

10078

## Betydningen av fysisk aktivitet for personer med schizofrenilidelser

Implikasjon for sykepleie.

Litteraturbachelor

Antall ord: 7579

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022



10078

# **Betydningen av fysisk aktivitet for personer med schizofrenilidelser**

Implikasjon for sykepleie.

Litteraturbachelor

Antall ord: 7579

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Schizofrenilidelser utgjør en av de fremste årsakene til redusert levealder på verdensbasis. Årsaken til dette er sannsynligvis økt risiko for hjerte- og karsykdommer, metabolsk syndrom, og respiratorisk sykdom. Fysisk aktivitet kan ha en forebyggende betydning ved å motvirke inaktivitet, samtidig som det har helsefremmende betydning for fysisk og psykisk helse. Det vil være verdifullt å undersøke denne betydningen for pasienter med schizofrenilidelser, og hvordan sykepleier kan møte deres behov for fysisk aktivitet. **Metode:** Gjennom systematisk litteratursøk i vitenskapelige databaser, ble ti forskningsartikler med varierende metodologi valgt ut. Artiklene ble analysert, og resultatene samskrevet i en ny syntese. **Resultat:** Kvantitative og kvalitative data belyser betydningen i form av gjengående temaer som reduksjon av negative symptomer, forbedring av selvbilde, og forbedring av livskvalitet. Dette er observert både ved lettere fysisk aktivitet som gange, og ved trening. For motiverende faktorer kommer det frem av litteraturen at selvbilde, god helse, og symptombeherskelse spiller en sentral rolle. Barrierer for fysisk aktivitet er gjerne tilknyttet sykdommen, lav motivasjon, ressurser, og kunnskapsmangel. **Konklusjon:** Litteraturen tydeliggjør at personsentrert omsorg er vesentlig for denne pasientgruppen, og at sykepleien bør tilpasses den enkelte persons behov. Mindre ressurskrevende intervensjoner som gå-grupper kan anvendes med fordel. Mer kunnskap innen temaer som betydningen av fysisk aktivitet, risiko for livsstilssykdommer ved schizofrenilidelser, motivasjon, og samtalemetoder kan være fordelaktig for sykepleiers evne til å møte pasientens behov for fysisk aktivitet. Litteraturen har vist at denne kunnskapsmangelen kan utgjøre en barriere for dette.

**Nøkkelord:** Schizofrenilidelser, fysisk aktivitet, helsefremming

# Innhold

1.	Introduksjon.....	6
1.1.	Tema.....	6
1.2.	Teori.....	7
1.2.1.	Autonomi og velgjørenhet .....	7
1.2.2.	Helsefremming, helsebegrepet, og salutogenese .....	7
1.2.3.	Fysisk aktivitet.....	8
1.2.4.	Schizofrenilidelser, livsstil, og fysisk aktivitet.....	8
1.3.	Presisering av oppgaveformål .....	8
2.	Metode .....	10
2.1.	Metodebeskrivelse .....	10
2.2.	Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	10
2.3.	Søkeprosessen.....	11
2.4.	Kvalitetssikring og artikkelvalg.....	14
2.5.	Analyse.....	14
3.	Resultater .....	16
3.1.	Artikkelmatrise .....	16
3.2.	Analyse av resultater .....	23
3.2.1.	Betydning for helse .....	23
3.2.1.1.	Symptomatologi.....	23
3.2.1.2.	Psykisk helse og livskvalitet.....	23
3.2.2.	Motivasjon for fysisk aktivitet .....	24
3.2.2.1.	Selvbilde.....	24
3.2.2.2.	God helse og symptombeherskelse.....	24
3.2.2.3.	Sykepleiers motivasjon og bruk av fysisk aktivitet.....	24
3.2.3.	Barrierer for fysisk aktivitet .....	25
3.2.3.1.	Pasientnære barrierer .....	25
3.2.3.2.	Sykepleiers barrierer .....	25
4.	Diskusjon .....	26
4.1.	Schizofrenilidelser og betydningen av fysisk aktivitet .....	26
4.1.1.	Forbedring av negative symptomer og helsefremming .....	26
4.1.2.	Individualitet .....	27
4.2.	Sykepleiefaglige utfordringer og sykepleiers helsefremmede rolle.....	28
4.2.1.	Yrkesetisk konflikt - autonomi og velgjørenhetsprinsippet .....	28
4.2.2.	Ressurser og organisatorisk støtte.....	29
4.2.3.	Manglende kunnskap .....	30

4.2.4. Å vekke motivasjon .....	30
4.3. Begrensninger .....	31
4.4. Konklusjon .....	33
Referanser.....	34

# Tabeller

Tabell 2.1: søketabell.....	12
Tabell 3.1: Artikkelmatrise.....	17



# 1. Introduksjon

## 1.1. Tema

Helsebegrepet har lenge vært preget av et dualistisk menneskesyn, der man har hatt et tydelig skille mellom kropp og sjel (Almås et al., 2016; Kristoffersen, 2021, s. 80). Med denne forståelsen av helsebegrepet, har den fysiske dimensjonen vært dominerende (Kristoffersen, 2021, s. 80). God helse ble ansett som «fravær av sykdom», noe som dominerte helseforståelsen frem til siste halvdel av 1900-tallet (Kristoffersen, 2021, s. 81).

I nyere tid har det forekommet et paradigmeskifte i sykepleie. Infeksjonssykdommer preget sykdomsbildet lenge, men kroniske sykdommer som kreft og livsstilssykdommer som fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer, og kronisk-obstruktiv lungesykdom (KOLS) har den siste tiden blitt mer fremtredende (Kristoffersen, 2021, s. 82). Med dette er det observert en overgang i sykepleie, fra hovedfokus på behandling av akutt sykdom, til mer oppmerksomhet rettet mot generell folkehelse, helsefremming, og forebyggende arbeid (Kristoffersen, 2016b, s. 350).

Inaktivitet utgjør en kilde til de fremvoksende livsstilssykdommene. Verdens helseorganisasjon (WHO) belyser en økende inaktivitet blant folk på global basis, dette særlig i land med høyere inntekt (World health organization, 2020). Videre bemerker organisasjonen at en av fire voksne ikke er tilstrekkelig fysisk aktive (World health organization, 2020). Hva som i denne oppgaven går innunder begrepet «fysisk aktivitet» presiseres i delkapittel 1.2. Foruten den forebyggende betydningen av fysisk aktivitet har aktiviteten en rekke andre helsegevinster.

I en review-artikkel skrevet av Mikkelsen et al. (2017) om betydningen av trening, belyser artikkelforfatterne bl.a. senket blodtrykk, økte endorfinnivåer, bedret kardiovaskulær helse, og senket risiko for sykdommer som kreft, diabetes, hypertensjon, ol., som evidensbaserte fysiske treningsgevinster (Mikkelsen et al., 2017). I senere tid, har det også blitt rettet oppmerksomhet på nettopp de psykiske helsegevinstene som medfølger aktivitet; en forståelse om at god fysisk- og psykisk helse henger sammen (Kristoffersen, 2016a, s. 316-317). Mikkelsen et al (2017) beskriver i sin review-artikkel at fysisk aktivitet bidrar til psykiske helsegevinster som bedre humør, reduserte symptomer på angst, stress, og depresjon, samt økt mestringsfølelse. Videre poengterer artikkelforfatterne at det ikke er en tydelig forskjell i de psykiske helsegevinstene mellom aerobisk eller anaerobisk trening (Mikkelsen et al., 2017).

Schizofrenilidelser utgjør en betydelig årsak til redusert levealder over hele verden (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; World health organization, 2022). Dette skyldes i hovedsak komorbiditet i form av hjerte- og karsykdom, metabolsk sykdom, og respiratorisk sykdom (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; World health organization, 2022). Forskning viser at pasientgruppen har økt risiko for utvikling av hjerte- og karsykdom, metabolsk syndrom, og lignende livsstilssykdommer (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020). Å utforske helsefremmende prosesser som økt fysisk aktivitet blant denne pasientgruppen vil derfor være interessant, da det

sannsynligvis kan bidra til å forebygge sykdom tilknyttet den høye mortaliteten og samtidig bidra med andre helsegevinster som nevnt over. Dette utgjør hensikten med litteraturstudien, og utdypes grundigere senere i dette kapittelet.

## 1.2. Teori

### 1.2.1. Autonomi og velgjørenhet

Respekt for autonomi og velgjørenhetsprinsippet utgjør to sentrale verdier i sykepleiefaget (Almås et al., 2016, s. 18; Kristoffersen, 2021, s. 21). Sykepleiers respekt for pasientens autonomi kan forstås som en respekt for pasientens rett til selv- og medbestemmelse (Kristoffersen, 2021, s. 21,41-42). Denne retten til å velge eller nekte helsehjelp er nedfelt i lov om pasient og brukerrettigheter, og helsepersonells ansvar for å respektere dette er også beskrevet i helsepersonelloven gjennom forsvarlighet og respekt for samtykke (hpl, 2001; pbrl, 2001). Slik bidrar prinsippet til å ivareta pasientens grunnleggende rettigheter, samtidig som det verner mot maktovergrep og paternalisme (Kristoffersen, 2021, s. 42).

Sykepleiers forpliktelse til å gjøre-, og ville-, det beste for pasientens helse utgjør en grunnsten i sykepleiemoral og kalles gjerne velgjørenhetsprinsippet (Almås et al., 2016, s. 18; Kristoffersen, 2021, s. 42). Prinsippet forutsetter faglig forsvarlig handling, og er forankret i helsepersonelloven §4 (hpl, 2001).

### 1.2.2. Helsefremming, helsebegrepet, og salutogenese

Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven beskriver sammen helsepersonells ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (fhl, 2011; hol, 2012). Konseptet «å fremme helse», her omtalt som helsefremming, beskrives av WHO som kontroll over- og økt evne til å forbedre egen helse (World health organization, 2016). Dette forutsetter en styrking av individets ressurser for å opprettholde funksjoner, samt forbedret kapasitet for å håndtere utfordringer (Almås et al., 2016, s. 22; Kristoffersen, 2016b, s. 351). Dette aspektet ved helsefremming kalles gjerne empowerment (Kristoffersen, 2016b, s. 351). Helsefremming og sykdomsforebygging anses som komplementære prosesser i det som samlet kalles forebyggende arbeid (Kristoffersen, 2016b, s. 354).

Overnevnte beskrivelse av helsefremming henger tett sammen med salutogenese, en forståelse av helse beskrevet av teoretikeren Anton Antonovsky. Gjennom Antonovskys forståelse befinner mennesket seg i en vedvarende tilstand mellom to ytterpunkter, helse og uhelse. En salutogen tilnærming vil tilsvare helsefremmende prosesser som skaper bevegelse mot ytterpunktet helse (Kristoffersen, 2016b, s. 368). Videre utdyper Antonovsky dette ved at individets helse fremmes gjennom en opplevelse av sammenheng (sense of coherence, SOC). SOC baserer seg på tre aspekter: det å forstå-, håndtere-, og finne mening i situasjoner (Kristoffersen, 2016b, s. 91; 2021, s. 369).

En annen sykepleieteoretiker, finske Katie Eriksson, beskriver helse som «en integrert tilstand av sunnhet, friskhet, og velbefinnende, men ikke nødvendigvis fravær av sykdom» (Kristoffersen, 2021, s. 91). Videre utdyper Eriksson at god helse er tilknyttet en opplevelse om at tilværelsen er målrettet og meningsfylt, noe som minner

om Antonovskys SOC (Kristoffersen, 2021, s. 102). Kombinasjonen av Eriksson- og Antonovskys forståelse av helse vil utgjøre det faglige utgangspunktet i denne oppgaven.

### 1.2.3. Fysisk aktivitet

Begrepet «fysisk aktivitet» omtales mye i denne oppgaven, og er derfor definert og avgrenset i dette delkapitlet. Forståelsen av begrepet «fysisk aktivitet» vil her ta utgangspunkt i WHO's definisjon; fysisk aktivitet er all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som krever økt energiforbruk (World health organization, 2020). Dette innebærer derfor trening (aerob og anaerob), men også gange, sykling og annen lettere form for fysisk aktivitet. I sykepleie, anses aktivitet å være et av pasientenes grunnleggende behov, som man forsøker å ivareta (Kristoffersen, 2016a, s. 312).

### 1.2.4. Schizofrenilidelser, livsstil, og fysisk aktivitet

Ved schizofrenilidelse opplever individet en omfattende forandring av tankefunksjoner, følelsesliv og persepsjon (Håkonsen, 2014, s. 359-360). Vedvarende vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, og hallusinasjoner utgjør deler av kriteriene som vurderes for å stille diagnosen (Håkonsen, 2014, s. 360). Fremtredende symptomer ved schizofrenilidelse grupperes gjerne i såkalte negative- og positive symptomer. Man kan si at positive symptomer legges til individets grunntilstand (eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger) imens negative trekkes fra (eks. viljeshemming, følelsesløshet, lite initiativ) (Aarre, 2018, s. 111; Håkonsen, 2014, s. 360).

Forskning viser at personer med schizofrenilidelser i gjennomsnitt har et lavere fysisk aktivitetsnivå og en økt grad av stillesittende atferd, sammenlignet med den generelle befolkningen (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020).

I oversiktsartikkelen utformet av Bueno-Antequera og Munguía-Izquierdo (2020) konkluderes det at fysisk aktivitet som tilleggsbehandling, ved siden av grunnbehandling, kan ha positiv betydning for helsen hos pasienter med schizofrenilidelser. Dette utdypes videre ved at flere studier viser til forbedringer i symptomer, kognisjon, og livskvalitet (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020). Det underbygges også av Caldwell (2012) som ved analyse av randomiserte kontrollerte studier observerer en signifikant reduksjon av negative symptomer hos pasienter som gjennomførte tilleggsbehandling med fysisk aktivitet (ikke vekt-basert) oppå standard behandling, sammenlignet med pasienter som kun gjennomførte standard behandling. Flere studier indikerer at det er begrenset evidens for at fysisk aktivitet bidrar til forbedring av positive symptomer (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; Caldwell, 2012). Imidlertid bemerkes det i flere artikler et behov for mer forskning for å kartlegge effekten av fysisk aktivitet hos pasienter med schizofrenilidelser, dette bl.a. grunnet høy risiko for bias.

## 1.3. Presisering av oppgaveformål

Fysisk aktivitet og psykisk helse er temaer som betyr mye for meg. Den psykiske betydningen av fysisk aktivitet er noe jeg selv har vært mye opptatt av, og det var derfor interessant å undersøke dette fenomenet i lys av sykepleie. Til dette ble fokuset lagt på å se på fysisk aktivitet og dets betydning for personer med alvorlige psykiske lidelser, som

schizofreni. Videre er sykdomslære tilknyttet schizofreni, og lignende psykiatrisk sykepleieteori, fagområder hvor jeg har begrensede kunnskaper. Et annet mål med litteraturstudien var følgelig å lære mer om dette.

Underveis i arbeidet med oppgaven har retningen endret seg mye etter hvert som jeg tilegnet meg mer kunnskap. I den endelige utgaven dreier overordnet tematikk seg om betydningen fysisk aktivitet kan ha for pasienter med schizofrenilidelser, og sykepleiefaglige utfordringer og ressurser tilknyttet å ivareta denne betydningen. Med utgangspunkt i dette har jeg utformet følgende problemstilling:

**Hvilken betydning har fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser, og hvordan kan sykepleier møte dette behovet?**

Til å besvare dette spørsmålet er det undersøkt ulike metodologi, noe som belyses i kapittel 2 av oppgaven. Jeg har valgt å inkludere kvantitative data og intervensjonsstudier, dette for å se på de individuelle intervensjonene og eventuell overførbarhet de kan ha til andre kliniske kontekster. Med andre ord, hva som har blitt gjort i intervensjonsstudiene som har hatt betydning, og hvordan sykepleier kan bruke denne kunnskapen. Videre har jeg vært opptatt av betydningen fysisk aktivitet kan ha for det enkelte individ med schizofrenilidelse. Dette belyses av kvalitative data. Sykepleiers synspunkter og kunnskap vil også være et viktig aspekt å vurdere for å ivareta behovet pasienten kan ha for fysisk aktivitet. Samlet er en drøfting av de ulike aspektene presentert i kapittel 4, hvor målet er å gi nyansert kunnskap som bidrar til å svare på problemstillingen.

## 2. Metode

### 2.1. Metodebeskrivelse

I følgende kapittel vil jeg beskrive metoden som er anvendt i litteraturstudien, samt en redegjørelse for utvalget av artiklene som bidrar til resultatene i oppgaven. Oppgaven tar utgangspunkt i et systematisk litteratursøk i ulike vitenskapelige databaser, hvor målet var å samle inn forskning og kunnskap som vil være verdifull til å svare på tematikken som tas opp i problemstillingen. Innledningsvis var det aktuelt å utføre brede usystematiske søk for å finne ut om det var publisert tilstrekkelig informasjon som var relevant for oppgavematikken. Dette ble foretatt i databasene Oria (NTNU universitetsbiblioteket), og PubMed. Videre ble det utført strukturerte søk for å finne aktuelle artikler, dette ved hjelp av PICO-metoden. Ved bruk av PICO-metoden kan man dele opp oppgavematikken i mindre konsepter, og så gå frem for å finne synonymer til de relevante søkeordene man relaterer til hvert enkelt konsept (Strømme, 2017). Dette kommer tydeligere frem i Tabell 2.1, en oversiktlig søketabell som beskriver søkehistorikken i detaljer. Tabellen er presentert i delkapittel 2.3. Ved å anvende en forenklet versjon av helsebibliotekets sjekklister for vurdering av forskningsartikler utlevert av universitetet, ble ti relevante artikler valgt ut (Helsebiblioteket, 2016). Av disse er seks av artiklene kvalitative studier, tre intervensjonsstudier, og en kvantitativ studie. Hensikten med et bredt utvalg av metodologi er å belyse problemstillingen med ulike data og skape et nyansert bilde av tematikken som tas opp i oppgaven. Artiklene har blitt analysert med utgangspunkt i Evans modell for stegvis analyse av forskningsartikler (Evans, 2003). Dette er presentert i kapittel 3. Funnene ble kontrastert og samskrevet, og er presentert i en egen syntese i delkapittel 3.2. Merk at etter hvert som mer kunnskap ble innhentet så har også oppgaveretningen endret seg underveis i prosessen. Den presenterte metoden samt artikkelvalg og søkeprosess er likevel representativ tross retningsendringer underveis.

### 2.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å sikre relevans for oppgaven ble det satt opp en rekke inklusjon- og eksklusjonskriterier som ble anvendt i søkeprosessen. Utvalgte forskningsartikler skal ha IMRAD-struktur, og være publisert i tidsperioden 2012-2022. Det er ønskelig med både kvalitative og kvantitative data til å besvare problemstillingen. Artikler skal være fagfellevurdert, slik at de er kvalitetssikret av utenforstående fagpersonell. Pasientgruppen som omtales i studiene skal være voksne pasienter (18 år+) med en form for schizofrenilidelse. Forskningen skal være utøvet i land med relevans for- og overførbarhet til nordisk sykepleiepraksis.

## 2.3. Søkeprosessen

Som beskrevet innledningsvis ble litteratursøkene strukturert etter PICO-metoden, dette ved å dele opp oppgavetematikken i konsepter og finne aktuelle relevante søkeord innunder hvert enkelt konsept. En detaljert gjengivelse av litteratursøkene er presentert i Tabell 2.1.

Forskningen skal være relevant for pasienter med schizofrenilidelser, så søkeordet «schizophr\*» ble anvendt som ett av leddene i de avanserte søkene. Vha. stjernemerket (\*) er ordet trunkert, dette for å få opp alle relevante artikler til tross for ulik formulering (eks. «schizophrenic disorders» eller «schizophrenia»). Samme begrunnelse ligger til grunn for andre trunkerte søkeord som kan ses i tabellen. Synonymer eller andre relevante søkeord innunder hvert enkelt ledd av de avanserte søkene er tatt hensyn til vha. søkeoperatoren «OR» og «ELLER». Enkeltleddene av de avanserte søkene er så slått sammen vha. søkeoperatoren «AND» og «OG», slik at de presenterte treffene gjenspeiler en kombinasjon av konseptene. Søkene ble så avgrenset med utgangspunkt i inklusjon- og eksklusjonskriterier. Ytterligere avgrensning uten endring av søkeord er indikert med «Limit» i Tabell 2.1.

Utvalgte artikler er hentet fra fire ulike databaser: PsycINFO, PubMed, NTNU universitetsbiblioteket (Oria), og Web of Science. Det ble også foretatt søk i databasen CinAhl, dette med utgangspunkt i at databasen er sykepleiefaglig og egnet for pasientperspektiv. Bruk av lignende søkekriterier som i de andre databasene ga imidlertid ingen resultater i CinAhl, noe som er årsaken til at den ikke er inkludert i søketabellen. Det samme ble erfart ved forsøk på søk i databasen MedLine.

**Tabell 2.1: Søketabell. Tabellen inneholder en oversikt over systematiske litteratursøk som har blitt gjennomført i ulike databaser, og en liste over forskningsartiklene som er inkludert i utvalget i litteraturstudiet.**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PsycINFO	27.04.2022	S1	Schizophr*		80016	
		S2	physical activity OR exercise OR fitness OR physical exercise		101413	
		S3	patient perception OR patient experience OR patient views OR patient feelings OR experience OR feelings OR view* OR perception		950831	
		S4	S1+S2+S3		106	
		S5	Limit S4	År 2012-2022 Fagfellevurdert Kvalitativ studie	34	5 (A,B,C,D,E)
PubMed	05.05.2022	S1	((Schizophr*) AND (nurs*)) AND (exercise OR physical activit* OR nature OR walk*)		376	
		S2	Limit S1	År 2012-2022 Clinical trail eller randomized controlled study	21	1 (F)
PsycInfo	05.05.2022	S1	((Schizophr*) AND (nurs*)) AND (exercise OR physical activit* OR nature OR walk*)		125	
			Limit S1	År 2012-2022	48	1 (G)
ORIA	05.05.2022	S1	Schizophr* OG nurs* OG (physical activit* ELLER exercise ELLER		67509	

			outdoor acitivit* ELLER walk* ELLER nature)			
		S2	Limit S1	År 2012-2022 Fagfelleverdert Engelsk eller norsk artikkel	33074	1 (H)
Web Of Science	10.05.2022	S1	((ALL=(schizophr*)) AND ALL=(nurs*)) AND ALL=(exercise OR physical activity OR walk* OR nature)	År 2012-2022	440	
		S2	Limit S1	Land: Norge, Sverige, Danmark Dokumenttype: artikkel Kategori: sykepleie og psykiatri	28	2 (I,J)

#### Inkluderte artikler:

- A. Ho et al. (2018) Why Do People With Schizophrenia Exercise? A Mixed Methods Analysis Among Community Dwelling Regular Exercisers. *Front Psychiatry*, 9, 596-596.
- B. Carlbo et al. (2018) Nurses' experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 39(7), 600-607.
- C. Hjorth et al. (2017) Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: a 30-month program carried out in a real-life setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 287-296.
- D. Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al. (2013) "We're not just sitting on the periphery": a staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia. *The Gerontologist*, 53(3), 474-483.
- E. Every-Palmer et al. (2018) Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and physical activity: a mixed methods study. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-9.
- F. García-Garcés et al. (2021) The short and long-term effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology. *Sci Rep*, 11(1), 24300-24300. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03761-3>
- G. Way et al. (2018) Mental health practitioners' reported barriers to prescription of exercise for mental health consumers. *Mental health and physical activity*, 14, 52-60.
- H. Leutwyler, Hubbard, Slater, et al. (2013) "It's Good for Me": Physical Activity in Older Adults with Schizophrenia. *Community Ment Health J*, 50(1), 75-80. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9613-7>
- I. Blomqvist et al. (2018) Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *Int J Ment Health Nurs*, 27(1), 236-246. <https://doi.org/10.1111/inm.12313>
- J. Rönngren et al. (2018) Educational nurse-led lifestyle intervention for persons with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 27(3), 1022-1031. <https://doi.org/10.1111/inm.12410>



## 2.4. Kvalitetssikring og artikkelvalg

Etter søkeprosessen ble artikkeltittel og abstrakt vurdert for å sjekke hver enkelt artikkels relevans for denne oppgavens problemstilling. Mange artikler hentet data fra helsepersonell fra flere ulike profesjoner. Dersom dette var tilfellet, ble det undersøkt hvorvidt sykepleiere utgjorde en vesentlig andel av utvalget, og eventuelt om det var individuelle data for sykepleiere, dette for å vurdere overførbarheten og relevansen av dataen for sykepleie.

Videre ble artiklene vurdert med delhjelp fra universitetets forenklete utgave av helsebibliotekets sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Helsebiblioteket, 2016). Viktige spørsmål for valg og vurdering av artiklene var: Hva er formålet med studien? Hva utgjør populasjonen/utvalget i studien, og er den relevant for denne oppgaven? Hvilken metode er brukt? Er resultatene tydelig presisert? Og er resultatene i studien relevante for å besvare denne bacheloroppgavens problemstilling?

For kvantitative undersøkelser og intervensjonsstudier ble populasjonsstørrelsen (N) på utvalget forsøkt vektlagt for å unngå risiko for bias og tilfeldigheter. For kvalitative studier ble ikke dette like nøye vektlagt da fokuset her falt mer på enkeltpersoners perspektiver.

Grunnet avgrensninger i oppgaverammene og forventninger til kompetanse innen metode på sykepleierbacheloren er begrenset vurdering av studie-design tatt høyde for i denne oppgaven.

Overførbarhet til nordisk sykepleiepraksis var en viktig faktor for artiklenes relevans. Flere av de utvalgte artiklene er fra nordiske land som Sverige og Danmark. For resterende artikler var det ønskelig med studier utført i moderne land med utdanningskrav for sykepleieprofesjonen tilsvarende bachelornivå. USA, New Zealand, Australia, og Spania utgjør landene resten av artiklene er hentet fra. Alle de overnevnte landene oppfyller kravet om en universitetsutdanning (3-4 år) på bachelornivå for sykepleieautorisasjon (registered nurse) (Arrogante, 2017; Australian Government Department of Health, 2021; New Zealand Government Ministry of Health, 2022; The American Association of Colleges of Nursing, 2022). Det vil imidlertid være aktuelt å være bevisst eventuelle kulturelle og politiske forskjeller mellom Norge og disse landene ved vurdering av overførbarheten av resultatene.

## 2.5. Analyse

Metoden som er anvendt for å analysere forskningsartiklene, er utøvet med utgangspunkt i Evans modell for å syntetisere ny kvalitativ data (Evans, 2003). Modellen deler opp artikkelanalysen i en stegvis prosess. Første steg i prosessen er å finne forskningspopulasjonen man ønsker å undersøke, samt utvalg av aktuelle artikler, noe som allerede er beskrevet i delkapitler 2.2-2.4.

Andre steg går ut på å identifisere hovedresultatene i hver enkelt artikkel. Artiklene ble lest gjennom nøye, og sentrale resultater og momenter markert. Funnene ble systematisert og er presentert for hver enkelt artikkel i Tabell 3.1 som er presentert i resultatkapitlet.

Tredje steg dreier seg om å finne gjengående temaer og relatere funnene på tvers av studiene. Ved enkeltvis gjennomgang av artiklene ble gjengående funn og tematikk markert med ulike fargekoder, slik at det ble oversiktlig å finne igjen hva ulike artikler sa om ulike tematikk. Dette ble videre sortert i undertematikk.

Denne systematiseringen av overordnede temaer og kontrastering på tvers av studier ble så anvendt til å syntetisere ny kvalitativ data som er presentert i delkapittel 3.2. Dette utgjør fjerde og siste steg i prosessen av analysen; en gjengivelse og beskrivelse av funnene med referanser tilbake til originallitteraturen og syntese av analysen.

## 3. Resultater

Innledningsvis i delkapittel 3.1 vil artiklene presenteres enkeltvis i form av en artikkelmatrise. Her vil også de ulike artiklenes relevans for oppgaven beskrives nærmere. Videre er resultatene systematisert og samskrevet, dette er utført vha. Evans modell som beskrevet i delkapittel 2.5, og presenteres i delkapittel 3.2.

### 3.1. Artikkelmatrikse

Utvalgte artikler er presentert i tabell 3.1. Tabellen inneholder en enkeltvis beskrivelse av artikkelforfatternes hensikt med prosjektet, metoden som ble anvendt i studien, aktuelle resultater, og en kommentar om hva som gjør artikkelen relevant for denne litteraturstudien.

**Tabell 3.1: Artikkelmatrise. Matrisen inneholder en enkeltvis presentasjon av hver av forskningsartiklene inkludert i utvalget i litteraturstudiet.**

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p><b>Ho et al. (2018)</b> Why Do People With Schizophrenia Exercise? A Mixed Methods Analysis Among Community Dwelling Regular Exercisers. <i>Front Psychiatry, 9</i>, 596-596.</p>	<p>Å undersøke hvordan pasienter med schizofrenilidelser selv opplever effekten av fysisk aktivitet, samt se på hvilke parametere som øker deres motivasjon.</p>	<p>Intervju. Spørreskjema. Kvalitativ analyse. N = 23</p>	<p>Mest fremtredende grunner til motivasjon var selvbilde, samt god psykisk og fysisk helse. Mange opplever positiv effekt på humør og kognitive symptomer.</p>	<p>Artikkelen utforsker hvilke parametere som er med på å fremme motivasjon hos pasienter som rutinemessig gjennomfører fysisk aktivitet. Den belyser slik pasientperspektivet. Videre kan kunnskapen utgjøre en verdifull ressurs til hvordan sykepleiere kan bidra til å motivere pasientgruppen til økt fysisk aktivitet. Det vil være aktuelt å se på faktorene som motiverer individer som er fysisk aktive og hvordan dette kan være overførbart til andre.</p>

<p><b>Carlbo et al. (2018)</b> Nurses' experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with schizophrenia. <i>Issues in mental health nursing, 39(7), 600-607.</i></p>	<p>Å undersøke sykepleieres erfaring og holdninger rundt bruk av fysisk aktivitet i behandling av pasienter med schizofrenilidelser.</p>	<p>Intervju. Kvalitativ analyse. N = 12</p>	<p>Fysisk aktivitet ble angivelig ofte brukt i behandlingen. Flere sykepleiere anga positiv pasient-respons på dette.</p> <p>Mange sykepleiere opplevde usikkerhet rundt utbyttet av behandlingen. Det ble ansett som ikke-evidensbasert behandling.</p>	<p>Forskningsartikkelen belyser sykepleier-perspektivet ved slik type behandling. Det vil være aktuelt å vurdere betydningen av sykepleiers holdninger og erfaringer med bruk av fysisk aktivitet for å vurdere betydningen av det og eventuelt hvordan det kan forbedres.</p>
<p><b>Hjorth et al. (2017)</b> Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: a 30-month program carried out in a real-life setting. <i>International Journal of Social Psychiatry, 63(4), 287-296.</i></p>	<p>Å undersøke og se på sammenhengen mellom livskvalitet og fysisk helse hos pasienter med schizofrenilidelser.</p>	<p>Intervensjonsstudie. Spørreskjema. N = 190</p>	<p>Individuelle intervensjoner som adresserer fysisk helse kan bidra til bedre livskvalitet og fysisk helse.</p> <p>Hos nylig diagnostiserte pasienter forbedret psykisk livskvalitet seg signifikant. Hos nevnte gruppe ble det også sett en forbedring i generell livskvalitet, men kun på grensen til signifikant.</p> <p>Korte perioder med lettere fysisk aktivitet var assosiert med forbedringer i sosial livskvalitet.</p>	<p>Studien tar for seg mange forskjellige aspekter ved fysisk helse, men også lettere fysisk aktivitet. Gir kvantitative data som belyser bruk av intervensjoner som involverer fysisk aktivitet oppå grunnbehandlingen.</p>
<p><b>Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al. (2013)</b> "We're not just sitting on the periphery": a staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia. <i>The Gerontologist, 53(3), 474-483.</i></p>	<p>Å undersøke helsepersonells barrierer og eventuelt motivasjon til bruk av fysisk aktivitet for å fremme god helse hos eldre pasienter med schizofrenilidelser.</p>	<p>Intervju. Kvalitativ analyse. N = 23</p>	<p>Helsepersonell viste interesse for å fremme fysisk aktivitet hos eldre pasienter med schizofrenilidelser. Motiverende faktorer inkluderte letting av symptomer, psykisk helse, og å opptre som rollemodeller.</p> <p>Helsepersonell utrykte at eventuelle barrierer var relatert til sikkerhet, institusjonelle faktorer, symptomer, og belønninger.</p>	<p>Artikkelen gir god innsikt i helsepersonells oppfatning og deres opplevelser rundt bruk av fysisk aktivitet i behandling av schizofrenilidelser. Gir et nyansert bilde som belyser helsepersonalets perspektiv. Tar utgangspunkt i noe overførbarhet til sykepleier-rollen da sykepleiere utgjorde deler av deltakerne i studien.</p>

<p><b>Every-Palmer et al. (2018)</b> Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and physical activity: a mixed methods study. <i>BMC psychiatry</i>, 18(1), 1-9.</p>	<p>Å undersøke langtidsløst alvorlig psykisk sykkes synspunkter på vektøkning, diett, og fysisk aktivitet.</p>	<p>Semistrukturerte intervju. N = 51, 78% med en form for schizofrenilidelse.</p>	<p>Responser indikerte lav «personal effectiveness» og selvstigmatisering relatert til overvekt og lavt fysisk aktivitetsnivå. Mange så på bedre fysisk helse som et mål, men anså det vanskelig å finne motivasjon til det.</p> <p>Det ble angitt høyere forekomst av fysisk aktivitet da pasientene ikke var innlagt på psykiatrisk institusjon.</p>	<p>Pasienter med schizofrenilidelser kan som beskrevet rammes av inaktivitet og disposisjon for overvekt og tilstander.</p> <p>Artikkelen belyser pasientens opplevelse av dette og eventuell motivasjon til å forbedre helsen.</p>
<p><b>García-Garcés et al. (2021)</b> The short and long-term effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology. <i>Sci Rep</i>, 11(1), 24300-24300. <a href="https://doi.org/10.1038/s41598-021-03761-3">https://doi.org/10.1038/s41598-021-03761-3</a></p>	<p>Å sammenligne betydningen av tre ulike treningsprogram for symptomer, fysisk helse, og livskvalitet hos pasienter med schizofrenilidelser.</p>	<p>Intervensjonsstudie. N = 86, fordelt tilfeldig i tre ulike grupper.</p>	<p>Etter 16 uker med programmert fysisk aktivitet ble det observert signifikant forbedring av symptomer, uten betydelige forskjeller mellom de ulike treningsgruppene.</p> <p>Ved oppfølging ti måneder etter gjennomført program ble det observert at de målte parameterne var omtrent like som ved før oppstart av treningsprogrammene.</p>	<p>Artikkelen gir indikasjon for betydningen av fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser gjennom kvantitative data.</p>

<p><b>Way et al. (2018)</b> Mental health practitioners' reported barriers to prescription of exercise for mental health consumers. <i>Mental health and physical activity</i>, 14, 52-60.</p>	<p>Å undersøke helsepersonells bruk av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser, og eventuelle barrierer for bruk.</p>	<p>Spørreskjema N = 325.</p>	<p>De vanligste rapporterte barrierene for bruk av fysisk aktivitet i behandlingen var pasientens praktiske og personlige perspektiv, og helsearbeiderens kunnskap og perspektiv. Av disse hovedgruppene ble pasientens manglende entusiasme, og helsearbeiderens manglende trening angitt som mest fremtredende barrierer. For psykiatriske sykepleiere og noen få andre profesjonsgrupper ble ofte manglende ressurser og organisatorisk støtte listet som en vesentlig barriere.</p> <p>Det ble observert at helsepersonell angir minst bruk av fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser, med en angitt prevalens av 11.8% som anvendte det daglig.</p>	<p>Artikkelen gir data på bruk av fysisk aktivitet, og belyser angitte barrierer for bruken. Den belyser slik perspektivet for utøvende helsepersonell, og inneholder delvis individuelle data for psykiatriske sykepleiere. Det gir innsikt i utfordringer sykepleiere opplever rundt bruk av fysisk aktivitet i behandlingen.</p>
--	--	----------------------------------	--	---

<p><b>Leutwyler, Hubbard, Slater, et al. (2013)</b> "It's Good for Me": Physical Activity in Older Adults with Schizophrenia. <i>Community Ment Health J</i>, 50(1), 75-80. <a href="https://doi.org/10.1007/s10597-013-9613-7">https://doi.org/10.1007/s10597-013-9613-7</a></p>	<p>Å undersøke og beskrive barrierer og motivasjon for fysisk aktivitet blant eldre pasienter med schizofrenilidelser.</p>	<p>Semi-strukturert intervju. Kvalitativ analyse N = 16</p>	<p>Mental helse ble angitt som både en barriere og motivator til økt fysisk aktivitet.</p> <p>Redusert fysisk kapasitet og helse var en ofte presentert barriere for økt fysisk aktivitet.</p> <p>Flere deltakere anga opplevelse av mening, mestring og velvære som motivasjon for økt fysisk aktivitet.</p> <p>Deltakere anga opplevelse av komfort og sikkerhet som viktige faktorer som potensielt kan utgjøre barrierer for økt fysisk aktivitetsnivå.</p>	<p>Artikkelen gir individuelle pasientperspektiver som kan bidra til økt forståelse av hvordan synet på fysisk aktivitet kan være for pasienter med schizofrenilidelser.</p>
<p><b>Blomqvist et al. (2018)</b> Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. <i>Int J Ment Health Nurs</i>, 27(1), 236-246. <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12313">https://doi.org/10.1111/inm.12313</a></p>	<p>Å undersøke hvilke erfaringer som bidrar til å oppnå en sunn livsstil blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni.</p>	<p>Semi-strukturert intervju. Kvalitativ analyse N = 16</p>	<p>Gjengående tema som bidro til en sunnere livsstil var å «bli ansett som et helhetlig menneske av seg selv og andre». Underliggende faktorer ble kategorisert i tre grupper som alle bidro til et ønske om en sunnere livsstil: struktur i hverdagen, motiverende livshendelser, og støtte fra nære relasjoner.</p>	<p>Denne studien utforsker faktorer som bl.a. pasienter med schizofrenilidelser opplever kan bidra til en sunn livsstil. Det vil være interessant å undersøke hvordan disse opplevelsene kan sammenlignes med andre kvalitative data og evt. hvordan informasjonen kan brukes til å bedre legge til rette for aktivitet ol. i praksis.</p>



<p><b>Rönngren et al. (2018)</b>  Educational nurse-led lifestyle intervention for persons with mental illness. <i>Int J Ment Health Nurs</i>, 27(3), 1022-1031. <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12410">https://doi.org/10.1111/inm.12410</a></p>	<p>Å undersøke betydningen av en sykepleier-ledet intervensjon for livskvalitet, kognisjon, gangkapasitet, og kroppskomposisjon for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni.</p>	<p>Intervensjonsstudie.  N = 38</p>	<p>Intervensjonen resulterte i statistisk signifikant forbedring av livskvalitet, gangkapasitet, og en reduksjon i midjeomkrets. Det ble også observert forbedringer i kognisjon.</p>	<p>Studien viser at en sykepleier-ledet livsstilsintervensjon kan bidra til økt livskvalitet og forbedringer i fysiske parametere hos pasienter med schizofrenilidelser. Å undersøke anvendeligheten og overførbarheten av intervensjonene i studien kan være verdifullt for å fremme fysisk aktivitet hos pasienter med schizofrenilidelser.</p>
--	--	---	---	---

## 3.2. Analyse av resultater

Alle de presenterte artiklene har fysisk aktivitet som overordnet tematikk med relevans for schizofrenilidelser. De dekker vel og merke ulike aspekter ved tematikken. I et forsøk på å trekke ut resultatene og sette de i sammenheng ble artiklene systematisert med utgangspunkt i følgende overordnede aspekter: betydning for helse, motivasjon for fysisk aktivitet, og barrierer for fysisk aktivitet.

### 3.2.1. Betydning for helse

Flere av de inkluderte studiene belyser betydningen fysisk aktivitet kan ha for generell helse, med både kvalitative og kvantitative data. Gjengående undertemaer angående betydning for helse er livskvalitet og symptomatologi. De ulike studienes funn er sammenlignet og kontrastert i påfølgende delkapitler.

#### 3.2.1.1. Symptomatologi

I intervensjonsstudien utført av García-Garcés et al. (2021) dokumenteres det en betydning for alle symptomgrupper med varierende signifikans. En forbedring av negative symptomer ble observert med statistisk signifikans. I nevnte studie bemerkes det heller ingen forskjeller i betydning for symptomer mellom individer som utførte ulike treningsprogram, derav aerobisk, styrke-fokusert, eller kombinert treningsprogram (García-Garcés et al., 2021). Betydningen for negative symptomer er konsekvent med funnene i studien utført av Ho et al. (2018) på motivasjonsparametere blant fysisk aktive pasienter med schizofrenilidelser, der mange pasienter rapportere en reduksjon i særlig negative symptomer etter gjennomført fysisk aktivitet. Enkelte sykepleiere fra den kvalitative studien utført av Carlbo et al. (2018) bemerker også å observere forbedringer i negative symptomer hos pasienter etter nylig gjennomført fysisk aktivitet.

I studiet utført av Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al. (2013) bemerker helsepersonell at en rekke pasienter gir antydning til å være motivert for økt fysisk aktivitet ved at det utgjør en form for symptombeherskelse. Dette symptombeherskende aspektet ved fysisk aktivitet trekkes frem i en rekke andre studier som en gjengående tematikk, også da av pasienter selv (Blomqvist et al., 2018; Ho et al., 2018; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013).

#### 3.2.1.2. Psykisk helse og livskvalitet

Det har blitt observert en antydning til forbedring av humør som følge av fysisk aktivitet (Ho et al., 2018). Blomqvist et al. (2018) trekker også frem en indirekte betydning for humør ved at pasienter angir forbedring av søvn grunnet økt fysisk aktivitetsnivå, og derav en positiv betydning for humør. Denne forbedringen av søvn er også observert og belyst av sykepleiere i den svenske studien utført av Carlbo et al. (2018), hvor sykepleieres perspektiv på bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen til pasienter med schizofrenilidelser ble undersøkt.

Hjorth et al. (2017) gjennomførte en intervensjonsstudie der pasienter med schizofrenilidelser i Danmark ble tilbudt individuelle møter, gruppeaktivitet, og, ved

enkelte av institusjonene, gå- og løpe-grupper. Ved møtene var fokuset på informering og edukasjon om diverse temaer tilknyttet fysisk helse. Hos nylig diagnostiserte pasienter ble det observert en forbedring av livskvalitet, med bemerkelsesverdig statistisk signifikant forbedring observert i underkategorien «psykisk livskvalitet» (Hjorth et al., 2017). Det ble også observert statistisk signifikant forbedring av psykisk livskvalitet hos langtidsdiagnostiserte pasienter (Hjorth et al., 2017). Rönngren et al. (2018) ledet en svensk intervensjonsstudie der sykepleiere hadde ansvar for gruppemøter med edukasjon relatert til fysisk aktivitet og helse. I en rekke av møtene ble det også gjennomført fysisk gruppeaktivitet. I studien ble det observert en statistisk signifikant forbedring av livskvalitet (Rönngren et al., 2018). Videre, i intervensjonsstudien utført av García-Garcés et al. (2021), ble det observert en statistisk signifikant forbedring av livskvalitet hos gruppen som utførte et aerobisk treningsprogram. Livskvalitet-målingene falt imidlertid tilbake til startnivå ved oppfølging 10 måneder senere (García-Garcés et al., 2021).

### 3.2.2. Motivasjon for fysisk aktivitet

#### 3.2.2.1. Selvbilde

I sin studie på fysisk aktive pasienter med schizofrenilidelser observerer Ho et al. (2018) at selvbilde er blant de mest fremtredende faktorene som motiverer til å opprettholde et økt aktivitetsnivå. Dette står i stil med funnene observert av Leutwyler, Hubbard, Slater, et al. (2013), hvor flere pasienter anga en forbedring av selvbilde og opplevelse av stolthet som viktig motiverende faktor. Videre underbygges dette av Blomqvist et al. (2018), hvor artikkelforfatterne observerte at det å «bli ansett som et helhetlig individ av seg selv og andre» var et overordnet gjengående aspekt som bidro til å motivere pasientene til en sunnere og mer aktiv livsstil.

#### 3.2.2.2. God helse og symptombeherskelse

Ho et al. (2018) observerte videre i sin studie at det å oppnå god fysisk- og psykisk helse var andre fremtredende motiverende faktorer. Indikasjoner for dette ble også observert i studien til Leutwyler, Hubbard, Slater, et al. (2013), hvor pasienter angir det å være i god fysisk form som et viktig motiverende aspekt i seg selv. Videre, ga den fysiske aktiviteten for mange en opplevelse av velvære, mening, og tilhørighet (Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013).

Det observeres at det symptombeherskende aspektet ved fysisk aktivitet er en gjengående tematikk som virker å motivere for økt fysisk aktivitetsnivå, både angitt av pasientene selv, men også med utgangspunkt i helsepersonells observasjoner (Blomqvist et al., 2018; Ho et al., 2018; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013).

#### 3.2.2.3. Sykepleiers motivasjon og bruk av fysisk aktivitet

I den svenske studien utført av Carlbo et al. (2018), hvor artikkelforfatterne undersøkte sykepleieres syn på bruk av fysisk aktivitet i behandlingen til pasienter med schizofrenilidelser, ble det observert at mange sykepleiere opplevde diverse barrierer tilknyttet fysisk aktivitet. I tillegg var beskrivelsen av sykepleierens motivasjon

begrenset. I kontrast ble det observert en klar interesse for bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av pasienter med schizofrenilidelser blant deltakerne i studien utført av Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al. (2013).

Videre, har det blitt observert at pasienter med schizofrenilidelser er blant pasientgruppene hvor helsepersonell angir minst frekvent bruk av fysisk aktivitet i behandlingen til gruppen (Way et al., 2018). Nærmere bestemt ble det observert at over 70% av studiedeltakerne (helsepersonell) oppga daglig eller ukentlig bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av hver enkelt av lidelsene stress, angst og depresjon, i kontrast til behandlingen av schizofrenilidelser, hvor 59% av deltakerne oppga å bruke fysisk aktivitet sjeldnere enn månedlig.

### 3.2.3.Barrierer for fysisk aktivitet

#### 3.2.3.1. Pasientnære barrierer

Det har blitt observert at symptomer tilknyttet sykdommen kan utgjøre barrierer for økt fysisk aktivitet. Depresjon trekkes frem i flere studier som en begrensning for den fysiske aktiviteten for flere pasienter med schizofrenilidelser (Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013). Videre belyser også helsepersonell at vrangforestillinger og paranoia kan begrense pasientens deltakelse på aktiviteter, og derav utgjøre en barriere (Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013). Lav motivasjon hos pasienten selv trekkes også frem som en gjengående sentral faktor som begrenser den fysiske aktiviteten; Dette belyses både av pasienter selv (i kvalitative studier) og av helsepersonell (Carlbo et al., 2018; Every-Palmer et al., 2018; Way et al., 2018).

#### 3.2.3.2. Sykepleiers barrierer

Sykepleiere i flere ulike kvalitative studier nevner manglende ressurser og organisatorisk støtte som en barriere for bruk av økt fysisk aktivitet i behandlingen (Carlbo et al., 2018; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Way et al., 2018).

Videre, beskriver Carlbo et al. (2018) at sykepleierne i studien indikerte usikkerhet rundt fordelene av økt fysisk aktivitetsnivå blant pasientgruppen. Artikkelforfatterne følger opp dette med å beskrive at kunnskapsmangler hos sykepleierne kan utgjøre en barriere. Dette understøttes delvis av målinger i studien til Way et al. (2018), hvor 33% av deltakende helsepersonells rapporterte barrierer for bruk av fysisk aktivitet falt innunder den overordnede tematikken «helsearbeiders kunnskap og perspektiv». Dette var den nest mest representerte overordnede tematikken for barrierene, kun trumfet av «pasientens praktiske barrierer og perspektiv», som 42% av deltakernes responser falt innunder (Way et al., 2018).

## 4. Diskusjon

I diskusjonskapitlet drøftes resultatene i lys av faglig utgangspunkt. Målet er å skape et nyansert bilde av tematikken som videre kan bidra til å besvare oppgavens problemstilling:

**Hvilken betydning har fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser, og hvordan kan sykepleier møte dette behovet?**

### 4.1. Schizofrenilidelser og betydningen av fysisk aktivitet

Som presentert i introduksjonskapitlet, er betydningen av fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser omdiskutert. Det bemerkes i flere studier et behov for mer- og bedre forskning for å kunne gi generelle anbefalinger. Likevel, som indikert i syntesen, er det gjennomført studier med statistisk signifikant betydning for ulike helseparametere. Man kan imidlertid ikke trekke konklusjoner for hele pasientgruppen basert på enkeltstudiene. Det som likevel er interessant, er hvordan viss tematikk fremkommer som gjengående faktorer i ulike studier med ulik metodologi. Nærmere bestemt ser man betydningen for livskvalitet og symptomatologi belyst av både kvalitative og kvantitative data, fra både helsepersonells- og pasientens perspektiv. Videre er betydningen av individuell tilpasning og personsentrert omsorg belyst av mange av artiklene i utvalget.

#### 4.1.1. Forbedring av negative symptomer og helsefremming

En forbedring av negative symptomer er blant de mest fremtredende gjengående betydningene man kan observere på tvers av ulike studier (Carlbo et al., 2018; García-Garcés et al., 2021; Ho et al., 2018). Dette står i stil med punktene fra tidligere oversiktsartikler presentert i introduksjonen (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; Caldwell, 2012). Sett i lys av helsefremmende sykepleie, er dette et verdifullt funn.

Det kan argumenteres for at negative symptomer bidrar til inaktivitet. Som presisert innledningsvis har personer med schizofrenilidelser i gjennomsnitt lavere aktivitetsnivå og mer stillesittende atferd. Jeg tror årsaken til dette delvis kan skyldes karakteristikken til de negative symptomene. Apati, mindre initiativtaking, og sosial isolasjon kan bidra til at personer holder seg mer for seg selv og stillesittende atferd blir dominerende. Dette kan videre bidra til inaktiviteten, som igjen kan føre til livsstilssykdommer. Det vil gjennom sykepleiers rolle i forebyggende arbeid være ønskelig å motvirke denne prosessen. Da er fysisk aktivitet verdifullt ved at det kan bidra med en slags selvforsterkende prosess, en positiv-sirkel: ved økt aktivitetsnivå kan man observere en reduksjon av negative symptomer, som igjen kan bidra til redusert inaktivitet via mindre isolasjon ol.

Annen observert betydning, som forbedring av søvn og livskvalitet, kan videre støtte opp under denne prosessen. At pasienter har noe å gjøre på dagen kan forbedre nattesøvn, som presisert i resultatkapitlet. Forbedret nattesøvn kan gjøre at man føler seg mindre trett, uopplagt, eller søvnnig, og derav senke behovet for hvile på dagtid

(Kristoffersen, 2016a, s. 357). Slik kan også denne effekten bidra til mindre inaktivitet. Videre, sett i lys av Katie Erikssons sykepleieteori, kan man se den helsefremmende verdien ved forbedring av økt livskvalitet hos pasientgruppen; Opplevelse av velbefinnende uten nødvendigvis fravær av sykdom. Man kan argumentere for at det å oppleve økt livskvalitet som følge av intervensjon med fokus på fysisk aktivitet, kan være et uttrykk for at personen opplever å ha det bedre i hverdagen selv med sykdommen. Styrking av ressurser til å håndtere hverdagen er sentralt i helsefremming.

Hva sykepleier kan gjøre for å oppnå økt fysisk aktivitetsnivå hos pasientgruppen drøftes fortløpende i diskusjonskapitlet. Det vil imidlertid være viktig å være obs det individuelle aspektet.

#### 4.1.2. Individualitet

Etter gjennomført praksis ved fagområdet psykisk helsearbeid har jeg erfart at schizofrenilidelser kan uttrykke seg på veldig ulike måter. Enkelte personer kan være preget av det personalet beskrev som et antatt «rikt indre liv» og gi lite uttrykk for sykdommen, imens det i møtet med andre personer med lidelsen kan være uttrykt både i møtet med personen og deres omgivelser. Dette individuelle aspektet gjenspeiles også i litteraturen, og er noe som bør tas hensyn til i møtet med den enkelte pasient. Det som fungerer for én person behøver ikke nødvendigvis fungere for en annen. Enkelte sykepleiere i studien utført av Carlbo et al. (2018) nevner opplevelser med forverring av positive symptomer hos enkelte pasienter etter mye ekstern stimuli som ved fysisk aktivitet. Hvorvidt pasienten er tilstrekkelig velmedisinert for å stabilisere sin sykdom vil muligens spille en rolle her, noe som igjen vil variere.

Betydningen for den enkelte person med schizofrenilidelse vil følgelig variere, tross gjengående tematikk som symptombeherskelse ol. For noen, gir fysisk aktivitet en opplevelse av mening (Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013). Opplevelse av mening utgjør ett av de tre aspektene ved Antonovskys SOC, og er sentralt i Katie Erikssons helseforståelse. Det at fysisk aktivitet kan oppleves som en meningsfylt situasjon, understøtter at det for enkelte kan utgjøre en verdifull salutogen prosess.

Videre er selvbilde en gjengående viktig motivasjonsfaktor belyst av ulike studier. Blomqvist et al. (2018) beskriver at det å «bli ansett som et helhetlig individ av seg selv og andre» utgjorde en overordnet tematikk som motiverte pasientene til en sunnere livsstil. Dette perspektivet er interessant, da det viser hvordan en personsentrert behandlingssvinkel kan ha stor betydning for denne pasientgruppen. Som kort beskrevet i introduksjonen begynner sykepleie å dreie seg mer og mer om ivaretagelse av den enkeltes helse, og ikke bare behandling av et upersonlig sykdomstilfelle (Kristoffersen, 2021, s. 39). Dette understøttes av norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, hvor det er beskrevet at «respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» skal utgjøre grunnlaget for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019). Betydningen av personsentrert omsorg kan videre indikere at en individuell tilnærming vil være verdifull i møtet med denne pasientgruppen. Dette understøttes av studiene analysert i denne oppgaven, hvor flere forfattere trekker frem viktigheten av individuelt tilpassede intervensjoner og tilnærminger for å møte den individuelle pasientens behov, også når det kommer til fysisk aktivitet (Blomqvist et al., 2018; Every-Palmer et al., 2018; Hjorth et al., 2017; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013).

Betydningen sett i kontekst av individuell komorbiditet er også viktig. Eksempelvis er rusavhengighet en sykdom man kan se hos en rekke pasienter med schizofrenilidelser. Enkeltpersonens avhengighetstendenser vil naturligvis variere, men er også noe man bør vurdere ved fremming av fysisk aktivitet. Mikkelsen et al. (2017) belyser i sin oversiktsartikkel hvordan fysisk aktivitet kan utgjøre en kilde til uhelse hos personer med alvorlige avhengighetstendenser. Overdreven trening kan resultere i dårligere fysisk helse, men også humør- og atferdsforstyrrelser (Mikkelsen et al., 2017).

## 4.2. Sykepleiefaglige utfordringer og sykepleiers helsefremmede rolle

### 4.2.1. Yrkesetisk konflikt - autonomi og velgjørenhetsprinsippet

Som indikert av studien gjennomført av Ho et al. (2018), er det observert pasienter med schizofrenilidelser som allerede er relativt fysisk aktive og motivert for dette. Dette utgjør imidlertid en ytterkant, da meta-analyser og oversiktsartikler viser at personer som faller i denne pasientgruppen er gjennomsnittlig mindre aktive når sammenlignet med den generelle befolkningen (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; Ho et al., 2018). Dette gir igjen grobunn for et sykepleieetisk dilemma, nemlig vurderingen av respekt for autonomi satt opp mot ønsket om å gjøre vel.

Holdningene til pasientene har blitt trukket frem som en vesentlig barriere for helsepersonells bruk av fysisk aktivitet i behandlingen (Carlbo et al., 2018; Every-Palmer et al., 2018; Way et al., 2018). Dette kan gi antydning til at en del pasienter med schizofrenilidelser har begrenset begeistring for å være fysisk aktive. En grunnstein i sykepleieetikk er respekt for autonomi. Det er til syvende og sist pasientene selv som må velge å oppsøke en aktiv og sunnere livsstil. Sykepleiers ønske om å gjøre vel kan naturligvis stride med dette. Med utgangspunkt i hvordan denne pasientgruppen er mer utsatt for kardiovaskulær sykdom og metabolsk syndrom, vil det for sykepleier være ønskelig å forebygge nevnte sykdommer og ellers fremme god helse ved å begrense denne stillesittende livsstilen man kan finne hos mange pasienter med schizofrenilidelser.

Det vil for sykepleier være viktig å møte pasientens behov på best mulige måte. Et mål kan være å vekke motivasjon til å oppsøke en aktiv livsstil i pasienten selv. Til dette har teknikker som motiverende intervju vært mye omtalt, og er kanskje et verktøy som kan anvendes i større grad også for denne pasientgruppen. Dette er beskrevet nærmere i delkapittel 4.2.4.

Helsepersonells perspektiv på det etiske dilemmaet vil være varierende. Som indikert av studien utført av Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al. (2013), vil personalet fremstå som rollemodeller for fysisk aktivitet i varierende grad, noe avhengig av deres egne holdninger. Enkelte jobber hardt for å få med pasientene på aktivitet, imens andre vektlegger pasientens egentid og selvstendige valg. Blant deltakende helsepersonell i studien trekker en person frem et interessant perspektiv på dette: "We don't push them on weekends, because that is their time, so technically, they can do what they want. If they want to chill all day, that's okay" (Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013).

#### 4.2.2. Ressurser og organisatorisk støtte

Manglende ressurser og organisatorisk støtte er et gjengående tema som utgjør en barriere for bruk av mer fysisk aktivitet blant sykepleierne i studiene (Carlbo et al., 2018; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Way et al., 2018). Det vil være interessant å utforske hvilke muligheter sykepleier har i lys av denne problematikken.

Bruk av ukentlige gå-grupper og lignende lavterskel tilbud belyses i flere av forskningsartiklene (Carlbo et al., 2018; Every-Palmer et al., 2018; Hjorth et al., 2017; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013; Rönngren et al., 2018). En begrensning ved slik gruppeaktivitet er mindre mulighet for individuell tilrettelegging, ettersom opplegget er planlagt for en gruppe personer og ikke skreddersydd etter enkeltindividets behov. Det bemerkes imidlertid i noen av studiene at gåturer med enkeltpersoner har blitt gjennomført med tilsynelatende god pasientrespons, noe som åpner for mulighet til å tilrettelegge turene etter den enkeltes behov (Blomqvist et al., 2018; Hjorth et al., 2017; Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013). Utfordringen med dette er at tiden må settes av slik at man får møtt behovene til hver enkelt pasient, noe som igjen leder til et spørsmål om tidsressurser. Likevel, vil jeg argumentere for at slike intervensjoner kan være gjennomførbare i eksempelvis psykiatriske botiltak og lignende kontekst med en tilgjengelig helsepersonellbase. Muligheten for slikt kan være begrenset for pasienter innlagt ved psykiatrisk institusjon, som belyst av Every-Palmer et al. (2018). I studien uttrykte pasienter begrenset interesse for å gå grunnet manglende mulighet til å kunne «komme seg et sted» i samfunnet, som for eksempel å besøke en bekjent (Every-Palmer et al., 2018). Ved slik kontekst kan det være verdifullt for helsepersonell å legge til rette for pasientens eventuelle behov for annen meningsfylt aktivitet, for eksempel gjennom bruk av treningsrom eller sport.

Videre kan det for sykepleier være verdifullt å fremme alternative tilbud for pasienter med schizofrenilidelser utenfor institusjon. Et eksempel på dette kan være frisklivssentraler, et helsefremmende tilbud i de fleste norske kommuner (Helsenorge, 2019). Frisklivssentralene utgjør et tilbud for personer med sykdom, eller risiko for sykdom, som trenger hjelp til å mestre helseutfordringer og eventuelt endre levevaner (Helsenorge, 2019). De har blant andre ting tilbud sentrert rundt fysisk aktivitet, både på gruppe- og individuelt nivå, og tilbyr slik en grad av personsentrert omsorg rettet mot den enkeltes behov (Helsenorge, 2019). En fordel med dette kan være at det ikke utgjør et ressurskrav hos personalbasen som tilbyr omsorg for en pasient i eksempelvis et botiltak. På en annen side, forutsetter det tilstrekkelig kapasitet og plass hos den aktuelle frisklivssentralen. Videre, kan symptomtrykk og sykdomsstabilitet sette begrensninger for deltakelsen til den enkelte person med schizofrenilidelse. Eksempel på andre utenforstående tilbud man kan finne er treffsted, som kan ses eksempelvis i Trondheim kommune (Trondheim kommune, 2022). Treffstedene utgjør et lavterskeltilbud man kan oppsøke uten henvisning, hvor hensikten er å tilby en arena for meningsfull aktivitet og relasjonsbygging for de som skulle trenge det (Trondheim kommune, 2022). Det kan være fornuftig for sykepleiere som utøver omsorg til pasienter med schizofrenilidelser å ha kjennskap til slike tilbud i sin kommune, slik at de kan informere sine pasienter om tilbudene og eventuelt motivere til deltakelse. På treffsted og fellesstuer ved botiltak kan også andre alternativer for aktivitet anvendes. Et eksempel på dette er spill-assistert aktivitet, som trekkes frem i to av forskningsartiklene (Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013). Slik aktivitet kan være interessant for pasientene med utgangspunkt i at det er en ny type aktivitet, samtidig som det



promoterer gruppeaktivitet og sosialt samvær (Leutwyler, Hubbard, Jeste, et al., 2013; Leutwyler, Hubbard, Slater, et al., 2013). En annen fordel med dette er at det kan settes opp i enkle omgivelser. Det stilles imidlertid et ressurskrav til organisasjonen i form av behov for utstyr.

En annen tilnærming er demonstrert i den svenske studien utført av Rönngren et al. (2018), hvor pasientene deltok på en sykepleierledet livsstilsintervensjon. I nevnte studie ble det gjennomført lavterskeltiltak som daglige gåturer og lignende, men hovedaspektet i intervensjonen var individuell- og gruppeedukasjon. Det ble så observert en forbedring av både livskvalitet og fysisk helse (sistnevnte i form av forbedret gangkapasitet) (Rönngren et al., 2018). Studien viser at informering og edukasjon av pasienten kan, i tilfeller, være tilstrekkelig til å fremme økt aktivitetsnivå hos en pasient med schizofrenilidelse. Dette forutsetter imidlertid at informerende sykepleier har kunnskap om temaet, noe som leder inn på neste tematikk.

#### 4.2.3. Manglende kunnskap

Som presentert i delkapittel 3.2.3 har forskere observert manglende kunnskaper om betydningen av fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser blant sykepleiere. Dette kan derav utgjøre en barriere for ivaretagelsen av dette behovet hos pasientene. Oversiktsartikler belyser som nevnt et behov for mer forskning og angir begrenset evidens for å gi anbefalinger for fysisk aktivitet til pasientgruppen (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020; Caldwell, 2012). Likevel, kommer det frem gjennom ulike kvalitative studier at betydningen kan være stor for den enkelte pasient, som beskrevet fortløpende i denne oppgaven. Videre er det interessant at man ser gjentakende forbedring av områder som negative symptomer og livskvalitet belyst av ulike data og metodologi. Med utgangspunkt i dette, kan det argumenteres for at omsorgen sykepleiere utøver for denne pasientgruppen kan forbedres med tilegning av mer kunnskap om temaet. En rekke enkeltstudier viser også evidensbasert betydning i form av statistisk signifikante resultater. På en annen side, kommer det frem gjennom de kvalitative studiene at fysisk aktivitet kan ha stor betydning for helsen til den enkelte person med schizofrenilidelse. Mer kunnskap om betydningen det kan ha, kan gjøre det mer motiverende for sykepleiere å fremme fysisk aktivitet til pasientene, og videre møte deres eventuelle behov for dette.

Videre kan økt kunnskap rundt generell helsefremmende betydning av fysisk aktivitet, samt helserisiko tilknyttet schizofrenilidelser og livsstil, være verdifullt for gjennomføring av sykepleierledet edukasjon og intervensjoner. Som kort presentert i delkapittel 4.2.2, kan informering og edukasjon være en betydningsfull fremgangsmåte for sykepleier til å fremme fysisk aktivitet for pasientgruppen. Sykepleiers helsepedagogiske rolle står sentral i denne konteksten (Kristoffersen, 2016b, s. 359-361).

#### 4.2.4. Å vekke motivasjon

Det fremkommer av litteraturen at motivasjon utgjør et avgjørende aspekt for fysisk aktivitetsnivå hos denne pasientgruppen. Det er i flere artikler beskrevet en begrensning i form av lav motivasjon hos pasienten (Carlbo et al., 2018; Every-Palmer et al., 2018; Way et al., 2018). En stor del av ansvaret for å få gjennomført en livsstilsendring, som

økt fysisk aktivitetsnivå, ligger hos pasienten selv. Blomqvist et al. (2018) belyser dette, og beskriver det på følgende måte: "Finally, the participants concluded that regardless of the reason that made them reflect and become more aware of their unhealthy living it was the individual him/herself who had to be motivated to make changes, otherwise nothing would happen."

Til dette er det utviklet kliniske metoder, en av disse er motiverende intervju (Kristoffersen, 2016b, s. 340). Essensen i motiverende intervju som metode er å, gjennom empatisk samtale, vekke en egen motivasjon for endring i individet selv (Helsedirektoratet, 2017). Man kan si personen «overtaler seg selv» til at vedkommende har behov for endring (Helsedirektoratet, 2017). I lys av Antonovskys SOC, kan man argumentere for at motiverende intervju kan bidra til en opplevelse av forståelse og mening tilknyttet livsstilsendringen, dette med utgangspunkt i at pasienten utvikler en forståelse for eget behov (Helsedirektoratet, 2017; Kristoffersen, 2016b, s. 368). Følgelig, kan motiverende intervju beskrives som en salutogen prosess i seg selv (Kristoffersen, 2016b, s. 368). Motiverende intervju nevnes med fordel av flere av forfatterne i artikkelutvalget (Carlbo et al., 2018; Hjorth et al., 2017; Rönngren et al., 2018; Way et al., 2018). Av disse, har enkelte av forfatterne inkludert en egen anbefaling av bruk av metoden i konklusjonen eller seksjon om implikasjon for sykepleie (Carlbo et al., 2018; Way et al., 2018). Dermed, kan antakelig økt kompetanse innen kliniske metoder som motiverende intervju være fordelaktig ved omsorg for denne pasientgruppen.

Selvbilde, psykisk og fysisk helse, og symptombeherskelse er gjengående faktorer som motiverer pasienter med schizofrenilidelser til økt fysisk aktivitet, som indikert i delkapittel 3.2.2. Flere av disse motivasjonsfaktorene er også trukket frem av personer med schizofrenilidelser som allerede er relativt fysisk aktive (Ho et al., 2018). Følgelig, kan det for sykepleier være verdifullt å være bevisst disse faktorene, og vurdere den overførbare verdien de har i arbeidet med å motivere pasienter med lavt fysisk aktivitetsnivå.

En annen observasjon som understøtter viktigheten av egeninnsats og motivasjon er belyst av García-Garcés et al. (2021), hvor det i studien ble observert ved oppfølging 10 måneder etter gjennomført intervensjon at de målte forbedringene hadde falt tilbake til samme nivå som før intervensjonen ble gjennomført. Dette kan indikere at det bør være et mål at endringen i levevaner og fysisk aktivitetsnivå opprettholdes på lengre sikt, og ikke bare under enkeltintervensjonen. For dette, kan betydningen av egen motivasjon og sykepleieutøvet psykoedukasjon være verdifull.

### 4.3. Begrensninger

Intervensjoner i artikkelutvalget kan utgjøre ulike former for fysisk aktivitet, så betydningen observert ved en viss type aktivitet er ikke nødvendigvis overførbar til en annen type aktivitet. Med dette sagt, er det verdt å bemerke at det er observert gunstig betydning ved alle typer fysisk aktivitet omtalt, både ved lavterskel aktivitet som gange, og ved mer intensiv aerob og anaerob trening. Det er også, i enkelte studier, observert at det er minimale forskjeller mellom betydningen av ulike treningsprogram (Caldwell, 2012; García-Garcés et al., 2021).

Det er begrenset hensyn til komorbiditet i de inkluderte studiene. Dette kan utgjøre en kilde til ekstrempunkter i dataene, der individuelle forskjeller, ulikt sykdomsuttrykk, og eventuelt andre sykdommer kan gi opphav til avvikende observasjoner. Dette behøver ikke nødvendigvis være en begrensning i kvalitative studier, da det kan belyse hvordan behovene til enkeltpersoner kan være veldig forskjellige, som drøftet i delkapittel 4.1.2.

I enkelte av intervensjonsstudiene er det oppgitt en manglende kontroll-gruppe i studien (García-Garcés et al., 2021; Rönngren et al., 2018). Med dette medfølger begrenset evidens for at observerte forandringer skyldes intervensjonen, noe som tilsier at overførbarheten til resultatene bør vurderes kritisk.

En annen begrensning som kan observeres ved enkelte av studiene er frafall av deltakere, noe som kan resultere i seleksjons-bias. I sin studie, forklarer Hjorth et al. (2017) at dette potensielt kan skyldes at pasienter med schizofrenilidelser kan ha utfordringer tilknyttet å gjennomføre hele intervensjonsløpet. Dette begrunnes med at sykdomsfaktorer som kognitive forstyrrelser, positive- og negative symptomer, og medisinske bivirkninger kan komme i veien.

I denne litteraturstudien er det tatt begrenset høyde for klinisk kontekst for sykepleieutøvelsen. Følgelig vil ikke alle funn beskrevet i oppgaven være overførbare til alle kontekster. Årsaken til dette, er at studier utført i flere ulike kontekster ble inkludert i utvalget for å samle tilstrekkelig data og besvare problemstillingen på en nyansert måte. Det kan argumenteres for at mange av funnene gjort i litteraturstudien er overførbare til sykepleiers generelle møte med pasienten med schizofrenilidelse. Videre, er implikasjon for ulik kontekst for sykepleieutøvelse beskrevet i deler av diskusjonskapitlet.

## 4.4. Konklusjon

Utgangspunktet for litteraturstudien var å undersøke betydningen av fysisk aktivitet for pasienter med schizofrenilidelser, og hvordan sykepleier kan møte deres behov for dette. Fysisk inaktivitet utgjør en kilde til uhelse for denne pasientgruppen, da de er mer utsatt for å utvikle livsstilssykdommer som metabolsk syndrom, KOLS, og hjerte- og karsykdommer. Gjennom sykepleiers rolle i forebyggende arbeid, vil det være verdifullt for sykepleier å fremme fysisk aktivitet for pasientgruppen på best mulig måte. Med en salutogen tilnærming kan man styrke pasientens ressurser og bidra til at de har det best mulig med sin sykdom.

Schizofrenilidelser kan uttrykke seg på veldig ulike måter, og den enkelte persons behov vil følgelig være variert. Det kommer frem av litteraturen at individuell tilnærming, i form av personsentret omsorg, spiller en vesentlig rolle i møtet med pasienten med schizofrenilidelse. Lav motivasjon for fysisk aktivitet har blitt observert hos personer med schizofrenilidelse. Dette gir opphav til en yrkesetisk konflikt der sykepleier må vurdere det helsefremmende ønsket om å gjøre vel opp mot respekten for pasientens autonomi. Samtalemeter som motiverende intervju kan da være et verdifullt verktøy for å bidra til å bygge motivasjon. Betydningen av fysisk aktivitet for selvbilde, fysisk- og psykisk helse, og symptomer er gjengående motiverende faktorer blant pasientgruppen. Kjennskap til disse faktorene kan være fordelaktig for omsorgsutøvende helsepersonell i det motiverende arbeidet. Hos motiverte pasienter, har det blitt observert at en rekke ulike former for fysisk aktivitet kan ha en helsefremmende betydning. Blant disse er gå-grupper og lignende tiltak trukket frem som mindre ressurskrevende, men likevel aktiviteter med observert helsefremmende betydning for pasientene. Å ha kjennskap til-, og informere om-, kommunale tilbud som frisklivssentraler og treffsted kan være verdifullt. Videre har intervensjoner med utgangspunkt i samtale og edukasjon vist seg å være betydningsfulle for pasienter med schizofrenilidelser. For omsorgsutøvende sykepleier forutsetter dette kunnskap om temaer som betydningen av fysisk aktivitet, schizofreni og risiko for livsstilssykdommer, og samtalemeter. Av litteraturen kommer det frem at denne kunnskapsmangelen og usikkerheten tilknyttet temaet blant sykepleiere, utgjør en vesentlig barriere for å møte behovet for fysisk aktivitet i sykepleiers møte med pasienter med schizofrenilidelser.

# Referanser

- Aarre, T. F. (2018). *Psykiatri for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg. utg., Bd. 1). Gyldendal akademisk.
- Arrogante, O. (2017). Nursing education in Spain. *Nurse Educ Pract*, 24, 27-28.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.03.003>
- Australian Government Department of Health. (2021, 12.05.2021). *About nurses and midwives*. Department of Health. Hentet 10.05.2022 fra  
<https://www.health.gov.au/health-topics/nurses-and-midwives/about>
- Blomqvist, M., Sandgren, A., Carlsson, I. M. & Jormfeldt, H. (2018). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *Int J Ment Health Nurs*, 27(1), 236-246.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12313>
- Bueno-Antequera, J. & Munguía-Izquierdo, D. (2020). Exercise and Schizophrenia. *Adv Exp Med Biol*, 1228, 317-332. [https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1\\_21](https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_21) (Advances in Experimental Medicine and Biology)
- Caldwell, B. A. (2012). Exercise therapy for schizophrenia. *International journal of evidence-based healthcare*, 10(4), 411-412. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00299.x>
- Carlbo, A., Claesson, H. P. & Åström, S. (2018). Nurses' experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 39(7), 600-607.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*, 20(2), 22-26.
- Every-Palmer, S., Huthwaite, M. A., Elmslie, J. L., Grant, E. & Romans, S. E. (2018). Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and physical activity: a mixed methods study. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-9.
- fhl, F. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- García-Garcés, L., Sánchez-López, M. I., Cano, S. L., Meliá, Y. C., Marqués-Azcona, D., Biviá-Roig, G., Lisón, J. F. & Peyró-Gregori, L. (2021). The short and long-term effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology. *Sci Rep*, 11(1), 24300-24300. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03761-3>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 03.06.2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. Hentet 28.05.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, 07.03.2017). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet. Hentet 30.05.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsenorge. (2019, 07.01.2022). *Frisklivssentral*. Helsedirektoratet. Hentet 28.05.2022 fra <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/frisklivssentral/>
- Hjorth, P., Medici, C. R., Juel, A., Madsen, N. J., Vandborg, K. & Munk-Jørgensen, P. (2017). Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: a 30-month program carried out in a real-life setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 287-296.
- Ho, P. A., Dahle, D. N. & Noordsy, D. L. (2018). Why Do People With Schizophrenia Exercise? A Mixed Methods Analysis Among Community Dwelling Regular

- Exercisers. *Front Psychiatry*, 9, 596-596.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00596>
- hol, H.-o. o. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- hpl, H. (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). *Grunnleggende sykepleie : B. 2 : Grunnleggende behov* (3. utg. utg., Bd. b. 2). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. utg., Bd. b. 3). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (4. utg. utg., Bd. b. 1). Gyldendal akademisk.
- Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Jeste, D. V. & Vinogradov, S. (2013). "We're not just sitting on the periphery": a staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia. *The Gerontologist*, 53(3), 474-483.
- Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Slater, M. & Jeste, D. V. (2013). "It's Good for Me": Physical Activity in Older Adults with Schizophrenia. *Community Ment Health J*, 50(1), 75-80. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9613-7>
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M. & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48-56.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>
- New Zealand Government Ministry of Health. (2022, 27.02.2022). *Studying nursing*. Ministry of Health. Hentet 10.05.2022 fra <https://www.health.govt.nz/our-work/nursing/nurses-new-zealand/studying-nursing>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 29.05.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- pbri, P.-o. b. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rönngren, Y., Björk, A., Audulv, Å., Enmarker, I., Kristiansen, L. & Haage, D. (2018). Educational nurse-led lifestyle intervention for persons with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 27(3), 1022-1031. <https://doi.org/10.1111/inm.12410>
- Strømme, H. (2017). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (61015), e-61015.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.61015>
- The American Association of Colleges of Nursing. (2022). *Baccalaureate Education*. AACN. Hentet 10.05.2022 fra <https://www.aacnnursing.org/Nursing-Education-Programs/Baccalaureate-Education>
- Trondheim kommune. (2022, 11.02.2022). *Treffsted psykisk helse*. Trondheim kommune. Hentet 28.05.2022 fra <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helse/treffsted-psykisk-helse/>
- Way, K., Kannis-Dymand, L., Lastella, M. & Lovell, G. P. (2018). Mental health practitioners' reported barriers to prescription of exercise for mental health consumers. *Mental health and physical activity*, 14, 52-60.  
<https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.01.001>
- World health organization. (2016, 20.08.2016). *Health promotion*. WHO. Hentet 10.05.2022 fra <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>
- World health organization. (2020, 26.11.2020). *Physical activity*. WHO. Hentet 10.05.2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World health organization. (2022, 10.01.2022). *Schizophrenia*. WHO. Hentet 10.05.2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

