

Knudsen, Oda Breivik  
Lund, Erik Holmefjord

# Fysisk aktivitet og livskvalitet hos voksne med schizofreni

Physical activity and quality of life in adults with schizophrenia

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Anne Lovise Nordstoga  
Mai 2023



Knudsen, Oda Breivik  
Lund, Erik Holmefjord

# **Fysisk aktivitet og livskvalitet hos voksne med schizofreni**

Physical activity and quality of life in adults with schizophrenia

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Anne Lovise Nordstoga  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden



Fakultet for medisin- og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

**ETT2900 Bacheloroppgave i ergoterapi**

## **Fysisk aktivitet og livskvalitet hos voksne med schizofreni**

*Physical activity and quality of life in adults with schizophrenia*

**Navn: Erik Holmefjord Lund & Oda Breivik Knudsen**

**Antall ord: 8178**

**Annen informasjon:**

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

## Abstrakt

**Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven er å få innsikt i psykoselidelsen schizofreni, samt å få en dypere forståelse av hvordan ergoterapeuter kan inkludere fysisk aktivitet inn i behandlingen av schizofrene pasienter. Vi vil her undersøke om fysisk aktivitet i behandlingen kan føre til økt livskvalitet. Vi vil blant annet belyse dette fra Wilcocks aktivitetsperspektiv, *å gjøre, å være, å tilhøre og å bli*.

**Metode:** Besvarelsen vår er en litteraturstudie. Vi har anvendt en Scoping Review-tilnærming for å skape oversikt over hvilken informasjon som finnes angående temaet, og for å finne relevant litteratur knyttet til vår problemstilling. Vi har gjennomført litteratursøk i ulike databaser for å finne relevante artikler knyttet til vår problemstilling, som førte oss frem til et utvalg av fem vitenskapelige artikler. For å analysere funn brukte vi en innholdsanalyse.

**Resultat:** De fem utvalgte artiklene viser at fysisk aktivitet bidrar til å gi økt livskvalitet, både på kort og lang sikt. Studiene hadde en tidsramme på 5 dager til 8 måneder. Flere av deltakerne rapporterte om økt selvfølelse og selvtillit etter endt treningsintervensjon. Det har også blitt rapportert om en forbedring i sosial fungering.

**Konklusjon:** Fysisk aktivitet kan bidra til å gi økt livskvalitet hos voksne med schizofreni, og virker å være nyttig i behandling hos denne pasientgruppen. Som ergoterapeut i psykiatrien, kan man planlegge og tilrettelegge aktiviteter både individuelt og i grupper, slik at pasientene vedlikeholder et gitt aktivitetsnivå når de blir utskrevet. Inkludering av fysisk aktivitet som en del av hverdagen kan virke å ha stor betydning for voksne med en schizofrenidiagnose, da det både kan føre til økt livskvalitet og kan gi forbedring i sosiale relasjoner. Studienes anvendelse av standardiserte måleverktøy for å måle livskvalitet har bidratt til en mer presis besvarelse av vår problemstilling.

**Nøkkelord:** *fysisk aktivitet, livskvalitet, schizofreni, ergoterapi*

## **Forord**

Først og fremst vil vi takke hverandre. Det har vært en utfordrende, men lærerik prosess. Vi har hatt muligheten til å lære av hverandres styrker og svakheter, og sammen har vi jobbet systematisk for å oppnå våre felles mål. Vi vil spesielt takke hverandre for å ha vært pålitelige og motiverte gjennom oppgaven. Vi vil også takke vår veileder Anne Lovise Nordstoga for å ha vært en viktig ressursperson og bidragsyter i arbeidet. Dine kritiske og faglige innspill har vært viktig for å utvikle denne bacheloroppgaven. Med dette sagt, håper vi at oppgaven vår vil være til nytte og inspirasjon for nåværende og fremtidige ergoterapeuter, og at vi kan bruke det vi har lært i karrieren videre som ergoterapeuter.

# Innholdsfortegnelse

<i>1 Introduksjon</i> .....	5
1.1 Samfunnsaktualitet .....	5
1.2 Schizofreni .....	6
1.3 Fysisk aktivitet og dens betydning i hverdagslivet.....	7
1.4 Ergoterapeutens rolle.....	7
1.5 Problemstilling .....	8
1.6 Begrepsavklaring.....	8
1.7 Oppgavens struktur: .....	9
<i>2 Aktivitetsperspektiv</i> .....	9
<i>3 Metode</i> .....	11
3.1 Søkestrategi.....	11
3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	12
3.3 Analyse av utvalgte artikler.....	12
Tabell 1: Søkeord og utvalg av artikler.....	13
<i>4 Resultat</i> .....	14
4.1 Kvalitetsvurdering av artiklene .....	16
<i>5 Diskusjon</i> .....	17
5.1 Å gjøre.....	18
5.2 Å være .....	18
5.3 Å tilhøre .....	20
5.4 Å bli.....	20
5.5 Metodediskusjon .....	22
5.6 Relevans for praksis .....	22
<i>6 Konklusjon</i> .....	23
<i>7 Litteraturliste</i> .....	24



# 1 Introduksjon

Dette er en bacheloroppgave i ergoterapi som tar for seg fysisk aktivitet og psykoselidelsen schizofreni. Vi vil undersøke om fysisk aktivitet har en betydning for livskvaliteten hos voksne med schizofreni. Gjennom vår utdanning ved NTNU har vi opparbeidet oss ulik kunnskap og utviklet en faglig interesse for temaet. Schizofreni er en psykisk lidelse som blir stigmatisert i samfunnet vårt, og derfor mener vi at det er både hensiktsmessig og viktig å fremme denne gruppen. Vi ønsker å fokusere på fysisk aktivitet da personer med schizofreni ofte er i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen (Gangås, 2011). Egne erfaringer fra praksis og deltidsarbeid har gitt oss forståelse for at schizofreni er en kompleks diagnose der behandling kan være utfordrende. Det er schizofreni som blir sett på som den alvorligste av psykosene, som derfor gjorde det ekstra interessant å velge denne diagnosen som tema (Røssberg, 2022).

## 1.1 Samfunnsaktualitet

Schizofreni er en psykoselidelse som har en relativt stabil forekomst. Det er en av de mest kostnadskrevende lidelsene vi har (Røssberg, 2022). Bortimot halvparten av den norske befolkningen vil oppleve å få en psykisk lidelse i løpet av livet, der rundt 1% av disse utvikler schizofreni (Helsedirektoratet, 2022). De fleste personene som rammes av denne lidelsen opplever det i ung alder, og det kan medføre store påkjenninger både for pasienten selv og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2013). I Norge diagnostiseres årlig mellom 500 og 600 nye tilfeller med schizofreni, og sykdommen debutterer vanligvis før 30-årsalderen (Røssberg, 2022). Behandlingen av schizofreni er utfordrende og krever et bredt spekter av tiltak, ifølge Helgesen (2017). Tall viser at 94% av personer med schizofreni ikke er i arbeid, og at 53-70% ønsker å være i arbeid (Ververda & Bjørnstad, 2018).

Forskning har vist at personer med schizofreni ofte blir oppfattet som uforutsigbare og farlige, i større grad enn personer med andre psykiske lidelser. Selv om organisasjoner som Mental Helse Norge arbeider for å avstigmatisere psykiske lidelser og fremme et brukerperspektiv, kan en psykiatrisk diagnose fortsatt være en belastning i samfunnet. I tillegg opplever personer med schizofreni en negativ mediedekning og holdninger i samfunnet, og begrepet "schizofreni" brukes ofte som metafor i norske medier, uten å være tilknyttet til lidelsen schizofreni. Videre viser forskning at artikler som omtaler personer med schizofreni sjelden innhenter ekspertuttalelser, noe som kan påvirke befolkningens forståelse av lidelsen (Anda, 2013).

## 1.2 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, og regnes som den alvorligste av psykosene. Symptomene er omfattende, og klassifiseres som positive og negative symptomer. De vanligste positive symptomene regnes som hallusinasjoner og vrangforestillinger, og behandles som oftest med legemidler (Røssberg, 2022). Negative symptomer hos pasienter med schizofreni er angst, depresjon og isolasjon (Bjørnstadjordet, 2009). Tap av motivasjon, manglende kommunikasjon av følelser gjennom kroppsspråk og mimikk kan være tegn på negative symptomer (World Health Organization, 2022). Dette gjør at pasienten kan virke uengasjert og følelsesflat (Røssberg, 2022). Diagnosen kan også gjøre det utfordrende å huske ting, og tenke på en organisert måte. Man kan også få utfordringer med å konsentrere seg når man skriver og leser. Det man ønsker å formidle kan være utydelig og utfordrende for andre å få med seg. Man kan opptre kaotisk og ha utfordringer med å ta vare på seg selv. Symptomene på schizofreni kan gjøre livet utfordrende. Man kan erfare at hverdagslige oppgaver krever mye mer innsats enn tidligere (Helsedirektoratet, 2022).

Diagnosen kan ikke stilles på grunnlag av enkeltsymptomer, men må stilles ut fra et helhetlig symptombylle. Schizofreni har fire grunnsymptomer, som hver enkelt pasient har ulike grader av. Symptomene blir ofte beskrevet som 4 A-er, som står for assosiasjonsforstyrrelse, autistiske trekk, affektavflatning og ambivalens. Assosiasjonsforstyrrelsene kjennetegnes ved at tankene ikke er viljestyrte, men ukontrollerte. Tankene kan stanse opp og det kan stå helt stille. Autistiske trekk innebærer at pasienten forsvinner inn i sin egen private forestilling for å beskytte seg mot andre. Dette kan skape en dannelsel av vrangforestillinger. Affektavflatning handler om evnen til å ha medfølelse for andre, at man ofte har mer enn nok med seg selv. Det er heller ikke uvanlig at man kan gi uttrykk for følelser som er lite adekvate i den aktuelle settingen, som for eksempel umotivert latter (Helgesen, 2017). Ambivalens handler om å ha sterke indre motsetninger. Det er en sinnstilstand som kan oppstå om man har flere motstridende meninger eller holdninger samtidig. Man kan også få utfordringer med å ta beslutninger da alle løsninger virker som å være like gode/dårlige (Nordbø, 2022).

Mennesker med schizofreni er i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen, og lever i snitt 10-20% kortere enn hva normalbefolkningen gjør (Bjørnstadjordet, 2009). De vanligste årsakene til høyere forekomst av dødelighet hos mennesker med schizofreni skyldes naturlige årsaker, hvor kardiovaskulær sykdom er den mest forekomne. Dette skyldes at mange med schizofreni har en livsstil som innebærer fysisk inaktivitet, dårlig kosthold og mye tobakksrøyking (Bjørnstadjordet, 2009). Martinsen og Taube (2008) skriver at fysisk aktivitet ikke anbefales som eneste behandlingsmetode ved schizofreni. Dette på grunn av at psykotiske symptomer sjelden forsvinner helt. Derfor er det et realistisk behandlingsmål å bistå pasienten med å leve med sykdommen på best mulig måte. Dette kan føre til en bedre kontroll over positive symptomer, redusere de negative symptomene og bedre livskvaliteten. Personer med schizofreni møter aktivitetsutfordringer som påvirker deres hverdag.

Daglig struktur og rutiner faller ofte bort i takt med utviklingen av sykdommen, samtidig som dette fører til inaktivitet grunnet en sittestillende livsstil (Cordingley & Pell, 2014, s. 297). Hverdagslige aktiviteter som fysisk aktivitet vil derfor være viktige å mestre, slik at pasientene kan oppleve en meningsfull hverdag (Borg, 2010).

### **1.3 Fysisk aktivitet og dens betydning i hverdagslivet**

Regelmessig fysisk aktivitet kan gi økt livskvalitet. Når vi er i aktivitet utløser vi endorfiner som øker velvære og reduserer stress (Helsedirektoratet, 2022). Å holde seg i fysisk aktivitet kan føre til bedre hukommelse, læring, søvn og færre psykiske plager. Det kan gi økt mestring og overskudd i hverdagen (Rådet for psykisk helse, u.å.).

Kun et mindretall av pasienter med schizofreni er fysisk aktive i henhold til minimumsanbefalingene, som er 30 minutter med fysisk aktivitet med moderat intensitet daglig (Helsedirektoratet, 2022). I tillegg er schizofrene pasienter mindre fysisk aktive enn resten av befolkningen (Bjørnstadjordet, 2009).

Fysisk aktivitet er lett tilgjengelig, billig og enkelt for de fleste. Personer med schizofreni må selv utforske hvordan fysisk aktivitet fungerer som behandlingsform. En type fysisk aktivitet kan fungere for en, mens en annen kan oppleve situasjonen annerledes. Det er stor sannsynlighet for at fysisk aktivitet kan skape glede og livskvalitet om man finner en aktivitet man er tilfreds med. Dette kan også bidra til å skape bedre selvtillit og selvkontroll (Bjørnstadjordet, 2009). Helsegevinsten av fysisk aktivitet alene er godt dokumentert. Fysisk aktivitet og livskvalitet knyttet til behandling av schizofreni er det derimot ikke like mye forskning på. Vi har i lang tid vært klar over at fysisk aktivitet gir oss en positiv helseeffekt, og har derfor spekulert på hvorvidt fysisk aktivitet har en betydning for livskvaliteten hos voksne med schizofreni.

### **1.4 Ergoterapeutens rolle**

Diagnosen schizofreni kan ha stor innvirkning på individets funksjon, deltakelse i aktivitet og livskvalitet. Vårt fokus i denne konteksten vil være på aktivitet og deltakelse i sammenheng med diagnosen schizofreni. Grunnen til dette er fordi det er mange sammensatte påvirkninger på en persons evne til å delta i aktivitet, ved å ha denne diagnosen (Bryant et al., 2014, s. 210). Som ergoterapeut ønsker man å gjøre det beste ut av enhver enkeltes forutsetning for aktivitet, og fokusere på den enkeltes meningsfulle aktiviteter i hverdagen. Her bidrar vi for å finne balansen mellom ulike aktiviteter i hverdagslivet og mellom hvile og aktivitet, for å finne frem til gode rutiner og vaner (Helsedirektoratet, 2022). Høy faglig kompetanse om fysisk aktivitet kan bidra til at ergoterapeuten kan trygge pasienten ved utforskning av aktivitet (Mostad et al., 2013, s. 30). Ergoterapi kan også bistå med å ta del i sosiale aktiviteter, og på denne måten bidra med å øke livskvaliteten. Noen pasienter kan

ha utfordringer med å finne mening og indre motivasjon til deltakelse i aktivitet. Da kan ergoterapi hjelpe ved å tenke over tidligere meningsfulle interesser, vaner og roller for å finne aktiviteter som gir mestring og økt deltakelse. Etter et institusjonsopphold kan ergoterapeuter tilby trening i vanlige hverdagslige aktiviteter i hjemmet og samfunnet, som for eksempel handling og rengjøring av bostedet. Ergoterapeuter kan også bidra til å finne sin plass tilbake i tidligere meningsfulle fritidsaktiviteter, som kan føre til økt livskvalitet (Ergoterapeutene, u.å.).

## 1.5 Problemstilling

Forekomsten av schizofreni hos mennesker, viktigheten av fysisk aktivitet, samt egne interesser og erfaringer har ledet oss frem til følgende problemstilling:

*“I hvilken grad kan fysisk aktivitet gi økt livskvalitet hos voksne med schizofreni?”*

## 1.6 Begrepsavklaring

Her presenteres en redegjørelse av begreper vi har benyttet oss av underveis i oppgaven.

*Fysisk aktivitet* defineres av Folkehelseinstituttet som all kroppslig bevegelse som utføres av skjelettmuskulaturen og resulterer i økt energiforbruk over hvilenivået (Nystad, 2022). Meningsfull aktivitet i hverdagen kan ha en betydning for de fleste. Å kunne utføre ønskede aktiviteter gir en følelse av autonomi og mestring (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å). I 2020 presenterte Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefalinger om det daglige nivået av fysisk aktivitet for mennesker, der alle voksne ble oppfordret til å være regelmessig fysisk aktive. Dette innebærer at voksne bør engasjere seg i moderat fysisk aktivitet i minst 150 til 300 minutter i uken, samt fysisk aktivitet med høy intensitet i 75 til 150 minutter (Nystad, 2022). Folkehelseinstituttet påpeker at det finnes flere helsefordeler ved å være fysisk aktiv, inkludert økt levetid og livskvalitet, samt en reduksjon i risikoen for hjerte- og karsykdommer, hjerneslag og flere former for kreft (Nystad, 2022).

*Livskvalitet* er et komplekst og flerdimensjonalt begrep som omfatter ulike aspekter ved livet. Det innebærer ikke bare fysiske og materielle forhold, men også psykologiske og sosiale faktorer som påvirker en persons velvære. Livskvalitet er knyttet til følelsen av livsglede og tilhørighet, samt opplevelsen av å ha en hensikt i livet, og er derfor ikke kvantifiserbar i form av objektive målinger alene. Det finnes ingen oppskrift på hva som gir god livskvalitet, da dette vil variere avhengig av individuelle forhold og valg. Likevel er god livskvalitet avgjørende for at enkeltpersoner skal kunne realisere sitt potensial og bidra til samfunnets utvikling (FN-sambandet, 2023; Helsekompetanse, u.å.).

## 1.7 Oppgavens struktur:

Denne litteraturstudien følger IMRaD-modellen, som er en forkortelse for de fire hovedelementene i en vitenskapelig artikkel: introduksjon, metode, resultat og diskusjon, ifølge Hem (2020). I introduksjonen blir bakgrunnen for oppgaven og temaet presentert. Deretter vil aktivitetsperspektivet bli beskrevet. Metodedelen vil bestå av en detaljert beskrivelse av søkeprosessen, samt en analyse av artiklene som er inkludert i studien. I resultatdelen tar vi for oss resultatene fra hver enkel artikkel og presenterer dette i egne avsnitt som vil gjøre det enkelt og ryddig å se hvilke resultater vi fant i de ulike artiklene. Resultatdelen vil også inneholde et kapittel som tar for seg kvalitetsvurdering av artiklene. Diskusjonen vil fokusere på funnene i artiklene, perspektivet på fysisk aktivitet, samt aktivitetsperspektiv og egne refleksjoner. Diskusjonen vil også bestå av metodediskusjon og relevans for praksis. Til slutt vil det bli gitt en oppsummering av de sentrale funnene.

## 2 Aktivitetsperspektiv

Sammenhengen mellom aktivitet og livskvalitet er sammensatt og kan beskrives på flere ulike måter. Wilcock (1999) mente at det fantes en sterk relasjon mellom aktivitet og helse. Hun utviklet en modell som systematisk beskriver hvordan valg av aktiviteter påvirker aktivitetsidentiteten vår på kort og lang sikt. Modellen tar utgangspunkt i de fire dimensjonene *doing* (å gjøre), *being* (å være), *belonging* (å tilhøre) og *becoming* (å bli), og hjelper oss med å identifisere ønsket identitet og de aktivitetsvalgene som kan føre oss mot målet. Betydningen av aktivitet kan forstås gjennom dimensjonene DBBB. Wilcock (1999) skriver at en måte å få frem aktivitet på, ved å appellere til et bredt spekter av mennesker, er ved bruk av dimensjonene DBBB. Dimensjonene er faktorer som kan bistå ergoterapeuter med å forstå pasienten, samt deres mål og ambisjoner. Med grunnlag i dette har vi valgt å anvende disse dimensjonene som teoretisk utgangspunkt for vårt aktivitetsperspektiv i besvarelsen. Ved å benytte oss av dimensjonene, har vi som mål å belyse hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å øke livskvaliteten hos voksne med schizofreni.

I dimensjonenes teori skriver Wilcock & Hocking (2015) at begrepet *å gjøre* (doing) er et synonym for aktivitet, og tar for seg å ta del i sosiale interaksjoner og gjennom dette utvikle aktivitetsidentiteten gjennom det man gjør (Wilcock & Hocking, 2015, s. 134-135). Enkelte pasienter med schizofreni kan synes at det er utfordrende å forholde seg til andre mennesker, og ta del i sosiale settinger. Sosial tilbaketrekning er et vanlig negativt symptom (Lundbeck, u.å.). Måten vi gjør ting på kan i stor grad påvirkes av våre verdier, tro, interesser og ambisjoner. Regelmessig engasjement i meningsfull og målrettet aktivitet er avgjørende for fysisk og følelsesmessig velvære, i motsetning til når det vi foretar oss ikke stemmer overens med våre verdier og ambisjoner, er resultatet ofte ubehag eller følelsesmessig smerte (Ayton, 2020). Det vi gjør er med på å utvikle og forme samfunnet vårt. For at

man skal ha det godt, er man avhengig av at man utfører hverdagslige aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte, og som gir en følelse av velbehag (Wilcock & Hocking, 2015).

Wilcock (2002) mener at elementet *å være* (being) handler om å ha troen på seg selv, sin natur, og det man velger å ta med seg i møte med andre individer. *Å være* henger tett sammen med *å gjøre*, ved at man identifiserer seg gjennom aktivitetene man utfører. I følge Wilcock og Hocking (2015) tar dimensjonen for seg å være i stand til å planlegge, reflektere, organisere og ta pauser. I dette elementet vil meningen bak hvorfor man gjør det man gjør bli gjennomtenkt, og ved hjelp av dette vil man forme ideer, planer, hvilken betydning den enkelte aktivitet har for den enkelte og man kan uttrykke seg gjennom aktivitetene man tar for seg. Elementet har en involvering av de viktige rollene våre i livene våre, som å være student, venn og sønn/datter. Gjennom deltakelse i oppgaver gir det oss sjansen til å uttrykke det gjennom deltakelse i aktiviteter (Wilcock, 1999). Flere pasienter forklarer at de setter pris på å være en del av noe, samtidig som de ønsker å leve et normalt liv. Dette kan blant annet innebære at man beholder roller som man hadde før man fikk diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2009).

Elementet *å tilhøre* (belonging) tar for seg samhørighet til andre personer, samfunn og kulturer, og handler om all aktivitet man foretar seg både alene og sammen med andre (Wilcock, 1999). Begrepet tilhørighet handler om omgivelsene personen utfører aktivitet i, og gjennom elementene *å gjøre, være og bli* kan tilhørighet skapes. Dette elementet er utviklet av Rebeiro (2001) men er senere blitt tatt i bruk og bearbeidet av Wilcock (Wilcock & Hocking, 2015). Ifølge Maslows behovspyramide har alle et behov for sosial tilknytning, anerkjennelse og selvrealisering. Fysisk aktivitet kan bidra til å oppnå dette. Type trening, omgivelser, og varighet derimot, er viktige faktorer som spiller inn på om dette behovet kan bli tilfredsstillt (Bjørnstadjordet, 2009, s. 23). Som tidligere nevnt er hver enkelt pasient nødt til å utforske disse faktorene selv for å finne en aktivitet som tilfredsstillende og som passer den enkelte (Bjørnstadjordet, 2009).

Det siste elementet av de fire dimensjonene er *å bli* (becoming). Dette forklares av Wilcock (1999) som en prosess som tar utgangspunkt i å skape en fremtid gjennom de aktivitetene man gjør. Elementet er nært knyttet til endring og utvikling. Ved å utvikle seg og endre seg gjennom det man gjør, kan man nå sitt eget potensial og ambisjoner (Wilcock & Hocking, 2015). Hammel (2004) beskriver at *å bli* er et element der mennesker kan se for seg en fremtidig versjon av seg selv, utforske nye muligheter, ideer og hva de ønsker å bli. Elementet tar for seg en prosess der man setter seg mål etter hvert som man får nye ambisjoner. *Å bli* handler ikke kun om fokuset på forbedring, men også det å opprettholde og vedlikeholde. Det å håndtere å leve med symptomer og sykdom etter sin beste evne er også en betydelig del av *å bli* (Hitch et al., 2014). Fysisk aktivitet kan kreve at man må oppsøke sosiale settinger, som å gå turer eller å bruke treningssenter i nærrområdet. Negative

symptomer kan være en hindring for å starte en intervensjon, fordi pasienten ikke alltid kan mestre å se meningen eller behovet for en forandring (Ververda & Bjørnstad, 2018).

I neste kapittel i oppgaven vil valg av metode og fremgangsmetode presenteres. Den vil inkludere søkestrategi, søkeprosess, inklusjons- og eksklusjonskriterier og analyse av utvalgte artikler.

### **3 Metode**

Denne litteraturstudien bygger på en Scoping Review-tilnærming, som ifølge McKinstry, Brown og Gustafsson (2014) er en metode for å sammenfatte eksisterende litteratur og identifisere et forskningstema. Tilnærmingen involverer å oppsummere et bredt spekter av funn for å avdekke bredden og dybden av et bestemt forskningsfelt, ved å inkludere studier med forskjellige forskningsdesign (Arksey & O'Malley, 2005). En litteraturstudie ble anvendt for å skape en bred oversikt over hvilken informasjon som fantes knyttet til vår problemstilling. Arksey og O'Malley (2005) beskriver et 5-trinns rammeverk for denne tilnærmingen.

Første trinn består av å identifisere forskningsspørsmålet for å klargjøre den påfølgende søkestrategien, noe som allerede er gjort i introduksjonen til denne studien. Andre trinn innebærer søkestrategi, hvor relevante emner ble søkt etter og søket ble avgrenset ved hjelp av spesifikke søkeord og utvalgs-kriterier. Tredje trinn innebærer analyse av resultatene. Gjennom analysen av utvalgte artikler trakk vi ut kontekstuell informasjon som senere skulle gi grunnlag for å oppsummere resultatene. Fjerde og femte trinn omhandler resultatene, og disse er presentert i resultatdelen av denne studien.

#### **3.1 Søkestrategi**

Trinn to i Arksey og O'Mallys (2005) rammeverk tar for seg søkestrategi. Vi foretok søk i ulike databaser, blant annet PubMed, som er den største fagdata-basen for biomedisin og som gir oss tilgang til resultater fra helseforskning.

Ifølge Rein (2017) har PubMed har vært synonymt med kvalitet da databasen stiller strenge krav til inkluderte tidsskrifter, og dermed ser vi på Pubmed som en kvalitetssikret søkedatabase. I tillegg benyttet vi Oria som søkebase. Vi filtrerte søkene ved å luke ut metaanalyser og såkalte «literature reviews». I tillegg valgte vi primært å fokusere på artikler publisert de fem siste årene. Deretter ble søkene gradvis utvidet til å inkludere artikler fra de ti siste årene, og deretter de 15 siste årene. Ved å ha denne tilnærmingen kunne vi først se på nylig publisert forskning som var relevant for vår problemstilling, med hensikt om å inkludere den nyeste og mest aktuelle informasjonen som var tilgjengelig. Under utvelgelsen av data hadde vi fokus på at artiklene skulle være relevante for vår

problemstilling. Slik kunne artiklene på best mulig måte belyse temaet vårt og på sikt gi oss et best mulig svar på vår problemstilling. Vi startet med å søke bredt på søkeord som «schizophrenia», «physical activity», og «quality of life». Etter å ha søkt bredt ved hjelp av disse søkeordene valgte vi å gå videre ved å se etter ord som var gjentakende i de artiklene vi fant om temaet. På denne måten fikk vi avgrenset og konkretisert søkeordene ytterligere.

### **3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Ifølge Dalland (2012) er inklusjons- og eksklusjonskriterier nyttig for å kunne finne og samle den informasjonen man er ute etter. Som en del av vår søkestrategi definerte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier som har bidratt til vårt utvalg av relevante artikler. Inklusjonskriteriene våre har bidratt til at vi har fått et utvalg av gode og relevante artikler knyttet til problemstillingen vår.

Vi har valgt å inkludere en artikkel fra 2008 i vår studie fordi vi mener at den er relevant og nyttig å bruke i dagens forskning. På grunn av den subjektive karakteren av begrepet "livskvalitet" har vi valgt å inkludere artikler fra ulike land, uavhengig av kulturelle likheter og levekår. Vi har valgt å inkludere artikler som omhandler voksne fra og med 18 år med schizofreni. Vi inkluderer både inneliggende og polikliniske pasienter i vår studie, da personer med schizofreni vanligvis ikke tilbringer hele sitt voksne liv som inneliggende pasienter. Ved å inkludere polikliniske pasienter kan vi få et mer omfattende bilde av effektiviteten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode for denne pasientgruppen. Vi har også valgt å inkludere en studie som tar for seg alvorlige psykiske lidelser. Grunnen til inkluderingen av denne er fordi schizofreni blir kategorisert som en alvorlig psykisk lidelse (Helsenorge, 2022).

Eksklusjonskriteriene er av betydelig viktighet i å sikre at relevante artikler blir inkludert i studien. For å unngå inkludering av artikler som ikke er relevant for problemstillingen, har vi identifisert eksklusjonskriterier. Vi har valgt å ekskludere artikler som omhandler medikamentell behandling, da dette ikke faller innenfor vår spesifikke forskningsinteresse. Ved gjennomlesning av artiklene besluttet vi også å ekskludere informasjon som ikke var relevant for vår studie. Det vil si at flere av de aktuelle artiklene også fokuserte på de kroppslige og fysiske utfallene av fysisk aktivitet, som ikke er av interesse for vår studie om livskvalitet. Vi har også valgt å ekskludere studier som ikke benytter et standardisert verktøy for å måle livskvalitet, slik at vi får et mer presist svar på vår problemstilling.

### **3.3 Analyse av utvalgte artikler**

Steg tre tar for seg analysering av datamaterialet (Arksey & O'Mally, 2005). Da vi analyserte datamaterialet, valgte vi å benytte oss av en innholdsanalyse. Ved bruk av innholdsanalyse analyserte vi ved å la kategoriene oppstå fra datamaterialet. Dette gjorde at vi fikk en større forståelse av



sammenhengen i datamaterialet, som deretter ga oss en helhetlig oversikt over våre funn knyttet opp mot vår problemstilling (Hsieh & Shannon, 2005). For å analysere artiklene begynte vi med å lese artiklene hver for oss, og deretter sammen. I tillegg har vi diskutert hver enkelt artikkel og fokusert på det vi mente var aktuell informasjon tilknyttet vår problemstilling. Utvelgelsen av artikler baserte seg på å lese overskrifter og sammendrag fra artiklene. Et krav for inklusjon av artiklene var at de skulle måle livskvalitet med et standardisert verktøy. Videre markerte vi ord som vi mente var aktuelle for vår problemstilling fra hvert enkelt sammendrag, og plukket herfra ut artiklene som vi mente var mest aktuelle. Videre hadde vi en felles gjennomgang av de gjenstående artiklene der vi til slutt sto igjen med fem artikler.

**Tabell 1: Søkeord og utvalg av artikler**

<b>Søkeord</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schizophrenia</li> <li>2. Physical activity</li> <li>3. Quality of life</li> <li>4. Psychosis</li> <li>5. Exercise</li> <li>6. Severe mental illness</li> </ol>				
<b>Database</b>	<b>Kombinasjoner av søkeord</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Type studie</b>	<b>Resultat</b>
Oria	1, 2, 3	474	Kontrollert randomisert studie	Kaltsatou, Kouidi, Fountoulakis, Sipka, Theochari, Kandyliis & Deligiannis (2015)
PubMed	1, 2, 3	16	Kontrollert randomisert studie	Gomes, Bastos, Probst, Ribeiro, Silva & Corredeira (2014)
	2, 3, 6	73	Kvantitativ observasjonsstudie	Deenik, Kruisdijk, Tenback, Braakman-Jansen, Taal, Hopman-Rock, Beekman, Tak, Hendriksen & van Harten (2017)
	3, 4, 5	7	Klinisk studie	Garcia-Garcés, Sánchez-López, Cano, Meliá, Marques-Azcona, Biviá-Roig, Lisón & Peyró-Gregori (2021)
	1, 2, 5	28	Kontrollert randomisert studie	Acil, Dogan, Dogan (2008)

## 4 Resultat

I dette kapitlet vil vi legge frem relevante funn fra de utvalgte forskningsartiklene. For å systematisere våre funn vil vi presentere funnene ut fra hver enkel artikkel. Vi vil også i kapittel 4.1 foreta en kvalitetsvurdering av artiklene og se på studiene sin relevans og pålitelighet.

Kaltsatou et al. (2015) gjennomførte en studie med hensikt om å undersøke effekten av fysisk aktivitet i form av dans på funksjonell kapasitet og livskvalitet hos pasienter med schizofreni over en periode på åtte måneder. Dette er en kontrollert randomisert studie som tar for seg 31 pasienter med schizofreni. Deltakerne ble tilfeldig plassert i enten en treningsgruppe som brukte tradisjonell gresk dansing som aktivitetsmetode, eller i en kontrollgruppe. Livskvalitet ble målt med spørreskjemaet Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q) (Endicott et al., 1993).

Resultatene fra studien viste signifikant forbedring i livskvalitet fra intervensjonsstart til intervensjonsslutt (*baseline*) hos treningsgruppen kontra kontrollgruppen (Kaltsatou et al., 2015). Ved baseline var det ingen forskjell i treningsgruppen og kontrollgruppen. Studien viser at gresk tradisjonell dans er en trygg og effektiv treningsform som anbefales i de psykiatriske rehabiliteringsprogrammene. Resultatene viste også en signifikant forbedring i sosiale forhold (Kaltsatou et al., 2015).

Gomes et al., (2014) utførte en studie med mål om å undersøke effekten av et 16-ukers gruppebasert treningsprogram på fysisk form og livskvalitet hos personer med schizofreni. Studien inkluderte 19 pasienter med schizofreni, hvor åtte av de mottok trening. De resterende elleve pasientene ble del av en kontrollgruppe. Deltakerne gjennomførte tester ved baseline. De samme testene ble gjennomført ved intervensjonsslutt. Livskvalitet ble målt med spørreskjemaet WHOQol-Bref (Helsedirektoratet, u.å.).

Resultatene fra studien viste signifikant forbedring i livskvalitet fra baseline til intervensjonsslutt hos treningsgruppen, uten betydelig forbedring for kontrollgruppen (Gomes et al., 2014). En individuell analyse viste også at deltakerne i treningsgruppen økte sosiale målinger på skalaen for livskvalitet. Gomes et al. (2014) konkluderte med at et gruppebasert treningsprogram kan gjennomføres med suksess for pasienter med schizofreni.

Deenik et al., (2017) gjennomførte en observasjonsstudie med formål om å undersøke effekten av fysisk aktivitet knyttet opp mot livskvalitet hos langtidsinnlagte pasienter. Studien inkluderte 184 pasienter. Fysisk aktivitet ble målt ved å bruke et akselerometer, og livskvalitet ble målt ved å bruke spørreskjemaene EuroQol-5D (Folkehelseinstituttet, 2018) og WHOQol-Bref (Helsedirektoratet, u.å.). Deltakerne brukte akselerometeret i fem dager i strekk, hvor den gjennomsnittlige varigheten av fysisk aktivitet varte i 20-30 minutter, avhengig av den spesifikke pasienten (Deenik et al., 2017).

Resultatene fra studien viste at fysisk aktivitet hadde god effekt på livskvalitet hos deltakerne, og spesielt ved å aktivisere de pasientene som var mest stillesittende (Deenik et al., 2017). Det blir også rapportert om forbedring i de sosiale aspektene i måleskjemaet WHOQol-Bref. Deltakerne som var mer fysisk aktiv hadde også bedre funksjonsnivå, og var i stand til å utføre daglige aktiviteter bedre enn de som var mindre aktive. Studien understreker også viktigheten av å inkludere fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykiatrien, og konkluderer med at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt på livskvaliteten til pasienter med alvorlige psykiske lidelser som er innlagt på institusjon over tid (Deenik et al., 2017).

Garcia-Garcés et al., (2021) utførte en studie med hensikt å se på kort- og langtidseffekter av aerob trening og styrketrening, samt en miks av disse, og for å se om dette har noe effekt på blant annet symptomer og om det kan gi økt livskvalitet hos mennesker med schizofreni. Studien inkluderte 86 pasienter, hvor alle ble tilfeldig plassert i ulike grupper: aerob (n=28), styrke (n=29) og miks (n=29) (Garcia-Garcés et al., 2021). Studien varte i 16 uker, hvor utfallene ble vurdert etter intervensjonsslutt, samt ti måneder etter intervensjonsslutt. For å måle livskvalitet, ble spørreskjemaet WHOQol-Bref brukt (Helsedirektoratet, u.å.).

Resultatene viste at fysisk aktivitet ga forbedring i livskvalitet, spesielt i den aerobe treningsgruppen. Garcia-Garcés et al., (2021) konkluderer med at moderat fysisk aktivitet tre dager i uken kan ha positiv innvirkning på både symptomer og livskvalitet. Studien viser at treningsprogrammer kan ha positive effekter på symptomene til personer med schizofreni både på kort og lang sikt, og kan være med på å forbedre deres generelle helse og velvære (Garcia-Garcés et al., 2021). Garcia-Garcés et al., (2021) presiserer også viktigheten av å inkludere ikke-farmakologiske intervensjoner som en del av behandlingen for personer med schizofreni. Å tilby fysisk aktivitet som en del av behandlingen kan bidra til å redusere behovet for medisiner og bivirkninger, og kan bidra til å forbedre livskvaliteten til personer med schizofreni.

Acil et al., (2008) undersøkte om fysisk trening hadde effekt på livskvalitet og den mentale helsen hos pasienter med schizofreni. Studien inkluderte 30 deltakere. Halvparten deltok i en treningsgruppe, og de resterende deltok i en kontrollgruppe. Treningsgruppen gjennomførte en ti ukers trening med aerob

trening tre dager i uken. Kontrollgruppen ble bedt om å opprettholde det aktivitetsnivået de allerede hadde (Acil et al., 2008). For å måle livskvalitet, ble spørreskjemaet WHOQol-Bref brukt (Helsedirektoratet, u.å.). Spørreskjemaet ble administrert til deltakerne før og etter treningsintervensjonen, og resultatene ble analysert for å evaluere endringer i livskvalitet.

Resultatene i studien viste at fysisk trening hadde en positiv effekt på livskvaliteten til pasientene (Acil et al., 2008). For å måle livskvalitet, ble spørreskjemaet WHOQOL-Bref brukt (Helsedirektoratet, u.å.). Det var en signifikant økning i livskvalitet hos treningsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Treningsgruppen opplevde også en reduksjon i symptomer på depresjon og angst, samt en økning i selvfølelse og selvtillit. Det presiseres også at fysisk aktivitet kan være en effektiv tilnærming for å forbedre livskvaliteten til pasienter med schizofreni (Acil et al., 2008).

#### **4.1 Kvalitetsvurdering av artiklene**

Kaltsatou et al. (2015) er en kontrollert randomisert studie med godt beskrevet formål, samt definerte kriterier. Livskvalitet ble målt med et validert spørreskjema (Q-LES-Q). En begrensning ved studien er den relativt lave gruppestørrelsen (n=31). Videre ble det heller ikke utført en oppfølgingstest av deltakerne. Til tross for disse begrensningene, viser studien at fysisk aktivitet i form av tradisjonell gresk dans kan være en effektiv tilnærming for å forbedre livskvaliteten hos mennesker med schizofreni.

Artikkelen av Gomes et al. (2014) er også en randomisert kontrollert studie med en klar hensikt. Livskvalitet ble målt med spørreskjemaet WHOQol-Bref, som er et anerkjent spørreskjema for å måle livskvalitet. I likhet med studien Kaltsatou et al. (2015), preges studien av Gomes et al. (2014) av et lite utvalg deltakere (n=19), noe som kan begrense resultatene. Til tross for denne begrensningen, gir studien en indikasjon på at et gruppebasert treningsprogram kan ha en positiv effekt på livskvaliteten hos personer med en schizofrenidiagnose. Videre forskning på et større utvalg kan bidra til å styrke disse resultatene.

Deenik et al. (2017) gjennomførte en kvantitativ studie med en relativt stor deltakergruppe (n=184) for å undersøke effekten av fysisk aktivitet på livskvalitet hos langtidsinnlagte pasienter med psykiske lidelser. Studien brukte det standardiserte spørreskjemaet WHOQol-Bref for å måle livskvalitet. En av begrensningene ved studien er at den ikke inkluderte en kontrollgruppe, som kunne ha bidratt til å bekrefte om effekten av fysisk aktivitet på livskvalitet var betydelig, og om den var direkte knyttet til deltakelse i intervensjonen. En annen begrensning er at studien bare varte i fem dager, noe som kan svekke resultatene. På en annen side, kan denne studien bidra til å se på korttidseffekten og den umiddelbare effekten av fysisk aktivitet på livskvalitet. Det kan også tyde på at det ikke finnes noen

minimumsgrense for hvor mye fysisk aktivitet som kreves for å få økt livskvalitet. Selv om det var begrensninger, gir studien et viktig bidrag til litteraturen om betydningen av fysisk aktivitet for livskvaliteten hos personer med alvorlige psykiske lidelser, og understreker viktigheten av å implementere fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykiatrien.

Studien av Garcia-Garcés et al. (2021) hadde en relativt stor prøvestørrelse (n=86), og plasserte tilfeldig deltakerne i tre ulike grupper som gjennomførte forskjellig form for fysisk aktivitet. Dette kan potensielt bidra til reduksjon i graden av avvik i resultatene. Studien brukte også et validert spørreskjema (WHOQol-Bref) for å måle livskvalitet. Sett fra et overordnet perspektiv, kan det indikere at denne forskningen bidrar til å styrke viktigheten av å inkludere fysisk aktivitet som en del av behandlinger for mennesker med schizofreni.

Acil et al. (2008) er en kontrollert randomisert studie, og hadde en deltakerstørrelse på 30 personer. Som nevnt tidligere i resultatdelen, ble halvparten (n=15) plassert i en treningsgruppe, og de resterende (n=15) ble plassert i en kontrollgruppe. Fordelen med at studien inkluderte en kontrollgruppe, er at man kan sammenligne resultatene fra treningsgruppen og kontrollgruppen. En begrensning med studien er deltakerstørrelsen. Dette kan påvirke validiteten av resultatene. Det ble heller ikke rapportert om oppfølging i etterkant av studien, noe som ville vært nyttig for å se på langtidseffekten av fysisk aktivitet knyttet opp mot livskvalitet. Til tross for disse begrensningene tyder resultatene fra studien at fysisk aktivitet kan ha en positiv innvirkning på livskvaliteten hos pasienter med schizofreni, og at WHOQol-Bref kan brukes som et verktøy for å måle livskvalitet, samt evaluere slike resultater.

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet vil funn og resultater bli drøftet og reflektert over. Samlet, viser alle studiene at fysisk aktivitet kan ha positive helsefordeler for personer med psykiske lidelser. Forskning viser at pasienter som deltok i mer fysisk aktivitet hadde høyere funksjonsnivå og var i bedre stand til å utføre hverdagslige aktiviteter sammenlignet med de som var mindre fysisk aktive. Vi har valgt å strukturere diskusjonen etter aktivitetsperspektivet, som vil bli presentert gjennom de fire dimensjonene; *å gjøre, å være, å tilhøre* og *å bli*. Etter en grundig beskrivelse av aktivitetsperspektivet vil vi deretter ta for oss metodediskusjon og relevans for praksis. Diskusjonsdelen vil dermed bestå av tre deler.

Diskusjonen er sentrert rundt vår problemstilling som tar for seg hvordan fysisk aktivitet kan gi økt livskvalitet hos schizofrene voksne.

Engasjement i meningsfull aktivitet forbindes ifølge Ann. A. Wilcock og Clare Hocking med de fire dimensjonene. Gjennom aktivitet (å gjøre) kan mennesker finne mening og sosial identitet (å være), ta meningsfulle valg og utvikle en fremtidig sosial identitet (å bli). Samtidig kan man utvikle relasjoner og skape tilhørighet (å tilhøre). Wilcock og Hocking beskriver dimensjonene som begreper som kan bistå ergoterapeuter til å forstå og beskrive, hvordan meningsfull aktivitet kan bidra til velvære (Brandt et al., 2019, s. 117). Ved å vurdere pasienter innenfor disse fire dimensjonene kan ergoterapeuter få en helhetlig tilnærming til behandling og tilrettelegging for hver enkelt pasient. På denne måten kan man bistå med å få pasientene til å oppnå sine mål og på sikt bidra til økt livskvalitet.

## 5.1 Å gjøre

Denne dimensjonen tar for seg alt det vi mennesker gjør. *Å gjøre* fokuserer også på meningsfull aktivitet, som vil si aktiviteter vi gjør som får oss til å føle oss vel og tilfreds med det vi gjør. Å ha meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet er viktig for alle. Når vi utfører det vi trenger og ønsker å gjøre, gir det oss en opplevelse av selvstendighet og mestingsfølelse (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.).

Alle studiene kan knyttes opp mot dimensjonen *å gjøre* da samtlige studier tar for seg fysisk aktivitet som intervensjon, knyttet opp mot livskvalitet. Ved gjennomførelse av treningsprogram i studiene viser det seg at det er mulig å forbedre symptomer og livskvalitet (Kaltsatou et al., 2015; Gomes et al., 2014; Deenik et al., 2017; Garcia-Garcés et al; 2021; Acil et al., 2008). Studiene kan gi oss indikasjoner på hva som kreves for å øke livskvalitet hos personer med schizofreni. På den andre siden er det viktig å poengtere at trening ikke er en felles løsning for alle schizofrene (Folkehelseinstituttet, 2018). Det kan være enkelte pasienter som ikke er i stand til å trene av ulike grunner, eller at de ikke ønsker å delta. Her er det viktig at ergoterapeuten gjennomfører individuelle kartlegginger for å tilrettelegge best mulig, for å på sikt få rede på hvilke tiltak som er effektive for hver enkelt pasient. Studiene samlet viser hvordan fysisk aktivitet kan være en effektiv intervensjon for å forbedre livskvalitet (Kaltsatou et al., 2015; Gomes et al., 2014; Deenik et al., 2017; Garcia-Garcés et al; 2021; Acil et al., 2008).

## 5.2 Å være

I det ergoterapeutiske fagspråket er begrepet «aktivitetsrolle» forbundet med identitet og sosialisering. Man tilegner seg visse måter å være på, og gjennom hele livet handler man gjennom aktivitetskontekstene man er en del av. På denne måten lever man opp til forventningene om å handle i samsvar med bestemte roller. De rollene man har er med på å forme oss som personer og gir oss et personlig preg (Brandt et al., 2019, s. 121). Som nevnt tidligere, har flere pasienter rapportert at de setter pris på å være del av noe, samtidig som de ønsker å leve et så normalt liv som mulig. Dette

handler om å opprettholde roller som en hadde før man fikk diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2009). MOHO beskriver hvordan man gjennom internalisering av roller oppnår en forbindelse til andre (Brandt et al., 2019, s. 120). Aktivitetsrollen vår har innflytelse på aktivitet og måten vi organiserer handlinger i hverdagen på. De ulike rollene vi er en del av styrer hva vi foretar oss og forbindes med aktivitetsmønstre, da roller bidrar til å organisere vår tidsbruk (Brandt et al., 2019, s. 120).

Flere av studiene tar for seg gruppebasert fysisk aktivitet, der man gjennomfører intervensjonen som en del av en gruppe, der man tar en del i et fellesskap. Dimensjonen kan ha en del felles og kan knyttes opp til elementet *å tilhøre* ved at det først og fremst kan gi en følelse av tilhørighet, spesielt for de som har utfordringer med å føle seg inkludert. Ved å ta del i en rolle og være en del av noe kan bidra til å øke motivasjonen for fysisk aktivitet, fordi det kan være lettere å opprettholde positive vaner ved hjelp av støtte og oppmuntring fra andre. På den andre siden kan det oppstå konsekvenser. Det å være en del av en aktivitetsrolle kan føre til økt eksponering for sosial frykt, noe ikke alle er komfortable med. Dette kan derimot føre til en svekket livskvalitet. Å påta seg mye ansvar under en rolle kan også føre til økt stress og belastning, som igjen kan føre til utmattelse og forstyrrelse i aktivitetsbalansen (Wilcock, 2015)

Et annet relevant punkt er at fire av fem studier er gjennomført uten oppfølging etter endt intervensjon. Ved mangel på oppfølging etter endt intervensjon kan det ikke bare være utfordrende å opprettholde gjennomførelse av fysisk aktivitet i hverdagen, men også planlegging og opprettholdelse av struktur i diverse daglige gjøremål kan være utfordrende å opprettholde (Taylor, 2019, s. 96). Her kan en relevant arbeidsoppgave for ergoterapeuten være å kartlegge aktivitetsroller pasienten hadde før påvist diagnose, og bistå pasienten med å oppsøke tidligere aktiviteter og interesser. I studien til Kaltsatou (2015) har man en rolle som fysisk aktiv over et tidsrom på åtte måneder. Det ser ut som at det ikke er noen form for oppfølging etter endt intervensjon. Rollen de har tatt del i over lengre tid blir ikke fulgt opp, og kan fort falle tilbake til gamle rutiner (Kaltsatou, 2015). Dette kan føre til mangel på struktur og planlegging i hverdagen. En mulig forklaring på mangelfull oppfølging kan være mangel på ressurser i helsesektoren eller andre prioriteringer. Oppfølging over tid kan vise seg å være viktig, da daglig struktur og rutiner kan falle bort i takt med utviklingen av sykdommen (Helsedirektoratet, 2013). Mennesker med schizofreni kan ha utfordringer med å ta beslutninger da alle løsninger virker som å være like gode/dårlige (Nordbø, 2022). Dette kan resultere i at man gjerne velger å være inaktiv fremfor å være fysisk aktiv.

### **5.3 Å tilhøre**

Å tilhøre tar for seg omgivelser man utfører aktivitet i, og samhørighet til andre personer, kulturer og samfunn (Wilcock, 1999). Tilhørighet kan handle om å tilhøre et felleskap eller føle at man er en del av noe, og er en viktig faktor for å føle seg satt pris på og tilfreds i livet. Personer med schizofreni kan ha utfordringer med å føle seg inkludert og det å ta del i et felleskap. Grunner til dette kan være symptomer som sosial tilbaketrekning og frykten for stigmatisering. Mangel på tilhørighet kan føre til at man føler seg ensom som igjen kan føre til isolasjon. Derimot kan støtte fra familie og venner være viktig for å styrke livskvalitet og tilhørighet (World Health Organization, 2022).

Resultatene i studien utført av Gomes et al. (2014) indikerer at 50% av deltakerne i treningsgruppen rapporterte en økning i de sosiale aspektene målt av spørreskjemaet WHOQol-Bref. Resultatene indikerer at deltakerne kan ha opplevd en opplevelse av fellesskap eller sosial tilhørighet som følge av deltakelse i den 16-ukers treningsintervensjonen. Dette kan indikere at å være en del av en treningsgruppe kan ha en positiv innvirkning på tilhørighetsfølelsen over tid (Gomes et al., 2014). Studien utført av Kaltsatou (2015) varte i åtte måneder. Også her ble det rapportert en økning i sosiale forhold etter intervensjonsslutt. Dette kan tyde på at å være en del av en treningsgruppe over lengre tid kan gi en følelse av økt tilhørighet hos personer med schizofreni. Også i Deenik (2017) sin studie blir det rapportert om forbedring i de sosiale aspektene i måleskjemaet WHOQol-Bref. Det blir imidlertid ikke spesifisert om deltakerne trener individuelt eller er en del av en treningsgruppe. Det kan diskuteres hvorvidt det er fysisk aktivitet som er årsaken til en følelse av tilhørighet, eller om det å være en del av en gruppe er grunnen til tilhørighetsfølelsen. Det presiseres at det trengs mer forskning for å gi konkluderende funn om virkningene av fysisk aktivitet på den fysiske og mentale helsen til pasienter med schizofreni (Gomes et al. 2014). Garcia-Garcés et al (2021) diskuterer ikke de sosiale fordelene ved fysisk aktivitet, noe som kan indikere at deltakerne trente individuelt. Denne studien gir derfor ikke grunnlag til å si om fysisk aktivitet har en betydning for sosiale forhold. Resultatene i studien utført av Acil et al. (2008) ser man ingen signifikant forbedring i de sosiale aspektene i måleskjemaet WHOQol-Bref. Det blir derimot ikke spesifisert om deltakerne i studien trener individuelt eller i gruppe. Det gir oss derfor ingen rom for å diskutere om fysisk aktivitet gir en økt følelse av tilhørighet.

### **5.4 Å bli**

Denne dimensjonen fokuserer på pasientens potensial for vekst og utvikling. Ergoterapeuter vil vurdere pasientens evne til å sette mål, lære nye ferdigheter og utvikle seg som person. *Å bli* er en pågående prosess som går ut på å skape en fremtid gjennom det man foretar seg gjennom aktivitet (Brandt et al., 2019, s. 117). Med utgangspunkt i denne dimensjonen kan ergoterapeuter være



behjelpelige med å bistå personer med schizofreni med å oppleve utvikling og vekst gjennom aktiviteter og deltakelse i samfunnet. Her kan fysisk aktivitet være viktig, og kan bidra til økt livskvalitet. For personer med schizofreni kan det være utfordrende å oppleve fremgang og utvikling på grunn av symptomer som nedsatt motivasjon, samt utfordringen med å opprettholde interesse for en aktivitet (National Institute of Mental Health, u.å.).

Fysisk aktivitet kan knyttes opp til dimensjonen *å bli* ved at mestring av denne aktiviteten kan føre til følelse av mestring og personlig utvikling. Garcia-Garcés et al. (2021) brukte ulike former for fysisk aktivitet. Ergoterapeuter kan bruke samme tilnærming ved å benytte seg av ulike treningsprogram som en del av behandlingen for å hjelpe pasienter med å finne en form for fysisk aktivitet de føler seg tilfreds med. Garcia-Garcés et al., (2021) har sett på både korttids- og langtidseffekter av fysisk aktivitet. Studien pågikk i 16 uker, der utfallene ble vurdert etter intervensjonsslutt, og ti måneder etter intervensjonsslutt. På denne måten kan man fange opp langsiktige effekter av intervensjonene. Deenik et al. (2017) har derimot kort varighet, som kan føre til at det blir for kort tidsrom til å fange opp langsiktige effekter av treningsprogrammet. Det kan derfor se ut som at resultatene kan være begrenset til korte effekter, og det kan hevdes at langsiktige effekter vil være annerledes.

Studien utført av Kaltsatou (2015) foregikk over et tidsrom på åtte måneder, og viste at forbedringene opprettholdt seg etter endt intervensjon. Dette kan tyde på en varig positiv effekt der deltakerne har fortsatt å drive med fysisk aktivitet etter endt intervensjon (Kaltsatou et al., 2015). Dette vil være spesielt viktig for schizofrene mennesker da de kan utsettes for utfordringer som kan påvirke helsen (Ververda & Bjørnstad, 2018). Ved å finne en aktivitet man er tilfreds med og opprettholder over en lengre periode kan derimot føre til økt livskvalitet (Kaltsatou et al., 2015). Selv om studien utført av Kaltsatou (2015) pågikk over et lengre tidsrom på åtte måneder, er det lite som tyder på at det var noen form for oppfølging etter endt intervensjon. Konsekvenser for dette kan være at deltakerne ikke får mulighet til å opprettholde ferdighetene de lærte under treningsperioden, og som på denne måten gjør at de lett faller tilbake til tidligere vaner som kan utgjøre at inaktiviteten vedvarer. Dette kan igjen føre til økt risiko for svekkende livskvalitet. En mulig forklaring på manglende oppfølging kan være at det er utfordrende å tilby oppfølging over tid. Man er avhengig av nok tid og ressurser, som kan være begrenset.

## 5.5 Metodediskusjon

I søkeprosessen ble det brukt ulike søkeord. Større variasjon på søkeord og søkedatabaser kunne gitt oss et annet svar på problemstillingen. Artikkene er skrevet på engelsk, noe som kan ha påvirket vår oppfatning av innholdet. På bakgrunn av den subjektive karakteren av begrepet livskvalitet, valgte vi også å benytte oss av en artikkel som er publisert i Sivas, Tyrkia, som er en del av Asia. Dette kan ha ført til et unøyaktig svar på problemstillingen, da behandlingsmetodene for schizofreni i Tyrkia kan variere fra den norske behandlingsmetoden. Valget om å ekskludere medikamentell behandling kan ha preget resultatet, da vi ikke vet om deltakerne inntar noen form for medisiner som kan påvirke resultatene. Å inkludere de kroppslige og fysiske utfallene av fysisk aktivitet i sammenheng med livskvalitet kan ha gitt oss et mer nøyaktig svar på problemstillingen. Et større deltakerantall i studiene kan også ha gitt et annet svar. Til tross for de valgene som er tatt, mener vi at funnene har bidratt til å belyse viktigheten av fysisk aktivitet hos voksne med schizofreni, og hvorfor det kan være hensiktsmessig å inkludere fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

## 5.6 Relevans for praksis

Tidligere i diskusjonsdelen har vi flere ganger tatt opp diskusjonen om mangelfull oppfølging etter endt intervensjon, da det tyder på at dette er relevant for flere av studiene (Kaltsatou et al., 2015; Gomes et al., 2014; Acil et al., 2008; Deenik et al., 2017). Det er derfor viktig at vi fortsetter å nå ut og markedsfører arbeidet ergoterapeuter foretar seg. Dette kan føre til at flere får med seg viktigheten av ergoterapi, og at ser at ergoterapeuten er en viktig ressurs grunnet kjernekompetansen vi har for å se på personer som en helhet. Tilrettelegging for å muliggjøre aktivitet og deltakelse for alle er også en viktig del av arbeidet. Ergoterapeuter er et viktig og unikt yrke som skiller seg ut på flere måter. Dessverre er det få utenfor helsesektoren som har kjennskap til arbeidet som blir utført. En årsak kan være at ergoterapi er en relativt ny og ukjent yrkesgruppe sammenlignet med andre yrker i helsesektoren.

En mulig forklaring på mangelfull oppfølging etter endt intervensjon kan være mangel på ressurser, tid og økonomi. Yrkesgruppen vår er derfor avhengig av at det markedsføres og informeres om yrket, slik at folk får kunnskap om yrket og dens fordeler. Dette kan føre til at det opprettes flere ergoterapistillinger på arbeidsplasser, som vil si at flere ressurser blir brukt i behandling. Med mer oppmerksomhet rundt yrket, kan dette føre til at flere kan dra nytte av ergoterapitjenestene i fremtiden.

Alle studiene viser at fysisk aktivitet kan bidra til å gi økt livskvalitet hos mennesker med schizofreni eller alvorlige psykiske lidelser (Kaltsatou et al., 2015; Gomes et al., 2014; Deenik et al., 2017; Garcia-Garcés et al; 2021; Acil et al., 2008). På denne måten kan ergoterapeuter benytte aktivitet eller

annen form for fysisk trening til å presisere at det finnes andre behandlingsalternativer enn medikamentell behandling.

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilken betydning fysisk aktivitet har for livskvalitet hos voksne med schizofreni. Gjennom våre funn har vi sett at fysisk aktivitet kan bidra til økt livskvalitet, samt gi en følelse av tilhørighet. Ved å belyse dette i lys av aktivitetsperspektivet *å gjøre, å være, å bli og å tilhøre* har vi fått en forståelse av viktigheten av at voksne med schizofreni er i regelmessig fysisk aktivitet, og hvilken betydning dette kan ha for deres hverdag. Ergoterapeuter har en særegen forståelse for hvordan aktivitet kan integreres i dagliglivet, og sitter med en viktig kompetanse om samspillet mellom helse og aktivitet. Å inkludere fysisk aktivitet som en del av hverdagen kan virke å ha stor betydning for voksne med en schizofrenidiagnose, da det både kan føre til økt livskvalitet og kan gi forbedring i sosiale relasjoner. Som ergoterapeut på en psykiatrisk avdeling, kan man planlegge og tilrettelegge ulike aktiviteter for pasientene individuelt og i grupper, slik at pasientene opprettholder et gitt aktivitetsnivå.

På bakgrunn av at alle studiene viser at fysisk aktivitet kan gi økt livskvalitet hos voksne med schizofreni, blir vår konklusjon at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på livskvalitet, og at EuroQol-5D, WHOQol-Bref og Q-Les-Q er nyttige måleverktøy for å måle livskvalitet hos voksne med schizofreni. I flere av studiene rapporteres det om forbedring i det sosiale aspektet av Q-Les-Q og WHOQol-Bref. Dette tyder på at fysisk aktivitet kan være en inngang til sosiale relasjoner (Kaltsatou et al., 2015; Gomes et al., 2014; Deenik et al., 2017). Studien utført av Deenik et al. (2017) tyder også på at det ikke finnes en minimumsgrense for hvor mye fysisk aktivitet som kreves for å gi økt livskvalitet, da denne studien varte i fem dager. Flere av studiene hadde et lavt utvalg deltakere. Forskning på et større utvalg deltakere kan styrke vår konklusjon om at fysisk aktivitet kan bidra til å gi økt livskvalitet hos voksne med schizofreni. Selv om alle studiene viser at fysisk aktivitet kan bidra til å gi økt livskvalitet hos voksne med schizofreni eller alvorlige psykiske lidelser, er det fortsatt behov for mer forskning på området for å styrke disse konklusjonene.

Funnene vi har gjort gir gode muligheter for videre forskning. Gjennom dette arbeidet har vi erfart at fysisk aktivitet er helsefremmende i form av at det kan gi økt livskvalitet hos voksne med schizofreni, og at det kan være en viktig ressurs i hverdagslivet. Vi har konkludert med at det er viktig å se sammenhengen mellom psykisk helse og aktivitet, og at det kan være nyttig å fortsette å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen hos voksne med schizofreni. På bakgrunn av pasientgruppens evne til å opprettholde fysisk aktivitet over tid, kan videre forskning undersøke strategier som kan bidra til å vedlikeholde et aktivitetsnivå som er bærekraftig, og om det finnes noen nedre grense for hvor mye fysisk aktivitet som kreves for at denne pasientgruppen skal dra nytte av det.

## 7 Litteraturliste

Acil, A. A., Dogan, S., Dogan, O. (2008). *The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x>

Anda, L. (2013, 5. desember). *Mord, galskap og løver – schizofreni I norske aviser*. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/12/mord-galskap-og-lover-schizofreni-i-norske-aviser>

Arksey, H & O'Malley, L (2007) *Scoping studies: Towards a methological framework*. Hentet 24. mars 2023 fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmloi/bitstream/handle/11250/2477738/Arksey.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ayton, B. (2020, 19. september). *Ideas on Doing, Being and becoming*. <https://www.linkedin.com/pulse/ideas-doing-being-becoming-brooke-ayton>

Bjørnstadjordet, K. (2009). *Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*. [https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/545/5336/version/3/file/0509\\_Fagartikkel\\_427338.pdf](https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/545/5336/version/3/file/0509_Fagartikkel_427338.pdf)

Borg, M. (2010). Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet. *Ergoterapeuten nr.*, 5

Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (2019). *Basisbog i ergoterapi*. Munksgaard.

Bryant, W., Fieldhouse, J., Bannigan, K. (2014). *Creeks Occupational Therapy and Mental Health*. (utg 5.). Civita.

Cordingley, K. & Pell, H. (2014). Life skills. I W. Bryant, J. Fieldhouse and K. Bannigan (Red.) *Creek's Occupational Therapy and Mental health*, (s.294–308). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk

Deenik, J., Kruisdijk, F., Tenback, D., Jansen, A., Taal, E., Rock, M., Beekman, A., Tak, E., Hendriksen, I., Harten, P. (2017). *Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5562976/>

Endicott, J., Nee, J., Blumental, R. (1993) *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure*. Hentet 3. Mai fra <http://www.maternalwellnessclinic.ca/assets/files/Q-LES-Q-SF.pdf>

Ergoterapeutene. (u.å.). *Psykisk helse og samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser*. Hentet 5. april 2023 fra <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-psykisk-helse/psykisk-helse-samspillet-person-aktivitet-omgivelser/>

FN-sambandet (2023, 3. februar). God helse og livskvalitet. FN  
<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>

Folkehelseinstituttet (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. Folkehelseinstituttet, området for helsetjenester.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser-rapport-2018.pdf>

Folkehelseinstituttet (2018). *Måleinstrumentet EQ-5D*. Hentet 17. april 2023 fra  
<https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/sporreskjemabanken/maleinstrumentet-eq-5d/>

Folkehelseinstituttet (2009). *Livet med schizofreni – erfaringer fra mennesker med diagnosen*. Hentet 20. april fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/livet-med-schizofreni.-erfaringer-fra-mennesker-med-diagnosen.pdf>

Gangås, M. (2011, 2. august). Positive effekter av fysisk aktivitet for pasienter med schizofreni.  
<https://napha.no/content/14289/positive-effekter-av-fysisk-aktivitet-for-pasienter-med-schizofreni>

Garcés, L. G., Lopez, M. I. S., Cano, L. S., Melià, J. F., Azcona, D. M., Roig, G. B., Lisòn, J. F., Gregori, L. P. (2021). *The short and long-terms effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34934115/>

Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J., Silva, G, Corredeira, R. (2014). *Effects of a group physical activity program on physical fitness and quality of life in individuals with schizophrenia*.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755296614000453?via%3Dihub>

Hammel, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian journal of occupational therapy*, 71 (5), 296-305.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841740407100509>

Helgesen, L. A. (2017). *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi* (3.utg.)

Helsedirektoratet. (2022, 9. mai). *Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen/>

Helsedirektoratet. (2022, 18. januar). *Psykose*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser/>

Helsedirektoratet (u.å.) *Livskvalitet: WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*. Hentet 17. April

2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgrep-mot-barn-det-finnes-hjelp/utredning-av-pasienter/kjernerad-pasienter-med-seksuell-interesse-for-barn-bor-tilbys-strukturert-utredning/WHOBREF-instrument%20final.pdf/> /attachment/inline/b007706f-d161-4209-ba31-a6b022e44dfd:7bb10e617ec67d0ab8939e282cafdaf50fc1a6c/WHOBREF-instrument%20final.pdf

Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*.

Hentet 13. mars 2023 fra

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf

Helsedirektoratet (2022, 9. mai). *Voksne og eldre – generelle råd*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre#voksne-og-eldre-bor-vaere-regelmessig-fysisk-aktive>

Helsenorge (2022). *Schizofreni*. Hentet 3. mai 2023 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni/>

Helsekompetanse. (u.å.). *Livskvalitet – hva er det?* Hentet 9. mars 2023 fra

<https://min.helsekompetanse.no/mod/book/view.php?id=2025&chapterid=1314>

Hem, E (2020) *IMRAD*. Hentet 31. Mars 2023 fra <https://sml.snl.no/IMRAD>

Hitch, D., Pépin, G. & Stagnitti, K. (2014). In the footsteps of Wilcock, Part one. The evolution of doing, being, becoming and belonging. *Occupational therapy in health care – a journal of contemporary practice*, 28 (3), 231-246.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732305276687>

Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.

Kaltasou, A., Kouidi, E., Fountoulakis, K., Sipka, C., Theochari, V., Kandylis, D., Deligiannis, A. (2015) *Effects of exercise training with traditional dancing on functional capacity and quality of life in patients with schizophrenia: a randomized controlled study.*

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215514564085>

Lundbeck. (u.å.). *Forstå schizofreni*. Hentet 18. april 2023 fra

<https://www.lundbeck.com/no/patients/psychiatry/schizophrenia>

Martinsen, E. W., Taube, J. (2008). *Schizofreni. Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Millimeterpress as.

Mckinstry, C., Brown, T. & Gustafsson, L (2014) *Scoping reviews in occupational therapy: the what, why and how to*. Hentet 31. Mars 2023 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24125011/>

Mostad, M., Skjelbred, M., Bråten, V., Bonaksen, T. (2013). *Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon*. Ergoterapeuten nr 04.

National Institute of Mental Health. (u.å.). *Schizophrenia*. Hentet 21. April 2023 fra

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>

Nasjonalt senter for aldring og helse. (u.å.). *Aktivitet er viktig*. Hentet 21. april 2023 fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/aktivitet-er-viktig/>

Nordbø, B. (2022, 16. februar). *Ambivalent*. Store norske leksikon. <https://snl.no/ambivalent>

Rebeiro, K. L. (2001). Enabling occupation: The importance of an affirming environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 80–89.

<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/000841740106800204>

Rein, J., O. (2017, 20. november). *Kan vi stole på Pubmed?* Fagside for medisin og helse.

<https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/2017/11/20/kan-vi-stole-pa-pubmed/>

Røssberg, J. (2022, 1. februar). *Schizofreni*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/schizofreni>

Rådet for psykisk helse. (u.å.). Om hverdagsglede. Hentet 5. april 2023 fra

<https://psykiskhelse.no/kurs/hverdagsglede/>

Taylor, R. R. (2019). *MOHO Kielhofners model for menneskelig aktivitet*. (3. Utg.). Munksgaard.

Ververda, J & Bjørnstad, M., M. (2018). *Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni*. <https://sykepleien.no/forskning/2018/02/slik-kan-sykepleiere-bedre-helsen-til-personer-med-schizofreni>

Wilcock, A. (1999). *Participation*. Hentet 15. mars 2023 fra

<http://www.otireland.ie/Participation.html>

Wilcock, A. (2002, 26. februar). *Reflections on doing, being and becoming*. Wiley online library.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x>

Wilcock, A. (2006). *An occupational Perspective of Health*. (2. Utg.). SLACK Incorporated.

Wilcock, A., A & Hocking, C. (2015). *An occupational Perspective of Health* (3. Utg.), USA: Slack Incorporated.

World Health Organization. (2022, 10.january). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>



