auke deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni.

5.1 Metodediskusjon

Den største utfordringa ved å nytta metoden systematisk litteraturstudie var å gjera gode systematiske litteratursøk i databasar og velje gode søkjeord. Det bevisst nytta søkjeorda «haldning» og «erfaring» trass i at desse ikkje står i sjølve problemstillinga, då det var sentralt å få tak i pasienterfaringar. Som det kjem fram av *tabell over søkjarahistorikk* (vedlegg 2) har det vorte forsøkt ulike strategiar med utgangspunkt i eit PI(C)O-skjema, som bidreg til å systematisera søkja. Fleire søk gav mange treff, noko som kan tyda på at søkjeorda ikkje var spesifikke nok, medan andre søk gav få treff som tydar på at søkjeorda var for spesifikke. Fleire av dei utvalde artiklane dukkar opp i dei ulike søkja, noko som tydar på at dei valde søkjeorda var relevante. Trass i mange treff i enkelte søk vart alle treffa gjennomgått for å sikra at ein ikkje gjekk glipp av relevante artiklar ved større avgrensingar. Basert på funna i artiklane hadde det i retrospekt vore meir strategisk å nytta «barriere» og «motivasjon» som sentrale søkjeord.

Søkja visar at det er lite forskning på schizofreni frå eit pasientperspektiv. Det vart derfor nødvendig å inkludera artiklar som omhandla både personar med schizofreni og personar med andre alvorlege psykiske lidningar som til dømes bipolar lidning og alvorleg depresjon. Alle artiklane er frå dei ti siste åra utanom ein som er frå 2007, som vart inkludert grunna god relevans og fordi den passa alle inklusjonskriteriane. Artiklane er frå Irland, Storbritannia, Australia, Italia, Skottland og Sverige, som alle kan seiast å vera relativt lik Noreg i utforming av sine helsetenestar.

Fem kvalitative artiklar og to kombinasjonsstudiar nytta intervju som metode. Styrken med intervju er at det gir personane moglegheit til å fortelje med eigne ord, men svakheitene er at det kan gi svært ulike svar og tolking av spørsmåla (Forsberg & Wengström, 2015, s.121). Ei utfordring med intervju er at det er tidkrevjande og at tal på deltakarar er ofte få, noko som kan gjera dei samla funna lite valid og pålitelege. Det vart derfor valt å inkludera ein kvantitativ artikkel for å styrka funna i dei kvalitative artiklane, då denne har undersøkt fleire deltakarar. Svakheita er at svara er objektive, og ikkje gjev meir innsikt i kvifor deltakarane svarar slik.

I analysearbeidet har det vore fokusert på å framstilla alle funn korrekt og sikra at alle relevante resultat er med. Store samanfallande funn har vorte prioritert, medan mindre funn som gjerne berre nemnast i ein artikkel er ekskludert. Analysearbeidet var ein stor jobb, og artiklane vart lest gjennom mange gongar før samling av nøkkelord starta. Den største utfordringa var at alle artiklane er skrivne på engelsk, og ein stor del av arbeidet var å sikra korrekt oversetjing av innhaldet. Det vart nytta oversetningsverktøy som *google translate*, norsk-engelsk ordbok og engelsk synonymordbok for å sikra at funna er korrekt framstilt. Det må understrekast at berre ein person har arbeida med søk, utval og analyse, noko som kan vera ei svakheit då resultatata ikkje har vore diskutert saman med fleire.

5.2 Resultatdiskusjon

Oppgåva har som føremål å undersøkje kva faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni, og vidare drøfta resultatata opp mot korleis sjukepleiar kan nytta ei salutogen tilnærming for å auke deltaking. Eit sentralt prinsipp i salutogenesen er *aktiv tilpassing*, som inneber at behandlinga tilpassast i tråd med personens særegne historie og dei utfordringane tilpassing til omgjevningane medfører. Det handlar om å skreddarsy eit opplegg basert på personen si oppfatning og posisjon i livet (Langeland, 2012, s.208). Aktiv tilpassing vil liggja som ein raud tråd i drøftinga av tilpassing til barrierar og motivasjonsfaktorar.

5.2.1 Tilpassing til fysiske barrierar og motivasjonsfaktorar

Overvekt og dårleg fysisk form som barriere vert framheva i forskinga. I tillegg til å hemma evne til å bevega seg skapar overvekta usikkerheit, dårleg sjølvtilitt og angst knytt til utsjånad. Eit viktig prinsipp når ein arbeidar via ei salutogen tilnærming er tanken om *helse som et kontinuum*, der alle menneskjer heile tida bevegar seg mellom ulike grader av helse på same kontinuum. For å gjera dette forståeleg kan ein nytta metaforen om livets elv. Alle menneskjer er i ei elv der vatnet alltid er i bevegelse frå rolege stryømmar (god helse) til virvelstryømmar og fossestryk (dårleg helse). Uansett kvar ein er i livets elv må ein fokusera på kva som formar evna til å symje bra. Perspektivet kan bidra til å gjera psykiske helseproblem alminnelege (Langeland, 2012, s.203), og samstundes auka toleransen for å møta ulike kjensler og forbetra evne til aktiv tilpassing (Langeland & Vinje, 2017, s.203).

I møte med personar som ser overvekta som ein barriere bør ein tilpassa nivået på aktivitetane. Stephan Rössner (2015, s.476-477) framhevar at det er viktig å finna realistiske aktivitetar som er lystbetonte og gjennomførlege til personar med overvekt. Hummelvoll (2016, s.362) understrekar at ved implementering av fysisk aktivitet for personar med psykiske lidingar vil utfordringa vera å finna aktivitetar som personen kan trivast med og oppleve som meningsfulle. Dette vil krevje at personalet bidreg med tilrettelegging og motivasjon. Perspektivet om helse som eit kontinuum kan bidra til å sjå på overvekta som noko midlertidig, og ved hjelp av fysisk aktivitet kan ein bevega seg

mot ei høgare grad av helse. Sjukepleiar bør her støtte opp om motivasjonsfaktorane for fysisk aktivitet som for fleire er vektreduksjon, betra utsjånad og auka energi. Overvektige personar er utsett for utvikling av livsstilsjukdommar, noko som kan førebyggast med fysisk aktivitet. Sjukepleiar kan dermed nytta sjukdomsførebygging som motivasjonskomponent til å delta i fysisk aktivitet. Det å sjå helse som eit kontinuum kan også bidra med å redusera skamma fleire kjenner på knytt til overvekta, ved å allmenneleggjera helseproblem. Langeland (2014, s.13) understrekar også at god fysikk er ein viktig fysisk generell motstandsressurs som kan styrka opplevinga av samanheng.

Biverknadar av medikament, spesielt trøyttheit og vektauke, utgjer for mange ei stor barriere for deltaking i fysisk aktivitet. Funna samsvarar med det Hummelvoll (2016, s.341) skriv om at både medikamentbiverknadar og symptom som apati, manglande vilje og motivasjon påverkar kroppen, gjer ein trøytt og sliten, noko som vil gå utover daglege gjeremål. Ei viktig sjukepleieoppgåve vert her å sikra god oppfylging av den medikamentelle behandlinga. Helsedirektoratet (2019b) understrekar at det er viktig med eit tillitsforhold mellom pasient og behandlar for å auke etterleving og effekt av behandlinga. God informasjon kan bidra til å unngå for høg dosering med påfølgjande biverknadar, noko som krev eit god samarbeid mellom pasient, sjukepleiar og lege. Hummelvoll (2016, s.360) understrekar at ein i planlegging av fysisk aktivitet må ta omsyn til personens kjensle av utmatting, som er eit vanleg problem ved bruk av antipsykotika og opplevde intrapsykiske konfliktrar.

I kartlegging av biverknadar, barrierar og motivasjonsfaktorar er det sentralt å få tak i *pasientens historie*, som er eit anna sentralt salutogent prinsipp. Målet er at personen ved å fortelja si historie skal oppleva autonomi og få hjelp til å strukturera livserfaringar. Dette krev fokusering på meistring og handtering i personens forteljingar om seg sjølv, noko som vil auka oppleving av samanheng (Langeland & Vinje, 2017, s.302). Her er det spesielt viktig at sjukepleiar møter personen på ein fri, open, «ikkje-vitande» og positivt akseptierende måte (Langeland, 2012, s.204). Dette vil støtta opp om både begripelegheit- og handterbarheitsdimensjonen i oppleving av samanheng.

5.2.2 Tilpassing til psykiske barrierar og motivasjonsfaktorar

Fleire identifiserte positive symptom, spesielt høyrselshallusinasjonar og vrangførestillingar, som barrierar til deltaking i fysisk aktivitet. Stemmenne kunne mellom anna ha meiningar om aktiviteten, be dei halda seg heime, ikkje gå tur og ikkje få opp hjartefrekvensen. Hummelvoll (2016, s.356-357) skriv at ei sentral tilnærming til hallusinasjonssymptom er å avleia eller distrahera. Avleiiing kan skje ved praktiske gjeremål der prinsippet er å gi positive ytre stimuli som tevlar med dei pasienten sansar frå sitt indre. Nyare forskning visar at aktivitet gjer høyrselshallusinasjonar mindre plagsame/belastande og kan nyttast som eit handteringsverktøy for sjukdommen (Helsedirektoratet, 2010a, s.10;Martinsen, 2018, s.113;Martinsen & Taube, 2015, s.565). Dette samsvarar med motivasjonsfaktorane som kjem fram i forskinga, der fleire uttrykkjer at fysisk aktivitet fungerer som distraksjon frå plagsame symptom. Fysisk

aktivitet vert dermed ein ressurs som bidreg til å takla plagsame delar av sjukdommen, og er døme på sjølv handterbarheitsdimensjonen i oppleving av samanheng.

Motivasjonsmangel er ein barriere som kjem fram i dei fleste studiane. Dette er eit vanleg negativt symptom ved schizofreni som påverkar funksjonsevna i kvardagen, og kan gi mangel på interesse, regresjon, tilbaketrekking eller impulsiv åtferd (Hummelvoll, 2016, s.347). Ververda og Bjørnstad (2018) skriv at negative symptom kan hindra implementering av fysisk aktivitet fordi personen ikkje nødvendigvis ser meining eller behov for forandring. Dei understrekar at når symptom vert ei hindring, får sjukepleiar ei viktig rolle som helsementor. Hummelvoll (2016, s.360-361) skriv at manglande motivasjon og evne til å delta i eiga behandling er ei stor utfordring i arbeid med personar med psykoselidingar. Han understrekar at manglande vilje er relatert til at personen opplev at han må tvinga seg fysisk til å gjera ting, anten det dreiar seg om arbeidsoppgåver eller fritidsaktivitetar (Hummelvoll, 2016, s.341).

Motivasjonsarbeid er ei viktig sjukepleieoppgåve for å auke deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni. Her gjeld det å finna rett motivasjonsstrategi, noko som inneber å tenkja nytt og kreativt og bryta fordommar. Motivasjonssamtale eller motiverande intervju er ein metode som vert anbefalt av Moe (2018, s.157), Helsedirektoratet (2019a), Ivarsson Holm og Prescott (2015, s.104) og Kristoffersen (2016, s.387). Metoden kartlegg personlege ynskjer og gleder ved å lytte til ynskjer, erfaringar og synspunkt. Metoden er utforskande og legg vekt på at pasienten skal reflektera over vurderingane sine, finna eigne svar og sjølv ta avgjersla om endring. Helsearbeidaren styrar personen mot endring ved å utforska og fokusera på tema som omhandlar moglegheiter (Ivarsson Holm & Prescott, 2015, s.104). Metoden er velegna i ein salutogen samanheng, då målet er å hjelpe personen til å oppdaga kva moglegheiter som er knytt til å gjennomføra viktige forandringar (Kristoffersen, 2016, s.394), som inneber å utforska tilgjengelege generelle motstandsressursar

Motiverande intervju er ein nyttig metode både for å få tak i personens historie og for å skapa *fokus på helsefremjande (salutogene) faktorar*, som er eit viktig salutogent prinsipp. Målet er å hjelpe personen til å utvida meirstingsmekanisar ved å fokusera på kva som fungerer bra og auka bevisstheit rundt eigne ressursar (Langeland & Vinje, 2017, s.302). Ved å bevisstgjera personen på eksisterande motstandsressursar og motivera til å nytta dei kan det bidra til å styrka sjølvinnsett, meistring og sjølvbilete. Sjukepleiar bør støtta opp under haldningar og aktivitetar som er helsefremjande og gi personen tru på seg sjølv og eigne evner (Langeland & Wahl, 2009). Dette vil utgjera sjølv meiningfullheitsdimensjonen i oppleving av samanheng. I studien til Rastad et al. (2014, s.1475) seier deltakarane at ein hjelpsam motivasjonsstrategi før trening er å snakka positivt, vera sjølvstikker og fortelje seg sjølv at det har fungert før og kan fungera igjen. Sjukepleiar bør også støtta opp om motivasjonsfaktorane i forskinga der deltakarane seier at dei opplev både lukke, avslapping, godheitskjensle og kroppsleg og mentalt velvære etter fysisk aktivitet.

Angst er ein barriere hos fleire, og er knytt til sosiale settingar, møte med nye miljø/menneskjer, manglande trygt og kjent miljø eller er helserelatert. Fysisk aktivitet kan bidra til å redusera, handtera og meistra angst då det har ein roande effekt som reduserar spenningsnivået. Gjennom fysisk aktivitet kan ein læra å tolka dei kroppslege angstsymptoma og ettersom kondisjonen stig vil ein få erfaring med kva kroppen toler og få auka kunnskap om eigen kropp, noko som vil gi kjensle av kontroll (Helsedirektoratet, 2010a, s.9-10;Hummelvoll, 2016, s.169;Martinsen, 2018, s.85). Hummelvoll (2016, s.170) understrekar at utrente personar vil ofte oppleva auka angst dei fyrste gongane, men angsten vil gradvis reduserast ved gjennomføring av fleire aktivitetsøkter.

I møte med angst vert det salutogene perspektivet som ser *spenningar og belastningar som potensielt helsefremjande* sentralt. Her forsøkjer ein å skapa balanse av mengde utfordringar i kvardagen for å fremma oppleving av samanheng. Sjukepleiar bør poengtera at det er normalt å oppleva spenningar då dette bidreg til allmenngjering og aksept (Langeland, 2012, s.207-208). Personar med schizofreni har auka sårbarheit for stress. Dette kan gi kjenslemessig og kognitiv overreagering der meistringsmåtane svekkast og personens evne til å tenkja rasjonelt reduserast (Hummelvoll, 2016, s.358-359). Det er derfor sentralt å finna fram til generelle motstandsressursar som hjelp dei med å handtera stressande situasjonar. Sjukepleiar bør balansere motivasjonsarbeidet og finna ein balanse mellom aktiv motivering, press og mas. Det er sentralt at ein føler seg fram og er bevisst på at det som fungerer på ein person, kan ha ei anna effekt på andre (Moe, 2018, s.156). For å leggja til rette for deltaking i fysisk aktivitet hos personar som opplev angst må sjukepleiar ta omsyn til personlege preferansar (Hummelvoll, 2016, s.170) og sørgja for eit miljø prega av tryggleik og støtte.

5.2.3 Tilpassing til andre barrierar og motivasjonsfaktorar

Ein sentral generell motstandsressurs innan salutogenesen er sosial støtte. Glede over det sosiale ved fysisk aktivitet kjem fram som viktig motivasjonsfaktor til fysisk aktivitet i forskinga. Sosial støtte kan gjera ein i betre stand til å meistra forandringar i livssituasjonen og kan ha ei gunstig effekt på helse, meistring og livskvalitet. Sosial kontakt er eit grunnleggande behov som det er viktig at sjukepleiar rettar merksemda mot (Drageset, 2014, s.78;Helgesen, 2016, s.143). God sosial støtte inneber at ein opplev tryggleik og nærheit, får moglegheit til å visa omsorg for andre, føler at ein høyrer til eit sosialt nettverk, vert akta og verdsett og deltek i eit fellesskap med gjensidige forpliktingar (Drageset, 2014, s.83;Helgesen, 2016, s.142). Dette samsvarar med funna i denne litteraturstudien. Det å ha sosial støtte i form av ein treningspartner eller nokon som motiverar er ein viktig motivasjonsfaktor. Funna viser også at fysisk aktivitet kan bidra til sosial interaksjon, kjensle av inkludering og tilhøyrslø, gi nye venskap, redusera angst og gi støtte frå andre med same lidning.

Forskinga visar at den oppfatta støtta til fysisk aktivitet var låg, og fleire opplev utilstrekkeleg støtte eller lite fokus på helsefremming i oppfylging frå psykiatritenesta. Det kan vera utfordrande for helsepersonell å gi, ivareta eller forbetre sosial støtte. Ein må ta utgangspunkt i individets behov, og respektera autonomi og integritet (Drageset, 2014, s.83). Mykje av jobben til sjukepleiar vert å kartleggja det sosiale nettverket for kvar enkelt, leggja til rette for sosial kontakt, motivera pasienten til å ta initiativ og delta i sosiale samanhengar og motivera til bruk av tilgjengelege motstandsressursar (Drageset, 2014, s.83; Helgesen, 2016, s.145).

Personar med psykiske lidingar er ofte isolerte og einsame, har få interesser og kan ha dårlege sosiale ferdigheiter noko som gir usikkerheit rundt andre menneskjer. Fysisk aktivitet kan gi eit meningsfullt innhald til livet og auka livskvalitet (Martinsen & Taube, 2015, s.567). Fysisk aktivitet mogleggjer sosialt samvær og kan representera meningsfulle opplevingar og gode meistringstrategiar, og kan vera god ressurs då personen sjølv kan oppleva å ta i bruk eiga meistring og finna mening gjennom aktivitet. (Helsedirektoratet, 2019a; Langeland, 2012, s.207; Martinsen, 2018, s.31; Ververda & Bjørnstad, 2018). Aktivitet i samvær med andre kan styrka den indre opplevinga av samheng (Martinsen, 2018, s.31). Helsedirektoratet (2013, s.98) understrekar at personar med psykoselidningar bør få hjelp til å delta i kultur- og fritidsaktivitetar, og at å leggja til rette for meningsfulle aktivitetar er ei sentral oppgåve innan psykisk helsearbeid. Aktivitetstilbodet må ta utgangspunkt i individuelle interesser og arrangerast på allmenne arenaer. God sosial støtte vil støtta opp under meningfullheitsdimensjonen i oppleving av samheng.

I forkinga kjem det fram at personar med schizofreni har manglande kunnskap om helsefarane knytt til ein inaktiv livsstil, ikkje er sikre på korleis å trenast og at informasjonen frå helsepersonell har vore mangelfull. Hummelvoll (2016, s.361) understrekar at det er ein kompleks prosess å hjelpa personar med psykoselidningar å etablere ferdigheiter og vedlikehalde eigenpleie. Nokre manglar ferdigheiter og gode helsevanar og må få hjelp til å læra dette. Andre har kunnskapar, men nyttar dei ikkje og nokre treng å få etablert ein indre motivasjon. Kunnskap ligg under begriplegheitsdimensjonen av oppleving av samheng, og kunnskap og intelligens er ein viktig kognitiv motstandsressurs, der beviste val og haldningar vil fremma meistring og styrka identitet (Langeland, 2014, s.13). Det å undervisa om lidinga og kva åtferd som kan forventast i ulike sosiale situasjonar kan bidra til å byggje opp sjølvforståing og innsikt (Hummelvoll, 2016, s.360-361). Kunnskap om farane ved ein inaktiv livsstil kan bidra som motivasjon for deltaking i fysisk aktivitet.

Helsedirektoratet (2013, s.71) skriv at informasjon om betydninga av fysisk aktivitet, motivasjon og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå i den heilskaplege behandlinga. Dette krev at personane informerast om betydninga av aktivitet og trening, at det setjast av tid til å kartleggja tilbod og moglegheiter i nærmiljøet, og tid til aktiv motivering til fysisk aktivitet. Helsedirektoratet (2010a, s.5) presiserar viktigheita av at helsepersonell har kunnskap om effekten av fysisk aktivitet og at ein bør regelmessig setta av tid saman med personen for å gi råd og rettleiing om fysisk aktivitet.

Informasjonen bør vera tilpassa den enkelte og giast i ein dialogsituasjon der personen er aktivt deltakande. Slik kan ein lettare skreddarsy informasjonen og skapa miljø for gjensidig forståing og respekt. Aktiv deltaking gjer det lettare å ta imot, huska og omsetje informasjon og forslag (Helsedirektoratet, 2013, s.23;Wester, Wahlgren, Wedman & Oddmundsen, 2015, s.113).

I studiane kjem det fram at dårleg økonomi eller manglande tilgang på utstyr og aktivitetstilbod gjer at fleire personar med schizofreni ikkje er fysisk aktive. Helsedirektoratet (2010a) skriv at det å ha utstyr tilgjengeleg kan vera avgjerande for å komma i gang med aktivitet, men understrekar samtidig at fysisk aktivitet ikkje bør avgrensast til mangel på utstyr. Uteaktivitetar i nærmiljøet kan vera like bra som innandørstrening. I fylje § 3-3 i *helse-omsorgstenestelova* skal helse- og omsorgstenesta arbeide for at det vert sett i verk velferds- og aktivitetstiltak (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I tråd med dette og satsinga på helsefremjande arbeid i Noreg har det vekse fram fleire lågterskel aktivitetstilbod, mellom anna frisklivssentralar, aktiv på dagtid og aktivitetshus (Martinsen, 2018, s.169). Ei anna sentral ordning er treningskontaktordninga, som er støttekontaktar som gir hjelp til å komme i gang med og vidareføra fysisk aktivitet tilpassa den enkelte sitt nivå (Helsedirektoratet, 2010a, s.5). Det er også dei seinare åra framvekst av kommunalt drifta utstyrssentralar der familiar, skular/barnehagar og frivillige organisasjonar kan låna eller leiga utstyr til fysisk aktivitet, sport eller friluftaktivitetar (Helsedirektoratet, 2010b, s.2-3).

I tillegg til kommunale tilbod er det også mange private og ideelle organisasjonar som kan tilby aktivitetstilbod, som til dømes idrettslag, fotballgrupper, tur- og treningsgrupper og liknande (Rådet for psykisk helse, 2018, s.19). Aktiv tilpassing av aktivitetstilbod til den enkelte vert her ei viktig sjukepleieoppgåve. Fysisk aktivitet kan ha mange former, til dømes friluftsliv, allsidige aktivitetar som dans, leik og treningscenter, vasstrening, trening med dyr og ekstremisport (Helsedirektoratet, 2010a, s.16-19). Langeland (2014, s.26-27) understrekar at det krev fokus på å leggja til rette omgjevnadane ved implementering av salutogenese i helsetenestane. Målet bør vera å skapa lett tilgjengelege formelle og uformelle møteplassar som gir personane moglegheit til spontane møter, sosial støtte og personleg kontroll. Kostnadsfrie tilbod kan gjera deltaking i fysisk aktivitet lettare for personar med schizofreni. Tilgjengelege tilpassa fysiske aktivitetstilbod kan vera ein viktig generell motstandsressurs som betrar den fysiske og psykiske helsa, ved å førebyggja livsstilsjukdommar og gi glede, sosial støtte og auka livskvalitet.

6 Konklusjon

Personar med schizofreni er ei kompleks pasientgruppe der mange har behov for helsefremmande tiltak grunna ein ugunstig livsstil og svekka evne til å sjå egne helsebehov. Oppgåva har hatt som mål å undersøkje kva faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos personar med schizofreni, og vidare drøfta korleis sjukepleiar kan nytta ei salutogen tilnærming for å auke deltaking. Funna visar at vanlege barrierar er knytt til overvekt, dårleg fysisk form, medikamentbiverknadar, motivasjonslause, angst, kunnskapsmangel og økonomi. Vanlege motivasjonsfaktorar er knytt til betra fysisk form og utsjånad, meir energi, auka velvære, sosial støtte, glede, distraksjon frå symptom, støtte frå helsepersonell eller andre og auka sjølvtilitt og meistring.

Dei seinare åra har fysisk aktivitet fått ein viktig plass i behandling ved psykiske lidingar saman med eit likestilt behandlingfokus på somatiske og psykiske plager. Den helsefremmande salutogene modellen til Aaron Antonovsky kan vera ein eigna framgangsmåte for å auke deltaking i fysisk aktivitet då den har som mål å styrka personens evne til å møte opplevde utfordringar. Ved å nytta ei salutogen tilnærming kan sjukepleiar gjera utfordringane knytt til fysisk aktivitet begripegleg ved kartleggje personens historie, oppmode om å sjå seg sjølv i sin eigen situasjon og skapa aksept for eiga fysisk helse ved å sjå helse som eit kontinuum.

Sjukepleiar kan hjelpa personen til å handtera utfordringar ved å kartlegge helsefremjande faktorar/generelle motstandsressursar hos personen sjølv og i nærmiljøet. Viktige tiltak her vert å gi personen kunnskap om fysisk aktivitet, aktivt tilpassa aktivitetstilbod til den enkelte, kartlegge nærmiljøet for aktivitetstilbod og sosial støtte og å sjå på spenningar og belastningar som potensielt helsefremjande. For at ei salutogen tilnærming skal fungera må ein sørje for at personen opplev mening som igjen skapar motivasjon. Motiverande intervju kan skapa fokus motstandsressursar, samt bidra til auka sjølvinnst, meistring og sjølvbilete. Her er det sentralt at sjukepleiar lyttar og inviterar til å snakka om kroppslege erfaringar. Dette vil gi nyttig erfaringslæring som kan auka sjølvforståinga både hos pasient og sjukepleiar, og ein får retta merksemda på heile mennesket.

Ved å nytta salutogene prinsipp kan sjukepleiar styrka oppleving av samanheng hos personar med schizofreni. Dette vil gjera dei betre rusta til å møte barrierane knytt til fysisk aktivitet ved å heller fokusera på motivasjonsfaktorane og på å søkje etter ressursar. Ved å styrka personens oppleving av samanheng kan ein auka motivasjon og engasjement i fysisk aktivitet og vidare styrka personens ressursar og kompetanse til å gjera livsstilsendingar. I tillegg vert personen i betre stand til å møte andre utfordrande situasjonar i livet.

Litteratursøket viser at det er lite forskning på fysisk aktivitet hos personar med schizofreni frå eit pasientperspektiv. Brukarkunnskap er eit viktig bidrag til forskning, og kan gjera det lettare for helsearbeidarar å forstå faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet hos denne pasientgruppa. Brukarkunnskapen kan også bidra til at kommunane og lokalmiljøet lettare kan skapa og leggja til rette for fleire tilpassa aktivitetstilbod. Vidare forskning bør undersøkje fysisk aktivitet frå eit pasientperspektiv, for å styrka og skreddarsy det helsefremmande arbeidet retta mot personar med schizofreni.

Referansar

- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Abed, H. (2010). What factors affect the lifestyle choices of people with schizophrenia? *Mental Health Review Journal*, 15(2), 21-27. <https://doi.org/10.5042/mhrj.2010.0368>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bassilios, B., Judd, F. & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry*, 22(1), 71-77. <https://doi.org/10.1177/1039856213510575>
- Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N. & Pinna, F. (2013). Physical activity and mental disorders: A casecontrol study on attitudes, preferences and perceived barriers in Italy. *Journal of Mental Health*, 22(6), 492-500. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815330>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Cullen, C. & McCann, E. (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 58-64. <https://doi.org/10.1111/jpm.12179>
- Drageset, J. (2014). Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 76-84). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Espnes, G. A. & Lindstöm, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 26-38). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. Henta frå <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Firth, J., Carney, R., Pownall, M., French, P., Elliott, R., Cotter, J. & Yung, A. R. (2017). Challenges in implementing an exercise intervention within residential psychiatric care: A mixed methods study. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.04.004>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Hauge, O. H. (2000). *Dagbok 1924-1994. Bd.1*. Oslo: Samlaget.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bd. 3, s. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Helsedirektoratet. (2010a). Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer (IS-1670). Henta 24.april 2019 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-om-tilrettelegging-og-planlegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-problemer>
- Helsedirektoratet. (2010b). Hvordan etablere utstyrssentral – Fysisk aktivitet og friluftsliv (IS-1781). Henta 9.mai 2019 frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957). Henta 15.april 2019 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (IS-2076). Henta 5.april 2019 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019a). Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (gjelder fra 1. januar 2019) (IS-2642). Henta 22.april 2019 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatisk-helse-og-levewaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet. (2019b). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne (gjelder fra 1. januar 2019) (IS-2641). Henta 13.april 2019 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkeveis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ivarsson Holm, B. & Prescott, P. (2015). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592) (s. 103-117). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- Jansson, E. & Anderssen, S. A. (2015). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592). (s. 37-45). Oslo: Helsedirektoratet Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- Johannessen, J. O. (2011). Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (s. 28-42). Stavanger: Hetervig Akademisk.
- Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M. & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 18(6), 523-532. <https://doi.org/10.3109/09638230903111114>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bd.3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget.

- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Henta frå <https://www.napha.no/content/14907/Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer-kunnskapsoppsummering-fra-NAPHA>
- Langeland, E. & Vinje, H. F. (2017). The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstöm & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 299-305). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Langeland, E. & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830-837. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.017>
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. & Taube, J. (2015). Schizofreni. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592) (s. 561-570). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- Moe, T. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*. I E. W. Martinsen (Red.), *Fysisk aktivitet og psykisk helse* (3. utg., s. 155-171). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moksnes, U. K. (2014). Opplevelse av sammenheng. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 41-51). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NHI. (2018). Schizofreni, en oversikt. Henta 03.mai 2019 frå <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>
- NSF. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta 18. mars 2019 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Peleikis, D. E. & Felldal, S. C. (2017). *Schizofreni: til å leve med*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rannestad, T. & Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 15-25). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Rastad, C., Martin, C. & Asenlof, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Physical Therapy*, 94(10), 1467-1479. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Henta 3.april 2019 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Rössner, S. (2015). Overvekt og fedme. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>
- Rådet for psykisk helse. (2018). Den gode hjertebanken: Fysisk aktivitet som et tilbud i behandlingen. Henta 25.mars 2019 frå <https://www.psykiskhelse.no/nyheter/ny-brosjyre-fysisk-aktivitet>

- Soundy, A., Faulkner, G. & Taylor, A. (2007). Exploring variability and perceptions of lifestyle physical activity among individuals with severe and enduring mental health problems: A qualitative study. *Journal of Mental Health, 16*(4), 493-503. <https://doi.org/10.1080/09638230701482345>
- Spigset, O. (2013). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 218-233). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ververda, J. & Bjørnstad, M. M. (2018). Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni. *Tidsskriftet sykepleien, 106*(4), 68-71. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65895>
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Oddmundsen, Y. (2015). Å bli fysisk aktiv. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592) (s. 84-102). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>

Vedlegg

Vedlegg 1: Analysetabell

Vedlegg 2: Tabell over søkjhistorikk

Vedlegg 3: Litteraturmatrise 1-8

Vedlegg 1: Analysetabell

Barrierar	Abed	Basilios	Carpinello	Cullen	Firth	Johnstone	Rastad	Soundy
Fysiske	<ul style="list-style-type: none"> - Medikament-biverknad (trøyttheit og vektoppgang) 	<ul style="list-style-type: none"> - Medikament-biverknad - Overvekt - Ryggproblem - Dårlig form - Alder - Lite energi 	<ul style="list-style-type: none"> - Trøyttheit - Sjukdom 	<ul style="list-style-type: none"> - Medikament-biverknad - Overvekt - Dårlig fysisk form 		<ul style="list-style-type: none"> - Medikament-biverknad - Fysiske symptom av sjukdommen: (trøyttheit, skjelving, sveitte) - Overvekt 	<ul style="list-style-type: none"> - Overvekt - Trøyttheit - Smerter - Somatiske sjukdommar 	
Psykiske	<ul style="list-style-type: none"> - Motivasjonsmangel - Psykotiske symptom - Låg sjølvtilitt - Låg sjølv sikkerheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på interesse/lat - Misliker - Motivasjonsmangel - Lågt humør - Agorafobi - Nok med å takle sjukdommen - Føretrekk å kvile og slappe av 	<ul style="list-style-type: none"> - Utrygg utandørs - Motivasjonsmangel - Redd for å skade seg 	<ul style="list-style-type: none"> - Utryggheit - Angst - Motivasjonsmangel 	- Motivasjonsmangel	<ul style="list-style-type: none"> - Fordommar mot gruppetrening og treningssenter - Låg sjølvtilitt - Angst - Paranoia og høyrsehallusinasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - Psykotiske symptom - Einsemd - Negative forventningar - Misoppfatning av fysisk aktivitet - Vanskar med kroppsoppfatning 	<ul style="list-style-type: none"> - Angst for nye miljø - Sosial angst - Sjølvpresentasjon
Andre	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskapsmangel - Økonomiske problem - Mangelfull oppfylgning/støtte - Lite fokus på helse-fremming 	<ul style="list-style-type: none"> - Pengar - Utgått gratis medlemskap på treningssenter - Har fysisk arbeid/jobb - Forstyrta rutine 	<ul style="list-style-type: none"> - Dårlig vær - Tidkrevjande - Kunnskapsmangel - Manglande støtte frå tenesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Pengar/økonomi 		<ul style="list-style-type: none"> - Redusert evne til å strukturere kvardagen - Lite erfaring med fysisk aktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> - Økonomi - Mangel på utstyr/treningssenter - Låge forventningar til fysisk aktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> - Lite informasjon - Kunnskapsmangel

Motivasjon	A-bed	Bassilios	Carpinello	Cullen	Firth	Johnstone	Rastad	Soundy
Fysiske		<ul style="list-style-type: none"> - Betra helse - Auka styrke og musklar - Utsjånad - Meir energi - Vektkontroll - Førebygging av sjukdom 		<ul style="list-style-type: none"> - Berta fysisk helse og betra fysisk form - Vektreduksjon - Meir energi 	<ul style="list-style-type: none"> - Betre helse - Meir energi - Vektreduksjon - Auka styrke 		<ul style="list-style-type: none"> - Unngå konsekvensar av inaktivitet - Redusera overvekt for å betre utsjånad 	<ul style="list-style-type: none"> - Vekt-reduksjon - Berta fysisk form
Psykiske		<ul style="list-style-type: none"> - Mentalt velvære - Fornøyelse - Sosialt/ fritid - Meistring - Distraksjon - Føle seg vel - Balanse i livet - Lindre kjeisamheit - Stresshandtering - Avslapping - Handtere sjukdommen - Betra konsentrasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - Sosialt nettverk - Velvære 	<ul style="list-style-type: none"> - Gøy og sosialt - Velvære - Positivt sjølvbilete - Okkuperte tankane - Auka motivasjon - Auka empower-ment - Reduserte symptom - Auka sjølvtilit - Betra kroppsbilete 	<ul style="list-style-type: none"> - Ha det gøy - Tankedistraksjon - Erstatte negative tankar med positive - Fordriva symptom - Velvære - «Godheitkjensle/ feel good» - Redusera stress 		<ul style="list-style-type: none"> - Auka velvære - Auka sjølvstende - Auka sjølvtilit - Auka fridom - Reduserte symptom 	<ul style="list-style-type: none"> - Redusera stress - Avslapping - Distraksjon - sosial støtte - Handtering av symptom - Mentalt velvære
Andre		<ul style="list-style-type: none"> - Transport - Vane - Sjølvforsvar - Støtte frå andre 	<ul style="list-style-type: none"> - Støtte frå andre 	<ul style="list-style-type: none"> - Gir struktur og rutine i kvardagen - Støtte frå andre 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesjonell og personleg støtte 	<ul style="list-style-type: none"> - Sosial støtte 	<ul style="list-style-type: none"> - Noko å sjå fram til - Personleg støtte - Aktivitets-planlegging 	<ul style="list-style-type: none"> - Sjølv-transport

Vedlegg 2: Tabell over søkeshistorikk

Søkjeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
SØKJESTRATEGI 1: Attitudes OR experience som outcome						
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical Activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND Life Experiences OR Attitude</p> <p><u>Limits:</u> Published 2008-2018; language English, Danish, Norwegian, Swedish; peer-reviewed.</p>	27.11. 2018	CINAHL	35	15	8	4 - Rastad, C., Martin, C., & Asenlöf, P. (2014). - Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). - Cullen, C., & McCann, E. (2015).
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical Activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND Life Experiences OR Attitude</p> <p><u>Limits:</u> Published 2000-2008; language English, Danish, Norwegian, Swedish; peer-reviewed.</p>	27.11. 2018	CINAHL	5	1	1	1 - Soundy, A., Faulkner, G., & Taylor, A. (2007).
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical Activity OR Exercise OR Sports OR Fitness AND Experience OR Attitudes</p> <p><u>Limits:</u> Published 2008-2018; peer-reviewed.</p>	27.11. 2018	Psychology and Behavioral Sciences Collection	19	8	3	2 - Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). - Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009).
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical Activity OR Exercise OR Sports OR Fitness AND Experience OR Attitudes</p> <p><u>Limits:</u> Published 2000-2008; peer-reviewed.</p>	27.11. 2018	Psychology and Behavioral Sciences Collection	0	0	0	0
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND</p>	27.11. 2018	Medline	18	8	2	1

Attitude <u>Limits:</u> Published 2008-2018; language English, Danish, Norwegian, Swedish							- Rastad, C., Martin, C., & Asenlöf, P. (2014).
<u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND Attitude <u>Limits:</u> Published 2000-2008; language English, Danish, Norwegian, Swedish	27.11. 2018	Medline	7	4	1	0	
Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND Attitude Limits: Published 2008-2018; peer-reviewed	27.11. 2018	PsycINFO	3	3	1	0	
Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND Attitude Limits: Published 2000-2008; peer-reviewed	27.11. 2018	PsycINFO	0	0	0	0	
SØKJESTRATEGI 2: Opent søk utan outcome							
<u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness <u>Limits:</u> Published 2008-2018; Peer Reviewed; Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity, Qualitative - High Specificity, Qualitative - Best Balance; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	27.11. 2018	CINAHL	86	28	9	4	- Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). - Cullen, C., & McCann, E. (2015). - Rastad, C., Martin, C., & Asenlöf, P. (2014). - Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009).

<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness</p> <p><u>Limits:</u> Published 2000-2008; Peer Reviewed; Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity, Qualitative - High Specificity, Qualitative - Best Balance; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish</p>	27.11. 2018	CINAHL	12	7	1	1 Soundy, A., Faulkner, G., & Taylor, A. (2007).
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness</p> <p><u>Limits:</u> Published 2008-2018; peer-reviewed; method: interview, qualitative study</p>	27.11. 2018	PsycINFO	54	22	7	4 - Abed, H. (2010). - Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). - Cullen, C., & McCann, E. (2015). - Firth, J., et.al. (2017).
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness</p> <p><u>Limits:</u> Published 2000-2008; peer-reviewed; method: interview, qualitative study</p>	27.11. 2018	PsycINFO	0	0	0	0
<p><u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Exercise OR Sports OR Physical Fitness</p> <p><u>Limits:</u> Published 2008-2018; language English, Danish, Norwegian, Swedish; peer-reviewed; qualitative (maximizes sensitivity) OR qualitative (maximizes specificity) OR qualitative (best balance of sensitivity and specificity).</p>	27.11. 2018	Medline	269	0	0	0

<u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Exercise OR Sports OR Physical Fitness <u>Limits:</u> Published 2000-2008; language English, Danish, Norwegian, Swedish; peer-reviewed; qualitative (maximizes sensitivity) OR qualitative (maximizes specificity) OR qualitative (best balance of sensitivity and specificity).	27.11. 2018	Medline	29	9	0	0
<u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness <u>Limits:</u> Published 2008-2018; Peer Reviewed	27.11. 2018	Psychology and Behavioral Sciences Collection	119	0	0	0
<u>Keyword:</u> Schizophrenia AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness <u>Limits:</u> Published 2000-2008; Peer Reviewed	27.11. 2018	Psychology and Behavioral Sciences Collection	45	0	0	0
SØKJETRATEGI 3: Barriers, motives, incentive som outcome						
<u>Keyword:</u> Schizophrenia OR Mental illness OR Mental disorder AND Physical activity OR Exercise OR Sports OR Physical Fitness AND Barriers OR Motivation <u>Limits:</u> Published 2008-2019; Peer Reviewed	21.03. 2019	CINAHL og Psychology and Behavioral Sciences Collection	153	56	10	5 - Abed (2010) - Bassillios (2014) - Caprinello (2013) - Johnstone (2009) - Rastad (2014)

Vedlegg 3: 8 litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel-omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
Abed, H. (2010). What factors affect the lifestyle choices of people with schizophrenia? <i>Mental Health Review Journal</i> , 15(2), 21–27. https://doi.org/10.5042/mhrj.2010.0368	Målet med studien var å auke forståinga av kva faktorar som påverkar livsstilsval hos personar med schizofreni.	Schizophrenia, lifestyle, qualitative, choices, physical	Metode: Kvalitativ studie Utval: 7 deltakarar frå Derbyshire i England. <i>Inklusjonskriterier:</i> Primærdiagnosen schizofreni, stabil mental status den siste månaden og busett i kommunen. <i>Eksklusjonskriterier:</i> Tilleggsdiagnosane komorbide affektive lidningar, angstlidning, alkoholavhengigheit eller brukar av ulovlege rusmidlar. Datainnsamling Studien nyttar individuelle halvstrukturerte intervju som fokuserte spesielt på deltakaranes livsstil, inkludert matvanar og trening. Deltakarane vart spesielt oppmoda om å snakke om faktorar som påverka haldningane deira kring desse tamane. Alle fekk stort sett dei same spørsmåla, og intervjuaren tok utgangspunkt 13 førehandslaga spørsmål, for å introdusere ulike tema som hovudsakleg dreia seg om deltakarens erfaring og kunnskap om mat, trening og livsstilsjukdommar. Analyse Intervjua vart tatt opp, transkribert og det vart nytta tematisk analyse for å identifisera vanlege tema.	Resultat Fire tema vart identifisert som vanlege faktorar som påverka livsstilen til deltakarane negativt: 1. Motivasjonslause 2. Psykotiske symptom 3. Kunnskapsmangel kring fysiske helserelaterte problem 4. Biverknadar av medisinar Konklusjon Funna indikera at det er mange faktorar som vil påverke val av livsstil hos personar med schizofreni, og framhevar kompleksiteten av lidinga. Dei føreslår ei holistisk tilnærming når ein vurderer den fysiske helsa til personar med schizofreni, og at helsefremming og opplæring må gå hand i hand med tett oppfølging av helsetilstanden.	Dei fire tema er viktige nøkkelfunn som peikar på sentrale faktorar som vanskeleggjer deltaking i fysisk aktivitet for personar med schizofreni.

Litteraturmatrise 2

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel- omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? <i>Australasian Psychiatry</i>, 22(1), 71-77. https://doi.org/10.1177/1039856213510575</p>	<p>Studien har som mål å vurdere mengde fysisk aktivitet, haldningar knytt til fysisk aktivitet og å få fram framtidige aktivitetsintensjonar hos eit utval av personar med schizofreni spektrum lidningar.</p>	<p>schizophrenia, schizoaffective disorder, schizophrenia spectrum disorders, physical activity, exercise, sedentary lifestyle</p>	<p>Metode: Kvalitativ studie</p> <p>Utval: 49 deltakarar</p> <p><i>Inklusjonskriterier:</i> Diagnosen schizofreni spektrum lidningar, over 18 år og tilhøyrande ein av 3 kommunale psykisk helsetenester i Melbourne, Australia.</p> <p><i>Eksklusjonskriterier:</i> Manglande evne å gi informert samtykke eller til å snakka engelsk, eller vurdert som for psykisk ustabile av sin behandlar.</p> <p>Datainnsamling Standardisert strukturert intervju med opne svar som omhandla treningsåtfærd over tid samt grunnar til uttrykte preferansar. Intervjua omhandla type, kontekst, intensitet og frekvens på fysisk aktivitet, inkludert aktivitet relatert til husarbeid, og grunnar for og imot fysisk aktivitet. Deltakarane vart også spurt om demografisk karakteristikk og sjukdomskarakteristikk.</p> <p>Analyse Malanalyse vart nytta for å koda tema og analysa data. Malen som vart utforma vart nytta på alle intervjueresponsane.</p>	<p>Resultat</p> <p><i>Oppsummering av treningsåtfærdsmønster:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Varighet / intensitet:</i> Ulike oppfatningar. Nokre såg på 10 minutt med vektløfting som energisk trening, medan andre meinte det var 15-30 minutt med sykling var energisk trening. - <i>Kontekst:</i> Den vanlegaste konteksten var å trene aleine, etterfylgt av å trene på treningscenter. Nokre var positive til å være aktive saman med andre i framtida. - <i>Type:</i> Vanlege treningsformer var treningscenter/ vektløfting og turgåing. Få av deltakarane såg på husarbeid/hobby eller praktisk arbeid som lett trening. <p><i>Grunnar for og imot trening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 hovudtema for trening: fysiske fordelar, psykologiske fordelar og «andre». - 4 hovudtema imot trening: fysiske helseproblem, uinteressert, den mental lidinga i seg sjølv og «andre». <p>Konklusjon Funna visar viktigheita av sosial støtte og strategiar for å forsterka sjølveffektivisering. Personar med schizofreni spektrum lidningar veit lite om psykiske fordelar med fysisk aktivitet. Innføring av treningsintervensjonar kan betrast om ein kombinera motivasjon, med å forbetra kunnskap om psykiske fordelar med trening og legg til rette for sosial støtte.</p>	<p>Her er det spesielt «grunnar for og imot trening» som er relevant for oppgåva.</p>

Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel-omgrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N., & Pinna, F. (2013). Physical activity and mental disorders: A casecontrol study on attitudes, preferences and perceived barriers in Italy. <i>Journal of Mental Health</i>, 2013, 22(6), 492-500. https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815330</p>	<p>Studien har som mål å undersøka haldningar og barrierar til fysisk aktivitet hos eit utval psykiatriske pasientar</p>	<p>physical activity, exercise, mental disorders, attitudes, preferences, obstacles</p>	<p>Metode: Kvantitativ studie</p> <p>Utval: 138 pasientar tilhøyrande eit kommunalt mentalt helsesenter (case-gruppe schizofreni (29%), alvorleg depresjon (27,5%), bipolar lidning (25%), angstlidelse (19,6), personlighetsforstyrrelse (5,8%), andre diagnoser (6,5%)) og kontrollgruppe på 138 utan mental sjukdom.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle personar med ei mental lidning som deltok i kommunale psykiatritenester. Kontrollgruppa måtte ikkje ha mental lidning, og utvalet måtte vera same kjønn, alder og ha likt utdanningsnivå som dei med mental lidning.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Personar som hadde manglande evne til å gi informert samtykke eller kognitive svekkingar.</p> <p>Datasamling Sjølutfylt spørjeskjema med fokus på preferansar for fysisk aktivitet, påverknad av psykologisk status for fysisk aktivitet, haldningar og meiningar om fysisk aktivitet, opplevde barrierar, opplevd sosial støtte, og motivasjon og fornøyelse ved fysisk aktivitet.</p> <p>Kliniske journalar vart undersøkt for å samla sosio-demografisk informasjon om casedeltakarane og eit kort intervju vart nytta på kontrollgruppa.</p> <p>Analyse SPSS 17.0 vart nytta for å analysa svara frå spørjeskjemaet. Pearson's chi-square test vart nytta for å analysa sosio-demografisk data.</p>	<p>Resultat (case/kontroll)</p> <p>Aktivitetspreferansar: Gåing (79/63), husarbeid (43/40), trening på ein fasilitet (32/30), hagearbeid (36/44), jogging (13/15), eigenaktivitet (19/22), trening heime (11/14), individuell sport (5/8), gruppesport (9/12), dansing (23/41), sykling (14/17), fjelltur (23/41), anna (9/11).</p> <p>Støtte frå andre: Einig i behov for støtte frå instruktør (93/86), vil ha råd frå lege (85/85), trur dei trenar betre heime (38/44).</p> <p>Føretrekt aktivitetsstil: Aleine (28/26), med andre (67/67), ingen preferanse (42/42)</p> <p>Barrierar: Trøyttheit (53/22), sjukdom (27/2), dårleg vær (23/2), redd for å skade seg (8/0), tek for mykje tid (33/75), utrygg utandørs (12/5) lite lyst (35/11), usikker på kva ein skal gjera (13/17).</p> <p>Motivasjon: Vil trene meir regelmessig (44/74). Opplev fornøyelse av å trene (41/51)</p> <p>Tid per dag med aktivitet: 30 min (35/24), 1 time (31/39), 2 timar (15/31), meir enn 2 timar (16/9).</p> <p>Dagar med aktivitet i veka: 1-2 (41/29), 3-4 (14/44), 5 eller meir (44/34)</p> <p>Konklusjon Pasientane visar mindre glede og motivasjon til fysisk aktivitet og er negativt påverka av deira psykologiske status, men er klar over viktigeita av fysisk aktivitet og er i stand til å identifisera barrierar som hindrar aktivitet. Psykiatritenester bør i større grad vektleggja problem knytt til fysisk aktivitet og skreddarsy aktivitet etter pasientane sine behov.</p>	<p>Her er barrierane, motivasjon og støtte frå andre særleg sentrale funn som er relevant for oppgåva.</p>

Litteraturmatrise 4

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel-omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Cullen, C., & McCann, E. (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland: Physical activity and people with SMI. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 22(1), 58-64. https://doi.org/10.1111/jpm.12179</p>	<p>Målet med studien var å utforska dei subjektive erfaringane hos personar diagnostisert med alvorlege psykiske lidingar relatert til fysisk aktivitet og få fram deira syn og meiningar knytt til fysisk aktivitet.</p>	<p>exercise, physical activity, quality of life, recovery, schizophrenia</p>	<p>Metode Utforskande kvalitativt beskrivande design</p> <p>Utval: 10 personar frå ulike kommunale psykiske helsesenter i Irland. Inklusjonskriterier: Diagnosen schizofreni, schizoaffektiv lidning eller bipolar lidning. Eksklusjonskriterier: Snakka ikkje engelsk og manglande evne til informert samtykke.</p> <p>Datasamling Halvstrukturerte intervju. Målet var å utforska deltakaranes erfaringar med fysisk aktivitet knytt til den alvorlege psykiske lidinga, identifisera rolla til fysisk aktivitet knytt til livskvalitet og rehabilitering, framheva utfordringar knytt til den alvorlege mentale lidinga samt å kunne gi anbefalingar til sjukepleiepraksis, utdanning og forskning.</p> <p>Analyse Intervjua vart transkribert og vidare analysert, koda og kategorisert.</p>	<p>Resultat Studien deler opp resultatata i fire delar:</p> <p><i>1. Fysisk aktivitet som ein meningsfull aktivitet</i> - Hyggeleg og morosam aktivitet, som bidrog til velvære og positivt sjølvbilete.</p> <p><i>2. Fysisk aktivitet som ein mental aktivitet</i> - Er ein distraksjon som okkuperer tankane og reduserer symptom på lidinga. - Bidreg struktur og rutine i kvardagen, auka motivasjon, energi og utvidar det sosiale nettverket.</p> <p><i>3. Livskvalitet</i> - Deltakarane rapporterte at kjensla av «å del av noko» og å være involvert i eit opplegg/program auka meistringskjensle og empowerment. Fysisk aktivitet var ein viktig del i behandlinga deira, dei opplevde auka livskvalitet og symptomlindring.</p> <p><i>4. Opplevde utfordringar knytt til fysisk aktivitet</i> - Barrierar for å delta i fysisk aktivitet: motivasjonsmangel, dårleg fysisk form og overvekt, biverknadar av medikament, mangel på støtte og mangel eit trygt og kjent treningsmiljø.</p> <p>Konklusjon Funna indikerer at fysisk aktivitet har ein rolle i behandling og behandlingssopplegg. Viktigheita av profesjonelle instruktørar og eit støttande personale vart trekt fram av deltakarane som viktige moment for å gjennomføre eit treningsopplegg.</p>	<p>Alle resultatata er her grunnar for og imot å delta i fysisk aktivitet og dermed relevante funn for oppgåva.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel- omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Firth, J., Carney, R., Pownall, M., French, P., Elliott, R., Cotter, J., & Yung, A. R. (2017). Challenges in implementing an exercise intervention within residential psychiatric care: A mixed methods study. <i>Mental Health and Physical Activity</i>, 12, 141–146. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.04.004</p>	<p>Studien har som føremål å evaluera moglegheitene for å innføra treningstimar og profesjonell treningsstøtte i omsorgs-senter for langtids-behandling av personar med alvorlege mentale lidingar.</p>	<p>Psychosis, schizop-hrenia, physical health, physical activity, bipolar</p>	<p>Metode: Kombinasjonsstudie. Deltakarane deltok i eit organisert treningsopplegg i ti veker.</p> <p>Utval 14 deltakar rekruttert frå fire kommunale psykiatribustadar styrt av Alternative Future Group (AFG) i Greater Manchester, England. <i>Inklusjonskriterier:</i> Alder: 18-65 og mottakar av tenester frå et AFG-senter. <i>Eksklusjonskriterier:</i> Manglande evne til informert samtykke, graviditet, dårleg engelsk språk og fysiske helseproblem som avgrensa treningsevne.</p> <p>Datasamling <i>Kvalitative metodar:</i> - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) og treningsloggbook: måle deltaking, tilbakehalding og mengde trening oppnådd. - Spørjeskjema om ynskte utfall av studiet og Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ-2) - vurderer motivasjonsfaktorar for trening. - Positive and Negative yndrome Scale (PANSS) og Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) - måle effekt på psykiske symptom, funksjon og fysisk helse før og etter intervensjonen. <i>Kvantitative metodar</i> - Semi-strukturert intervju som omhandla deltakarane sine meiningar om 1) deltaking i trening og 2) effekt av trening.</p> <p>Analyse Det vart gjort statistiske analysar av kvantitative data i SPSS 20, og femtrinns tematisk analyse av kvalitative data.</p>	<p>Resultat <i>Rekrutering og «retensjon»</i> - 51 fekk tilbod om å delta, 14 ynskte å delta. 5 av 14 hoppa av studien undervegs. <i>Mengde trening oppnådd</i> - Gjennomsnitt 87.4 minutt moderat-intens trening i veka via trenings-senter, dansing og sykling - 141 minutt lett aktivitet i veka primært ved gåing. <i>Deltakar-sentrerte utfall</i> - Vanlegaste motivasjonsfaktorar: betra form og energi, vektnefgang og betra sportsevne/styrke, å ha det gøy og tankedistraksjon. - Grunner for og imot å delta i trening: trening for å betre helsa, motivasjon som hovudbarriere og profesjonell og personleg støtte som viktigaste nøkkelfaktor. Effektar av trening: Erstatte negative kjensler med positive og fordriv negative symptom. <i>Kvalitative endringar etter trening</i> - PANSS: Negative symptom redusert med 21%, positive redusert med 11.7 %, funna visar tydeleg samanheng mellom økt trening og reduksjon i symptom.</p> <p>Konklusjon Implementering av treningsintervensjonar i psykiatriske butestar er utfordrande fordi organisert trening ikkje appellera mange bevarar, og uorganisert trening i liten grad vert gjennomført. Framtidige forsøk bør skreddarsy treningsopplegg tilpassa deltakaranes motivasjons-problem og preferansar for å auke deltaking.</p>	<p>Vil primært nytta svara frå dei semi-strukturerte intervjuar. Motivasjons-faktorane og grunnar for og imot er her svært relevante funn.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. <i>Journal of Mental Health</i>, 18(6), 523–532. https://doi.org/10.3109/09638230903111114</p>	<p>Målet med studien er å utforska barrierar for å starta med og oppretthalda fysisk aktivitet hos personar med schizofreni tilknytt kommunal helseteneste.</p>	<p>Schizophrenia, community-based, physical activity, barriers</p>	<p>Metode: Kvalitativ studie</p> <p>Utval 27 deltakarar tilknytt fira ulike kommunale helsetenestar i Edinburgh. Inklusjonskriterier: Alder 18-60 år, påvist schizofrenidiagnose i meir enn eit år, brukar orale eller depot antipsykostiske legemiddel og er mentalt stabil utan teikn på psykose. Eksklusjonskriterier: Ikkje overhaltdt medisinerer tre månadar før intervju, teikn til positive symptom eller deltek regelmessig i fysisk aktivitetar.</p> <p>Datainnsamling Halvstrukturert intervju utført med metoden motiverande intervju. Intervjuguide med 10 opne spørsmål som omhandla potensielle barrierar.</p> <p>Analyse Tema og undertema vart identifisert ved bruk av Interpretive Phenomenological Analysis (IPA).</p>	<p>Resultat: Fira barrierar til å gjennomføra fysisk aktivitet: 1. <i>Lite erfaring med deltaking i fysisk aktivitet.</i> - Fordommar mot gruppetrening og treningssenter grunna negativ samanlikning mot andre. 2. <i>Symptom og biverknadar av medikament</i> - Lidinga reduserar sjølvtilitt og reduserar evna til å strukturere dagen. - Biverknadar av medikament som skapar barriere: trøyttheit, skjelving, tardive dykinesier, og sveitte, og overvekt. 3. <i>Angst</i> - Sosial angst vart nemnt av alle deltakarane. - Utløysande faktorar: Høyrsele-hallusinasjonar, paranoia, eller helserelatert som frykt for å få hjarteinfarkt. - Medikamentbiverknadane sveitte og skjelving gjer ein meir sjølvbevisst i offentlege settingar. 4. <i>Verknaden av støttande nettverk</i> - Sosial støtte bidreg til den strukturen, oppmuntringa og meininga mange har behov for. Å få vera saman med andre i same situasjon gjorde deltaking lettare.</p> <p>Konklusjon: Personar med schizofreni opplev komplekse barrierar i samband med å starte med fysisk aktivitet. Dette må takast omsyn til i utforminga av fysiske-aktivitet-intervensjonar som skal førebyggja og eller behandle overvekt og andre relaterte fysiske helseproblem.</p>	<p>Dei fire hovudgruppene barrierar er sentrale funn som er viktige faktorar som seier noko om kvifor personar med schizofreni har vanskar med å delta i fysisk aktivitet.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Rastad, C., Martin, C., & Asenlöf, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. <i>Physical Therapy</i>, 94(10), 1467–1479. https://doi.org/10.2522/ptj.20120443</p>	<p>Studien har som mål å studera oppfatning av trening og oppleving av barrierar og motivasjon for fysisk aktivitet i kvardagen hos pasientar med schizofreni, rapportert av pasientane sjølv.</p>	<p>Ingen oppgitt</p>	<p>Metode: Utforskande kvalitativ studie</p> <p>Utval 20 pasientar med diagnosen schizofreni frå 3 ulike psykiatriske poliklinikkar i Sverige <i>Inklusjonskriterier:</i> DSM-IV-diagnose av schizofreni eller schizoaffektiv lidning i minst eit år, over 20 år, og evne gjennomføre intervju på Svensk. <i>Eksklusjonskriterier:</i> Personar med bipolar lidning eller vrangførestillingsdiagnosar.</p> <p>Datasamling - Individuelle halvstrukturerte intervju med fokus på barrierar, tidlegare erfaring og oppfatning av fysisk aktivitet. - Spørjeskjema som omhandla demografisk bakgrunn (SCI-SR) og spørsmål om noverande levevanar.</p> <p>Analyse Intervjua vart tatt opp og transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innhaldsanalyse. Innholdet ble vidare koda og delt i kategoriar og underkategoriar. Resultat av skjema om bakgrunn blir samla og presentert i tabellform.</p>	<p>Resultat Analyse av data resulterte i 3 hovudtema. <i>1. Barrierar – faktorar som komplisera eller hindrar fysisk aktivitet.</i> - Symptom på lidinga og sjukdom (trøyttheit, paranoia, einsemd, overvekt), spontane negative utfall (smerter og få positive kjensler) , negative forventingar (lite tiltru til egne evner, redd for å mislukkast), misoppfatning (idear og meiningar om fysisk aktivitet), kroppsoppfatning (vanskar med å oppfatte og tolka signal frå kroppen) og mangel på ressursar (dårleg økonomi og mangel på utsyr eller fasilitetar). <i>2. Belønning – motivasjon for fysisk aktivitet</i> - Spontane positive utfall (auka velvære, sjølvtilitt og kjensle av sjølvstende) og positive forventningar (noko å sjå fram til, symptomreduksjon, unngå konsekvensar av inaktivitet) <i>3. Hjelpsame strategiar</i> - Mental førebuing (bekrefte mottakelegheit, positiv sjølv-snakk, bestemte avgjersler og mentale bilete) personleg støtte (initiativ frå andre, personlege instruksjonar, nokon å snakke med, kontinuitet) og aktivitetsplanlegging (unngå stress, faste tider og valmoglegheiter).</p> <p>Konklusjon Ut i frå pasientane sine oppfatningar er det grunn til å tru at det er unike biopsykososiale avgjersler som påverkar fysisk aktivitetsåtfærd hos denne pasientgruppa. Framtidige studiar bør undersøkje om personar med schizofreni har fordel av individuell analyse av barrierar og belønning i fysisk aktivitet intervensjonar i kombinasjon med skreddarsydde strategiar som personleg større og aktivitetsplanlegging.</p>	<p>Alle funna er relevante for oppgåva då det omhandlar både barrierar, motivasjon som faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet.</p> <p>Hjelpsame strategiar er viktige funn som kan nyttast som døme på sentrale motiverande tiltak før deltaking i fysisk aktivitet.</p>

Litteraturmatrise 8

Referanse	Studiens føremål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Resultat: Korleis vil eg nytta denne artikkelen i mi oppgåve?
<p>Soundy, A., Faulkner, G., & Taylor, A. (2007). Exploring variability and perceptions of lifestyle physical activity among individuals with severe and enduring mental health problems: A qualitative study. <i>Journal of Mental Health, 16</i>(4), 493–503. https://doi.org/10.1080/09638230701482345</p>	<p>Utforska ideografiske avgjerande faktorar for fysisk aktivitet hos personar med alvorlege mentale lidningar tilhøyrande kommunale polikliniske senter.</p> <p>Studien har som mål om å kunne gi ein detaljert beskriving av livsstils- og aktivitetsvanar hos denne pasientgruppa.</p>	<p>Physical activity, mental health, exercise</p>	<p>Metode: Kombinasjonsstudie</p> <p>Utval 16 deltakar frå ein by vest i England. <i>Inklusjonskriterier:</i> Breitt utval med maximum variasjon i kjønn, vekt, aktivitetsnivå, psykiatridiagnose og behov for støtte. <i>Eksklusjonskriterier:</i> Tilleggsproblematikk med alkohol eller anna rusavhengigheit, mangel på informert samtykke eller vurdert som ikkje passande av behandlar.</p> <p>Datainnsamling <i>Kvantitativ metode</i> - Spørjeskjema for å kartlegge som der kor mange gongar deltakarane hadde hatt vore i moderat eller høgt aktivitet den siste veka. <i>Kvalitativ metode:</i> - Halvstrukturert intervju med fokus på sjølvrapportert nivå av fysisk aktivitet, erfaringar med støtte til fysisk aktivitet frå helsearbeidarar, kunnskap om fysisk aktivitet og barrierar knytt til forandring.</p> <p>Analyse Intervjua vart transkribert og data vart analysert ved hjelp av tematisk analyse og sortert i ulike kategoriar.</p>	<p>Resultat</p> <p><i>Livsstilsrelatert fysisk aktivitet</i> - Vanlegaste aktivitet: gåing i samband med å møte vener, handling, avslapping, for å komme seg ut og frivillig arbeid. - Vanlegvis aleine, og nytta som sjølvtransport. - Rapportert som ein dagleg aktivitet med låg intensitet. - Motiv: Som del av kvardagsrutine, for å gå til senteret og møte folk og få mat, og for å dekke personlege behov som handling. - Barrierar: Deltakarane kjenner seg tryggare i heimen sin i periodar med sjukdomsforverring.</p> <p><i>Strukturert trening</i> - Døme: gruppetrening, badminton/fotball organisert av senteret, turgrupper med meir. - Vanlegvis aktivitet med andre i grupper, og deltaking for å møte folk. - Rapportert som ein ukentlig aktivitet med moderat til høg intensitet. - Motiv: Vekttap, sosial støtte og betra fysisk form - Barrierar: Mangel på trygghet i nye miljø, bekymringar for sjølvpresentasjon og negative verbale og non-verbale kommentarar frå andre.</p> <p>Konklusjon Personar med alvorlege mentale lidningar er opne for ta imot meir støtte for å auke nivået av fysisk aktivitet i kvardagen. Tiltak som reduserar ambivalens, lindrar bekymringar angående sosial evaluering og fastset mål om auking i turgåing treng meir utvikling og evaluering.</p>	<p>Motiv og barrierar for både livsstilsrelatert aktivitet og strukturert trening er sentrale funn som seier noko om faktorar som påverkar deltaking i fysisk aktivitet.</p>

