

**BSYBAC\_5**

**Bacheloroppgave i Sykepleie**

Fysisk aktivitet for innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 2 juni 2022]*

*Kandidat 5219*

x

*Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## SAMMENDRAG

**Tittel:** Fysisk aktivitet for innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser

**Bakgrunn:** Personer som lider av alvorlige psykiske lidelser har en betydelig reduksjon i levealder sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen. Faglitteratur viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ofte har en utfordring med fysisk aktivitet. Det foreligger lite forskning på hvordan man kan få inneliggende pasienter med alvorlige psykiske lidelser til å være mer fysisk aktive.

**Hensikt:** Oppgaven vil undersøke hvordan sykepleier kan tilrettelegge for regelmessig fysisk aktivitet for inneliggende pasienter med alvorlig psykisk lidelse i psykiatrien.

**Metode:** Det ble utført en integrativ litteraturstudie der valgte forskningsartikler hadde kvalitativ metode. Seks forskningsstudier ble utvalgt og analysert. Besvarelsen for oppgaven er et resultat fra funn i studiene kombinert med relevant litteratur.

**Resultater:** Sykepleiere må imøtekomme pasientenes behov, og ha en engasjerende og støttende tilnærming. Aktiviteter bør ha en grad av valgfrihet, og kunne tilpasses den enkelte for å kjenne på mestring og glede. Ulike barrierer for å være fysisk aktive kan tilskrives miljøfaktorer som tilgjengelighet til fasiliteter og utstyr. Det må tilrettelegges slik at pasientene har gode muligheter til å være aktive, og elementært utstyr må være tilgjengelig. Andre begrensninger kan være rettet mot søvn og hvile, og som en konsekvens av medisinerings. Sykepleiere bør ha tilstrekkelig kompetanse innenfor fysisk aktivitet for at pasientene skal kjenne seg ivaretatt og motiverte.

**Nøkkelord:** *Fysisk aktivitet, alvorlige psykiske lidelser, inneliggende pasienter, motivasjon, mestring, barrierer, kvalitativ metode*

## INNHold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	2
<b>1. INNLEDNING</b> .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Problemformulering .....	6
1.3 Hensikt med oppgaven .....	6
1.4 Begrepsavklaringer .....	6
1.4.1 Fysisk aktivitet.....	6
1.4.2 Alvorlige psykiske lidelser.....	7
1.4.3 Annet.....	7
<b>2.0 TEORI</b> .....	8
2.1 Selvbestemmelsesteorien.....	8
2.2 Motiverende intervju .....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	9
3.1 Kort om metode .....	9
3.2 Integrativ litteraturoversikt .....	10
3.3 Anvendt metode i oppgaven .....	10
3.4 Søkeprosessen .....	11
3.4.1 Avgrensninger og søkestrategi .....	11
3.4.2 Valg av databaser.....	12
3.4.3 Søkord .....	12
3.4.4 Artikkelvalg.....	13
3.4.5 Analyse av artikler.....	14
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	15
4.1 Motivasjonsfaktorer .....	15
4.1.1 Støtte og felleskap .....	15

4.1.2 Mestring .....	16
4.1.3 Ansattes holdninger og kompetanse .....	16
4.2 Barrierer.....	17
4.2.1 Trøtte og uopplagte pasienter .....	18
4.2.2 Dårlig planlegging og mangelfullt utstyr .....	18
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>19</b>
5.1 Metodediskusjon .....	19
5.2 Resultatdiskusjon .....	21
5.2.1 Motivasjonsfaktorer .....	21
5.2.2 Barrierer .....	26
<b>6.0 AVSLUTNING MED IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>30</b>
Vedlegg 1: Søkelogg .....	34
Vedlegg 2: Litteratormatrise .....	35

## 1. INNLEDNING

Fysisk aktivitet kan være med på å gi en rekke positive opplevelser som velvære, økt mestring og minske stress og uro (Helsedirektoratet, 2014, s. 44). Ved å være fysisk aktiv kan man i tillegg redusere psykiske plager som angst og depresjon (Dalgard et al., 2011). Personer som har psykiske lidelser, kan ofte føle på store utfordringer ved fysisk aktivitet. Det kan være en rekke årsaker til dette, slik som manglende mestringsfølelse, depresjon, angst og en generell lav selvfølelse. I tillegg kan tidligere negative opplevelser rundt fysisk aktivitet, bidra til at fysisk aktivitet blir sett på som utfordrende (Moe, 2018, s. 155-156).

Personer som lider av alvorlige psykiske lidelser har cirka 10-20 år reduksjon i levealder sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen (Underland, Holte & Vist, 2018, s. 5). Denne økningen i dødelighet kan tilskrives forhold som dårlig kosthold, røyking, og inaktivitet. Det er også en generell økt forekomst av somatiske sykdommer hos disse pasientene. Dette kan ha blitt påvirket av medikamentell behandling av alvorlige psykiske lidelser, spesielt ved schizofreni og bipolare pasienter, der medikamentell behandling ofte resulteres i overvekt (Martinsen, 2018a, s. 41).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet som er valgt til denne oppgaven tar for seg fysisk aktivitet for innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Flere studier viser at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på personer med alvorlige psykiske lidelser (Falloon & Talbot, 1981; Faulkner & Sparkes, 1999; Shergill, Murray & McGuire, 1998; Holmes, Ziemba, Evans & Williams, 1994).

Min bakgrunn for valg av tema er i hovedsak egeninteresse for fysisk aktivitet og viktigheten av å opprettholde en god helse. Etter å ha vært yrkesaktiv innenfor psykiatrien en årrekke, samt jobbet med trening av mennesker på ulike nivåer, har jeg sett hvor vanskelig det kan være å få innlagte pasienter til å være regelmessig fysisk aktive. Min erfaring er at det er lite kunnskap blant helsepersonell rundt fysisk aktivitet med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser. Dette underbygges også av studier (Sørensen, 1998). I tillegg viser tidligere

forskning at det er utført flere studier som tar for seg lette psykiske lidelser, men det er mangelfullt hos pasienter med alvorlige lidelser som er en mer utsatt gruppe (Farholm & Sørensen, 2016). Dette legger til grunn for valg av tema i oppgaven, der jeg ser et behov for å undersøke hvilken forskning som er utført.

## 1.2 Problemformulering

Motivasjon er et viktig element innenfor det å være i aktivitet, men det er lite undersøkelser på hva som fungerer som motivasjonsfaktorer på psykiatriske pasienter med alvorlig psykiske lidelser (Sørensen, 1998). Oppgaven vil forsøke å gi økt bevissthet og kunnskap for hvordan sykepleier best kan motivere og få pasientene til å være mer i bevegelse.

På bakgrunn av dette, er det blitt valgt følgende problemformulering:

*Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for regelmessig fysisk aktivitet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse innlagt på psykiatrisk institusjon?*

## 1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan tilrettelegge for regelmessig fysisk aktivitet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse innlagt på psykiatrisk institusjon.

## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, som det defineres i denne oppgaven, er en planlagt fysisk aktivitet som kan være gruppebasert eller individuell. Det vil innebære aktivitet av variert intensitet, som lette gåturer, styrketrening og organiserte aktiviteter som for eksempel ballspill. Det vil ikke kvalifiseres som fysisk aktivitet dersom man er bevegelse med kort varighet og lav intensitet

(<10 min). Hverdagslige aktiviteter inne på en psykiatrisk avdeling, som for eksempel renhold og matlaging, vil også ekskluderes.

I oppgaven vil begrepet «trening», «være aktiv» og «fysisk aktivitet» brukes om hverandre.

#### 1.4.2 Alvorlige psykiske lidelser

«Alvorlig psykisk lidelse» er ikke et klart og tydelig begrep. Martinsen (2018b, s. 249) definerer dette som psykiske lidelser som omfatter bipolar lidelse, schizofreni og andre psykotiske lidelser. I oppgaven blir alvorlige psykiske lidelser avgrenset til disse diagnosene. Det beskrives ytterligere at schizofreni gir seg til kjenne av positive symptomer, slik som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Negative symptomer er her apati, isolasjon og tilbaketrekning fra omgivelsene.

Ved bipolar lidelse er fasene i sykdommen av variasjon slik at det skiftes mellom depressive og oppstemte maniske episodene (Martinsen, 2018b, s. 249).

Det som kjennetegner psykose, er en endret virkelighetsoppfattelse. Denne realitetsbristen gjør at personen ikke lengre oppfatter andre menneskers holdninger, sin egen rolle og verden rundt seg slik som andre gjør (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke & Maizels, 2018, s. 329). Tilstanden kan oppfattes som usammenhengende eller kaotisk.

#### 1.4.3 Annet

I oppgaven er utgangspunktet sykepleierens rolle, men det vil brukes begreper som «helsepersonell», «ansatte» og «personal» om hverandre. Disse begrepene vil inkludere sykepleiere, da dette har overføringsverdi. Studiene som er utvalgt, vil ha ulike yrkesgrupper. Disse inkluderes i oppgaven da forskningen på temaet ikke skiller sykepleiere fra andre yrkesgrupper, og det foreligger få studier på kun sykepleiere.

## 2.0 TEORI

### 2.1 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien er en av de mest brukte motivasjonsteoriene (Moe, 2018, s. 157-159). Teorien vil i oppgaven knyttes opp mot fysisk aktivitet. Her blir motivasjonen gradert fra å være *helt umotivert* til det som kan betegnes som *indre motivert*. Disse fasene omtales nedenfor i stigende rekkefølge.

Dersom man er helt umotivert for fysisk aktivitet kan det være vanskelig å endre holdningen. Her kan samtaler over tid, tilknyttet en tillitsfull relasjon som er basert på annerkjennelse og trygghet, være den riktige måten for håndtering. Er man *ytre motivert*, motiveres man av ytre faktorer som en belønning. For at dette skal fungere over tid må belønningen opprettholdes. Når den ytre motivasjonen er blitt integrert i personen klassifiseres dette som «må, skal og bør»-motivasjon. Det er fortsatt ikke en selvbestemt handling som er ønsket av personen selv. Man kan her føle seg presset til å gjennomføre aktiviteten for å tilfredsstille andre enn seg selv, og det fører sjelden til permanente endringer (Moe, 2018, s. 157-159).

En målrettet *ytre motivasjon* er mer rettet mot selvbestemmelse, og noe som velges ut fra en viktig og meningsfull opplevelse. Den indre motivasjonen mangler allikevel, selv om motivasjonen oppfattes som noenlunde stabil. *Vanemotivasjon* er når den fysiske aktiviteten gir positive virkninger og man ser resultatene, samt opplever et meningsfullt innhold i hverdagen. Hvis aktiviteten ikke utføres kan det oppleves som et savn og resultere i dårlig samvittighet. Ved full selvbestemmelse er det *indre motivasjon*, og aktiviteten utføres kun fordi man ønsker det selv. Det oppleves gøy og meningsfullt. Sannsynligheten for at dette blir videreført er da svært høy (Moe, 2018, s. 157-159).

Selvbestemmelsesteorien er basert på tre indre psykologiske behov; *selvbestemmelse* (autonomi), *kompetanse* og *tilhørighet* (Moe, 2018, s. 158-159). Selvbestemmelse omhandler det å kunne ta sine egne beslutninger. Dette kan være hvilke fysiske aktiviteter man ønsker å utføre. Slikt vil da kunne lede til økning i selvfølelsen og mestring.

Kompetanse er i denne sammenheng forståelsen av det som skjer under den fysiske aktiviteten – det være seg fysisk, psykisk og sosialt. Man kan her snakke om mestringsorientering og resultatorientering. Mestringsorientering omhandler egne ferdigheter,



og anses som den mest gunstigste. Ved resultatorientering sammenlignes det med andres ferdigheter. Her er utfordringen å kunne tilpasse aktiviteten for deltagerne slik at de ikke oppleves som altfor vanskelige, men heller ikke for lette. Dette kan da føre til at man får en svekket mestringsopplevelse og en reduksjon i motivasjonen (Moe, 2018, s. 159).

Tilhørighet omhandler det å være en del av en gruppe, hvor man for eksempel har samme interesse og behov. Videre dreier dette seg om å samhandle, respektere hverandre, vise interesse og empati. Dette kan igjen være med på å øke motivasjonen (Moe, 2018, s. 159).

## 2.2 Motiverende intervju

Et motiverende intervju, eller en motiverende samtale, er basert på en teoretisk modell som omtaler at endringer skjer i ulike faser (Moe, 2018, s. 159-161). Samtaleformen kan være med på å endre menneskenes sine vaner, og er i dag brukt av flere helsepersonell (Martinsen, 2017, s. 131.). Fasene omhandler *føroverveielsefasen*, *overveielsefasen*, *forberedelsefasen*, *handlingsfasen*, *vedlikeholdsfasen* og *tilbakefallsfasen*. Grunnet oppgavens omfang vil disse ikke omtales videre i detalj. I motivasjonssamtalen er pasientens egne meninger og løsninger som skal være sentrale. Det blir gjort av helsepersonell igjennom refleksjoner og åpne spørsmål som skal få pasienten til å være mer bevisst på egne beslutninger og atferd. Når en endring er blitt basert på egen motivasjon, vil det være mer sannsynlig at den vil vare.

## 3.0 METODE

### 3.1 Kort om metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer i Dalland (2019, s. 51) metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder».

Innen forskning brukes kvantitativ, kvalitative eller en kombinasjon av disse to metodene. Kvantitativ metode gir data i form av noe som er målbart, og går gjerne mer i bredden hvor det blir hentet inn et begrenset antall opplysninger om mange granskningsenheter (Dalland, 2019, s. 52-53). Man kan her operere med tall som gjør kvantifisering mulig. Kvalitativ

metode har derimot søkelys på å fange opp en opplevelse eller en mening som ikke kan la se kvantifisere eller tallfeste. Det blir med kvalitativ metode gått mer i dybden, og det blir fokusert på å få mange opplysninger omkring et fåtall granskningsenheter.

### 3.2 Integrativ litteraturoversikt

Som Friberg skriver (2017, s. 141) omhandler en litteraturoversikt det å skape seg oversikt over et kunnskapsområde. Ulike måter å gjøre en litteraturoversikt på er blant annet systematisk litteraturoversikt, allmenn litteraturoversikt eller integrativ litteraturoversikt. Felles for disse metodene er å få en oversikt over et bestemt fagområde som er relatert til et systemisk utvalg av artikler. Her kan både kvalitative og kvantitative forskningsartikler inngå i datamaterialet. Ved en allmenn litteraturoversikt blir det laget en oversikt over et felt hvor disse blir beskrevet, og inngår som et «resymé» (Friberg, 2017, s. 143). I en integrativ litteraturoversikt, som Whitemore & Knafl (2005) skriver i Friberg (2017, s. 150), vil det derimot handle om å gjøre en datareduksjon, skape en oversikt, samstemme og kvalitetsvurdere resultatene. Dette blir da syntetisert i det som kan kalles for en «ny helhet». Det blir her vurdert hvordan artiklene henger sammen og dratt konklusjoner ut fra dette. I denne oppgaven er det blitt valgt å gjøre en integrativ litteraturoversikt.

### 3.3 Anvendt metode i oppgaven

Formålet med min studie er å finne meninger og opplevelser hovedsakelig fra pasienter, men datamateriale fra ansatte vil også være relevant. Deres opplevelser vil videre danne grunnlaget for oppgaven. Med dette anser jeg en kvalitativ tilnærming som mest hensiktsmessig for best å besvare problemformuleringen.

Oppgaven er en integrativ litteraturstudie, hvor jeg vil innhente data fra vitenskapelige artikler gjennom å søke i anerkjente databaser. For å få tilgang til mest mulig forskning vil engelsk språk bli prioritert, men synonymer på norsk vil også bli anvendt.

Det er vektlagt å kun sette søkelys på resultater i studiene som samsvarer med min problemformulering. Funn i artiklene som ikke omfatter min problemformulering vil ikke bli vektlagt, og dermed ekskludert fra denne oppgaven.

### 3.4 Søkeprosessen

#### 3.4.1 Avgrensninger og søkestrategi

I oppgaven er det benyttet strukturert litteratursøking som innebærer inklusjons- og eksklusjonskriterier (Dalland, 2019, s. 156).

Inklusjonskriterier:

- *Målgruppe:* Pasienter fra 19-44 år med alvorlige psykiske lidelser. Aldersgruppe som har gode forutsetninger for fysisk aktivitet.
- *Kvalitet:* Kun «peer-review artikler» som er fagfellevurdert
- *Alder:* Studier publisert i tidsrommet 2012-2022, grunnet mest mulig ny forskning.
- *Arena:* Inneværende psykiatriske pasienter
- *Geografi:* Forskning fra vestlige land der kultur og helsevesen er mest mulig lik Norge.
- *Perspektiv:* Primært pasienten sitt ståsted. Helsepersonell sitt perspektiv er også relevant for å ytterligere belyse problemområdet.

Eksklusjonskriterier:

- Pasienter < 19 år
- Studier eldre enn 2012
- Pasienter over 44 år
- Uteværende pasienter

### 3.4.2 Valg av databaser

Det ble utført søk i databasene Cinahl, Idunn og Pubmed. Disse ble valgt da de inneholdt aktuell forskning som kunne relateres til sykepleiefaget. Hovedvekten av søkene ble innledningsvis utført på Cinahl. Det ble funnet lite artikler på Idunn. Pubmed ble etter hvert benyttet som den primære databasen for søkeprosessen, ettersom denne ga best resultater og viste seg å ha det bredeste utvalget av empiriske studier relevant for oppgaven.

### 3.4.3 Søkord

For å kunne finne relevante artikler avgrenset jeg søkene til spesifikke søkeord. Det ble brukt trunkering og kombinasjoner med «AND» og «OR» for å sikre relevante søkeresultater.

Søkord som «exercise», «physical activity», «mental health», «psychiatric» ble anvendt i første del av søket på Cinahl. Her ble det 6201 treff. Det ble behov for å avgrense søket ytterligere med søkeord som «qualitative», «motivation», «facilitators», «severe mental health» og «nurses». Dette ga mer spesifikke treff som var relevant for min oppgave. En artikkel ble her funnet.

På Pubmed ble det brukt samme søkeord som ovenfor, men lagt til ordet «staff» for å få med tiltak rettet mot personal. To artikler ble lokalisert. Det ble videre søkt på «mastery» og «self-efficacy», da jeg ønsket å se om det eksisterte studier på mestringsfølelse. Ut fra dette ble en relevant studie funnet.

Ifølge Martinsen (2018b, s. 249) er de mest vanlige og viktigste alvorlige psykiske lidelsene schizofreni og bipolar lidelse. For å få mer relevante treff ble det overordnede begrepet «severe mental illness» delt opp i underbegrepene «schizofrenia», «bipolar» og «psychosis». Dette resulterte i funn av de siste to artiklene.

For ytterligere detaljer rundt søkeprosessen se vedlegg 1.

### 3.4.4 Artikkelvalg

Det ble valgt ut seks artikler hvor tema og hensikt korresponderte med min problemformulering. Fem av artiklene oppfylte pasientkriteriet «alvorlige psykiske lidelser» med unntak av studien til Lassenius et al. (2014). Denne studien var rettet mot ansattes perspektiv, og pasientgruppen var her mer uklart. Det antas at et utvalg av deltagerne også her var diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser, og dermed en overføringsverdi for oppgaven.

Hensikt og metode for hver studie ble oppsummert i tabell 1 nedenfor. Med dette fikk jeg en bedre oversikt over struktur og innhold av de valgte artiklene.

Forfatter(e), år, land	Hensikt	Perspektiv	Metode
Rogers, E., Papatomas, A. og Kinnafick, F.E. (2020). Storbritania	Innlagte pasienter, innenfor sikkerhetspsykiatrien, med alvorlige psykiske lidelser sitt syn på fysisk aktivitet	Pasient	Kvalitativt personlig intervju som metode.
Borge, L., Røssberg, J.I. & Sverdrup, S. (2013) Norge	Innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser sin mestring og opplevelse, samt evne til læring av nye ferdigheter ved hjelp av kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet	Pasient	Kvalitativ metode igjennom personlige intervju. Fenomenologisk-hermeneutisk design. Beskrivende og utforskende.
Lassenius, O., Arman, M. Söderlund, A. & Wiklund-Gustin, L. (2014). Sverige	Kartlegge hvordan man kunne motivere personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet. Sett ut fra helsepersonell sine tidligere opplevelser og erfaringer.	Ansatt	Kvalitativ metode igjennom personlige intervju. Fenomenologisk-hermeneutisk design.
Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliot, R., French, P. & Yung, A.R. (2016). Storbritannia	Hvordan pasienter med førstegangpsykose opplever det å delta i et strukturert trenings-opplegg. Studien ser på ulike barrierer og støttende faktorer som kunne gi grunnlag for deltagelse i aktiviteter.	Pasient	Kvalitativ metode. Semistrukturerte, personlige intervjuer

Every-Palmer, S., Huthwaite M.A., Elmslie, J.L., Grant, E. & Romans, S.E. (2018).  New Zealand	Kartlegge hvilke oppfatninger innlagte pasienter, med alvorlige psykiske lidelser, har på deres kroppsvekt, kosthold, selvtillit og treningsregimer/ fysisk aktivitet	Pasient	Mikset metode – kvalitativ og kvantitativ. Semistrukturerte intervjuer kombinert med biometriske og demografiske data.
Cullen, C. & McCann, E. (2014)  Irland	Kartlegge hvilke oppfatninger alvorlig syke pasienter hadde med å delta i fysisk aktivitet. Ikke innlagte pasienter.	Pasient	Kvalitativ tilnærming. Semistrukturert personlig intervju.

Tabell 1 Valg av artikler

### 3.4.5 Analyse av artikler

Ved analysen er det tatt utgangspunkt i Friberg sin analysemodell (2017, s. 145-150) for behandling av data. Aktuelle artikler ble på forhånd grundig lest igjennom gjentatte ganger for å danne seg et korrekt bilde av innholdet. Hovedpunkter ble tydeliggjort med markeringer underveis. Funn i hver artikkel ble digitalt klippet ut og limet inn i en word-tabell. Det ble utført en datareduksjon av materialet for å få med det som ble ansett som mest relevant for å dekke problemområdet. Videre ble det trukket konklusjoner fra studiene, hvor resultatene ble verifisert og ført opp i litteratormatrise (se vedlegg 2). Dette gjorde det enklere å se på likheter og ulikheter i studiene.

Funn fra de seks artiklene ble delt inn i passende hovedkategorier med påfølgende underkategorier. Disse funnene ble plassert i de respektive kategoriene som kan ses i tabell 2 nedenfor.

Hovedkategorier	Underkategorier
Motivasjonsfaktorer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Støtte og felleskap</li> <li>• Mestring</li> <li>• Ansattes holdninger og kompetanse</li> </ul>
Barrierer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trøtte og uopplagte pasienter</li> <li>• Dårlig planlegging og mangelfullt utstyr</li> </ul>

Tabell 2 Analyse av data oppdelt i hovedkategorier og underkategorier

## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Motivasjonsfaktorer

Det ble gjort funn av en rekke faktorer som var avgjørende for aktivitetsnivået til pasientene. Det var viktig at pasientene følte på trygghet og felleskapet hadde en stor betydning for motivasjonen. Aktiviteter måtte til en viss grad være tilpasset den enkelte bruker for å kjenne på mestring. Personalets fremtoning og holdning var også en betydningsfull faktor for å avgjøre aktivitetsnivået til pasientene.

#### 4.1.1 Støtte og felleskap

Flere studier viste at et trygt miljø der pasientene kjente på støtte og ivaretagelse var viktig for å holde motet oppe (Borge, Røssberg & Sverdrup, 2013; Cullen & McCann, 2014; Firth et al., 2016). «*They treat me as a human being, with respect*» (Borge et. al, 2013, s. 936).

Viktigheten av støtte og oppmuntring fra sykepleiere og treningsinstruktører ble også fremhevet i en studie; «*Support and encouragement is a huge factor in me being physically active and if I didn't have supportive nursing staff that could be a barrier*» (Cullen & McCann, 2014, s. 62).

Et repeterende funn i artiklene var også betydningen av det sosiale aspektet i kombinasjon med fysisk aktivitet. Pasientene tydeliggjorde hvor viktig det var å ha en treningspartner, samt å trene i små grupper på 2-3 personer. Når helsepersonell trente sammen med pasientene var dette med på å skape en samhørighet, og således styrke båndet mellom personal og pasient (Firth et al., 2016; Lassenius et al., 2014).

Det var lett å være inaktiv dersom ingen andre var aktive; «*I don't, 'cos no one else does*» ... «*I'd rather stay inside and see all the drama and action.*» ... «*It's boring out there on my own.*» (Every-Palmer, Huthwaite, Elmslie, Grant & Romans (2018, s. 6). Her så man betydningen av flere var samlet for å sikre økt deltakelse på aktivitetene. Det å bli «pushet»

igjennom fysiske aktiviteter viste seg å samtidig resulterte i et bedre forhold pasientene dem imellom (Firth et al., 2016).

#### 4.1.2 Mestring

Resultatet viser viktigheten av at aktiviteter og øvelser var skreddersydd etter behovet og mestringsgrad til pasientene (Borge et al., 2013; Firth et al., 2016). Innholdet av de fysiske aktivitetene var nøye vektlagt, og ble etterfulgt og tatt seriøst av de ansatte.

Treningsprogrammene var tilpasset det enkelte individ, slik at de kunne velge hvilke øvelser de likte å gjøre. Som en pasient sa; *“They can make a choice in what they want to do, and what they love to do, it motivates them to sort of do what they feel happy to do”* (Firth et al., 2016, s. 6). Studien til Lassenius et al. (2014), som kartla opplevelser fra de ansattes perspektiv, understreket også dette.

*“To give them alternatives, to make them see that they have choices... well, I often see that the residents feel they don't have any alternatives, or very few anyway. So, one of my most important tasks, I think, is to try to find all these options there really are in life.”* (Lassenius et al., 2014, s. 716)

Pasientenes` følelse av å mestre aktivitetene og kjenne på glede ble ansett som en elementær faktor for at de kjente seg motiverte (Borge et al., 2013; Firth et al., 2016; Lassenius et al., 2014).

#### 4.1.3 Ansattes holdninger og kompetanse

Studiene viste at personalets holdninger spilte en stor rolle for aktivitetsnivået (Borge et al., 2013; Lassenius et al., 2014; Rogers, Papathomas & Kinnafick, 2020). Personalet måtte være genuint interessert i pasientene, og vise at de hadde troen på dem. Det var også viktig at ansatte hele tiden så etter nye muligheter å møte dem på. Det ble ytret fra helsepersonalet i en studie;

*“What is the obstacle for this person? What can we do to make it easier? And the imagination ... Well, OK, sometimes it goes completely wrong. But if you don't dare to*



*try, then you ... well, then there's no meaning to it. Because if you simply dare to try, to take a chance, then you might end up just right.*" (Lassenius et al., 2014)

Et godt læringsmiljø ble også skapt gjennom en proaktiv holdning fra de ansatte hvor de fokuserte på å delta på samme nivå som pasientene (Borge et al., 2013; Lassenius et al., 2014).

Pasientene opplevde at det i stor grad var dem selv som måtte være pådrivere for små aktiviteter, og at personalet manglet tilstrekkelig kompetanse (Rogers et al., 2014).

Kompetanse hos helsepersonell og aktivitører ble også løftet frem i en studie hvor personalet skulle motivere og «pushe» pasientene igjennom de ulike aktivitetene, uten at det ble opplevd for inngripende eller meningsløst. Tilbakemeldingen her var;

*"People like us need to be pushed to participate in physical activity. They try to motivate us and they do this in a nice way. This makes us feel that we want to exercise; it is not just something we have to do. This requires a competent and enthusiastic staff"* (Borge et al., 2013, s. 939)

Hindringer for å delta i aktiviteter var som regel tilknyttet sosial angst og mangel på motivasjon. Videre kom det frem at hindringer kunne motarbeides med kompetente og engasjerte ansatte eller aktivitører. Som en deltager ytret; *"it wasn't just him [the trainer] standing and shouting at you. He was like persuading us on like 'come on you can do it, you can do it!' when he says things like that it makes me more activate."* (Firth et al., 2016, s. 6). Flere funn i studiene fremhever viktigheten av kompetanse blant helsepersonell (Borge et al., 2013; Firth et al., 2016; Lassenius et al., 2014; Rogers et al., 2014).

## 4.2 Barrierer

Funn viser at pasientene hadde ulike begrensninger med å være regelmessig fysisk aktiv. Noen av disse barrierene kunne tilskrives miljøfaktorer som tilgjengelighet til fasiliteter og utstyr. Andre begrensninger var rettet mot søvn og hvile, og som en konsekvens av medisinerings.

#### 4.2.1 Trøtte og uopplagte pasienter

Søvn ble gjentatte ganger fremhevet som en bestemmende faktor for en aktiv hverdag (Cullen & McCann, 2014; Every-Palmer et al., 2018; Rogers et al., 2020).

Deltagere rapporterte at de sov mye som følger av medisinbruken, da disse ofte ble opplevd å være altfor sterke (Every-Palmer et al., 2018, s. 6). I en studie sa pasientene;

*“Sometimes my medication makes me all drowsy, makes me on edge, makes me feel like, I dunno, so I just wanna sleep it off” ... “I’m on lithium, I’m on Olanzapine so that makes you feel very tired ... like eyes were rolling, Olanzapine makes you like that”* (Rogers et al., 2020, s. 4).

Resultat viste at medisinerer kunne føre til økt appetitt. Dette resulterte i vektøkning og disponerte for ytterligere inaktivitet (Rogers et al., 2020). I en annen studie ble pasientenes oppfatning av diet kartlagt. Majoriteten av deltagerne (35 av 51 pasienter) kom med forslag til forbedring av menyen, og samtidig være mer bevisst rundt egne valg for et sunnere kosthold og en gunstigere kroppsvekt (Every-Palmer et al., 2018, s. 6). Tilbakemeldinger rettet mot kosthold var; *“eat more fruit” ... “cut out bread” ... “cut down on my coke intake” ... “more vegetarian meals”* (Every-Palmer et al., 2018, s. 5). Dette signaliserte forbedringspotensial rettet til endringer i kosthold.

#### 4.2.2 Dårlig planlegging og mangelfullt utstyr

Pasientene opplevde omgivelsene som synonymt med å være i et fengsel, og frihetsinnskrenkningen oppfordret ikke til å være aktiv (Rogers et al., 2020). Videre viste en studie at 78% av deltagerne meddelte at de kunne være mer aktive i fengsel sammenlignet med en psykiatrisk avdeling; *“I’m currently doing way less than when in community and in prison. There is nowhere to go to get out.”* (Every-Palmer et al., 2018, s. 6)

Mange ganger ble det å kunne få trene sett på som en «belønning» for hvor mentalt stabil pasientene var. Dersom de ikke ble ansett som tilstrekkelig frisk hadde de ingen muligheter for å komme seg ut (Rogers et al., 2020). Selv om pasientene var ansett som skikket for

aktivitet, var det ikke alltid muligheter for å utføre disse aktivitetene grunnet personalmangel. Det kom frem i studien at et bestemt scenario kunne være at pasienter ønsket å trene om morgenen, men isteden ble det forskjøvet til kvelden. Her var tilgang på personal enda mindre. Det ble også lagt mer ansvar på aktivitør tilknyttet avdelingen, men disse var det enda mindre tilgang på. I samme studie kom det frem at kun noen få ansatte hadde mulighet til å delta på fysiske aktiviteter. Tilgjengeligheten på personal var derfor svært liten. Det ble videre påpekt at kun 3-4 fra personalgruppen var kvalifiserte til å dra på trimrommet. Dette resulterte i at pasientene ofte ikke fikk muligheten til å trene selv om de hadde lyst (Rogers et al., 2020).

En annen studie understreket viktigheten av at personalet måtte være til stede for pasientene dersom de mottok spontane forespørsler om å gjøre noe der og da (Lassenius et al., 2014). Slik kunne personalet «gripe øyeblikket», og sørge for å imøtekomme pasientene når de kjente seg som mest motiverte til å trene.

I en studie ble det ytret; *“we don't have a ball” ... “I have access for walks around [the courtyard] in the morning and when the weather is ok, we play volleyball. However, I have got holes in my shoes.”* (Every-Palmer et al., 2018, s. 6). Dette viste at tilgang på fasiliteter og mangel på tilfredsstillende utstyr kunne være en begrensende faktor for aktiv deltagelse.

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

Det er i oppgaven tatt utgangspunkt i seks studier, som jeg ut fra problemformuleringen og hensikten med oppgaven, har ansett som å være relevant og hensiktsmessig. Studiene jeg har lokalisert er alle av nyere forskning. I fem av artiklene var det anvendt kvalitativ metode, og i en studie ble det anvendt metodetriangulering hvor både kvantitativ og kvalitativ metode ble benyttet. Jeg valgte å vektlegge de kvalitative dataene i denne studien da disse var best egnet for å besvare oppgaven.

De utvalgte studiene er fra Storbritannia, Norge, Sverige, New Zealand og Irland. Dette er alle land som har et relativt sammenfallende syn på helse, kultur og økonomiske forhold og er således representative for norske forhold.

Alle forfatterne i mine utvalgte artikler var kvalifiserte og fagkyndige personer knyttet til tematikken som ble undersøkt. Studiene var på forhånd godkjent av etisk komité og i henhold til standarder som settes ut fra fagfelleverderte forskningsartikler.

Undersøkelsen til Cullen & McCann (2014) omhandlet uteliggende pasienter som var tilknyttet et dagsenter. Studien til Lassenius et al. (2014) hadde et blandet utvalg der noen av pasientene tilhørte kommunale sentre. Det kan tenkes at dagpasienter og uteliggende pasienter vil ha et jevnt over høyere funksjonsnivå enn innlagte pasienter.

Det var relativt lik kjønnsfordeling i alle studiene, foruten studien til Firth et al. (2016). I denne undersøkelsen var majoriteten menn, med kun en kvinne fra et utvalg på 13 deltagere. Det kan stilles spørsmål om studien ble konstruert slik at det favoriserte det mannlige kjønn som følge av et stort innslag styrketrening, noe som muligens appellerer mer til menn enn til kvinner.

Et av inklusjonskriteriene i oppgaven min var at informantene skulle være relativt unge voksne i aldersgruppen 19-44 år. Snittalderen på samtlige studier var innenfor 44 år og tilfredsstilte således kriteriene. Det var dog studier hvor aldersspennet gikk over 44 år (Borge et al., 2013; Cullen & McCann, 2014; Every-Palmer et al., 2018). Studien til Lassenius et al. (2014) omtalte ikke aldersgruppe, da undersøkelsen var basert på tidligere opplevelser fra de ansatte. Tidligere opplevelser, som ikke er tilstrekkelig dokumentert annet enn et personlig minne, vil kunne ha rom for vesentlige mangler og feilsiteringer.

Studiene som ble valgt ut, hadde delvis sammenfallende problemstillinger med min oppgave, men tok også for seg andre problemområder som ikke var relevante for min problemformulering. Jeg valgte ut de data som ble ansett som mest relevante for å oppfylle hensikten med oppgaven min. Studiene er allikevel ansett som sammenligningsbare, da de omhandlet mange av de samme problemområdene, og funnene kunne slik sammenstilles.

Kvalitativ metode kjennetegnes ved at det er relativt få informanter med i slike studier (Dalland, 2019, s. 53). Siden alle studiene anvendte kvalitativ metode, vil det dreie seg om et forholdsvis lavt antall deltagere. Studien til Every-Palmer (2018) hadde flest deltagere med 51 langtidspasienter, mens snittet i de resterende studiene var 14 pasienter.

Ved å gjøre en integrativ litteraturoversikt har jeg i seks artikler inkludert data fra totalt 123 deltagere. Funnene er betraktet som pålitelige til å imøtekomme hensikten med oppgaven. Det

må påpekes at analyse av flere lignende studier må til for videre å undersøke problemområdet, da det i min oppgave kun er trukket ut seks artikler, og da med noe ulik vinkling. Det kan dermed ikke trekkes bastante konklusjoner fra oppgaven ut fra oppgavens omfang og begrensninger.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Det er i resultatdiskusjonen ansett som mest hensiktsmessig å slå sammen underkategoriene i hovedkategorien «motivasjonsfaktorer» for å kunne gi en bedre sammenfatning av innholdet.

### 5.2.1 Motivasjonsfaktorer

Deltagerne i studien til Borge et al. (2013) opplevde miljøet som omsorgsfullt og trygt, og at personalet genuint brydde seg om pasientene. For at pasientene skulle våge å delta i treningen, ytret de behov for oppmuntring og de kjente på respekt og forståelse fra personalet. De ansatte fikk pasientene til å føle seg som aktive deltagere, så det er viktig at helsepersonell er årvåkne og inkluderer pasientene på en balansert måte. Det kan føre til at pasientene får en følelse av tilhørighet og ansvarliggjøring. Studien til Lassenius et al. (2014) viste også at pasientene og de ansatte fikk et styrket forhold og økt tilhørighet ved å være fysisk aktive sammen.

Tilhørighet kan videre kobles til selvbestemmelsesteorien (Moe, 2018, s. 157-159) og at man har et behov for å bli sett, lyttet til og forstått (Eide & Eide, 2018, s. 57). Andre studier har også vist at pasienter med alvorlige psykiske lidelser trenger ekstra støtte for å generere motivasjon og interesse til en aktiv handling når det er snakk om fysisk aktivitet (Farholm et al., 2017). Dersom en pasient har en mestringsstil som er unngående, kan man ved å vise interesse videre utforske hva som er viktig for denne personen uten å være påtrengende, og således øke motivasjonen (Eide & Eide, 2018, s. 57).

Ut fra funnene i oppgaven, kan man se betydningen av felleskapet og det sosiale aspektet (Every- Palmer et al., 2018; Firth et al., 2016; Lassenius et al., 2014). Det kan her være nyttig for sykepleiere å på forhånd tenke igjennom hvem av pasientene som eventuelt kan ha nytte av å trene sammen, men også å legge opp til et felleskap der så mange som mulig kan delta

samtidig. Selvbestemmelsesteorien (Moe, 2018, s. 157-159) viser til tilhørighet som et psykologisk behov, og smitte-effekten kan være stor dersom flere melder seg på en aktivitet. Deltagere kan her være med på å støtte hverandre og sørge for-samhandling, respekt og empati. Slik kan det være fordelaktig å trene sammen (Moe, 2018, s. 165). Ensomheten kan være en utfordring for mange, slik at sosiale opplegg som er av et variert innhold, kan gi en totalt sett bedret helseeffekt enn individuelle tilbud (Moe, 2018, s. 166).

Som studiene viste (Firth et al., 2016; Lassenius et al., 2014), kan delaktigheten til helsepersonell være med på å styrke forholdet til pasientene, og dermed kunne ha en positiv innvirkning for senere deltagelse. Det kan her tenkes at pasientene kjenner på en «forpliktelse» og ønske ovenfor både personal og medpasienter med å være aktiv (Martinsen, 2017, s. 132). I enkelte tilfeller bør man, i den grad det er mulig, forsøke å tilstrebe at den ansatte som har et godt forhold til pasienten er utnevnt til kontaktperson eller primærkontakt (Eide & Eide, 2018, s. 57). Slik slipper pasienten å forholde seg til mange ulike ansatte noe som lett skaper utrygghet.

Som det kommer frem av studiene (Borge et. al., 2013; Firth et al., 2016, Lassenius et al., 2014), er det å ta individuelle hensyn viktig for hvordan man best skal kunne møte pasienten. Som en av deltagerne ytret; *“It was good that we got to choose something out of like a list. We could have done all different things... I thought the options were quite good.”* (Firth et. al, 2016, s. 6). Dette indikerer at valgfrihet er et sentralt element hvis pasientene skal ha mulighet til å kjenne på mestring og glede (Firth et al., 2016). Moe (2018, s. 165) understreker også at trening bør tilpasses den enkelte deltager. Sykepleiere bør også kjenne til om det er spesielle forutsetninger eller begrensninger som er gjeldende for de enkelte pasientene (Martinsen, 2017, s. 132). Det å utføre en aktivitet som man på forhånd ikke er utrustet for å klare, vil kunne få store konsekvenser for pasienten og føre til at vedkommende kjenner på manglende mestring. Dersom pasientene påtar seg en altfor stor oppgave, er det lett å gi opp eller resignere totalt. Dette kan videre kobles til kompetanse og mestring innenfor selvbestemmelsesteorien (Moe, 2018, s. 157-159). Man må kunne kjenne på en følelse av kompetanse og mestring slik at aktiviteten ikke oppleves som utenfor sitt kontrollområde dersom man skal beholde motivasjonen (Eide & Eide, 2018, s. 58). I en studie ble det sagt; *“the staff focuses on the positive and not the negative. That gives me hope and a feeling of competence”* (Borge et. al, 2013, s. 936). Dette viser betydningen at helsepersonell er med på å løfte frem pasientene, og gi gode tilbakemeldinger der det trengs for at pasientene skal føle

de behersker aktivitetene. Helsepersonell burde også vektlegge at pasienter deltar i aktiviteter uten prestasjonsfokus og vektlegger at medansvar og medbestemmelse må stå sentralt (Moe, 2018, s. 156-157).

Tidligere skader og funksjonshemminger som gir kroniske smerter kan hos pasienter bli forbundet med inaktivitet og risiko. Helsepersonell må være bevisst på at enkelte pasienter kan ved oppstart av fysisk aktivitet oppleve et ubehag som gjør at de kan koble det å være i bevegelse som noe farlig dersom dette midlertidig påfører dem smerter (Martinsen, 2018a, s. 132). Sykepleier må forsøke å trygge pasienten, men hvis det hersker tvil om en aktivitet er skadelig å utføre, må det søkes ytterligere tverrfaglig kompetanse hos eksempelvis fysioterapeut eller lege. Det kan også være aktuelt, og viktig i en rekke situasjoner, å involvere pårørende og omsorgspersoner for å sikre en best mulig behandling og oppfølging (Lederman et al., 2017).

I studien til Firth et al. (2016) kom det også frem at angst var en stor barriere for deltagerne. Det å være fysisk aktiv kan gi lignende «symptomer» som et angstanfall for pasienter som ikke er vant med å ta seg fysisk ut (Martinsen (2017, s. 140). Disse symptomene kan også brukes til eksponering for pasienten. Slik kan pasienter etter hvert lære seg at fysisk aktivitet er ufarlig og mindre skremmende. Som studien til Borge et al. (2013) viste, ble kognitiv miljøterapi verdsatt av pasientene i kombinasjon med fysisk aktivitet.

Det å ha en evne til å motivere andre kan til tider bli sett på som en stor utfordring. For noen vil det være enklere å motiveres på egenhånd, mens andre kanskje trenger litt hjelp fra venner, familie eller helsepersonell for å få et ekstra «dytt» i riktig retning. Et motiverende intervju kan her være et nyttig verktøy (Martinsen, 2017, s. 131). Resultatet vil variere ut fra hvordan metodikken blir brukt (Eide & Eide, 2018, s. 273). I bruken av et motiverende intervju må man først finne ut hvilket nivå pasienten er på. Det er eksempelvis lite meningsfullt å tilby en pasient et skreddersydd opplegg, som kan være ressurskrevende, dersom pasienten selv ikke er interessert å delta. Helsepersonell må derfor på forhånd kjenne til hvilke faser pasientene kan befinne seg i under et motiverende intervju. Således kan dette tilpasses den enkelte (Moe, 2018, s. 159-161). Det er også prekært å være støttende etter pasienten har kommet til fasen hvor vedkommende er godt i gang med treningsprogrammet. Dette ble omtalt i studien til Borge et al. (2013) og personalet fikk pasientene til å føle seg som aktive deltagere hvor de

følte at de ansatte faktiske brydde seg om dem. Personalet gjorde ikke dette for at det var deres jobb og fikk betalt, men at de var engasjert og genuint interessert i å hjelpe deltagerne. Dette gjorde at pasientene fikk tillitt til de ansatte.

Deltagerne i studien til Borge et al. (2013) opplevde at de trengte å bli «pushet» litt ekstra, og personalet gjorde dette på en fin måte uten at det ble for inngripende. I min oppgave kom det frem at mange pasienter følte kompetanse til helsepersonell og aktivitører var av stor betydning (Borge et al., 2013; Firth et al., 2016; Lassenius et al., 2014; Rogers et al. 2020). Det gjelder her for helsepersonell å være årvåken med å finne den rette balansen for å kunne styrke og opprettholde pasientenes motivasjon.

Man kan som helsepersonell lære av hverandre dersom spesifikke ansatte innehar tilstrekkelig kompetanse. Videre kan man benytte seg av eksterne instruktører for å ytterligere tilegne seg nødvendig kunnskap (Farholm et al., 2017; Firth et al., 2016). Det foreligger dog studier som viser at undervisningsopplegg til ansatte ikke er tilstrekkelig (Farholm et al., 2017), og at den beste løsningen er å ansette personell som har spesifikk kompetanse innen fysisk aktivitet.

Moe (2018, s. 166) understreker viktigheten av å benytte seg av «ildsjeler» i personalgruppen som kan være med på å dra lasset dersom noen har et sterkt engasjement for fysisk aktivitet. Det fremheves også her viktigheten av «spesialutdannet personal som er øremerket for fysisk aktivitet», for at man best mulig skal kunne klare å inkorporere tiltak til å bli en aktiv hverdag (Moe, 2018, s. 166).

Elementer av trivsel og mestring vil kunne gjøre en aktivitet gøy og meningsfull.

Utfordringen for helsepersonell blir å foreslå, eller tilrettelegge for lystbetonte aktiviteter som resulterer i dette. Helsepersonell må i tillegg være bevisste på at man legger aktiviteter på rett nivå eller terskel, slik at det ikke blir for overveldende for pasienten (Martinsen, 2018, s. 166-167). Dette kan lede til et ønske og behov for gjentagelse, som samsvarer med selvbestemmelsesteorien (Moe, 2018, s. 157-159), hvor pasienten vil kunne kjenne på en indre motivasjon. En indre motivasjon, relatert til selvbestemmelsesteorien, kan være med på å sikre at den fysiske aktiviteten blir videreført og sørge for en varig endring i atferd. En studie bekreftet hvor sentral selvbestemmelse var for å oppnå en indre motivasjon og videre resultere i regelmessig fysisk aktivitet blant en lignende pasientgruppe (Sørensen, 2006).

Det å gå en rolig tur er noe som kan være enkelt å iverksette og krever lite utstyr og tilrettelegging (Moe, 2018, s. 166). Ønsker man mer sosiale aktiviteter, kan ulike former for



ballspill være aktuelt, men her er det viktig at helsepersonell observerer deltagerne om de er komfortable med dette, slik at dette ikke ekskluderer visse personer fra å delta. Fordelen med å inkorporere ballspill, lek, og kanskje et mer nytenkende alternativ som TV-spill hvor deltagerer fysisk må bevege seg (Nintendo Wii, Oculus Quest VR m.m.), er at man «glemmer av» at man er i bevegelse som følger av underholdningsverdien. Slike valg kan være alternative verktøy for pasienter som er vanskelige å motivere. Det må understrekes at det samtidig kreves en vurdering ut fra den enkelte pasient sitt sykdomsbilde og behov, slik at man unngår en forverring av akutte tilstander som ved for eksempel mani og psykoser (Barnby et al., 2020; Forsyth, Harland, & Edwards, 2001).

De innlagte pasientene i studien til Rogers et.al. (2014) følte det var de som måtte ta initiativet til enkle aktiviteter som for eksempel ballspill. De kjente på at fysisk aktivitet ikke var en prioritering for de ansatte. Pasientene opplevde at helsepersonell foretrakk at de var inaktive. Slik var de til mindre bry for personalet.

Helsepersonell som selv fremstår motiverte, og har tilstrekkelig med vilje, engasjement og tro, vil bedre kunne sikre et godt motivasjonsklima (Moe, 2018, s. 156-157). Det motsatte viser seg gjeldende dersom man har en inaktiv behandlingskultur (Moe, 2018, s. 157). Pasientene må kjenne seg anerkjent og sett av de ansatte. Det må videre være fokus på god planlegging fra helsepersonell. Dette gjelder i forkant av fysiske aktiviteter, men også underveis og i etterkant for å se hva som fungerte – og eventuelt hva som kunne blitt gjort annerledes for å tilegne seg ny læring og erfaring (Moe, 2018, s. 157).

Studien til Firth et al. (2016) fremhevet at aktiviteter med lav intensitet, slik som for eksempel gåturer, hadde gode terapeutiske fordeler. Trening med høyere intensitet kunne ha en bedret effekt for pasienter med psykose. Moderat-høy treningsintensitet reduserte stemmehøring og vrangforestillinger hos noen av pasientene. Derimot kom det frem i studien til Rogers et al. (2020) at enkelte pasienter følte trening hadde en ugunstig effekt på sykdomsbildet. De meddelte at fysisk aktivitet kunne være med på å gjøre dem mer agiterte og hyperaktive. Dette kunne igjen fremprovosere utagering. For disse pasientene var det beste å avstå fra trening.

## 5.2.2 Barrierer

Kunnskap om motiverende faktorer som fremmer fysisk aktivitet blant pasienter med psykiske lidelser, er nødvendig, men det er også viktig å ha innsikt i hvilke barrierer som gjør det vanskelig for pasientene å være fysisk aktive.

### *5.2.2.1 Trøtte og uopplagte pasienter*

Som det kom frem i flere studier (Cullen & McCann, 2014; Every-Palmer et al., 2018; Rogers et al., 2020) var søvn et sentralt tema. Rogers et al. (2020) fant ut at pasientene ofte snudde døgnrytmen. Pasienter rapporterte at dette delvis skyldes inaktivitet som resulterte i at de ble liggende i sengen store deler av dagen (Rogers et al., 2020). Dette samsvarer med studier som viser at inaktivitet kan lede til søvnforstyrrelser for en slik pasientgruppe (Waite et al., 2016; Yang, Shin, Li, & An, 2016). Helsepersonell bør kartlegge pasientenes søvnmønster og vaner, og hjelpe pasientene til en døgnrytme som gjør dem mest mulig opplagt på dagtid. Dette støttes også av Martinsen (2017, s. 132-133). Regelmessig fysisk aktivitet, i form av kondisjonstrening med moderat intensitet, er vist å ha god effekt på søvn (Martinsen, 2018a, s. 55) og bedring av søvnmønster (Faulkner & Sparkes, 1999).

Medisiner er en bidragende faktor som gjorde at pasientene følte seg trøtte, uopplagte og inaktive (Rogers et al., 2020; Every-Palmer et al., 2018). Dette samsvarer også med tidligere kunnskap på feltet (Martinsen, 2018a, s. 141-144). Mange psykofarmaka fører til økt appetitt med påfølgende vekttoppgang (Martinsen, 2018a, s. 41). Overvekt kan medføre både at pasientene føler seg slappe og umotiverte for fysisk aktivitet samt en motvilje mot å eksponere en tykk og utrent kropp (Martinsen, 2018a, s. 130).

### *5.2.2.2 Dårlig planlegging og mangelfullt utstyr*

Pasienter opplevde det å være innlagt på en psykiatrisk avdeling som svært innskrenkende, og miljøet oppfordret dem ikke til å være fysisk aktiv (Rogers et al., 2020; Every-Palmer et al., 2018).

Tilbakemeldinger fra deltagere i studien til Every-Palmer et al. (2018, s. 6) var;

*“I used to run for an hour every day in prison. I’ve just started getting back into this.”  
...” You can't do what you want to do in here, but outside you can.” ... “We do  
nothing in comparison to the outside where you're working and motivated.”*

Dette viser at selv om pasientene skulle ha et ønske om å være aktive, kan det være vanskelig å utføre i praksis. Her må helsepersonell være flinke å tilrettelegge slik at tilbudet kan dekke etterspørselen best mulig. Lassenius et al. (2014) avdekket at de ansatte tidvis måtte sette andre gjøremål til side, og imøtekomme enkelte pasienter dersom de var motiverte til aktivitet på et gitt tidspunkt. Dette krever da at ansatte er gode til å planlegge vaktskiftet og delegere oppgaver. Dette blir også en prioritering som må ses i lys av bemanningen og situasjonen på avdelingen. Slikt kan også tenkes å være mer krevende ut fra hvor syke pasientene er.

Fysisk aktivitet er enklere å få gjennomført dersom det er en del av den obligatoriske behandlingen (Moe, 2018, s. 165-166), og ikke tilfeldig gjennomført ut fra hvem som er på jobb. Sykepleierne har et viktig delansvar når det gjelder å implementere fysisk aktivitet som en del av selve behandlingen. Som studien til Borge viste (2013), strukturerte de planlagte aktivitetene hverdagen på en god måte for pasientene når de var integrert som en del av behandlingsopplegget. Samtidig er dette et viktig signal om at fysisk aktivitet er en legitim prioritering i pasientenes behandlingsplan (Moe, 2018, s. 166).

I studien til Rogers et al. (2020) ble det ytret misnøye om hvilke pasienter som fikk tilgang til treningsrommet. Denne studien var gjort innenfor sikkerhetspsykiatri, slik at omstendighetene kan tenkes å være ytterligere begrenset rundt pasienter som er dømt til tvungen psykiatrisk behandling. Det er allikevel viktig å være bevisst på at selv om pasienter er i en akutt fase og er alvorlig syke, vil de kunne ha et positivt utbytte av å være fysisk aktive (Shergill, Murray & McGuire, 1998; Holmes, Ziemba, Evans & Williams, 1994; Falloon & Talbot, 1981). Dette kan eksempelvis løses ved å benytte seg av mobilt treningsutstyr som på forhånd er vurdert som trygt i bruk, og med et eventuelt tilsyn fra personal. Eksempler på slikt utstyr kan være ergometersykkel, romaskin, fotpedaler og eventuelt tilgang på en liten tredemølle. Således kan det tilrettelegges, og verken personal eller pasient trenger å forlate posten, hvis det ikke anses som forsvarlig. Tilstrekkelig tilgang på småutstyr, slik som ulike baller, bør også være tilgjengelig for aktivitet og trening (Every-Palmer et al., 2018). Grunnleggende utstyr som

tilfredsstillende fottøy og klær må pasientene i tillegg få dekket (Every-Palmer et al., 2018). Uten at slike behov er møtt vil det være vanskelig å sikre en aktiv deltagelse hos pasientene.

## 6.0 AVSLUTNING MED IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Jeg har i min oppgave undersøkt hvordan sykepleier kan tilrettelegge for fysisk aktivitet hos innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Denne pasientgruppen opplever en rekke utfordringer som gjør fysisk aktivitet vanskelig å gjennomføre. Under vil jeg presentere noen tiltak som kan medvirke til at pasienter med psykiske lidelser kan bli mer aktive.

Helsepersonell må se hva pasientene trenger og forsøke å imøtekomme deres behov, samt opptre engasjerte og støttende. Sykepleier må møte pasientene med å være en aktiv lytter og utvise respekt for pasientens prioriteringer og verdier. Det å kunne bidra til trygghet og kontinuitet, samt unngå avtalebrudd, er med på å styrke motivasjonen. Personalet må være bevisste på at for enkelte pasienter med angstproblematikk, og som ikke er vant til å være regelmessig fysisk aktive, kan trening innledningsvis oppleves som ubehagelig og resultere i at de kvier seg for å fortsette. For pasienter som er ukomfortable med å trene i store grupper, må dette tas hensyn til ved å tilrettelegge for mindre grupper eller individuelle aktiviteter.

Det er av stor betydning at ansatte selv deltar på treningen sammen med pasientene. Dette styrker forholdet og minker avstanden mellom aktørene. Treningen bør tilpasses pasientene, og sykepleiere må på forhånd kartlegge spesielle begrensinger og forutsetninger som er relevante. Det er viktig at pasientene opplever mestring og glede for å opprettholde motivasjonen.

Sykepleiere bør inneha tilstrekkelig kompetanse innenfor fysisk aktivitet. Helsepersonell som har spisskompetanse innenfor feltet, eller fremstår som «ildsjeler», vil være en svært nyttig resurs både når det gjelder motivasjon og tilrettelegging. Dette bør tas hensyn til ved ansettelse ved psykiatriske avdelinger.

Fysiske aktiviteter må prioriteres i det daglige og implementeres i pasientenes behandlingsplaner slik at dette fremstår som en selvfølgelig del av behandlingen.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser trenger ofte hjelp til å tilegne seg en god døgnstruktur som både ivaretar behovet for tilfredsstillende aktivitet og søvn. Gode rutiner med faste tidspunkter for utdeling av kveldsmedisiner, måltider og leggetider, anbefales. I tillegg bør sykepleier kartlegge den enkelte pasients kostvaner og tilrettelegge for et sunt kosthold som kan redusere negative helsekonsekvenser for pasientene. Det er også en viktig sykepleieroppgave å kartlegge virkninger og bivirkninger av legemidlene som pasientene bruker, særlig med tanke på negative effekter som sløvhets og vektøkning. Bivirkninger av medisiner vil alltid være til stede, men det gjelder i størst mulig grad å minimere disse.

Oppsummert vil jeg fremheve at det er på tide at vi møter psykiatriske pasienter som mennesker med både kropp og sjel. Altfor lenge har psykiatrien vært ensidig fokusert på pasientenes` sinn og tatt lite hensyn til at de også har en kropp som trenger pleie og oppmerksomhet. Kropp og sjel hører sammen og påvirker hverandre på godt og vondt. Det gamle ordtaket «En sunn sjel i et sunt legeme» har fremdeles livets rett, og bør være en ledestjerne også i psykiatrien. Det skylder vi våre pasienter!

## REFERANSER

- Barnby, J. M., Deeley, Q., Robinson, O., Raihani, N., Bell, V., & Mehta, M. A. (2020). Paranoia, sensitization and social inference: findings from two large-scale, multi-round behavioural experiments. *Royal Society open science*, 7(3), 191525.
- Borge, L., Røssberg, J. I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(10), 932–942. <https://doi.org/10.1111/jpm.12090>
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cullen, C. & McCann, E. (2014). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 58-64. <https://doi.org/10.1111/jpm.12179>
- Dalgard, O.S, Mathiesen, K.S, Nord, E., Ose, S., Rognerud, M.A., Aarø, L.E. & Major, E. Ellinor F. (2011). *Bedre Førre Var. Psykisk Helse: Helsefremmende Og Forebyggende Tiltak Og Anbefalinger*. Folkehelseinstituttet
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Every-Palmer, S., Huthwaite, M. A., Elmslie, J. L., Grant, E., & Romans, S. E. (2018). Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and physical activity: a mixed methods study. *BMC psychiatry*, 18(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1878-5>
- Forsyth, R., Harland, R., & Edwards, T. (2001). Computer game delusions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(4), 184-185.
- Falloon, I. R., & Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychological medicine*, 11(2), 329–339. <https://doi.org/10.1017/s0033291700052144>

- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International journal of mental health nursing*, 25(2), 116–126. <https://doi.org/10.1111/inm.12217>
- Farholm, A., Sørensen, M., Halvari, H. & Hynnekleiv, T. (2017). Associations between physical activity and motivation, competence, functioning, and apathy in inhabitants with mental illness from a rural municipality: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1528-3>
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of sport and exercise psychology*, 21(1), 52-69.
- Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliott, R., French, P., & Yung, A. (2016). The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16(35), 36. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0751-7>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utgave). Lund: Studentlitteratur AB.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holmes, H., Ziemba, J., Evans, T., & Williams, C. A. (1994). Nursing model of psychoeducation for the seriously mentally ill patient. *Issues in mental health nursing*, 15(1), 85–104. <https://doi.org/10.3109/01612849409074937>
- Lassenius, O., Arman, M., Söderlund, A., & Wiklund-Gustin, L. (2014). Motivation Does not Come with an Ending-It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity. *Mental Health Nursing*, 35(9), 713-720. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.901448>
- Lederman, O., Suetani, S., Stanton, R., Chapman, J., Korman, N., Rosenbaum, S., Ward, P. B. & Siskind, D. (2017). Embedding exercise interventions as routine mental health care: implementation strategies in residential, inpatient and community settings. *Australias Psychiatry*, 25(5), 451-455. <https://doi.org/10.1177/1039856217711054>

- Martinsen, E.W. (2017). Kognitiv terapi og fysisk aktivitet. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E (2018a). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, E. (2018b). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Andersen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen. *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, E., Papathomas, A., & Kinnafick, F. (2020). Inpatient perspectives on physical activity in a secure mental health setting. *Psychology of sport and exercise, 2021-01, Vol.52*.
- Shergill, S. S., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (1998). Auditory hallucinations: a review of psychological treatments. *Schizophrenia research, 32(3)*, 137–150.  
[https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(98\)00052-8](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(98)00052-8)
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : Sinn - kropp - samfunn* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Sørensen, M. (1998). Hvordan kan vi komme videre?: Erfaringer og motivasjonsstrategier. In *Fysisk aktivitet: En ressurs i psykiatrisk behandling* (pp. 89-97). Oslo: Aker sykehus, divisjon psykiatri: Universitetsforlaget.
- Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 16(6)*, 391-398.
- Underland, V., Holte, H.H. & Vist, G. (2018). *Effekt Av Fysisk Trening for Personer Med Alvorlige Psykiske Lidelser. Oversikt over Systematiske Oversikter*.
- Waite, F., Myers, E., Harvey, A., Espie, C., Startup, H., Sheaves, B., & Freeman, D. (2016). Treating Sleep Problems in Patients with Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44(3)*, 273-287.



Yang, Y., Shin, J., Li, D., & An, R. (2016). Sedentary Behavior and Sleep Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine, 24*(4), 481-492.

## Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
3.4.22	Cinahl	(physical activity or exercise or fitness or physical exercise) AND ( psychiatry or psychiatric or mental health )	Peer-reviewed, 10 år, Adult 19-44 år, Inpatients	6201	13	0	
3.4.22	Cinahl	physical activity OR exercise AND psychiatry OR psychiatric OR mental health AND qualitative	Peer-reviewed, 10 år, Adult 19-44 år, Inpatients	516	3	2	
3.4.22	Cinahl	exercise OR activity OR training AND psychiatric patients AND motivation	Peer-reviewed, 10 år, Adult 19-44 år, Inpatients	763	6	2	1
3.4.22	Cinahl	physical activity OR exercise AND psychiatry OR psychiatric OR mental health AND nurs AND qualitative	Peer-reviewed, 10 år, Adult 19-44 år, Inpatients	156	4	1	
3.4.22	Idunn	fysisk aktivitet OG psykiske lidelser	Peer-reviewed, 10 år	84	4	2	
4.4.22	Pubmed	physical activity AND motivat* AND inpatients psych* schizo*	Peer-reviewed, 10 år	13	5		1
4.4.22	Pubmed	exercise OR physical activity AND severe mental disorder psych* nurs* facilitators	Peer-reviewed, 10 år	80			1
4.4.22	Pubmed	physical activity AND psych* AND self-efficacy AND mental disorder	Peer-reviewed, 10 år	312	1		
4.4.22	Pubmed	physical activity OR exercise AND psych* severe mental health AND motivation	Peer-reviewed, 10 år	30	4	2	1
5.4.22	Pubmed	(physical activity or exercise or fitness or physical exercise ) AND ( nurse or nurses or nursing ) AND ( severe mental illness or serious mental illness or severe and enduring mental illness ) AND mastery	Peer-reviewed, 10 år	59	4	1	1

5.4.22	Pubmed	physical activity AND psych* AND motivation AND staff	Peer-reviewed, 10 år	183	2	1	1
--------	--------	---	----------------------	-----	---	---	---

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater
Borge, L., Røssberg, J.I. & Sverdrup, S. (2013)  Tidsskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing  Norge	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis	Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og dobbeltdiagnose, sin mestring og opplevelser, samt evne til læring av nye ferdigheter ved hjelp av kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet	Pasient	Kvalitativ metode igjennom personlige intervju. Fenomenologisk-hermeneutisk design. Beskrivende og utforskende.	20 pasienter med alvorlige psykiske lidelser deltok i studien (8 kvinner og 12 menn). Alder fra 28-55 år. Gjennomsnittsalder 40.2 år	Fysisk aktivitet ble sett på som verdifullt for personlig utvikling og behandling av de psykiske lidelsene. Ansatte var proaktive og engasjerte i de ulike prosessene og aktivitetene. Personal hadde et fokus på å delta på samme vilkår som pasientene. Pasientene opplevde at fysisk aktivitet bidro til en følelse av velvære og glede, og tok fokuset bort fra negative tanker. Det motiverte dem til å danne nye vaner og muligheter for å kjenne på mestring sammen med andre pasienter. Aktivitet resulterte i struktur, håp og engasjement, samt forbedret sosial interaksjon.
Cullen, C. & McCann, E. (2014)  Tidsskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing  Irland	Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland	Kartlegge hvilken oppfatning alvorlig syke pasienter hadde med å delta i fysisk aktivitet. Ikke innlagte pasienter.	Pasient	Kvalitativ tilnærming. Semistrukturert personlig intervju.	10 pasienter (6 menn og 4 kvinner). Alder fra 28-60. Gjennomsnittsalder 44 år	Studien fremhevet viktigheten med kompetanse fra sykepleiere og treningsinstruktører ift. fysisk aktivitet. Det ble også fremhevet hvor viktig et støttende miljø var for at pasientene skulle delta. Barrierer for å delta var bivirkninger fra medikamenter som søvnighet, muskulært ubehag, mangel på motivasjon og redusert fysisk kapasitet.
Every-Palmer, S., Huthwaite M.A., Elmslie, J.L., Grant, E. & Romans, S.E. (2018).  Tidsskrift: BMC Psychiatry  New Zealand	Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and physical activity: a mixed methods study	Kartlegge hvilke oppfatninger pasienter med alvorlige psykiske lidelser har på kroppsvekt, kosthold, selvtillit og treningsregimer/fysisk aktivitet	Pasient	Mikset metode – kvalitativ og kvantitativ. Semistrukturerte intervjuer kombinert med biometriske og demografiske data.	51 langtidsinnlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser (78% schizofreni). Alder fra 19-68 år. Gjennomsnittsalder 38 år	Pasientene mente at vektøkning skyldtes medisiner og institusjonalisering. Studien indentifiserte ulike barrierer for deltagelse og motivasjonsfaktorer. Pasientene ønsket å være mer fysisk aktive, men dårlig tilrettelagt. Studien så på viktigheten av individualisert opplegg ift. vektnedgang og fysisk aktivitet.

<p>Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliot, R., French, P. &amp; Yung, A.R. (2016).</p> <p>Tidsskrift: BMC Psychiatry</p> <p>Storbritannia</p>	<p>The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study</p>	<p>Hvordan pasienter med førstegangs psykose opplever å delta i et strukturert treningsopplegg. Ulike barrierer og støttende faktorer som kan gi grunnlag for deltagelse i aktiviteter.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte, personlige intervjuer</p>	<p>13 pasienter (12 menn og 1 kvinne). Gjennomsnittsalder 26.5</p>	<p>Faktorer som var med på å bestemme deltagelse i fysisk aktivitet var muligheten til selv å velge aktiviteter og øvelser, samt at disse var tilpasset den enkelte utøver. Barrierer var sosial angst og lav motivasjon. Engasjerte trenere med høy kompetanse viste å være effektivt for å bekjempe dette.</p>
<p>Lassenius, O., Arman, M. Söderlund, A. &amp; Wiklund-Gustin, L. (2014).</p> <p>Tidsskrift: Mental Health Nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Motivation Does not Come with an Ending—It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity</p>	<p>Kartlegge hvordan man kunne motivere personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet. Sett ut fra helsepersonell sine tidligere opplevelser og erfaringer.</p>	<p>Ansatt</p>	<p>Kvalitativ metode igjennom personlige intervju. Fenomenologisk-hermeneutisk design.</p>	<p>14 personer (6 menn og 8 kvinner). Deltakere fra ulike yrker. En sykepleier, ni helsefagarbeidere, to atferdsterapeuter og to fysioterapeuter. Pasienter var fra bofelleskap og/eller kommunale sentre. Uviss aldersgruppe</p>	<p>Det å motivere pasienter til å delta i fysisk aktivitet ble tolket som et dynamisk samspill mellom livsverdener. Å motivere pasienter ble ikke sett på som en enveisprosess, da denne viste seg å forutsette en gjensidighet. Helsepersonell måtte også kunne ha en evne til å reflektere over sin egen motivasjon for å motivere andre. Holdninger og fremtoningen fra helsepersonell var sentrale for resultatet som ble oppnådd i samspillet med pasientene.</p>
<p>Rogers, E., Papatomas, A. &amp; Kinnaick, F.E. (2020).</p> <p>Tidsskrift: Psychology of Sport &amp; Exercise.</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Inpatient perspectives on physical activity in a secure mental health setting</p>	<p>Innlagte pasienter, innenfor sikkerhetspsykiatrien, med alvorlige psykiske lidelsers syn på fysisk aktivitet</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvalitativt intervju som metode.</p>	<p>Studien hadde 15 deltagere (6 menn og 9 kvinner). Alder fra 19-40 år. Gjennomsnittsalder 27.8 år)</p>	<p>De ansatte ble sett på som viktige for å sette i gang aktiviteter, og ofte en begrensende faktor. Dårlig holdning blant de ansatte, og lite kunnskap. Strategier for å fjerne sedat kultur burde bli iverksatt med samarbeid fra pasienter og de ansatte. Ulike barrierer for aktivitet ble identifisert.</p>