

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med alvorlig psykisk lidelse til økt motivasjon for fysisk aktivitet?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 05.05.22]

X

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag:

Bakgrunn:

Rundt halvparten av befolkningen vil i løpet av livet få en psykisk lidelse som er behandlingstrengende, de vanligste diagnosene er depresjoner, angstlidelser og misbruk av rusmidler. Den hyppigst brukte behandling er samtale terapi og medikamentell behandling. Effekten av fysisk aktivitet er godt dokumentert hos personer med milde til moderate depresjoner og kronisk tretthetssyndrom. Det kan også være nyttig ved panikkelidelse, generalisert angstlidelse, schizofreni, kroniske smertetilstander og alkoholisme. Fysisk aktivitet gir gunstige virkninger på flere plan hos personer og er et kostnadseffektivt tiltak

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med alvorlig psykisk lidelse til økt motivasjon for fysisk aktivitet.

Metode:

Vi har brukt integrativ litteraturoversikt som metode for denne oppgaven, og har brukt oppdatert fag og forsknings litteratur for å belyse vår hensikt. Vi har valgt fire artikler, hvor to har pasient perspektiv og to har sykepleierperspektiv.

Resultat:

Hvordan sykepleier opplever sin egen rolle med tanke på å motivere pasienter med alvorlig psykisk lidelse til økt fysisk aktivitet. Sykepleierne hadde liten tro på effekten av trening på alvorlig psykisk lidelse. Studie av effekten motivasjonsgrupper med pasienter med schizofreni lidelser kontra kontroll grupper uten motivasjonsgrupper. Studiene viste en viss effekt av motivasjonsgrupper sammenlignet med kontrollgruppen.

Diskusjon:

Studiene som ble gjennomført er korte, og har flere mangler som gjør at det er vanskelig å kunne dra slutninger ut ifra resultatene. Resultatene viser derimot en trend, at motivasjonsgrupper har en viss effekt på deltagelse og utholdenhet i fysisk aktivitet.

Konklusjon:

Det trengs mer og lengre forskning for å kunne si om motivasjonsgrupper har en effekt på deltagelsen i fysisk aktivitet hos pasienter med schizofreni.

Nøkkelord: Schizofreni, motivasjon og fysisk aktivitet

Innhold

1.0 Bakgrunn	4
1.1 Hensikt	5
1.2 Begrepsavklaring.....	5
1.3 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 Teori	7
2.1 Motivasjonsfaktorer.....	7
2.1.1 Følelser og instinkter	7
2.1.2 Indre drivkrefter	7
2.1.3 Forventninger	8
2.1.4 Ytre faktorer	8
2.2 Motivasjonsteorier.....	8
2.2.1 Maslows behovspyramide	8
2.2.2 Selvbestedmelses-teori	9
2.2.3 Flow.....	9
2.3 Modellering	9
2.4 Tro på egen mestringsevne.....	10
2.5 Motivasjonsverktøy	10
2.5.1 Mental kontrast og implementeringsintensjon	10
2.5.2 Motiverende intervju	10
2.5.3 Stadiemodellen	11
2.6 Fysisk trening og fysisk helse.....	11
2.6.1 Fysisk trening og dens fysiske påvirkning på hjernen.....	12
2.6.2 Fysisk trening og psykisk helse.....	12
2.7 Schizofreni.....	13
2.7.1 Behandling.....	14
2.7.2 Generell helse hos pasienter med schizofreni lidelse	14
3.0 Metode.....	16
3.1 Studiedesign	16
3.1.1 Integrativ litteraturoversikt.....	16
3.2 Søkestrategi	17
3.2.1 Valg av artikler.....	17
3.2.2 Avgrensninger	20
3.2.3 Analyse av artikler.....	20
3.3 Kildekritikk	20
4.0 Resultater.....	22

4.1	Motivasjonsgrupper.....	23
4.1.1	Resultat forventning	23
4.1.2	Tro på egen mestringsevne.....	23
4.1.3	Mental kontrast.....	24
4.1.3.1	Autonomi.....	24
4.2	Sykepleiers holdninger og motivasjon	24
4.3	Manglende kunnskaper.....	25
5.0	Diskusjon.....	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.1.1	Analysediskusjon.....	27
5.2	Resultatdiskusjon.....	27
5.2.1	Resept for et sunnere Norge	28
5.2.2	Autonomi.....	29
5.2.3	Tro på egen mestringsevne.....	29
5.2.4	Sykepleiers holdninger og kunnskaper.....	30
6.0	Konklusjon	31
6.1	Implikasjoner for praksis.....	31
7.0	Referanser.....	32
	Vedlegg 1: Søkelogg	
	Vedlegg 2: Litteraturnmatrise	
	Antall ord: 7917	

1.0 Bakgrunn

Rundt halvparten av befolkningen vil i løpet av livet få en psykisk lidelse som er behandlingstrengende, de vanligste diagnosene er depresjoner, angstlidelser og misbruk av rusmidler. Den hyppigst brukte behandling er samtaleterapi og medikamentell behandling. Kostnadene til behandling øker og flere og flere blir rammet av psykiske lidelser (Martinsen, 2000). Effekten av fysisk aktivitet er godt dokumentert hos personer med milde til moderate depresjoner og kronisk tretthetssyndrom. Det kan også være nyttig ved panikklidelse, generalisert angstlidelse, schizofreni, kroniske smertetilstander og alkoholisme. Fysisk aktivitet gir gunstige virkninger på flere plan hos personer og er et kostnadseffektivt tiltak (Martinsen, 2000). Hvordan kan helsevesenet legge til rette for at dette oftere blir brukt som et tiltak i behandling?

Trening er en type universal-medisin som forebygger og lindrer nesten alle sykdomsforløp, somatiske og psykiske. Det fantes allerede i 2011 så mange som 130 kommuner i Norge der fastlegene har mulighet til å gi sine pasienter fysisk trening på resept, såkalte frisklivsreseppter (Vassnes, 2011).

Hjerneforsker og fastlege Ole Petter Hjelle vier blant annet et helt kapittel i boka *Sterk hjerne med aktiv kropp* til treningens effekt på behandling av depresjon (2020, s. 103-128). Han konkluderer nærmest med at trening har samme effekt som antidepressive medikamenter, dog uten bivirkninger (2020, s. 117). I tillegg til behandling av depresjon, trekker Hjelle frem den positive effekten fysisk trening har på tilstander som angst og søvnproblemer (s. 198), urolighet og apati hos demens-pasienter (s. 97), ADHD (s. 156), oppmerksomhet hukommelse problemløsning og impuls kontroll (s. 42). Skal en tro Hjelle her, høres dette veldig imponerende ut, og en blir fristet til å tro at fysisk trening nærmest burde være et obligatorisk behandlingstiltak ved psykiske og kognitive utfordringer.

Viktigheten av dette temaet går igjen i Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Her står det blant annet at «...informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling for brukere med psykoselidelser» (Helsedirektoratet, 2013, s. 71)

1.1 Hensikt

Vi har i denne oppgaven et ønske om å finne ut om hvordan sykepleier kan tilrettelegge og motivere til fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegg hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, da spesielt rettet mot pasienter med schizofreni lignende lidelser, som blant annet schizoaffektiv og schizofreni.

1.2 Begrepsavklaring

For bedre å kunne forstå hensikten med denne oppgaven, er det viktig å få definert noen begreper brukt i oppgavetittelen. Vi tenker da mest på begrepene motivasjon, fysisk trening og alvorlig psykisk lidelse.

Motivasjon

Ordet motivasjon stammer fra latin og betyr «å bevege seg» (Håkonsen, 2017, s. 89). «Motivasjon viser til en indre tilstand i organismen som forårsaker en bevegelse i retning av et mål.. ..motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning» (Håkonsen, 2017, s. 89).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet består av enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i en økning i energiforbruket (Bouchard, Blair & Haskell, 2006, s. 12-52).

Fysisk aktivitet brukes ofte som en samlebetegnelse på all form for aktivitet og fysisk utfoldelse som for eksempel fjelltur, organisert idrett og trim. Kjennetegnet ved disse aktivitetene er at puls og respirasjonsmønster blir høyere enn det kroppen har i hvile, og at musklene bruker mer energi enn de gjør når kroppen hviler.

Alvorlig psykisk lidelse

Å definere en psykisk lidelse som alvorlig kan være vanskelig, men gjenspeiler seg mest i hvor avhengig personen med en psykisk lidelse er av hjelp fra medikamenter og helsepersonell for å kunne fungere i hverdagen. Tung depresjon, bipolar lidelse, alvorlig og handlingslammende angst, alvorlig spiseforstyrrelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse, schizofreni og psykoser regnes gjerne blant det som kalles en alvorlig psykisk lidelse (Dagens medisin, 2019). Ved slike diagnoser har pasienten oftest en medikamentell behandling, i tillegg til kognitiv terapeutisk behandling hos spesialisthelsetjenesten. Og i noen tilfeller

legges slike pasienter inn på egnede avdelinger, etter eget ønske eller dersom pasienten er så syk at han er til fare for seg selv eller andre.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i seks hovedkapitler: innledning, teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. I oppgavens teoridel presenteres teori som er avgjørende for å få en for forståelse for tema vi har valgt å belyse. I diskusjonskapitlet diskuterer vi våre resultater opp mot tidligere forskning, og diskuterer hvordan sykepleier kan motivere pasientene til økt fysisk aktivitet.

2.0 Teori

For å lettere forstå hvorfor ulike metoder blir brukt til å fremme motivasjon hos mennesker, er det viktig å se på det faglige teoretiske grunnlaget disse metodene bygger på.

Her kommer vi til å presentere ulike relevante teorier som kan forklare hvilke faktorer som ligger til grunn for menneskets motivasjon.

2.1 Motivasjonsfaktorer

For å finne ut hvordan man kan motivere mennesker til for eksempel fysisk trening, kan det være nyttig å vite hva som ligger bak begrepet motivasjon. Hvilke iboende prosesser i menneskets natur spiller inn og påvirker motivasjon, og hvordan kan en som sykepleier gå frem for å styrke denne motivasjonen til en ønsket adferd hos pasienten om mer fysisk trening? Hva er det som motiverer et menneske til handling? Her vil vi gå gjennom noen av de ulike faktorene som går inn under begrepet motivasjon og hva som gjør at vi som mennesker blir motivert. Siden motivasjon er et vidt begrep som kan innebære mange faktorer, kommer vi her til å ta for oss de som er viktige knyttet til motivasjon hos pasientene.

2.1.1 Følelser og instinkter

Når en snakker om de indre kreftene som styrer et menneskes handling drar Håkonsen (2017) spesielt frem følelser som kanskje det viktigste motivet for handling. Følelser er ofte det som styrer et menneskes handling (s. 89). Andre motiverende drivkrefter er instinkter, som eksempelvis morsinstinkt, seksuelle drifter, eller utforskningstrang hos små barn. I motsetning til dyr som nesten utelukkende er styrt av instinkter, er menneskelig adferd derimot mer fleksibel og variabel og mer styrt av følelser og påvirkning av ytre omstendigheter (Håkonsen, 2017, s. 89).

2.1.2 Indre drivkrefter

I tillegg til følelser har vi andre indre drivkrefter som påvirker motivasjon. Blant disse finner man begrepene: Homeostase, trang til å gjenopprette psykologisk likevekt (Håkonsen, 2017, s. 89). Optimalt spenningsnivå, handlingsbehov for å oppnå indre spenning (Håkonsen, 2017, s. 90). Selvbildet, trang til å beskytte, ivareta og styrke dette selvbildet (Håkonsen, 2017, s. 93). Ubevisstheten, ubevisste motiver som påvirker handling (Håkonsen 2017, s. 92).

Personlighet, gjentatte negative erfaringer gjennom oppveksten kan føre til pessimisme, tillært hjelpeløshet, depresjon, handlingslammelse og apati. I andre enden er

optimisme og impulsivitet personlighetstrekk som kan forklare menneskers handlinger og motivasjonen bak (Håkonsen, 2017, s. 92-93).

2.1.3 Forventninger

Forventninger om at en handling vil føre mot et bevisst eller ubevisst mål fungerer også som en motivasjonsfaktor. Målet må da ha en subjektiv verdi som avgjør hvor viktig det er for det enkelte mennesket å nå dette målet. Forventningene er da igjen til dels styrt av tidligere erfaringer i lignende situasjoner. Her opereres det gjerne med en formel som sier at $\text{motivasjon} = \text{verdi} \times \text{forventning}$ (Håkonsen, 2017, s. 93).

2.1.4 Ytre faktorer

Ytre motivasjonsfaktorer er også viktige for å kunne forklare menneskelige handlinger. Her snakker vi gjerne om positiv og negativ feedback på ulike handlinger. Feedbacken fra menneskets omkringliggende sosiale nærmiljø skal motivere mennesket til ønsket adferd ut ifra det sosiale miljøets verdier. Positive reaksjoner fra det sosiale nærmiljøet øker sannsynlighet for en handling, mens negative reaksjoner minker sannsynligheten for samme handling. Denne fremgangsmåten appellerer til menneskets selvbilde og kan gi en indre motivasjon til å handle etter de sosiale forventningene, for å da få ros som igjen kan styrke selvbildet (Håkonsen, 2017, s. 94).

2.2 Motivasjonsteorier

Det finnes flere ulike teorier for hva det er som motiverer oss til ulike aktiviteter. Her kommer vi til å ta for oss noen av disse teoriene, som kan forklare hva som ligger bak og hva som skal til for å motivere oss.

2.2.1 Maslows behovspyramide

Denne modellen tar utgangspunkt i at det eksisterer et hierarki av menneskelige behov. Nederst har vi de grunnleggende behov som mat og drikke. Deretter følger sosiale behov som nærhet, trygghet og vennskap. På topp ligger det mer komplekse behov som kjærlighet, respekt og selvfølelse. Da med begrepet selvrealisering som det aller øverste nivået. Et hvert menneske har et behov og trang for å bevege seg oppover i dette hierarkiet for å få dekket disse behovene, og denne trangen blir da en motiverende faktor (Håkonsen, 2017, s. 90-91).

2.2.2 Selvbestemmelses-teori

Teorien ble utviklet av Edvard Deci og Richard Ryan i 1985. Selvbestemmelses-teori sier at alle mennesker har tre grunnleggende psykologiske behov som påvirker indre motivasjon; behovet for selvbestemmelse, tilknytning og mestring (Eide & Eide, 2018, s.56).

Denne teorien baserer seg på 3 fundamentale psykologiske behov: kompetenthet, autonomi og relaterbarhet. Mennesker er mest fornøyd når de klarer å oppfylle alle disse tre kriteriene.

Kompetenthet speiler menneskets behov for å føle at de mestrer en oppgave. Dette behovet motiverer ofte mennesker til å utforske og søke nye oppgaver. Denne motivasjonen er en selvoppfyllende profeti da man gjerne blir mer motivert av at man mestrer en oppgave og man dermed får mer motivasjon til å prøve nye ting igjen (Gagné & Deci, 2005, s. 332-335).

Behov for autonomi er grunnet i menneskets behov for frihet og reguleringen av seg selv i motsetning til fra andre. Dette fører til at man føler at man har større selv-integrasjon, selv-aktualisering og følelse av kontroll (Gagné & Deci, 2005, s. 332-335).

Relaterbarhet er knyttet til selvets behov for å knytte meningsfulle bånd med andre.

Denne teorien har i senere tid blir støttet av nyere forskning. Forskningen tyder på at disse tre behovene forsterker hverandre men også er en motivator i seg selv (Gagné & Deci, 2005, s. 332-335).

2.2.3 Flow

Begrepet «flow» eller «flyt» er en tilstand mennesker kan oppnå ved å gjøre bestemte oppgaver og handlinger. Dette er en tilstand av å være totalt oppslukt av det en holder på med og dermed glemmer alt annet som foregår rundt seg selv, inkludert følelser og bekymringer. Ønsket om å oppnå denne tilstanden kan være en sterk motivator for å gjøre bestemte oppgaver eller handlinger (Håkonsen, 2017, s. 94).

2.3 Modellering

Den kanadiske psykologen Albert Bandura regnes som grunnleggeren for teorien om modellering eller observasjonslæring. Han mente at vår personlighet blir dannet gjennom modellering. Personen som observerer lærer noe om atferden i forhold til situasjon den foregår i (Bandura, 1971, s. 244).

2.4 Tro på egen mestringsevne

Bandura (1977) har vist at de forventningene vi har til vår egen evne til å lykkes med noe påvirker utfallet. Tro på egen mestringsevne kunne predikere utfallet av en oppgave med 92% i følge Bandruas forskning (Bandura, 1977, s. 213).

2.5 Motivasjonsverktøy

For å kunne spille på de indre drivkreftene i et menneske, med mål om å skape en indre motivasjon til fysisk trening, brukes det flere ulike metoder eller verktøy. Det kan tenkes at selv om grupper av mennesker har felles diagnose, vil det være individuelle forskjeller på hvor mottakelige de er for disse metodene.

Siden forskningen så langt antyder at nettopp fysisk trening har en gunstig og positiv effekt, ikke bare på det rent fysikalske, men også det symptomatiske aspektet ved alvorlig psykiske lidelser som schizofreni, jobbes det mye med hvordan en kan motivere slike pasienter til mer fysisk trening. Herunder nevnes noen slike motivasjonsverktøy, og vi vil i påfølgende analyse av utvalgte forskningsartikler se på bruk og effekt av noen av disse metodene.

2.5.1 Mental kontrast og implementeringsintensjon

Verktøyet mental kontrast fokuserer på selvregulerings-strategier som adresserer typiske problemer med å oppnå satte mål, som å komme i gang med en ønsket adferd og å holde adferden gående til tross for hindringer underveis (Sailer et al. 2015, s. 2).

Først setter en seg et personlig ønske eller mål, for deretter å forestille seg det mest positive utfallet ved å nå dette målet. Dette mest positive utfallet settes så i kontrast opp mot hinderet akkurat nå som stopper deg fra å nå målet ditt. Neste steg er å kartlegge hvilke hjelpemidler en kan bruke for å komme forbi dette hinderet. I dette trinnet setter en opp implementeringsintensjonene som skal fortelle hva en skal gjøre hvis en eller annen situasjon, tanke eller følelse skulle inntreffe (hvis dette -så gjøres dette osv) (Wester, Wahlgren, Wedman & Ommundsen,, 2008, s. 2).

2.5.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en pasientsentrert, empatisk samtalemetode med fokus på å forstå pasientens perspektiv, og å stimulere pasienten til endring på egne vilkår. Metoden legger vekt på at pasienten skal tenke over vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en

beslutning om atferdsendring. Fremgangsmåten skal skape interesse og motivasjon, forberede og hjelpe pasienten til å komme i gang med endring. Intervjuer forsøker her å finne endringssnakk hos pasienten, og å forsterke dette. For å oppnå dette bruker intervjuer teknikker som aktiv lytting, åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatning, skalering, og å tilby pasienten informasjon, råd og forslag ved behov.

Motiverende intervju kan også integreres i annen behandling, noe som ser ut til å forbedre effekten av behandlingen (Westeret al., 2008, s. 106-119).

2.5.3 Stadiemodellen

En av de mest populære og mest brukte modellene for å beskrive og endre atferd er stadiemodellen. Denne modellen består igjen av flere deler.

Første del består av *endringsstadier* der deltakeren går igjennom fem til seks stadier av vilje og motivasjon til atferdsendring; før-overveiellesstadiet, overveiellesstadiet, forberedelsesstadiet, handlingsstadiet, opprettholdelsesstadiet og vedlikeholds stadiet.

For å kunne jobbe seg oppover i dette hierarkiet av stadier opererer Aktivitetshåndboken med ti virkemidler. Fem av disse defineres som *kognitive eller tankefokuserte* og heter; bevisstgjøring, følelsesmessig opplevelse, sosial revurdering, personlig revurdering og nærmiljøstrategier. De fem andre defineres som *atferds- eller aktivitetsrettede* og heter; atferdstilpasning, sosial støtte, belønning, engasjement og situasjonskontroll. De kognitive virkemidlene ser ut til å være viktigst i de første stadiene, mens etter hvert blir de aktivitetsrettede mer nyttige.

Andre deler av stadiemodellen tar for seg psykologiske og handlingsorienterte prosesser som omhandler evnen til selvhjelp. Herunder behandles temaer som mestringsforventning, aktivitets spesifikk selvtillit og motivasjonsbalanse. Mestringsforventning reflekterer tro på egne evner til å endre atferd, og defineres her som selve drivkraften mellom de ulike stadiene. Denne kan styrkes ved hjelp av de fire hovedelementene; positive erfaringer, positive forbilder, støtte fra omgivelsene og fokus på positive følelsesmessige og kroppslige tilstander (Westeret al., 2008, s. 90-97).

2.6 Fysisk trening og fysisk helse

Det finnes enorme mengder dokumentasjon på de positive fysiske effektene på kroppen ved å drive med regelmessig fysisk trening og aktivitet. Blant annet vil man kunne få lavere hvilepuls og hjertets slagvolum øker. Kolesterol- og insulin nivået i blodet synker, som igjen

reduserer risikoen for diabetes, blodpropp eller hjerte- og karsykdommer. Immunsystemet blir sterkere. Nivået av stresshormonet kortisol i blodet synker. Forbrenningen av fett som energikilde stiger, noe som igjen fører til mindre fettvev på kroppen. Dette er bare noen av alle effektene fysisk aktivitet har på kroppen (Westeret al., 2008, s. 16–35).

2.6.1 Fysisk trening og dens fysiske påvirkning på hjernen

Hjerneforsker Ole Petter Hjelle påstår at trening først og fremst gjør oss «hjerne-sterke» (Hjelle, 2021, s. 26), noe som igjen reduserer risikoen for demens (Hjelle, 2021, s. 89).

Senere forskning har vist at trening øker volumet i hippocampus (Carlbo, Claesson & Äström, 2018, s. 2). Denne delen av hjernen sees i sammenheng med kognitive ferdigheter som hukommelse og læring, koordinasjon, balanse og reaksjonsevne. Hippocampus spiller også en stor rolle i det emosjonelle nettverket. Dette nettverket prosesserer emosjonelle stimuli, genererer emosjonelle responser og danner forventninger om negative og positive utfall av handlinger (Plessen & Kabicheva, 2010, s. 2).

Trening øker nivåene av monoaminene serotonin, noradrenalin, dopamin samt vekstfaktoren BDNF i hjernen, og dermed reduseres også risiko for depresjon (Hjelle, 2021, s. 117).

2.6.2 Fysisk trening og psykisk helse

Det er gjort mange undersøkelser på effekten av fysisk trening på nettopp psykisk helse. I review-artikkelen «Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence» sammenlignes tidligere studier av hvilket utslag fysisk trening har på psykiske lidelser. Artikkelen konkluderer med at trening i tillegg til konvensjonell behandling gir merkbare positive effekter også på alvorlige psykiske lidelser (Zschucke, Gaudlitz & Strøle, 2013).

Størst positiv effekt kan sees på behandling av angstlidelser og depresjon. Siden disse lidelsene gjerne henger sammen med, eller er en *følgelidelse* av, mere alvorlige lidelser som psykoser og schizofreni kan det tenkes at også slike pasienter har nytte av den fysiske treningen uavhengig av om treningen har effekt på de andre spesifikke symptomene. Artikkelen viser også til at schizofreni-pasienter hadde store mentale forbedringer som følge av et tilrettelagt treningsopplegg. Her påpekes det også at fysisk trening ser ut til å redusere både positive og negative symptomer ved schizofreni. Forskningen viste at treningsformen

yoga så ut til å ha like god effekt på schizofreni-symptomer som høy-puls trening som jogging og aerobics (Zschucke, Gaudlitz & Strøle, 2013, s. 17-20).

Det må også nevnes at ved et tilrettelagt fysisk treningsopplegg så følger det med andre aspekter som kan være med å påvirke resultatet, slik at det kan være vanskelig å trekke ut den fysiske treningen som en spesifikk årsak til symptomreduksjon hos disse pasientene. Den terapeutiske kontakten, det sosiale samholdet (gruppe-motivering), og avledningen som treningen ofte fører til kan også spille inn og gi positive symptomreducerende effekter. Miljøet treningen foregår i virker også inn, spesielt på sanseintrykkene, om det foregår ute i naturen eller innendørs (Zschucke, Gaudlitz & Strøle, 2013, s. 17-20).

I en oppsummering av kunnskap utgitt av Omsorgsbiblioteket på vegne av Helsedepartementet i august 2021 vises det til undersøkelser gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger fra psykiatriske pasienter. Pasientene selv melder at fysisk trening gjør at de; føler seg mer energiske og i bedre humør, føler økt velvære og selvfølelse, opplever mindre stress og bedre søvnkvalitet, oppnår bedre håndtering av symptomer. Treningen var et nyttig verktøy til å mestre sine plager, og effektiv distraksjon fra negative tanker (Danielsen, 2021, s. 39-40).

Aktivitetshåndboken fra Helsedirektoratet viser til at fysisk trening må foregå over en viss tid før de positive psykiske effektene gjør seg mer gjeldende. Den fysiske kroppslige effekten kommer derimot tidlig i treningsforløpet, og denne effekten kan i seg selv generere positive psykiske effekter (Wester et al., 2008, s. 99).

2.7 Schizofreni

Det finnes mange misoppfattelser av hva schizofreni er, selv i dag lever noen av disse misoppfattelsene i beste velgående. Den vanligste misoppfattelsen i dagens samfunn er at schizofrene er farlige og ofte utøver vold. En annen vanlig misoppfattelse er at schizofrene har et såkalt «splittet personlighet», hvor pasienten har flere personligheter slik som dr. Jekyll & Mr. Hyde. Denne misoppfattelsen kommer av ordets opprinnelse, hvor «schizo» betyr splittet og «phren» betyr sinn (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001, 416-421).

Schizofreni kjennetegnes av fundamentale og karakteristiske endringer i persepsjon og tenkning. Klar bevissthet og intellektualitet er ofte beholdt, men kan over tid forringes. Sykdommen preges ofte av hallusinasjoner, vrangforestillinger, uorganisert tale og apati. Man skiller gjerne mellom *positive* og *negative* symptomer. Positive symptomer består av blant annet hallusinasjoner, vrangforestillinger, storhetstanker, kataton atferd og uorganisert tale.

Negative symptomer består av apati, depressive tanker og alogia (mindre tale), (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001, 421-425).

Ifølge ICD – 10 er den vanligste typen schizofreni paranoid schizofreni. Disse pasientene er ofte svært preget av paranoide vrangforestillinger og hallusinasjoner. Dette kan for eksempel være at pasienten hører stemmer som truer dem eller de kan se andre personer som ikke er der, som forfølger dem (ICD-10, 2022). Man skiller mellom 9 forskjellige typer schizofreni, inkludert paranoid. Noen av de andre formene for schizofreni er hebefren schizofreni hvor man ser de vanlige diagnosekriteriene til schizofreni, men denne formen er også ledsaget av uansvarlig og uforutsigbar atferd. En annen form for schizofreni er kataton schizofreni, som er en sjelden diagnose i dagens samfunn. Denne klassifiseres av psykomotoriske forstyrrelser, som veksler mellom hyperkinesi og stupor (ICD, 2022).

2.7.1 Behandling

Målet med behandlingen av schizofreni er å oppnå best mulig effekt sånn at pasienten kan leve et så godt liv som mulig, ut fra de forutsetninger denne personen har (NHI, 2021). Bruk av medikamenter står sentralt i den akutte perioden, som ofte er preget av psykose.

Medikamenter (antipsykotika) har godt dokumentert effekt for å forkorte psykose perioden, det vil si hvor pasienten er preget av hallusinasjoner, sanseforstyrrelser og vrangforestillinger. Det er også grunnlag for å si at medikamenter minsker risikoen for tilbakefall og dødelighet (NHI, 2021).

2.7.2 Generell helse hos pasienter med schizofreni lidelse

Forventet levealder for de med psykiske lidelser er fem til femten år kortere enn hos befolkningen generelt. ROP (rus og psykiatri) lidelse kan redusere antall leveår ytterligere (Tesli et al., 2014).

Overdødeligheten blant mennesker med psykiske lidelser skyldes både større risiko for ulykker, suicid og fysisk sykdom. Den økte forekomsten av fysisk sykdom kan delvis skyldes sammenhengen mellom psykiske lidelser og livsstil, som økt bruk av rusmidler, tobakk, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet, som er risikofaktorer for en rekke livsstilssykdommer som hjerte og karlidelser, diabetes og flere typer cancer (Tesli et al., 2014).

De vanligste medisinene brukt for schizofreni som clozapine og olanzepine gir hos mange bivirkninger som vektoppgang, dårligere glukose regulering og diabetes. Opp mot

80% av pasientene på disse medisinene opplever vekt oppgang over 20% av kroppsvekten før de startet på medisinene (Tesli et al., 2014).

Antipsykotiske medisiner kan føre til vekt oppgang og ugunstig fettsammensetning i blodet. Man kan derimot ikke finne noe økt risiko for overdødelighet hos pasienter som bruker antipsykotika sammenlignet med pasienter med psykose som ikke bruker antipsykotika (Tesli et al., 2014).

3.0 Metode

Ifølge Dalland (2018, s. 51) skal metoden fortelle oss noe om hvordan man bør gå frem for å skaffe seg informasjon og kunnskap eller etterprøve kunnskap.

3.1 Studiedesign

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å systematisere kunnskap ved å gjøre en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer at man innhenter data fra allerede eksisterende kilder. Å anvende litteraturstudie krever at man systematiserer og går gjennom kunnskapen kritisk (Dalland, 2018).

En litteraturstudie kan inneholde forskning basert på kvalitative eller kvantitative metoder. En kvalitativ metode baserer seg på meninger og opplevelser hos objektet, og kan ikke tallfestes (Dalland, 2018, s. 52). Kvalitative undersøkelser går i dybden av et fenomen, og undersøke meninger, erfaringer og oppfatninger. Kvalitative undersøkelser inkluderer blant annet dybde intervju, tekstanalyse og observasjon (Dalland, 2012, s. 52-118). I kvantitative metode er det ofte en stor populasjon som undersøkes, og informasjonen man finner kan tallfestes og man kan analysere talldataene. Dette kan for eksempel være informasjon om høyde, vekt og BMI hos en stor populasjon. Med disse tallene kan man regne ut gjennomsnitt av BMI og laveste og høyeste verdi hos denne populasjonen. (Dalland, 2018, s. 52). Kvantitative undersøkelser inkluderer blant annet spørreundersøkelser og observasjon. Det er også mulig å analysere kvalitative data med kvantitative metoder, for eksempel at man tallfester ulike meninger og teller forekomsten.

3.1.1 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt som metode handler om å danne en oversikt over kunnskapen relatert til et tema (Friberg, 2017, s. 141). Det finnes flere måter å gjennomføre en litteraturstudie, blant annet allmenn og integrativ litteraturoversikt. Fellestrekket mellom disse er at begge baserer seg på å danne en oversikt over et tema eller fagområde, og systematisk utvalg av artikler er grunnleggende for denne typen metode. I en integrativ litteraturoversikt drar man egne konklusjoner fra resultatene, noe som skiller seg fra allmenn litteraturoversikt (Friberg, 2017, s. 143). I denne oppgaven har vi brukt integrativ litteraturoversikt som metode.

3.2 Søkestrategi

Før vi begynte det systematiske søket søkte vi på «schizofreni» og «fysisk aktivitet» for å få en oversikt over hvilken kunnskap som finnes rundt tema fysisk aktivitet og schizofreni, for å få et helikopterperspektiv (Friberg, 2017, s 146). Etter dette gikk vi mer strategisk frem for å finne artikler som passet til vår hensikt. Vi brukte søkedatabasene Chinahl, Pubmed og Oria. Vi brukte blant annet søkeordene «physical activity», «Schizofrenia», «nurses», «motivation» og ulike kombinasjoner av «and», «or» eller «not». Vi fokuserte på artiklene som var relevante for sykepleiefaget, og som samsvarte med vår hensikt. Vi leste oversikt og abstrakter for å finne ut hvilke artikler som var mest relevante for oss. Vi endte til slutt opp med fire vitenskapelige artikler, to med sykepleieperspektiv og to med pasientperspektiv. Dette fordi vi ønsker å belyse problemområdet fra begge sider. Vi valgte å ikke ta med artikler som kun fokuserte på effekt av fysisk aktivitet i behandling, da dette er kjent gjennom tidligere forskning. Vi har fokusert på hvilke faktorer som gjør at pasienten blir motivert og hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten i prosessen med å bli motivert.

3.2.1 Valg av artikler

For de søkeordene som ga flest resultater, ekskluderte vi flere artikler på grunn av manglende relevans for vår hensikt. Vi ønsket å finne artikler som fokuserte på behandling av schizofrene, og i hovedsak på institusjon. En av artiklene vi har valgt har data fra «out patient commutity» behandling, noe vi kan sammenligne med for eksempel EVP i Norge eller Mestringseneheten. Vi har valgt å inkludere denne da denne kan gi oss et bedre innblikk i hvordan pasientene kan fortsette med fysisk aktivitet når de blir skrevet ut av sykehuset, og ikke lenger har den tette oppfølgingen.

Tabell 1: Artikkel oversikt

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<p>Forfattere: Robson, D., Haddad, M., Gray, R. & Gournay, K.</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Tittel: Mental health nursing and physical health care: A <i>cross- sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness.</i></p>	<p>Sykepleiers holdninger til behovet for fysisk aktivitet hos personer med psykisk lidelse</p>	<p>Undersøke sykepleiere sine holdninger til ansvaret for den fysiske helsen til pasienter med psykisk lidelse</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvalitativ analyse av spørreskjema bestående av 28 spørsmål.</p>
<p>Forfattere: Sailer, P., Wieber, F., Pröpster, K., Stoewer, S., Nischk, D., Volk, F. & Odenwald, M.</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Tittel: <i>A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: a controlled pilot study with mental contrasting and implementation intentions (MCII)</i></p>	<p>Effekten av mental kontrast på pasienter med schizofreni.</p>	<p>Undersøke om bruken av motivasjons- verktøyene mental kontrast og implementerings- intensjon har effekt på pasienter med schizofreni.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Uvalgte pasienter delt inn i 2 kontrollgrupper uavhengig av hva slags avdeling de bodde på, der den ene gruppen brukte mental kontrast og implementerings intensjon som fremgangsmåte for å motivere til trening, mens den andre gruppen fikk lese informasjon om fysisk trening for deretter skrive ned sine egne mål om å begynne med jogging</p> <p>Datamaterialet ble analysert ved hjelp av SPSS</p>

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<p>Forfattere: Carboe, A., Claesson, H. P. & Åström, S.</p> <p>Årstall: 2018</p> <p>Tittel: Nurses’ Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia</p>	<p>Fysisk aktivitet som komplementær behandling hos pasienter med schizofreni</p>	<p>Undersøke sykepleiers erfaring med bruk av fysisk trening som tillegg til standard behandling av pasienter med schizofreni.</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvalitativ studie: fokusgruppe intervju</p>
<p>Forfattere: Beebe, L. H., Smith, K., Burk, R., Dessieux, O., Velligan, D., Tavakoli, A. & Tennison, C.</p> <p>Årstall: 2010</p> <p>Tittel: <i>Effect of a Motivational Group Intervention on Exercise Self- Efficacy and Outcome Expectations for Exercise in Schizophrenia Spectrum Disorders</i></p>	<p>Effekten av motivasjonsgrupper hos pasienter med schizofreni, relatert til fysisk aktivitet.</p>	<p>Undersøke hvordan «gåing, adressering av sensasjoner, læring om trening og oppfordring til trening» påvirker mestrings-følelse og forventninger til utbytte av trening, for pasienter med schizofreni- diagnoser.</p>	<p>Pasient</p>	<p>97 individer med schizofreni diagnose delt inn i 2 kontrollgrupper. Den ene gruppen brukte verktøyene «gåing, adressering av sensasjoner, læring om trening og oppfordring til trening» for å motiveres til trening. De fikk også hjelp med målsetting og instruksjoner om hvordan de kunne overkomme hinder for å trene. Den andre gruppen hadde ikke treningsopplegg, men drev med sosialisering, musikk og spill. Deltakerne skulle selv gi en score på mestringsfølelse under trening i tillegg til en score på forventningene om utbytte av treningen, før forsøket og etter forsøksperioden</p>

3.2.2 Avgrensninger

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde voksne pasienter, det vil si at vi har ekskludert barn og ungdom og geriatiske pasienter. Geriatiske pasienter er ofte multimorbide og har flere utfordringer. Derfor er det vanskeligere å se effekt av tiltak hos disse, da det er mange faktorer som spiller inn. Barn og ungdom har vi valgt å ekskludere da det er sjelden ungdom blir diagnostisert med alvorlig psykiske lidelser som schizofreni (dette er et av kriteriene ved diagnosen at de må være over 18 år, med unntak av hebefren schizofreni). Siden det er mange forskjellige diagnoser innenfor det som defineres som alvorlig psykisk lidelse, har vi valgt å spisse oss inn mot behandling av pasienter med schizofreni-lidelser som tar i bruk fysisk trening i tillegg til konvensjonell behandling.

3.2.3 Analyse av artikler

Vi startet analysearbeidet ved å lese gjennom artiklene flere ganger, for å få en god oversikt over resultatene, satte vi resultatene inn i tabell (Vedlegg 2). Det ble dermed lettere å se likheter og ulikheter mellom de ulike studiene. Vi gikk så gjennom artiklene, plukket ut relevante data som passet til hensikten med oppgaven, og samlet disse under hovedkategorier for resultatene.

Tabell 2: Hovedkategorier av funn i artiklene

Hovedfunn:	Underkategori:
Indre og ytre motivasjonsfaktorer	Mestringsfølelse
Sykepleiers holdninger og motivasjon	Sykepleiers livsstil
Manglende kunnskap	Manglende kunnskap hos pasienter og fagpersoner

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å kritisk vurdere den informasjonen som kommer frem i den valgte litteraturen (Dalland, 2018, s 158-159). Databasene Cinahl og PubMed er blitt benyttet i litteratursøket, dette er databaser med stor relevans for sykepleiefaget. For å kvalitetssikre artiklene vi har funnet, valgte vi å bruke IMRaD-struktur samt at artiklene er fagfellevurderte. Vi har også satt som kriterie at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år, slik at vi dermed vet at artiklene er relevante i dagens kontekst. Artikkelen skrevet av Beebe et al. er derimot over 10 år, da denne er skrevet i 2010. Vi har valgt å ta denne med da den hadde mange relevante

funn for vår hensikt, og artiklene bare så vidt overskredet grensen på 10 år. På grunn av mangel på relevante forskning har vi derfor valgt å ta med denne. Vi har kun brukt førstehåndskilder, slik at kunnskapen ikke allerede skal være fortolket, noe som kan føre til misforståelser. Vi har også gått inn på flere av artiklene som er beskrevet i forskningsartiklene og lest hva som er skrevet.

4.0 Resultater

I arbeidet med å motivere pasienter med schizofreni-diagnoser til å trene, eller i det minste å bli mer fysisk aktive, kan man ut ifra de fire valgte artiklene oppsummere følgende;

1. Helsepersonellet bør spille på *indre motivasjon* hos pasienten.
2. Indre motivasjon oppnås gjennom *mestringsfølelse* og en *forventning* til resultat
3. Ytre motivasjon er viktig for å få disse pasientene i gang, og også holde dem i gang
4. Ytre motivasjon oppnås best når helsepersonellet og pasienten selv har god kunnskap om effekten av trening, og det at helsepersonellet selv deltok i aktivitetene

Tabell 3: Oversiktstabell over artiklene: motivasjonsfaktorer

Pasientperspektiv	Metode verktøy	Motivasjonsfaktorer	
		Tro på egen mestringssevne	Forventning om resultat
Artikkel 2: A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: (pasientperspektiv)	Mental kontrast og implementeringsintensjon	Ved å bruke verktøyene under trenings-samlingene opplevde pasientene her høyere mestringsfølelse	Pasientene som deltok i forsøket viste standhaftighet i treningen, og en villighet til å fortsette med den, noe som vitner om økt forventning til resultatene av deltakelsen.
Artikkel 4: Effect of a Motivational Group Intervention on Exercise Self-Efficacy and Outcome Expectations for Exercise in Schizophrenia Spectrum Disorders (pasientperspektiv)	Adressering av sensasjoner, læring om trening og oppfordring til trening	Deltakerne av treningstimene opplevde økt mestringsfølelse, mer enn det kontrollgruppa som drev sosiale aktiviteter istedenfor trening meldte tilbake.	Pasientene som deltok i treningstimene opplevde en økning av opplevelse av forventning. Interessant nok opplevde kontrollgruppa som drev med sosiale aktiviteter istedenfor trening samme økning i grad av forventning til disse samlings-timene.

Sykepleierperspektiv	Metode verktøy	
	Kunnskap om effekt blant helsepersonell	Aktiv deltakelse fra helsepersonellet
Artikkel 1: Mental health nursing and physical health care. (sykepleier perspektiv)	Mer kunnskap, og jevnlig oppfriskning i grunnleggende sjekk av vitalia, vil gjøre psykisk helsepersonell mer oppmerksomme på betydningen av trening og fysiske parametere under behandling av tunge diagnoser som schizofreni.	N/A
Artikkel 3: Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia (sykepleier perspektiv)	Kunnskap om effekt bygger ned fordommer og motstand mot trening som supplerende behandling, lettere å motivere til trening når helsepersonellet selv vet om den positive virkningen.	Flere pasienter deltok i treningen når helsepersonellet selv også deltok. Helsepersonell som selv var motivert, og samtidig var pådrivere for trening, fikk med seg flere pasienter.

4.1 Motivasjonsgrupper

For å kunne måle effekt av ulike motivasjonsverktøy har det i disse forsøkene blitt tatt utgangspunkt i å undersøke i hvilken grad deltakerne opplevde forskjell i opplevelsen av indre motivasjon. Det ble rapportert en viss forskjell fra de som brukte disse verktøyene kontra kontrollgruppene. Disse forskjellene blir utdypet herunder.

4.1.1 Resultat forventning

De som hadde motivasjonstrening i form av WALC-S viste ingen forandring i resultatforventning. Forventningsgrad steg derimot litt for den ene kontrollgruppa som drev med sosiale aktiviteter istedenfor trening. Dette kan sees i sammenheng med at sosiale aktiviteter i seg selv har en positiv terapeutisk effekt som bør tas høyde for ved slike forsøk.

Kontrollgruppa gav en skår på 4.4 av 5 mulige, mens deltakergruppe gav 4.2, før forsøket. Etter forsøk hadde kontrollgruppa skår på 4.6 mens deltakerne scoret 4.2 (Beebe et al, 2010, s. 108).

4.1.2 Tro på egen mestringsevne

Beebe et al. (2010, s. 108) fant at de pasientene som hadde vært i motivasjonsgrupper (WALC-S) hadde høyere tro på egen mestringsevne enn kontrollgruppen i slutten av forsøket. Det var også en forskjell før forsøket og etter hvor tro på egen mestringsevne hadde gått opp

mens hos kontrollgruppen hadde skåren på denne gått ned under forsøket. SEE-skåren til forsøksgruppen var før forsøket 6,2 mens for kontrollgruppen var skåren 5,8. Etter forsøket var SEE (troen på egen mestringsevne) 6,6 hos forsøksgruppen gruppen og 4,8 hos kontrollgruppen. Analysen viste at forskjellen mellom disse to gruppen var statistisk signifikant (Beebe et al, 2010, s. 108).

4.1.3 Mental kontrast

Gruppa som brukte verktøyet mental kontrast viste større grad av utholdenhet og standhaftighet gjennom forsøksperioden enn kontrollgruppa. Av gruppa som brukte mental kontrast gjennomførte 85,94% av deltakerne mens for kontrollgruppa gjennomførte 60,42%. Det ble derimot ikke observert noen forskjell i grad av diagnose-symptomer mellom disse to gruppene (Sailer, 2015, s. 7-8).

BDI (symptombyrde) og PANNS (positive og negative symptomer) viste seg å droppe like mye for begge gruppene. BDI før forsøk viste skår på 13.75, og en skår på 9.77 etter forsøk. PANNS skåren før forsøk viste 19.08, og etter forsøk viste denne skåren 15.78.

4.1.3.1 Autonomi

I den autonomi fokuserte settingen, deltok MCII deltagerne på flere økter enn kontroll gruppen. I den høy strukturerte avdelingene, var det ingen forskjell på kontroll gruppen og forsøksgruppen. Man kunne ikke se noen statistisk signifikant forskjell mellom deltagerne fra den høy strukturerte avdelingen kontra deltagerne fra avdelingen med høy grad av autonomi. Graden av utholdenhet var større hos mentalkontrast gruppen fra autonomi fokuserte avdelingen (M=87,5%) enn kontroll gruppen (M=46,88%) mens på den høy strukturerte avdelingen ikke var noen signifikant forskjell mellom forsøksgruppen (M= 85,42%) og kontrollgruppen (73,96%) (Sailer, 2015, s. 7-8).

4.2 Sykepleiers holdninger og motivasjon

De fleste sykepleierne hadde stor tro på sine egne kunnskaper om helseråd når det gjaldt hjertehelse og i forhold til vektnedgang. 86% av de spurte sykepleierne følte det var en del av jobben deres å gi råd om kosthold. Det var derimot ikke mer enn 79,6% som følte at det var en del av jobben å hjelpe pasienter med vektnedgang og/ eller fysisk aktivitet. Flere av sykepleierne rapporterte at de brukte intuisjon for å vurdere hvilke av pasientene som var interessert i kostholds- og treningsråd. Det var større sannsynlighet at de som var ikke

røykende tilbydde råd for røykeslutt enn sykepleiere som røyket (Robson, Haddad, Gray & Gournay, 2013, s. 420-425).

Carlboe, Claesson og Äström (2018) fant i sin studie at det var grunnleggende med sykepleiers engasjement og deltagelse i aktiviteter for pasientenes motivasjon for fysisk aktivitet. Flere av sykepleierne nevnte at det også var viktig at legene var positive til fysisk aktivitet og at de oppfordret til dette, da mange følte at legen hadde mer autoritet enn sykepleierne hadde. På noen avdelinger hadde de egne aktivitetører som kom for å aktivisere pasientene. Dette gjorde at det ble varierte aktiviteter.

Noen av sykepleierne rapporterer at noen av pasientene blir verre av fysisk aktivitet, og at dette kan skyldes at pasientene er i en ustabil fase og at fysisk aktivitet kan føre til en økning av positive symptomer (Carlboe, Claesson & Äström, 2018, s. 602-605).

4.3 Manglende kunnskaper

Flere av sykepleierne påpeker i studien at både pasientene og de ansatte mangler kunnskaper om fordelene med trening. Flere av studiedeltakerne føler også at de mangler kunnskap om hvordan de skal gi videre kunnskapen om fordelene med fysisk aktivitet. Flere av de spurte sykepleierne stilte spørsmål om effekten av fysisk aktivitet (Carlboe et al., 2018, s. 603).

Flere av sykepleierne nevnte at de følte det var legens jobb å informere om bivirkninger på medisiner og anbefaling av fysisk aktivitet for å motvirke disse bivirkningene, mye også fordi at de følte at legen hadde mer autoritet enn sykepleierne. Fysisk aktivitet på resept ble nevnt, men flere av sykepleierne fortalte at mangel på kunnskap hos legene og sykepleierne ble dette i svært liten grad tatt i bruk (Carlboe et al., 2018, s. 603).

Carlboe et al. (2018, s. 602-605) fant i sin studie at flere av sykepleierne var positive til bruk av fysisk aktivitet som komplementær behandling for pasienter med schizofreni. Flere av sykepleierne hadde opplevd at pasienter som hadde vært fysisk aktive opplevde bedre søvnkvalitet i etterkant. Flere av sykepleierne fortalte at de hjalp pasientene med ulike former for planlegging for å komme i gang med fysisk aktivitet. Disse sykepleierne følte at dette var viktig for at pasientene skulle få dette inn i sin rutine.

5.0 Diskusjon

Her vil vi først diskutere ulike begrensninger i studiene som er gjort og begrensninger i metode som er blitt brukt i de ulike studiene. I dette kapitlet skal følgende problem diskuteres; *hvordan kan sykepleier tilrettelegge og motivere til økt fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegg hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse*. Her vil vi drøfte de sentrale funnene i artiklene opp imot teori bakgrunnen som ligger til grunn.

5.1 Metodediskusjon

Artiklene som er anvendt er fra USA, England, Sverige, Tyskland og Nederland noe som kan føre til at det er kulturforskjeller og ulike praksis hos sykepleierne og i behandling i psykiatrien. En av artiklene er fra Sverige, som vi kan anta har mye av de samme verdiene i helsearbeid som vi har i Norge, og vi kan dermed anta at resultatene er overførbare til vår kultur. Vi har konsekvent valgt artikler fra land som regnes som vestlige I-land, da dette gir oss et større sammenligningsgrunnlag. Det kan derimot tenkes at det er forskjell på standarden i helsevesenet i USA og England, da de har en annen helsereform og måte å finansiere sykehuset enn oss i Norden (og Tyskland/Nederland).

I en av artiklene jobbet forfatteren ved samme institusjon, noe som kan gjøre at deltageren ikke snakket like åpent som de ville gjort med en utenforstående. Artikkelen oppgir ikke hvilken rolle forfatteren hadde, men det kan tenkes om forfatteren har en lederstilling vil det være naturlig om deltagerne ikke ville snakke fritt.

Flere av artiklene har få deltagere, og lav deltagelse utifra spurte. I studiene med pasienter er det kun deltagerne som selv ønsket å trene som ble med på studiene, noe som kan gi et skjevt bilde, da disse pasientene kan ha en motivasjon for fysisk aktivitet før de startet på forskningsprosjektet. Studiene med pasienter er også i hovedsak basert på selvrapporing, noe som kan gi et skjevt bilde av resultatene da pasientene selv ikke nødvendigvis har god selvinnsikt, da dette er en del av sykdommen. Det vil også variere ut ifra om de har mange positive symptomer eller om de har mange negative symptomer om de vil undervurdere eller overvurdere sin egen deltagelse. I studiene er det heller ikke målt effekt på blant annet symptombyrde. I den ene studien ble deltagerne spurt om hvilke medisiner de gikk på før studien startet, men det er ikke vurdert på slutten av studien om deltagerne har sluttet på noen medisiner eller startet på flere medisiner. Det er heller ikke vurdert hvorvidt de deltagerne som hadde lav deltagelse hadde mange negative symptomer eller om de hadde fått nye medisiner som kunne påvirke deltagelsen i studien. I artikkelen som studerte effekten av motivasjonsgrupper, var studielengden kun fire uker, dette kan være for kort tid til å si noe om

effekten og sier lite om hva langtidseffekten er. Aktivitetshåndboken viser til at det tar flere måneder før positiv psykisk effekt begynner å gjøre seg gjeldende. En kan da lure på hvor relevante dataene samlet fra disse to undersøkelsene er i forhold til om de indikerer noen form for effekt.

I Artiklene som så på effekten av motivasjonsgruppe (MCII) ble flere av parameterne som BMI ble kun målt i forkant av studien og ikke etter. Dette gjør at man har lite informasjon om pasientene har forbedret scoren i forhold til disse parameterne. BDI, PANSS og IPAQ ble målt i forkant og i etterkant av forsøket, men ved sammenligning av disse tallene er begge gruppene sett under ett, og man kan dermed ikke si noe om effekten av mental kontrast på disse parameterne.

5.1.1 Analysediskusjon

Selve analysearbeidet av utvalgte artikler var systematisk og ryddig med tanke på å trekke ut hovedpunktene av resultatene til undersøkelsene. Ser dog i ettertid at vi med fordel kunne ha tatt med flere undersøkelser der andre former for motivasjonsverktøy ble tatt i bruk og målt effekt av. Gjerne da undersøkelser som gikk over en del lengre tid enn fire uker, der det også var en mer konsekvent rapportering av de samme parametere før, under og etter forsøksperiode. I valgte artikler ble det også brukt forskjellige måleverktøy for å kartlegge effekten av de ulike motivasjonsverktøyene.

Utfordringen med valgte hensikt for oppgaven var at det foreligger lite forskning på nettopp dette området. Det finnes mye god forskning på mål av effekten av trening blant pasienter med schizofrenidiagnose, men lite forskning på hvordan en som sykepleier kan motivere denne pasientgruppen til økt bruk av fysisk aktivitet. Vi mener likevel at selv om det var vanskelig å finne relevante artikler som samsvarer med hensikten med oppgaven, endte vi opp med fire artikler som belyste problemstillingen nok til at visse fellestrekk kunne dras ut av dem.

5.2 Resultatdiskusjon

Tidligere studier gjort på treningseffekten hos pasienter med schizofreni viser at mange av deltagerne dropper ut og at de mangler motivasjon for fysisk aktivitet (Archie, Wilson, Osborn, Hobbs & McNiven, 2003, s. 631). For å få pasienter med schizofreni til å forbedre den fysiske helsen sin vil det være grunnleggende at pasientene deltar i fysisk aktivitet. For at man skal få pasientene til å delta i fysisk aktivitet og fortsette med aktiviteten må man finne ut

hvordan man kan motivere pasientene og hvordan pasientene selv kan føle motivasjon for fysisk aktivitet.

Aktivitetshåndboken sier at for å lykkes med atferdsendring må man:

...møte den som skal endre atferd der den enkelte er psykologisk, og prøve å forsterke de virkemidler den enkelte typisk selv er mottagelig for og gjør bruk av på de ulike stadiene. Virkemidlene reflekterer med andre ord selvhjelpsprosesser den enkelte nyttiggjør seg av og som helsepersonell og andre kan benytte seg av og forsterke. Slik kan man bistå den enkelte i hans eller hennes atferdsendring til økt fysisk aktivitet. (Wester, Wahlgren, Wedman & Ommundsen, 2008, s. 94 - 95)

Bruk av ulike motivasjonsverktøy som mental kontrast og WALC-S, som igjen spiller på motivasjonsfaktorene *tro på egen mestringsevne* og *forventninger om resultat*, har positiv effekt på motivasjon sett ut ifra resultatene fra valgte artikler. Problemet her igjen, dersom man ser ut ifra stadiemodellen, er å vite langtidseffekten av disse 4-ukers forsøkene. For å oppnå atferdsendring peker stadiemodellen på trening over lengre tid der deltaker jobber seg oppover flere stadier, da gjerne med flere tilbakefall, før ønsket adferd er blitt en naturlig del av deltakers livsstil (Wester, Wahlgren, Wedman & Ommundsen, 2008, s. 90-97).

Artiklene som undersøker problemstillingen ut ifra et sykepleierperspektiv antyder at det er vanskelig å motivere denne pasientgruppen til å drive med fysisk aktivitet. De må være kreative og finne på mange ulike fremgangsmåter for at slike pasienter vil være med på aktivitetene (Carlboe et al., 2018, s. 603-605). Det kan derfor tenkes at en kombinasjon av de ulike verktøyene kunne gitt enda større effekt dersom eksempelvis motiverende intervju og positiv tenkning hadde blitt brukt samtidig som mental kontrast og WALC-S.

5.2.1 Resept for et sunnere Norge

Regjeringen vil «satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår», i tillegg til «å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet (Helsedepartement, 2003, s. 6).

Ifølge denne meldingen skal pasienter ta i bruk egne ressurser for å forbedre sin egen helse. Dette er første stortingsmelding som setter fysisk aktivitet i sammenheng med psykisk helse og som ser på fysisk aktivitet som en viktig faktor i psykisk helsevern. Fysisk aktivitet blir beskrevet som en kilde til livskvalitet og mestring. Når stortinget setter fokus på fysisk aktivitet som en viktig faktor i psykisk helsevern, er det også viktig at de som jobber i psykisk helsevern tar dette til etterretning og bruker det i arbeidshverdagen.

5.2.2 Autonomi

I forsøket med mental kontrast gruppene ser man at det er stor forskjell mellom kontroll gruppen og forsøksgruppen på den avdelingen hvor det var høy grad av selvbestemmelse og autonomi, mens det på den høy strukturerte avdelingen ikke var forskjell mellom gruppene (Sailer, 2015, s. 7-8). Dette kan tyde på at når pasienten selv får bestemme og når de selv har ansvar for egen handling kan dette være positivt for motivasjonen. Det kan argumenteres at disse pasientene fant en indre motivasjon for fysisk aktivitet, mens de pasientene som var på høy strukturerte avdelinger kanskje bare deltok på treningene fordi de ble bedt om å delta. Ifølge selvbestemmelses-teorien til Edvard Deci og Richard Ryan(1985) er behovet for autonomi grunnet i menneskets behov for frihet, og reguleringen av seg selv i motsetning til fra andre. Dette fører til at man føler at man har større selv-integrasjon, selv-aktualisering og følelse av kontroll (Deci & Ryan, 1985, s. 17-19). Vi kan se ut ifra MCII at pasientene som var på avdelinger med høy grad av autonomi gjorde det bedre enn de som var på høy strukturerte avdelinger, hvor graden av autonomi var lav (Sailer, 2015, s. 7-8). Det kan her diskuteres om dette skyldes vårt indre behov for autonomi og at dette fører til høyere grad av selv-aktualisering, i dette tilfellet i form av høyere deltagelse i fysisk aktivitet.

5.2.3 Tro på egen mestringsevne

Banduras teori om self-efficacy eller tro på egen mestringsevne kan være en viktig motivasjonsfaktor hos alle. Det øverste nivået på Maslows behovs pyramide er selvrealisering (Håkonsen 2017, s. 90-91). Tro på egen mestringsevne kan i mange tilfeller være en del av selvrealisering, da tro på egen mestringsevne vil være predikativt for hvor godt en person klarer å gjennomføre og dermed selvrealisering. Når man oppnår det man ønsker og har sett for seg, vil dette i seg selv være en motivasjonsfaktor, da dette vil bli en selvoppfyllende profeti. Beebe et al. (2010, s. 108) fant i sin forskning at de pasientene som hadde vært i motivasjonsgrupper hadde større tro på egen mestringsevne enn de i kontrollgruppen. Tro på egen mestringsevne kan også forklare selve resultatet for forsøket. Ut fra Bandruas teori vi pasienter med høyest tro på egen mestringsevne gjøre det bedre enn de med lav tro på sin egen mestringsevne (Bandura, 1977, s. 192- 205).

5.2.4 Sykepleiers holdninger og kunnskaper

Flere av sykepleierne rapporterte at de hadde lite kunnskap om effekten av fysisk aktivitet hos pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Flere sa i intervjuene at de ikke trodde på resultatene av fysisk aktivitet (Carlboe et al., 2018, s. 603).

En del av sykepleierne fortalte at de i mange tilfeller brukte intuisjon når de skulle bestemme hvem de skulle gi råd om kosthold og fysisk aktivitet. Sykepleierne antok at 42% av pasientene ikke ønsket helseråd og det ble derfor heller ikke gitt, mens bare 15% av pasientene oppga at de ikke ønsket slike råd. I nesten to tredjedeler av tilfellene hadde pasientene et ønske om råd om kosthold og fysisk aktivitet, men dette ble ikke gitt da sykepleierne trodde at pasienten ikke ønsket dette (Robson et al., 2013, s. 420-425). Intuisjon kan i mange tilfeller være en viktig sans, da mange sykepleiere har en «magefølelse» på at noe er galt og i slike situasjoner kan det være riktig å følge denne intuisjonen. Når det gjelder råd om fysisk helse og forbedring av den fysiske helsen bør det være slik at alle pasientene mottar slike råd og kunnskaper slik at pasientene selv kan ta det valget om de ønsker å gjøre nytte av denne kunnskapen eller ikke. Det vil selvfølgelig være viktig at sykepleier er var for pasienten tilstand og evne til å motta informasjon. Det er kanskje ikke riktig å komme inn å gi pasienten informasjon av viktigheten av fysisk aktivitet når pasienten er midt i en psykose med hallusinasjoner og vrangforestillinger, da vil det viktigste være å få pasienten stabil og ut av psykosen (Robson et al., 2013, 411-414).

En av studiene viser at det er større sannsynlighet for at sykepleiere som ikke røyker gir pasienter råd om røykeslutt. Flere av sykepleierne rapporterte også at de så på å røyke sammen med pasienten» som et tillitsskapende tiltak, hvor pasienten fikk et bedre forhold til sykepleieren. Når sykepleierne selv er med i slike situasjoner blir det vanskelig å skulle gi pasientene råd om livsstilsendringer. Modell læring er en viktig teori innen psykologisk forskning som viser at man ofte lærer mye av rollemodeller. Det er da viktig i slike situasjoner at sykepleierne er gode rollemodeller. I Norge har vi et vanlig uttrykk: «Gjør som jeg sier, men ikke som jeg gjør», dette kan ikke være gjeldende for sykepleiere når hovedfokuset skal være å få pasienten bedre (Robson et al., 2013, 411-414).

Når avdelingene hadde egne aktivitører var ble det mer varierte aktiviteter, noe som gjør at flere pasienter kanskje blir motivert for å delta. En egen aktivitør kan også gjøre at sykepleierne som allerede har mange oppgaver blir frigjort denne tiden og kan fokusere på andre sykepleier oppgaver. Aktivitører har også noe mer erfaring med motivering av pasienter enn hva sykepleiere har, da det er lite fokus på hvordan man kan motivere pasienter til fysisk aktivitet i grunn utdanningen (Carlboe et al., 2018, s. 603).

6.0 Konklusjon

Stortinget kom i 2003 med en melding hvor de setter fokus på fysisk aktivitet som en viktig faktor i psykisk helsevern. Det er derfor viktig at det blir et styringsdokument for alle de som jobber i psykisk helse. For at vi skal kunne sette fokus på økt bruk av fysisk aktivitet er det derfor også viktig at vi vet noe om hvordan vi kan hjelpe og motivere pasientene til økt fysisk aktivitet (Helsedepartementet, 2003, s. 6).

Resultatene fra artiklene viser at når målet er å motivere pasienter med schizofreni til fysisk aktivitet, er behovet for kunnskap viktig. Kunnskap om positiv effekt, fysisk og psykisk, ser ut til å i seg selv være en motiverende faktor. Dette gjelder både for helsepersonellet og pasientene.

Ved at helsepersonellet oppfordrer til fysisk aktivitet, og selv deltar i aktiviteten, oppnås en viktig ytre motivasjon. Kombineres dette med å ta i bruk metoder som mental kontrast og implementerings-intensjon, der pasientene blir gjort oppmerksomme på positive sensasjoner som følger med treningen, kan en også oppnå en sterkere indre motivasjon.

Usikkerheten blant sykepleiere om den faktiske effekten av fysisk trening for denne gruppen pasienter fører til en viss motstand mot å implementere fysisk aktivitet som supplement til vanlig behandling.

6.1 Implikasjoner for praksis

Sykepleier har en viktig funksjon med motivasjon for fysisk aktivitet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Sykepleier må holde seg faglig oppdatert på kunnskaper på sitt felt, og tilstrebe tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner (bla. fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og vernepleiere).

Forslag til forbedring

Kurs for helsepersonell om treningens effekt, anbefalte motivasjonsteknikker, fagdager med fokus på trenings-effekt, holdningskampanjer om treningens faktiske effekt, implementering av trening som behandlingstiltak i avdelingens styringsdokument og i pasientens behandlingsplan.

7.0 Referanser

- Archie, S., Wilson, J. H., Osborn, S., Hobbs, H. & McNiven, J. (2003). Pilot study: access to fitness facility and exercise levels in olanzapine-treated patients. *Can J. Psychiatry*, 48(9), 628-632. <https://doi.org/10.1177/070674370304800910>
- Bandura, A. & Barab, P. (1971). Conditions governing nonreinforced imitation'. *Developmental psychology*, 5(2), 244-255. Lokalisert på: <https://psycnet-apa-org.ezproxy.uis.no/fulltext/1972-03550-001.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. Lokalisert på: <https://psycnet-apa-org.ezproxy.uis.no/fulltext/1977-25733-001.pdf>
- Beebe, L. H., Smith, K., Burk, R., Dessieux, O., Velligan, D., Tavakoli, A. & Tennison, C. Effect of motivational group intervention on exercise self-efficacy and outcome expectations for exercise in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of American psychiatric nurses' associations*, 16(2), 105-113. <https://doi.org/10.1177/1078390310364428>
- Bouchard, C., Blair, S. N. & Haskell, W. L. (Red.). (2006). *Physical activity and health* (2. utg.). Illinois: Human kinetics.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Carlbo, A., Claesson, H. P. & Äström, S. (2018). Nurses' experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 39(7), 600- 607. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429508>
- Danielsen, K. K. (2021, August). Fysisk aktivitet I psykisk helsearbeid. I *Omsorgsbiblioteket*. Lokalisert på: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2771773/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2007). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian psychology*, 49(1), 14-23. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling. Konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags for uppsats. Vagledning for litteraturbaserte examensarbeite* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of organizational behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.332>
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>

- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser*. Nittedal: Anvord Grafisk
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (Rapport IS-1592). Lokalisert på [Fysisk aktivitet - Helsedirektoratet](#)
- Hjelle, O. P. (2021). *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Oslo: Kagge Forlag
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskriftet*, 120(25), 3054-3056. Lokalisert på: https://tidsskriftet.no/2000/10/tema/fysisk-aktivitet-sinnets-helse?fbclid=IwAR0sCU6pp-Hv7ytEj8BcN8I6dyzwi_P1kUD8r732qgRlvynuNMtHLNE5iRs
- Schizofreni, en oversikt. (2021, 20. April). I *Norsk Helse Informatikk*. Lokalisert på: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>
- NTNU. (s.a). Positive and negative syndrome scale. Lokalisert på: <https://www.ntnu.no/rkbu/panss>
- Seligman, M. E., Walker, E. F & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology* (4. utg.). New York: W. W. Norton & company.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2022). *ICD-10 psykiske lidelse og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal akademiske.
- Sveen, U. (2020, 20. Mai). Flow-teori. I *Store norske leksikon*. Lokalisert på: <https://sml.sn.no/flow-teori?web=1&wdLOR=c9468B7DD-92AF-8841-AFDC-2F2E3EA0D7D9>
- Plessen, K. J. & Kabicheva, G. (2010). Hjernen og følelser- fra barn til voksen. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 130(9), 932-935. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0255>
- Robson, D., Haddad, M., Richard, G. & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International journal of mental health nursing*, 22(5), 400-417. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x>
- Røssberg, J. I. & Lillenes, O. (2019, 7. September). Alvorlige psykiske lidelse- og alternativ behandling. *Dagens medisin*. Lokalisert på: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/09/07/alvorlige-psykiske-lidelser--og-alternativ-behandling/>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Class definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Sailer, P., Wieber, F. Propster, K., Stoewer, S., Nischk, D., Volk, F. & Odenwald, M. (2015). A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: a controlled

pilot study with mental contrasting and implementation (MCII). *BMC psychiatry*, 15(211), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0513-y>

Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavsen, K. ... & Reneflot, A. (2014). *Psykiske lidelser hos voksne*. FHI. (Folkehelse rapporten). Lokalisert på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Vassnes, H. B. (2011, 4. oktober). Nina fikk trening på resept. *Verdens Gang*. Lokalisert på: <https://www.vg.no/forbruker/helse/i/roPWe/nina-fikk-trening-paa-resept>

Zschucke, E., Gaudlitz, K. & Ströhle, A. (2013). Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *J Prev Med Public Health*, 46(1), 12-21. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S12>

Vedlegg1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24/03/22	UiS bibliotek/oria.no	physical training mental disorder	Artikler Max 10 år gamle	165486	0	0	0
24/03/22	UiS bibliotek/oria.no	physical training as a part of treatment mental illness	Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk og norsk	70171	1	1	
24/03/22	UiS bibliotek/oria.no	physical training in mental nursing	Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk Nursing Nursing care	1792	1		
24/03/22	Pubmed.gov	how nurses can motivate for physical training	Max 10 år gamle Kliniske studier	80	1	1	
24/03/22	google	hvordan motivere til fysisk aktivitet hos psykiske syke	ingen	172000	1	1 doktorgradavhandling ntnu	
24/03/22	UiS bibliotek/oria.no	Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness	Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk «care and treatment»	773	1	1	Artikkel nr 13
24/03/22	Pubmed.gov	Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness	Max 10 år gamle Kliniske studier	28	1	1	
25/03/22	Pubmed.gov	A holistic program for schizophrenic patients	0	1	1	1	
25/03/22	Pubmed.gov	How nurses can motivate mental patients	0	39	2		
25/03/22	UiS bibliotek/oria.no	how to motivate the mentally ill to exercise	Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk Nursing	106			
25/03/22	Pubmed.gov	Effect of a motivational group intervention upon exercise self efficacy and outcome expectations for exercise in Schizophrenia Spectrum Disorders	0	1	1	1	
28/03/22	UiS bibliotek/oria.no	Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness A systematic review of intervention studies	Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk	5402	1	1	1 (review artikkel)
28/03/22	Pubmed.gov	Nursing and schizophrenia and physical activity	Free full text Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk	43	1	1	1 (review artikkel)
28/03/22	Ebscohost-com	Nursing and schizophrenia and physical activity or exercise	Fulltext Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed	30	3	1	1

[5139 & 5155]

			Engelsk				
30/03/22	Pubmed.gov	How nurses can motivate patients with schizophrenia	Artikler Max 10 år gamle Peer reviewed Engelsk	19	5	2	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel 1 tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<p>Forfattere: Debbie Robson, Mark Haddad, Richard Gray, Kevin Gournay</p> <p>Utgitt: 15.10.2012</p> <p>Tidsskrift: International Journey of Mental Health Nursing, Wiley Online Library</p> <p>Land: Australia</p>	<p>Mental health nursing and physical health care: A cross- sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness</p>	<p>Undersøke psykiatriske sykepleiere sin holdning til omsorg for den fysiske helsen som del av behandlingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og også utforske om denne holdningen er påvirket av deres utdanning og tidligere praksis. Har de som jobber på psykiatriske institusjoner eller sengeposter et mer positivt syn på dette enne de som jobber ute i felten?</p>	<p>Sykepleier perspektiv</p>	<p>Kvalitativ analyse av spørreskjemaer sendt ut til 585 kvalifiserte psykiatriske sykepleiere spredd rundt i Storbritannia. Skjemaet bestod av 28 spørsmål knyttet til hovedkategorier som <i>holdning til omsorg for slike pasienters fysiske helse, kompetanse til å gi omsorg for den fysiske helsen, og barrierer mot å utføre denne typen omsorg</i>. I tillegg fikk de 14 spørsmål om hvor ofte de var involvert i disse pasientenes fysiske helse, og da 7 nye spørsmål om deres egne oppfatninger av behov for opplæring. Alle svar-data ble analysert ved å bruke den anerkjente statistiske programvaren SPSS</p>	<p>Undersøkelse foretatt i Storbritannia 585 deltok av totalt 1130 spurte sertifiserte psykiatriske sykepleiere, fra hele landet, alle var medlemmer av en britisk mental helse- forening. 70% jobbet på institusjoner 60% var kvinner Snitt alder mellom 30-50 år Gjennomsnittlig arbeids erfaring var 13 år</p>	<p>For at psykiatriske sykepleiere skal fokusere mer på og få en bedre holdning også til fysisk helse som del av behandlingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, må dette bakes inn i deres egen grunnutdanning, i tillegg til deres normale rutiner for praksis og arbeids-etikk.</p> <p>32% svarte at slike pasienter ikke var interessert i fysisk trening 43-44 % svarte også at det var vanskelig å få slike pasienter til å lytte til råd om å gå ned i vekt, eller å spise sunnere. Likevel svarte bare 15% at deres pasienter ikke var interessert i å bedre deres fysiske helse</p> <p>Deltakerne i undersøkelsen var generelt positive til å fokusere mer på den klinisk fysiske helsen til slike pasienter, og at mer spesifikk opplæring ville gi positive resultater.</p> <p>Jevnlige oppfriskningskurs i sykepleie mtp klinisk fysisk helse var etterlyst for denne yrkesgruppen.</p>

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel 2 tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<p>Forfattere: Pascal Sailer, Frank Wieber, Karl Pröpster, Steffen Stoewer, Daniel Nischk, Franz Volk, Michael Odenwald.</p> <p>Utgitt: 03.09.2015</p> <p>Tidsskrift: BMC Psychiatry</p> <p>Land: England</p>	<p>A brief intervention to improve exercising in patients with schizophre nia: a controlled pilot study with mental contrasting and implemen tation intentions (MCI)</p>	<p>Undersøke om bruken av motivasjons- verktøyene mental kontrast og implementer ings-intensjon kan hjelpe pasienter med schizofreni diagnose til å begynne med og fortsette med jogging</p>	<p>Pasient perspektiv</p>	<p>Uvalgte pasienter delt inn i 2 kontrollgrupper uavhengig av hva slags avdeling de bodde på, der den ene gruppen brukte mental kontrast og implementerings intensjon som fremgangsmåte for å motivere til trening, mens den andre gruppen fikk lese informasjon om fysisk trening for deretter skrive ned sine egne mål om å begynne med jogging</p> <p>All data om hvor ofte, hvor lange økter, over hvor lang tid den enkelte deltok, og hvilke utslag trening hadde på lidelses- symptomer ble analysert ved å bruke den statistiske programvaren SPSS</p>	<p>36 tilfeldig utvalgte pasienter diagnostisert med schizofreni innlagt på 3 sammenlignbar e åpne avdelinger ved 2 forskjellige psykiatriske sykehus, et i Tyskland og et i Sveits. Den ene avdelingen var høystrukturert med intens terapeutisk tilnærming og psykiatrisk døgntilbud. De to andre avdelingene var mer selvstyre- fokuserte, men med daglig psykiatrisk tilbud. 11 stk var kvinner. Snitt alder 31 år. Ingen hadde psykoser fremprovosert av rusmidler. Alle var under stabil medikamentell og kognitiv behandling og ingen var suicidale.</p>	<p>For den gruppen pasienter som brakte verktøyene mental kontrast og implementerings-intensjon, og som i tillegg bodde på en av de to mer selvstyrte avdelingene kunne en se en økt deltakelse og standhaftighet for å drive med jogging. Mens det ikke var noen forskjell mellom kontrollgruppene for de som bodde på den høystrukturerte avdelingen.</p> <p>For de som drev med joggingen så lenge forsøket varte, observerte en også en nedgang på nivåene av depresjon og negative schizofreni- symptomer.</p> <p>Pasientens innsikt i egen diagnose og behandlingen av denne har stor innvirkning på prognosen for forbedring av lidelsen.</p>

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel 3 tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<p>Forfattere: Adam Carlbo, Hanna Persic Claesson, Sture Åström</p> <p>Utgitt: 05.03.2018</p> <p>Tidsskrift: Mental Health Nursing</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Nurses' Experience in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia</p>	<p>Undersøke sykepleieres erfaring med bruk av fysisk trening, inkludert personlig motivasjon, som tillegg til konvensjonell behandling av pasienter med schizofreni</p>	<p>Sykepleier perspektiv</p>	<p>Kvalitativ analyse av intervju-resultater av 12 sykepleiere</p>	<p>Alle sykepleierne jobbet på samme psykiatriske sykehus, men tilhørte to forskjellige avdelinger, en lukket og en åpen avdeling. 12 av totalt 23 ansatte valgte å delta. Tre deltakere var menn, snitt arbeidserfaring var 11 år. Disse 12 ble delt inn i 3 grupper av 4 personer som ble intervjuet sammen. Ni åpne spørsmål rundt bruk og effekt av fysisk trening ble diskutert i 50 minutter.</p>	<p>Fysisk aktivitet blir mye brukt som supplement til konvensjonell behandling av pasienter med schizofreni diagnoser. Flere sykepleiere signaliserte positiv pasient-respons av treningen, og de kunne observere redusert forekomst av angst og bedre søvn hos disse pasientene. Pasientene fikk økt velvære, og ble mer robuste og mindre sårbare for ytre stimuli. Det ble styrket relasjon mellom pasient og pleier dersom pleierne også deltok i treningsaktiviteten. De pleierne som var dedikerte til fysisk aktivitet fikk med seg flere pasienter på aktivitetene enn de mindre dedikerte. Schizofreni-pasienter mister fort motivasjonen og sykepleierne måtte være veldig fleksible og snu seg fort rundt for å få disse med seg. Motivasjonsarbeid over lang tid var nødvendig for at disse pasientene skulle bli mer aktive. Ressurskrevende og vanskelig å få til med begrenset bemanning. Pasientenes egne manglende kunnskaper på effekt av fysisk trening gjorde motivasjon vanskelig.</p>

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel 4 tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<p>Forfattere: Lora Humphrey Beebe, Kathlene Smith, Renee Burk, Olivera Dessieux, Dawn Velligan, Abbas Tavakoli, Clif Tennison</p> <p>Utgitt: 07.04.2010</p> <p>Tidsskrift: Journal of the American Psychiatric Nurses Association</p> <p>Land: USA</p>	<p>Effect of a Motivational Group Intervention on Exercise Self- Efficacy and Outcome Expectations for Exercise in Schizophrenia Spectrum Disorders</p>	<p>Undersøke hvordan «gåing, adressering av sensasjoner, læring om trening og oppfordring til trening» påvirker mestrings- følelse og forventninger til utbytte av trening, for pasienter med schizofreni- diagnoser.</p>	<p>Pasient perspektiv</p>	<p>97 individer med schizofreni diagnose delt inn i 2 kontrollgrupper. Den ene gruppen brakte verktøyene «gåing, adressering av sensasjoner, læring om trening og oppfordring til trening» for å motiveres til trening. De fikk også hjelp med målsetting og instruksjoner om hvordan de kunne overkomme hinder for å trene. Den andre gruppen hadde ikke treningsopplegg, men drev med sosialisering, musikk og spill. Deltakerne skulle selv gi en score på mestringsfølelse under trening i tillegg til en score på forventningene om utbytte av treningen, før forsøket og etter forsøksperioden.</p>	<p>97 av 150 aktuelle pasienter som ikke var innlagt, men tilknyttet behandling ved samme psykiatriske senter lokalisert sør-øst i USA. Samtlige var diagnostisert med schizofreni. Alle var under stabil medikamentell og kognitiv behandling. Alder og kjønn var likt fordelt i begge kontrollgrupper . Snitt alder 47 år, Ca 50% menn 44% av mørkhudet etnisitet. Kontrollgruppe ne ble igjen delt inn i mindre grupper på 8-9 personer som ble aktivisert i en time, fire ganger i uken, i fire uker.</p>	<p>For de som havnet i gruppa der de ble nøye fulgt opp, ble oppfordret til gå- trening, fikk informasjon om trening, fikk hjelp å sette seg mål og metoder for å overvinne hinder til trening, samt lære seg å kjenne etter på virkningen av gå-trening, så ble det rapport tilbake en økning i mestringsfølelse etter forsøksperioden.</p> <p>Når det gjaldt forventninger til utbytte av disse gruppesamlingene, viste det seg derimot at kontrollgruppa som ikke drev gå- trening gav høyere score etter disse 4 ukene enn gruppa som fikk aktiv coaching i gå-trening.</p>