

# **BSYBAC**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**



---

Universitetet  
i Stavanger

Hvordan påvirker fysisk aktivitet depresjonssymptomer hos eldre sykehjemsbeboere?

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 22.12.23*

X

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

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Depresjon er en vanlig psykisk sykdom som rammer mange mennesker. Blant eldre sykehjemsbeboere finner man en høyere utbredelse av depresjon og depresjonssymptomer, som fører til nedsatt livskvalitet (Kvaal, 2021, s. 447). Det blir flere eldre i samfunnet vårt og vi ønsker økt fokus på de eldres psykiske helse. Fysisk aktivitet har en kjent positiv virkning hos deprimerte mennesker. På bakgrunn av dette kan det tenkes at fysisk aktivitet er et godt tiltak hos sykehjemsbeboere med depresjonssymptomer.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan fysisk aktivitet påvirker depresjonssymptomer hos eldre sykehjemsbeboere. Vi ønsker også å se hvordan dette påvirker deres livskvalitet.

### *Metode*

Oppgaven er en litteraturstudie hvor vi har analysert fire forskningsartikler, som ligger til grunn for oppgaven. Vi har brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning for å belyse vår problemstilling. Oppgaven er oppbygget rundt forskningsartiklene, aktuell bakgrunns litteratur og egne refleksjoner.

### *Resultater*

I resultatene belyses det at ved økt aktivitet blant deltakerne gikk depresjonssymptomene ned. Deltakerne opplevde en økning i livskvalitet i samsvar med økt fysisk aktivitet. Studienes bruk av gruppetrening hadde en positiv innvirkning på deltakernes sosiale liv.

*Nøkkelord:* Depresjon, depresjonssymptomer, fysisk aktivitet, sykehjem, psykisk helse, livskvalitet, eldre, sykepleierens rolle, kartleggingsverktøy, eldrebølgen.

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Problemformulering .....	5
1.3 Hensikt med oppgaven .....	5
<b>2.0 TEORI</b> .....	6
2.1 Depresjon.....	6
2.2 Livskvalitet.....	6
2.2.1 Livskvalitet på sykehjem .....	6
2.3 Fysisk aktivitet .....	7
2.3.1 Fysisk aktivitet hos eldre .....	7
2.4 Sykepleierens rolle .....	8
<b>3.0 METODE</b> .....	10
3.1 Valg av metode.....	10
3.2 Søkeprosess .....	10
3.2.1 Søkestrategi .....	10
3.2.2 Valg av databaser.....	11
3.2.3 Valg av søkeord .....	11
3.2.4 Valg av artikler.....	11
3.3 Analyse av artikler.....	12
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	13
4.1 Fysisk og psykisk helse .....	13
4.1.1 Kartlegging av depresjon og livskvalitet .....	13
4.1.2 Effekt av fysisk aktivitet .....	14
4.2 Sosialt utbytte .....	15
4.2.1 Trening i gruppe .....	15
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	17
5.1 Metodediskusjon .....	17
5.1.1 Land og arena .....	17
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	17
5.1.3 Studiens deltakere.....	17
5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ metode .....	18
5.1.5 Analyse av forskning.....	19
5.2 Resultatdiskusjon.....	19
5.2.1 Effekt av fysisk og psykisk helse .....	20
5.2.2 Effekt av sosialt utbytte.....	22

5.2.3 Sykepleiernes rolle.....	23
<b>6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....</b>	<b>25</b>
<b>7.0 OPPSUMMERING .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>28</b>
<b>VEDLEGG 1. SØKELOGG.....</b>	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE.....</b>	<b>33</b>

Antall ord: 7092

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt tema til bacheloroppgaven etter våre interesseområder og erfaringer. Vi har valgt å kombinere erfaringer fra praksis hvor vi har jobbet med eldre pasienter innen psykisk helse og på sykehjem. Som sykepleierstudenter har vi selv stått i situasjoner hvor vi har bortprioritert aktiviteter og sosialt samvær grunnet tidsmangel. Vi har sett den positive effekten fysisk aktivitet har på eldre deprimerte pasienter, men kjenner også til tidsklemma innen helsevesenet.

### 1.2 Problemformulering

Grunnet høyt antall av eldre deprimerte ønsker vi å undersøke hvordan fysisk aktivitet påvirker depresjonssymptomer hos eldre sykehjemsbeboere. Befolkningen øker stadig og det blir flere eldre i samfunnet. Eldreomsorgen er et svært relevant tema for sykepleiere og som jobber i helsetjenesten. Innen år 2060 vil, ifølge Statistisk Sentralbyrå, hver femte person være over 70 år, antallet over 80 år vil tredobles og antallet over 90 år vil omtrent femdobles (SSB, 2020). Det trengs økt kunnskap og tiltak rettet mot eldre da de vil bli en enda større prosentandel av befolkningen. En mulig tolkning er at dersom det ikke blir bedring i de eldre sin psykiske helse vil store deler av den norske befolkningen lide av depresjon og depresjonssymptomer i årene som kommer. Ny kunnskap kan bidra til flere tiltak for å ivareta eldre sin psykiske helse i sykehjem.

### 1.3 Hensikt med oppgaven

Oppgavens hensikt er å belyse hvilken effekt fysisk aktivitet har på depresjonssymptomer hos eldre sykehjemsbeboere. Vi har valgt å besvare oppgaven fra et pasientperspektiv og arenaen for oppgaven er sykehjem. Ved å undersøke hvilken effekt fysisk aktivitet har på sykehjemsbeboernes psykiske helse kan det eventuelt bidra til nyttig kunnskap. Denne kunnskapen kan legge til rette for tiltak mot depresjon, som kan implementeres i norske sykehjem.

## 2.0 TEORI

### 2.1 Depresjon

Depresjon er den vanligste psykiske sykdommen hos eldre og er mer utfordrende grunnet at de eldre ofte har et mer komplekst sykdomsbilde. Sammenlignet med resten av befolkningen er forekomsten av depresjon dobbelt så høy hos eldre (NHI, 2023). Omtrent 40% av eldre i sykehjem har depresjonssymptomer, mens rundt 20-25% har en depresjon som lidelse (Kvaal, 2021, s. 446). Når en person blir eldre, er det naturlig å miste familiemedlemmer og venner. De kan kjenne på tap av fysisk funksjonsnivå som stopper dem i å leve som før, noe som kan føre til tap av sosial tilhørighet. Dette er noen av flere årsaker til at flere eldre blir deprimerede. Depresjon kan blant annet kjennetegnes ved at man føler på økt tristhet, maktesløshet, bekymringer, nedsatt søvn og appetitt og dødsønsker. Deprimerte personer kan isolere seg og slutte med hobbyer som før har gitt dem glede (Kvaal, 2021, s. 446).

Flere eldre går med udiagnostisert depresjon og man ser det høyt sannsynlig at det finnes et høyere antall mørketall (NHI, 2023). Depresjon ses på som en alvorlig tilstand grunnet økt selvmordsfare, økt fare for hjerte-karsykdommer, slag og død (Kvaal, 2021 s. 447). Verdens helseorganisasjon forventer at depresjon vil være den tredje største grunnen til tap av flere år med god helse i 2030 (WHO, sitert i Kvaal, 2021, s. 442). Depresjon ses ofte i sammenheng med somatisk sykdom, og det å ha behov for hjelp av andre, noe som er fremtredende på sykehjem.

### 2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er et bredt begrep som kan defineres som både opplevelse av glede, velvære og tilfredshet. Livskvalitet kan også ses på som økonomi, levestandard, boforhold og sosial deltakelse (FHI, 2021). Vi har valgt å benytte bruken av ordet livskvalitet i den forstand at det betegnes som psykisk velvære og at man føler seg tilfreds.

#### 2.2.1 Livskvalitet på sykehjem

Når en person skal flytte fra eget hjem til sykehjem må de tilpasse seg nye rutiner, hverdag og mennesker. Når man flytter inn på sykehjem er det for de fleste mindre arealer hvor det er begrensninger på hvor mye personlige egendeler man kan ta med seg. Dette er stor en påkjenning som kan gå ut over livskvaliteten. Å flytte inn på sykehjem er for de fleste svært

nødvendig, men å omstille livet sitt totalt vil for mange naturligvis være sårt. Noen flytter fra barndomshjem, ektefelle, familie og venner. Livet på sykehjem er svært rutinepreget med mye ledig tid. Pasientene kan også merke at bemanningen kan være dårlig. Når en person flytter fra hjemmet sitt, kan de ofte kjenne på tap av identitet. Det er flere lovverk og retningslinjer om sykehjemmets bygg og respekt for pasientens egne område for å ivareta beboernes privatliv og eget bosted (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 263). Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie tar for seg blant annet pasientenes rettigheter ved flytting til sykehjem (Forskrift for sykehjem, 1988, § 4-1). Flere sykehjem har utført en endring i organisasjonskulturen for å rive seg bort fra gamle rutiner og heller se på livskvaliteten til beboerne (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 267). Dette skaper et helsefremmende, sosialt og trygt felleskap på sykehjem som inkluderer mestring, glede og opplevelser.

### 2.3 Fysisk aktivitet

Når man er i fysisk aktivitet skjer det en rekke utskillelser av forskjellige stoffer som fungerer som kroppens eget belønningssystem. Dette fører til at man ofte føler seg bedre etter fysisk aktivitet. Endorfiner øker følelsen av velbehag og lykke samtidig som det kan dempe smerte (Hansen & Sundberg, 2015, s. 33). Dopamin kalles ofte lykkehormonet og gir oss en følelse av glede og velvære etter trening. Noradrenalin bedrer oppmerksomheten vår og serotonin er med å gi en følelse av tilfredshet (Hansen & Sundberg, 2015, s. 33). Ved at nedstemte eller deprimerte personer kommer i gang med fysisk aktivitet, vil de kunne oppleve effekten ved at disse utskillelsene skjer. Under aktivitet skilles disse stoffene ut som fører til økt følelse av velbehag relativt raskt etter treningen (Hansen & Sundberg, 2015, s. 33).

#### 2.3.1 Fysisk aktivitet hos eldre

“Å kunne bevege seg er et grunnleggende behov, også for sykehjemsbeboere” (Telenius, 2019, sitert i Helbostad, 2021, s. 353).

Bevegelsesfunksjonen til mennesker blir stadig utfordret og man har ulike forventninger til eget bevegelsesapparat gjennom livet. Når et menneske har levd et langt liv og opplever svikt i dette aparatet endrer gjerne forventningene seg. «Fysisk aktivitet kan forebygge komplikasjoner av sykdom og skade, og opprettholde bevegelsesfunksjonen hos personer med kroniske lidelser» (Helbostad, 2021, s. 343). De aldersfysiologiske endringene gir eldre en

enda større gevinst av fysisk aktivitet. Med alderen får man et mindre reservelager både på organ og funksjonsnivå (Aldring og Helse, u.å). Muskelmassen og beinmassen reduseres, noe som gjør det vanskeligere å opprettholde funksjoner som trengs i hverdagslivet (Mensen, 2021, s.32). Likevel responderer de eldre godt på fysisk aktivitet, og det er aldri for sent å komme i gang med dette.

En norsk studie belyser at tilbudet om fysisk aktivitet er lavt blant norske sykehjem. Studien “An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities?” av Bente Ø. Kjøs og Anders K. Havig er en undersøkelse av 40 sykehjemsavdelinger i Norge. Hensikten med studien er å undersøke om regjeringen har lyktes med å øke fysiske og sosiale aktiviteter i norske sykehjem og hvordan aktivitetsnivået er sammenlignet med den generelle omsorgen. Funnene fra studien viser at den generelle omsorgen på sykehjem er høy, mens nivået på fysiske og sosiale aktiviteter er lavt. De konkluderer med at regjeringen ikke har lyktes med å øke nivået av fysiske og sosiale aktiviteter i norske sykehjem (Kjøs & Havig, 2016, s. 330).

## 2.4 Sykepleierens rolle

Sykepleiere har en viktig og sammensatt rolle som hjelper alle typer mennesker i alle slags sårbare situasjoner (NSF, u.å). Sykepleiere driver blant annet med behandlende, helsefremmende og forebyggende tiltak for syke pasienter som ikke klarer å dekke sine egne behov (Molven, 2019, s. 17). På et sykehjem er ofte beboerne avhengige av hjelp fra ansatte flere ganger til dagen ved for eksempel stell, påkledning, toalett- og matsituasjoner.

For at sykepleiere skal kunne tilrettelegge for fysisk aktivitet hos de eldre må de kartlegge pasientene. Når man skal samarbeide med pasienter og tilrettelegge for aktiviteter, er det viktig å ta hensyn til motivasjon, mestrings- og funksjonsnivå, interesser, alder, kjønn og kulturbakgrunn (Gonzalez, 2020, s. 247). Ved kartlegging av sykehjemsbeboernes fysiske og psykiske status får sykepleierne et utgangspunkt å jobbe ut fra. Da kan det tilrettelegges for aktiviteter som tar utgangspunkt i den enkelte pasienten (Gonzalez, 2020, s. 248).

Sykepleiere har ansvar for å vurdere og observere eventuelle endringer som skulle oppstå. Ved observasjon av depresjonssymptomer som fanges opp av personale kan tiltak og samtale igangsettes som forebyggende arbeid mot depresjon. Sykepleiere driver også med



motivasjonsarbeid, og flere eldre kan bli passive og mangle motivasjon. Da er det viktig at sykepleieren har god kunnskap om hvordan man kan motivere de eldre (NSF, u.å).

## 3.0 METODE

### 3.1 Valg av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2021, s. 53).

Valg av metode tar utgangspunkt i hva som belyser problemstillingen på best mulig måte. Kvantitativ metode gir tall og målbare data, disse er konkrete. Kvalitativ metode gir erfaringer og opplevelser som kan gi en dypere forståelse (Dalland, 2021, s. 55). Vi har valgt å bruke et utvalg av både kvalitativ og kvantitativ forskning for å få et dypere syn og belyse flere sider av problemstillingen.

### 3.2 Søkeprosess

Vi har valgt å utføre et systematisk litteratursøk som søkestrategi for å finne vitenskapelige forskningsartikler. På forhånd ble det tatt valg om databaser, søkestrategier, søkeord og begrensninger som ble benyttet for å få et best mulig utvalg av artikler å utforske. Søkene våre ble loggført i en søkelogg som ligger vedlagt i oppgaven. Vi har valgt fire relevante forskningsartikler som ble analysert. Deretter ble resultatene fra studiene satt opp mot hverandre for å få en oversikt over studienes likheter og ulikheter.

#### 3.2.1 Søkestrategi

Vi har benyttet oss av nyere forskning for å kunne sammenligne med dagens helsevesen. Det var viktig for oss å finne forskning som var blitt gjort i land hvor helsevesenet er sammenlignbart med Norge. Avgrensningene vi benyttet var at artiklene skulle være fagfelleverderte tidsskrift, publisert i tidsperioden 2013-2023, ha engelsk eller norsk skriftspråk, inkluderte deltakere som var 65 år og eldre og forskningen skulle være utført i Europa. Vi har brukt Fribergs helikopterperspektiv ved valg av artikler (Friberg, 2017, s. 146). Da leser man sammendraget på flere artikler som gjør at man får et overblikk over hva studien inneholder og studiens resultater. Vi sjekket om det var en artikkel som passet til bruk i vår oppgave, noe som bidro til en mer effektiv søkeprosess.

### *3.2.2 Valg av databaser*

Vi har valgt å utføre søkene våre i relevante databaser for helsefag som Cinahl, Pubmed og Idunn. Vi fikk ingen aktuelle resultater ved søk i Idunn og fant flest relevante artikler i Cinahl. Pubmed ga noen få gode søk og står for en av oppgavens artikler.

### *3.2.3 Valg av søkeord*

Ved å søke gjennom Cinahl og Pubmed ble det naturlig å bruke engelske søkeord. For å finne relevante artikler til vår problemstilling ble ord som «physical activity\*», «depression\*», «nursing home\*» og «quality of life\*» brukt. Vi kombinerte forskjellige søkeord for å få et bredere utvalg av artikler og søkte på ord med og uten trunkering. I noen av søkene brukte vi «AND» mellom søkeordene for å finne relevante artikler som inneholdt flere av komponentene vi var på leting etter.

En av oppgavens artikler fant vi gjennom lesing av annen faglitteratur. Denne artikkelen var relevant for oppgaven vår, men vi hadde ikke kommet over den gjennom tidligere søk i databaser. Det ble derfor søkt etter spesifikke ord i Cinahl for å finne frem til den aktuelle artikkelen.

### *3.2.4 Valg av artikler*

Flere artikler ble ekskludert grunnet mangel på relevans for vår problemstilling. Vi leste grundig gjennom artiklene og vurderte kvalitet og holdbarhet på artiklene. Artiklene ble valgt etter følgende krav:

- Artikkelen følger IMRaD- strukturen.  
IMRaD-strukturen beskriver oppbyggingen av en forskningsartikkel. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2021, s. 157).
- Artikkelen belyser sider som er relevante for vår problemstilling.
- Artiklene er fra Europa.

Vi kom frem til fire artikler som vi mener belyser oppgavens problemstilling godt. Det ble inkludert tre artikler som benyttet kvantitativ metode, og en artikkel som benyttet kvalitativ metode. Tre av artiklene brukte sykehjemsbeboere som deltakere, og en av artiklene brukte hjemmeboende eldre som deltakere.

### 3.3 Analyse av artikler

Vi har brukt Fribergs analysemodell for å analysere våre artikler (Friberg, 2017, s. 148). Vi leste gjennom studiene flere ganger og lagde en oversiktstabell i form av tankekart. Der inkluderte vi hovedpunkter som metode, perspektiv, deltakere og resultater. Deretter kunne vi se på likhetene og ulikhetene innen de ulike punktene. Til slutt lagde vi en oppsummering til hver artikkel. For oss ble det en oversiktlig måte å analysere artiklene på og vi fikk fort en oversikt over de ulike artiklene. Gjennom vårt analysearbeid kom vi frem til to hovedfunn og tre underkategorier som ble satt opp i en tabell for oversikt.

<b>Hovedkategori</b>	<b>Underkategori</b>
Fysisk og psykisk helse	Kartlegging av depresjon og livskvalitet Effekt av fysisk aktivitet
Sosialt utbytte	Trening i gruppe

## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Fysisk og psykisk helse

Alle fire artiklene fremhever sammenhengen av fysisk og psykisk helse. Det brukes ulike typer verktøy for å kartlegge depresjon og livskvalitet i de ulike studiene. Deltakerne ble kartlagt både før og etter utført treningsprogram. Vi har valgt å forklare kort om de ulike kartleggingsverktøyene for å kunne se og forstå resultatene i betraktning til hverandre.

#### 4.1.1 Kartlegging av depresjon og livskvalitet

Lok et al. (2017) bruker Beck Depression Inventory (BDI) for kartlegging av depresjonssymptomer hos deltakerne (s. 93). Etter kartleggingstesten blir de scoret fra 0 til 63 innenfor fire ulike nivåer av depresjon. Disse nivåene tilsier om deltakeren har minimal, mild, moderat eller alvorlig depresjon (Addiction Research Center, u.å). Høyere score indikerer en mer alvorlig depresjon. Ved kartlegging av livskvalitet blir SF 36 Quality of life Questionnaire (SF-36) brukt. Dette er et skjema som fylles ut av deltaker og som deretter blir vurdert og scoret av forskerne (s.95). Kartleggingstesten tar for seg fysisk og psykisk helse, smerte, energinivå, følelsesnivå og sosial funksjon. Deltakerne blir scoret fra 0 til 100 poeng i hver kategori, hvor høyere score indikerer bedre livskvalitet (Heartbeat, u.å).

Diegelman et al. (2017) bruker en tysk versjon av Geriatric Depression Scale (GDS 12-R) for å kartlegge deltakernes depresjonssymptomer. Scoringene går fra 0 til 12 hvor høyere score indikerer med depresjonssymptomer (s. 788).

I Arietta et al. (2018) sine studier brukes det også ulike kartleggingsverktøy (s. 4).

Kartlegging av fysisk aktivitet blir gjort ved bruk av et akselerometer som var festet rundt deltakernes hofter i syv dager. Det blir også brukt ulike fysiske tester for å kartlegge fysisk styrke, gjennom ulike øvelser som inkluderer store deler av kroppens muskulatur (s. 3).

Deltakernes livskvalitet kartlegges i denne studien ved bruk av Quality of life-Alzheimer`s Disease Scale (QoL-AD). Dette kartleggingsverktøyet ble brukt fordi noen av deltakere hadde kognitiv svikt, og de fant det sannsynlig at andre deltakere også kunne utvikle en form for kognitiv svikt i løpet av studien (s. 4). Verktøyet kartlegger innenfor flere områder, blant annet fysisk helse, humør, energinivå, sosial funksjon og livet i sin helhet. Høyere score indikerer høyere livskvalitet. Depresjon og depresjonssymptomer måles i form av Goldberg Depression Scale (GDS) som måler alvorlighetsgraden av en depresjon. I Arriteta et al. (2018)

sin artikkel beskriver de Goldberg Depression Scale som et kartleggingsverktøy består av fire hovedspørsmål. Pasientene som responderer positivt til to eller flere spørsmål får fem spørsmål til. Pasienter som scorer på minst to punkter har en 50% sannsynlighet for å ha klinisk depresjon (s.4). Kognitive tester ble også benyttet i studien, men vi har valgt å se bort fra resultatene på disse, grunnet relevans for vår problemstilling.

#### *4.1.2 Effekt av fysisk aktivitet*

I Lok et al. (2017) sin studie ser man at det er nedgang i depresjon og økning i livskvalitet hos gruppen som gjennomførte det ti ukers lange treningsprogrammet (s. 96). Ved bruk av Beck Depression Inventory ser man at gruppen som utførte treningsprogrammet gikk fra en score på 18 til 11, mens gruppen som ikke utførte treningsprogrammet gikk fra 19 til 17 (s. 96). Ved bruk av SF-36 ser man at deltakernes oppfatning av egen fysisk helse gikk fra 36 til 62 hos intervensjonsgruppen og fra 37 til 35 hos kontrollgruppen. Deltakernes oppfatning av egen mental helse gikk fra 40 til 61 hos intervensjonsgruppen og fra 40 til 38 hos kontrollgruppen (s. 96). Gjennom hele treningsperioden ser man en tydelig økning i livskvalitet innenfor alle punktene hos intervensjonsgruppen. Det blir observert få endringer hos kontrollgruppen gjennom studien (s. 96).

I Diegelman et al. (2017) sin studie ser man at kontrollgruppen hadde en økning i depresjonssymptomer i den perioden studien pågikk. Gruppen som deltok på treningsprogrammet hadde en stabil nedgang i depresjonssymptomer gjennom hele perioden, noe de også hadde ved kontroll tre måneder etter endt studie (s. 790).

I studien til Arrieta et al. (2018) ser man ved bruk av et akselerometer at det er et veldig lavt nivå av fysisk aktivitet blant sykehjemsbeboerne (s. 4). Studien viser også at 46% av beboerne scorer lavere enn gjennomsnittet på livskvalitet og at 25% har stor sjanse for å utvikle en klinisk depresjon (s. 4). Sykehjemsbeboerne som scorer lavt på QoL-AD har lavt nivå av fysisk aktivitet og muskelstyrke på de fysiske testene. De som scorer lavt på Goldberg Depression Scale har også lavt nivå av fysisk aktivitet og har lav muskelstyrke på fysiske tester (s. 5). Økt styrke i overkroppen assosieres med en høyere score på QoL-AD blant dem med gangvansker og dem som har behov for hjelpemidler ved gange. For deltakerne uten gangvansker ser man at lett fysisk aktivitet som gange assosieres med høyere QoL-AD score. Resultatene viser også at flere antall steg per dag reduserer risikoen for depresjon hos

sykehjemsbeboerne uten gangvansker ( s. 5). I Arrieta et al. sin studie ser man at de med gangvansker ser ut til å ha høyere sjanse for utvikling av depresjon, spesielt kvinner (s. 6).

I studien til Torjuul et al. (2015) fremheves det at deltakerne synes treningen vedlikeholdt eller bedret deres fysiske helse samtidig som det førte til økt velvære og sosialt samhold. Deltakerne synes det var godt å utfordre kroppen og at det myknet opp ledd (s. 87). Gjennom studien var det viktig for deltakerne å trene for å hindre forverring av fysiske og psykiske helseplager (s. 87). Deltakerne følte på økt mestringfølelse, glede og stolthet når de fikk utført ulike treningsøvelser (s. 88). Grunnet høy alder og helseplager hadde deltakerne nedsatt tro på seg selv, men oppgir at de fikk mer tro på seg selv gjennom treningstimene (s. 88). Noen av deltakerne skilte ikke mellom fysisk aktivitet i form av treningsøvelser eller som husarbeid. Noen av deltakere sier at de ryddet og vasket, gikk mer i trapper, måket snø, gikk turer og opplevde mestring rundt økt hverdagsaktivitet. Deltakerne synes at treningsopplegget var fleksibelt og synes det var positivt med alternativ for dem som ikke kunne utføre ulike øvelser grunnet helseutfordringer (s. 88).

## 4.2 Sosialt utbytte

Tre av artiklene benytter bruken av gruppetrening. En av artiklene belyser eldre sine opplevelser knyttet til gruppetreningene. Det sosiale utbyttet av gruppetreningen virker for mange å være en like viktig effekt av treningen som den fysiske effekten. Fysisk aktivitet ser ut til å ha en gunstig effekt på sykehjemsbeboernes sosiale utbytte og livsglede.

### 4.2.1 Trening i gruppe

I Lok et al. (2017) sin studie ser man ved bruk av SF-36 at deltakernes sosiale funksjon øker fra 35 til 64 hos de som trente (s. 96). I Diegelman et al. (2017) sin studie benyttes både gruppetrening og individuell trening (s. 787). I denne studien trente 62 av deltakerne i gruppe og 21 av deltakerne trente individuelt. I tillegg deltok 17 av de som trente i gruppe på fysiske og sosiale leker. Gjennom gruppetreningen kommer sykehjemsbeboere i kontakt med andre beboere, trenere og ansatte på sykehjemmet (s. 791).

Hovedtemaene i Lok et al. (2017) og Diegelman et al. (2017) sine studier er ikke å vise effekten av gruppetreningen på det sosiale nivået. Vi ønsker derfor bruke Torjuul et al. (2015) sin studie til å belyse denne siden av problemstillingen.

Torjuul et al. (2015) belyser eldre sine erfaringer med å trene regelmessig i gruppe (s. 86). Deltakerne i denne studien fikk et godt sosialt utbytte av gruppetreningen. Hovedfunnene hos deltakerne er økt mestring og en stolthet knyttet til dette (s. 88). Tilrettelagte treningsprogram for deltakerne var med på å øke mestringsfølelsen deres. Noen av deltakerne forteller at de satt alene nesten hele dagen og at det var gøy å gjøre noe sosialt sammen med andre (s. 87). Deltakerne forteller at det hjalp på humøret og at det var fint å treffe folk og bli kjent med nye mennesker «Vi sitter og snakker en halvtimes tid, prater og forteller litt forskjellig» sa en deltaker (Torjuul et al., 2015, s. 87). Deltakerne synes at treningstimene fungerer som et godt avbrekk i hverdagen hvor de kan komme seg ut og skape nye rutiner. En deltaker som følte seg nede nedfor, forteller at treningstimene hjalp på humøret (s. 87). Deltakerne utfordret hverandre til å prøve nye øvelser og opplevde å få oppmuntring og støtte fra de andre på timene. En deltaker opplevde å ikke klare den ene øvelsen og da bidro de andre deltakerne med motivasjon og gode ord til vedkommende (s. 88).



## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen presenteres en kritisk vurdering av oppgavens metodeutvalg, artikkelutvalg og fremgangsmåte for oppgaven.

#### 5.1.1 Land og arena

Vi ønsket å benytte oss av studier utført i Europa eller andre land som samsvarer mest mulig med Norges helsevesen og sykehjem. Våre fire utvalgte artikler er fra Norge, Tyskland, Tyrkia og Spania. I følge regjeringen.no er helsevesenet i Tyskland og Spania godt utbygd og tilnærmet likt som i Norge. I følge regjeringen.no anses helsevesenet i Tyrkia til å være godt utbygget (Regjeringen, 2023). Vi er usikre på likheten til Norges helsevesen, men vi har valgt å inkludere artikkelen da vi ikke ser at en eventuell ulikhet av helsevesenet påvirker funnene i artikkelen.

Opgavens arena er sykehjem. Vi har valgt tre studier som er utført på arenaen for å se hvordan tiltakene om økt fysisk aktivitet ble utført i praksis på sykehjem. Vi har tatt med en studie om økt fysisk aktivitet hos hjemmeboende eldre da vi ser det som relevant om hvordan sykehjem kan hente inspirasjon fra slik gruppetrening, og hvilken effekt det har hatt på de eldre hjemmeboende deltakerne.

#### 5.1.2 Forskernes bakgrunn

Artiklenes gyldighet vurderes ved å undersøke artiklenes forskere og vurdere deres faglige bakgrunn. Det var ønskelig for oss å bruke forskning fra personer som har erfaringer innen fagfeltet på et høyere nivå. Flere av artiklenes forskere har helsefaglig og psykiatrifaglig utdanning på master eller doktorgradsnivå. Flere har også erfaringer innen geriatri, noe som skaper økt troverdighet grunnet forskernes erfaringer innen det aktuelle temaet. Studiene som ble gjennomført har blitt etisk godkjent. Deltakerne har blitt forklart hensikten med studien og de har skrevet under samtykkeskjema.

#### 5.1.3 Studiens deltakere

I studiene deltar pasientene som informanter og deltakere. Dette gir oss et godt innblikk i pasientens perspektiv og deres effekt av utført trening. I de valgte studiene varierer antall deltakere fra mindre grupper til større grupper. Studiene varierer fra 18 deltakere til 114

deltakere som gir oss bred informasjon om informantene som er med på å belyse informasjon til vår problemstilling.

I tre av våre valgte artikler er studiens deltakere beboere på sykehjem, mens en artikkel handler om hjemmeboende eldre. Selv om vår problemstilling omhandler eldre på sykehjem, har vi valgt å benytte oss av denne artikkelen for å belyse erfaringene og opplevelsene eldre generelt får av gruppetrening. Det er en mulighet for at de hjemmeboende eldre har en noe bedre fysisk form enn sykehjemsbeboerne, men vi mener at dette ikke påvirker resultatene innen det sosiale samholdet de opplevde av gruppetrening.

Noen av studienes deltakere har depresjon og andre har ikke fått diagnostisert en klinisk depresjonsdiagnose. Vi har likevel valgt å inkludere dem i vår oppgave da depresjonssymptomene er til stede. Eldre er en underprioritert gruppe til å få en depresjonsdiagnose. Derfor ble det ikke prioritert å finne studier som kun inkluderte eldre med en klinisk depresjonsdiagnose. I alle våre valgte artikler er det blitt grundig kartlagt depresjonssymptomer hos deltakerne, og det skal være godt nok for å belyse oppgavens problemstilling.

De ulike artiklene har ulike kriterier for studienes deltakere. En artikkel benytter eldre over 65 år, en annen over 70 år og en siste over 80 år. En av artiklene har ingen alderskriterier for deltakerne. Vi har likevel valgt å inkludere studien da den ble utført på sykehjem, hvor en stor andel av deltakerne trolig er eldre. Noen av artiklene har ekskludert personer med funksjonshemming eller personer som ikke kunne utføre treningsprogrammet. Noen av studiene tilpasset treningen til alle ulike nivåer. Artiklene har ulike kriterier til deltakerne, noe som belyser flere sider til oppgaven.

#### *5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ metode*

Oppgaven har benyttet seg av både kvalitativ og kvantitativ forskning.

Kvalitativ metode gir resultater som ikke lar seg tallfeste eller måle, såkalte myke data. Disse dataene blir ofte fremstilt som opplevelser, tanker og meninger (Dalland, 2020, s. 54-55). Ved bruk av kvalitativ forskning i vår oppgave fikk vi et dypere innblikk i hvilke tanker og opplevelser deltakerne i studien satt igjen med etter endt studie.

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, såkalte harde data (Dalland, 2020, s. 54-55). Ved bruk av kvantitativ forskning får man bredere oversikt over data og statistikk som

er samlet fra en større gruppe. Ved bruk av kvantitativ forskning i vår oppgave fikk vi se tydelige tall på hvilken effekt fysisk aktivitet hadde på deltakerne.

Gjennom sitater fra deltakere i kvalitativ forskning og målbare tall fra kvantitativ forskning har det blitt samlet informasjon til å diskutere vår problemstilling.

### *5.1.5 Analyse av forskning*

I vårt analysearbeid kom vi frem til fire artikler. For oss var det en tidkrevende prosess, trolig grunnet begrenset erfaring med grundig analysearbeid og engelskspråklige artikler som krevde oversettelse. Fire artikler kan virke tynt for belysning av problemstillingen vår, men et større utvalg artikler ville bli for tidkrevende for oss å gjennomføre. Etter grundig arbeid og analyse av styrker og svakheter mener vi at artiklene belyser vår problemstilling og er tilfredsstillende for å besvare oppgavens hensikt. Vi ønsker å belyse noen svakheter med studiene som vi har plukket opp under vårt analysearbeid.

I våre funn har det blitt vektlagt en underkategori som belyses i kun en av artiklene, som kan ses på som en svakhet, se kapittel 4.2.1. Dette temaet er relevant for oppgaven og har vi valgt den ene artikkelen til å belyse denne siden av saken.

Tre av fire artikler er skrevet på engelsk og det er mulig at noe av innholdet er blitt oversett eller misforstått. Dette er noe som kan føre til feil tolkning av resultater. Vi ser at mye av artiklenes innhold samsvarer med annen litteratur innen samme fagområdet. Derfor finner vi det sannsynlig at vi har klart å belyse studiene sitt faktiske innhold.

Det blir brukt flere ulike kartleggingsverktøy i de ulike studiene. For å enklere kunne sammenligne resultatene ville det vært gunstig om det ble brukt samme kartleggingsverktøy i alle studiene. Grunnet artiklenes ulike geografiske lokalisasjon er det naturlig at ulike kartleggingsverktøy blir brukt.

### *5.2 Resultatdiskusjon*

I resultatdiskusjonen presenteres våre hovedfunn i tråd med våre egne refleksjoner og annen teori.

### *5.2.1 Effekt av fysisk og psykisk helse*

Flere av artiklene viser sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse. Man kan i artiklene se at når den fysiske aktiviteten gikk opp så gikk depresjonssymptomene ned. Lok et al. (2017) viser i sin artikkel at livskvaliteten gikk opp når den fysiske aktiviteten økte (s. 96). Videre ser de ved bruk av SF-36 at livskvaliteten øker på alle punkter hos deltakerne som utførte treningsprogrammet (s. 96). I Torjuul et al. (2015) sin studie belyses det at deltakerne fikk kjenne på mestring under fysisk aktivitet (s. 88). Deltakerne fikk utfordret kroppen med forskjellige øvelser og synes det var gøy utføre treningen. Torjuul et al. kunne også se i sine resultater at fysisk aktivitet fremmer både den fysiske og psykiske helsen til deltakerne (s. 87). Deltakerne opplevde en bedret helse med å øke styrke, balanse og koordinasjon. I tillegg ga det deltakerne økt sosialt samvær og noe positivt å se frem til (s. 87).

«Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd i hverdagen, bidrar til bedre søvnkvalitet og har positiv effekt på livskvalitet, fysisk og psykisk helse» (Helsedirektoratet, 2023).

Helsedirektoratet anbefaler at tilbud om aktivitet blir brukt som behandling av depresjonssymptomer. De oppgir at økte sosiale og fysiske aktiviteter burde være førsteprioritet hos eldre deprimerte (Helsedirektoratet, 2019). I oppgavens teoridel tar vi opp hvor stor andel av eldre på sykehjem som lider av depresjon og depresjonssymptomer. På bakgrunn av dette er det viktig å forebygge og behandle lidelsen for å sikre gode liv til de eldre. I våre artikler ser man hvor enkle tiltak som har blitt igangsatt for at det ble observert bedringer i de eldre sin psykiske helse.

I våre utvalgte studier blir det brukt flere ulike former av fysisk aktivitet etter deltakernes ønsker og kapasitet. Det blir blant annet brukt musikk, dans, utholdenhet, styrke og tilpasset trening til de med gangvansker. Uansett hvilken type fysisk aktivitet som blir brukt i studiene, har det positivt påvirket depresjonssymptomene til deltakerne. Dette viser at fysisk aktivitet er svært fleksibelt å gjennomføre på sykehjem.

Arrieta et al. (2018) belyser som tidligere nevnt at de i sine studier kunne se at sykehjemsbeboerne hadde et svært lavt nivå av fysisk aktivitet i løpet av dagen (s. 4). Det samme ser man i studien “An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities?” (Kjøs & Havig, 2016). Denne artikkelen bekrefter våre tanker om at fysisk aktivitet på sykehjem ikke er god nok og at det er flere faktorer som spiller inn til hvorfor det er slik. I kort tid etter denne studien skapte regjeringen en kvalitetsreform kalt

«Leve hele livet» i 2017 som satte søkelys på eldres livskvalitet. Leve hele livet reformen fokuserer på grunnleggende ting som felleskap, aktivitet og helsehjelp. Reformen sier at man må legge til rette for et aldersvennlig Norge med tanke på den økende eldrebølgen. Med denne reformen ønsker regjeringen å implementere ulik sosial aktivitet som for eksempel aktivitetsvenn, turvenn og innendørs sykling med Motiview (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 14). Ved bruk av Motiview kan man i fellesskap sykle innendørs og velge på skjerm hvor man ønsker å sykle som for eksempel i hjembyen sin.

Leve hele livet reformen er et steg i riktig retning, men det er ønskelig å se at flere tiltak igangsettes for å sikre fysisk aktivitet for sykehjemsbeboere. Grunnet sammenhengen mellom somatisk sykdom og depresjon ser vi det spesielt viktig at sykehjemsbeboere blir prioritert til å opprettholde en sunn helse for å forebygge både fysisk og psykisk sykdom. Fysisk aktivitet er et godt og smart verktøy for at sykehjemsbeboerne skal klare å opprettholde eller øke bevegelighet, ferdigheter, utholdenhet og styrke.

I studien til Diegelman et al. (2017) blir treningen tilpasset til de ulike sykehjemsbeboerne både ved gruppetrening og individuelt. Sykehjemsbeboerne som ikke kan å gå selvstendig uten hjelpemidler benytter andre typer trening med fokus på å reise seg og sette seg ned igjen, eller med fokus på overkroppsstyrke (s. 787). Helsedirektoratet har flere råd om tilpasset aktivitet for eldre med nedsatt funksjonsevne eller redusert helse som retter seg mot kommunene. Nedenfor gjengir vi rådene fra Helsedirektoratet.

- Aktiviteten må tilpasses funksjonsevne og alder, og stimulere til bevegelsesglede.
- Personer med nedsatt funksjonsevne eller redusert helse som ikke kan følge rådene oppfordres til å være så aktive som evne og helsetilstand tillater.
- Aktivitetsnivå justeres etter hvert som den fysiske formen endres eller bedres.
- Vurdering av passende aktivitetsnivå kan gjøres i samråd med lege eller annet kvalifisert helsepersonell

(Helsedirektoratet 2023).

Basert på egne erfaringer på sykehjem er fysisk aktivitet noe som dessverre blir nedprioritert. Ofte er dette grunnet mangel på bemanning og at det ikke er nok fokus på det. Det blir sett på som et ekstra tiltak og ikke noe som er høyst nødvendig for sykehjemsbeboernes velvære og

helse. Bruk av styrke og balansetrening kan bygge opp evnen til å gå bedre selvstendig, minske risikoen for fall og kan hjelpe de eldre i det daglige. I det daglige kan sykehjemsbeboere ved hjelp av trening bli bedre på å ta armene over hodet, endre sitte- og liggestilling selv og bevege seg for å øke blodsirkulasjonen (Helbostad, 2021, s.346).

En nylig rapport utført av VISTA analyse, på vegne av Norsk Sykepleier Forbund viser at de eldre taper kampen om ressursene (NSF, 2023). Ny kunnskap kan bidra til at fysisk aktivitet blant eldre i norske sykehjem blir en høyere prioritet. Det kan også bidra til kommunene setter inn flere ressurser, tiltak og midler til at de eldre får tilbud om å holde seg i aktivitet hele livet. Antall eldre i befolkningen fortsetter å øke og man trenger en endring ved at de eldre i samfunnet blir tildelt flere ressurser. Økte ressurser inn i sykehjemmene kan føre til flere helsepersonell på jobb, friskere sykehjemsbeboere og et tettere tverrfaglig samarbeid.

På grunnlag av avsnittene over kan man hevde at for å opprettholde fysisk funksjon hele livet er det viktig at kroppen holdes i bevegelse. Videre kan det tenkes at det er viktig at man som sykepleier ikke fratruer pasientene deres funksjoner. Som sykepleiere kan vi hjelpe dem til å bevare styrken sin så lenge som mulig. Dette kan også gi en forståelse av at eldre som opprettholder fysisk funksjon og muskulatur ved å holde seg i aktivitet vil ha bedre forutsetninger for bedre helse i forhold til en som er inaktiv.

### *5.2.2 Effekt av sosialt utbytte*

Torjuul et al. (2015) er den studien som i størst grad belyser hvordan det sosiale utbytte oppleves for de eldre som benyttet seg av gruppetreningene. Resultatene viser at gruppetreningene hadde en stor positiv innvirkning på det sosiale livet til deltakerne (s. 87).

Eldre kan oppleve mindre sosial kontakt grunnet tap av venner, familie, arbeidsplass og fysisk funksjon. De aldersfysiologiske forandringene som fører til at eldre blant annet får dårligere hørsel og syn kan for mange gjøre det vanskeligere å delta i sosiale sammensetninger. Dette er noe som kan føre til at eldre føler seg ensomme (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 270). Det er dokumentert at ensomhet har sammenheng med tidligere død hos sykehjemsbeboere (Dragset, 2013, sitert i Kirkevold, 2021, s. 448). Leve hele livet reformen viser at tre av ti eldre sier de er ensomme og reformen ønsker at det skal legges til rette for felles møteplasser og aktiviteter sammen med andre mennesker (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 82).

Vi ønsker å se at behovet for bevegelse og sosialt samhold i sykehjem blir dekket på lik linje som andre grunnleggende behov. Det kreves at de ansatte på sykehjemmet tar initiativ til å

skape et sosialt fellesskap som fører samhold og glede blant beboerne. Sosial kontakt gjennom fysisk aktivitet gjør at de eldre opplever ting sammen med andre beboere og ansatte. De fleste sykehjemsbeboere kan inkluderes gjennom tilrettelagte treningsprogram slik at alle får brukt kroppen sin.

### *5.2.3 Sykepleiernes rolle*

Resultatene fra våre artikler sier ikke direkte noe om hvilken rolle sykepleierne har innen fysisk aktivitet blant deltakerne. Vi har likevel valgt å se på resultatene og knytte de opp mot sykepleiernes rolle da fysisk aktivitet fremmer helse og forebygger sykdom. Ifølge NSF sine yrkesetiske retningslinjer skal sykepleierne utføre sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2023). Torjuul et al. (2015) uttrykker i sin konklusjon at helsepersonell kan fremme regelmessig trening hos eldre (s. 89).

For å belyse sykepleierens rolle vil vi se på Virginia Hendersons syn på sykepleiefunksjonen. Hendersons teori var blant de første sykepleierteoriene som har preget sykepleiefaget til den dag i dag (Kristoffersen, 2021 s. 231). Den belyser sykepleierens ansvar for pasientens grunnleggende behov når pasienten selv ikke klarer å ivareta disse. Virginia Henderson vektlegger både fysiske, psykiske og sosiale behov som grunnleggende for menneskets velvære (s. 231). Henderson har 14 grunnleggende sykepleieprinsipper (s.237). To av prinsippene går ut på å hjelpe pasienten med å finne fritidsaktiviteter og lære det som er nødvendig for god helse og utvikling (s. 237). Hendersons mål var å hjelpe pasienten til å bli mest mulig selvstendig (s. 231). I lys av dette kan man tenke at det er sykepleiernes ansvar å assistere og tilrettelegge for at pasientenes fysiske helse blir både ivarettatt. Det er sykepleiernes ansvar å legge til rette for sosiale aktiviteter, hos pasienter som selv ikke klarer dette selv. Det er nødvendig at sykepleiere ikke bare ser på hva pasientene trenger for å leve, men at man fokuserer på hva de trenger for å leve verdifulle liv på sykehjem.

Det er sykepleierens rolle å kartlegge pasienten og fange opp tegn til endringer i pasientens tilstand (Kirkevold & Jeppestøl, 2021, s. 115). Dette gjelder både den psykiske og fysiske helsen. Tidlig identifisering av sykdom og symptomer er godt dokumentert til å bedre funksjon, helse og livskvalitet (Markle-Reid, 2013, sitert i Kirkevold & Jeppestøl, 2021, s. 115). Det er viktig at identifisering av psykiske lidelser blir prioritert i sykepleieutdanningen slik at sykepleiere tilegner seg økt kunnskaper innen dette problemområdet. Ved systematisk og regelmessig kartlegging kan man fortære oppdage symptomer på psykisk sykdom og

iverksette tiltak. Med så mange eldre i samfunnet vil en sykepleier, nesten uavhengig av arbeidsplass møte på eldre pasienter. I våre valgte forskningsartikler blir det benyttet flere kartleggingsverktøy som er spesielt tilpasset eldre. Sykepleiere skal gi individuell tilpasset pleie og ved bruk av kartleggingsverktøy kan man identifisere status for så å dokumentere og følge pasienten opp. En viktig del av sykepleierens arbeid er plikten til å føre journal (Helsepersonelloven, 2021, § 39). Krav om dokumentasjon er viktig slik at man kan gå tilbake å se om pasientens status har utviklet seg i positiv eller negativ retning. Ved å dokumentere den utførte kartleggingen kan man legge merke til eventuelle endringer i pasientens tilstand.

Bruk av kartleggingsverktøy bør iverksettes for å tidlig kunne indentifisere tegn og igangsette tiltak mot depresjon. Dersom sykepleiere og andre helsearbeidere blir påminnet hvilke symptomer på depresjon man som oftest ser hos eldre, kan det tenkes at det kan føre til et mer effektivt forløp for å igangsette tiltak. Slik kan man hindre at sykehjemsbeboeren må leve lenge med en depresjon, som kunne vært tidligere oppdaget.

Det er også viktig å kartlegge pasientenes fysiske tilstand. Etter våre erfaringer er dette som noe som delvis eksisterer i praksis. Man ser ofte kartlegging om pasienten klarer å forflytte seg og gå selv, som ofte er for å kartlegge fare for trykksår og fall. Det vi derimot ikke har sett i praksis er kartlegging av fysisk aktivitet med tanke på pasientens evne til å bevare egen styrke og funksjon. Ved kartlegging av fysisk funksjon kan man unngå at ansatte på sykehjem hjelper pasientene for mye. Et eksempel på dette kan være å hjelpe en pasient opp av stol, som egentlig klarer å reise seg selv. Ved å gi unødvendig hjelp til å reise seg tar man bort en knebøy og aktivering av kroppens muskulatur. Dersom sykepleiere har økt fokus på å kartlegge sykehjemsbeboere innen hvilke funksjoner og styrker de har, kan man tilrettelegge for individuell fysisk aktivitet, for å bevare pasientens funksjoner.



## 6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

I dette kapittelet presenteres konkrete forslag til hvordan resultatene kan anvendes i praksis. Dette er tiltak som kan iverksettes for økt kunnskap om fysisk aktivitet på sykehjem. Vi mener at dersom man lykkes med å øke fysisk aktivitet på sykehjem, vil man kunne se nedgang i depresjonsymptomer hos eldre sykehjemsbeboere.

**Økt bruk av kartleggingsverktøy** – Vi ønsker at sykepleiere skal utføre kartlegging av depresjonssymptomer og fysisk tilstand hos sykehjemsbeboerne. Det bør bli brukt kartleggingsverktøy som er spesielt tilpasset eldre. Dette kan iverksettes ved økt kunnskap om forskjellige kartleggingsverktøy og bruken av det kliniske blikket i praksis. Ved undervisningstimer om ulike kartleggingsverktøy, kan det tenkes at man kan lære mer om viktigheten av de forskjellige kartleggingsverktøyene og lære seg bruken av dem i praksis.

**Gruppetrening i sykehjem** - På grunnlag av gode resultater i studiene ved bruk av gruppetrening for eldre mener vi at det bør være et tilbud for alle sykehjemsbeboere. Gjennom gruppetrening opplever de eldre glede, mestringfølelse og fellesskap. Dette er med på å øke livsgleden, som dermed kan forebygge forekomsten av depresjon på sykehjem. Et argument som brukes ofte er at ansatte har for lite tid og at det mangler ressurser. Dersom sykehjemsbeboere skal bli møtt på sine bevegelsesbehov, vil det kreve at avdelingen legger til rette og bidrar med ressurser. Det krever at det må legges til rette for ulike aktivitetstilbud og at det muligens må vikes fra gamle rutiner for å gjøre plass til nye. Sykepleiere bør informere sykehjemsbeboerne om de forskjellige gruppetreningene som er tilpasset ulike funksjonsnivå og interesser.

**Simulering blant helsepersonell** – Ved bruk av simulering kan man få en dypere forståelse og lære hvordan ulik kunnskap kan anvendes i praksis. Ved simulering kan de fleste pasientsituasjoner trenes på. Et eksempel kan være å simulere en treningssituasjon hvor man hjelper en pasient med nedsatt bevegelighet. Slik kan man som sykepleier sette seg inn i rollen som pasient. Ved bruk av simulering kan man øve seg på ulike situasjoner og vurdere dem før man tar dem i bruk i praksis.

**Økt bevissthet rundt konsekvenser av depresjon og innaktivitet** – Sykepleiere og annet helsepersonell på sykehjem bør bli mer bevisst konsekvensene av inaktivitet og hvilke negative følger dette har for sykehjemsbeboernes fysiske og psykiske helse. Ved hjelp av undervisning fra fysioterapeuter, kurs, fagdager og enkle plakater på avdelingen blir man som helsepersonell regelmessig påminnet og får oppfrisket viktig informasjon. Sykepleiere bør også informere og motivere sykehjemsbeboere om hvorfor det er viktig å delta på tilrettelagt aktivitet og hvilke positive effekter det har. Dette kan gjerne føre til økt motivasjon for både sykehjemsbeboere og helsepersonell.

## 7.0 OPPSUMMERING

Oppgavens hensikt har vært å belyse hvilken effekt fysisk aktivitet har på depresjonssymptomer hos eldre sykehjemsbeboere. Etter vårt analysearbeid og drøfting av funn fra utvalgte forskningsstudier viser de at fysisk aktivitet har en positiv effekt på depresjonssymptomer. Funnene våre sett i lys med annen faglitteratur viser at fysisk aktivitet er effektivt for bedring av depresjonssymptomer og bidrar til økt livskvalitet. Det sosiale utbyttet av fysisk aktivitet blir sett på som svært verdifullt for eldres psykiske helse. Sykepleiere har en viktig jobb innen å motivere, kartlegge og aktivisere sykehjemsbeboerne. Det trengs en endring når det kommer til prioritering av fysisk aktivitet på sykehjem. Det må legges til rette for en sosial og aktiv hverdag for sykehjemsbeboerne. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett hvilke positive følger fysisk aktivitet har, og det positive felleskapet som oppstår. På grunnlag av dette bør fysisk aktivitet bli prioritert på sykehjem, for å bedre depresjonssymptomene og livskvaliteten til de eldre.

## REFERANSER

- Addiction Research Center (u.å). *Beck Depression Inventory*. Hentet 04. desember 2023.  
<https://arc.psych.wisc.edu/self-report/beck-depression-inventory-bdi/>
- Aldring og helse (u.å). *Fysisk helse som fagområde*. Hentet 26. november 2023.  
<https://www.aldringoghelse.no/fysisk-helse/fysisk-helse-som-fagomrade/>
- Arrieta, H., Rezola-Pardo, C., Echeverria, I., Iturburu, M., Gil, S, M., Yanguas, J, J., Irazusta, J & Rodriguez-Larrad, A. (2018). Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 18(80), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0770-y>
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2021) Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Diegelman, M., Jansen, C, P., Wahl, H, W., Schilling, O, K., Schnabel, E, L & Hauer, K. (2017). Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach. *Aging & Mental Health*, 22(6), 784-793.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1310804>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (utg. 7). Gyldendal.
- Forskrift for sykehjem. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (FOR-1988-11-14-932). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg, s. 141-152). Studentlitteratur.
- Gonzalez, M.T (2020). Aktivitet og rekreasjon. I M. T Gonzalez (Red), *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 242-252). Gyldendal.
- Hansen, A. & Sundberg, C-A. (2015). *Alle kan trene*. Pax Forlag.
- Heartbeat. (u.å). *Short Form 36 (SF-36)*. Hentet 17.11.2023.  
<https://heartbeat-med.com/resources/short-form-36-sf-36/>

Helsedirektoratet. (2023, 15. august). *En aldrende befolkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsloppet-eldre/en-aldrende-befolkning>

Helsedirektoratet. (2019, 02. mai). *Depresjon hos eldre*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/depresjon-hos-eldre#ved-mistanke-om-depresjon-hos-eldre-bor-utredning-og-behandling-iverksettes>

Helsedirektoratet. (2022, 09. mai). *Alle voksne og eldre bør være regelmessig fysisk aktive*.

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

Helbostad, J. L., (2021). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. Utg., s. 343). Gyldendal.

Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2021) Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. Utg., s. 115-140). Gyldendal.

Kristoffersen, N, J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 225-287). Gyldendal.

Kvaal, K., (2021) Angst og depresjon. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. Utg., s. 442-457). Gyldendal.

Kjøs, B.Ø & Havig, A. K. (2015). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities?, *Scandinavian Journal of caring sciences*, 30(2), 330-339.

<https://doi.org/10.1111/scs.12249>

Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized

controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70 (2017), 92-98.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>

Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Det kongelige helse og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>

Mensen, L., (2021) Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. Utg., s. 29-34). Gyldendal.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.

Norsk helseinstitutt. (2023, 26. juli). *Depresjon hos eldre*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre>

Norsk sykepleierforbund. (2023, 25. august). *Eldre får minst ressurser I kommunehelsetjenesten*.

<https://www.nsf.no/artikkel/eldre-far-minst-ressurser-i-kommunehelsetjenesten>

Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Hva gjør en sykepleier?* Hentet 29. November 2023

<https://www.nsf.no/nsf-student/hva-gjor-en-sykepleier>

Norsk sykepleierforbund. (2023, 21. november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nes, R, B., Røysamb, E., Eilertsen, M, G., Hansen, T & Nilsen, T, S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=#hva-er-livskvalitet%20>

Regjeringen. (2023, 26. mai). *Tyskland- reiseinformasjon*.

[https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_tyskland/id2415120/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_tyskland/id2415120/)

Regjeringen. (2023, 25. Juli). *Tyrkia- reiseinformasjon*

[https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_tyrkia/id2414945/?expand=factbox2859706](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_tyrkia/id2414945/?expand=factbox2859706)

Regjeringen. (2023, 31. August). *Spania- reiseinformasjon*

[https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_spania/id2416245/?expand=factbox2859508](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_spania/id2416245/?expand=factbox2859508)

Statistisk sentralbyrå. (2020, 03. juni). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>

Statistisk sentralbyrå. (2023, 12. januar). *Eldrebølgen skaper stor usikkerhet for helsesektoren.*

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/eldrebolgen-skaper-stor-usikkerhet-for-helsesektoren>

Torjuul, K., Birkenes, S., Myren, G. E., & Torvik, K. (2015). Eldres erfaringer med regelmessig trening i gruppe: Fokusgruppeintervju med eldre over 80 år. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 85-90.

<http://dx.doi.org/10.1177/0107408315574446>

## VEDLEGG 1. SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
23.10.23	Cinahl	Physical activity* AND depression* AND Nursing home*, «BDI», «GDS»	<u>Dokumenttype:</u> Fagfelleverderte tidsskrift <u>Språk:</u> Engelsk <u>Publiseringsperiode:</u> 2013-2023 <u>Geografi:</u> Europa <u>Alder:</u> 65+	225	7	0	0
23.10.23	PubMed	Physical activity* AND Depression* AND Quality of life AND nursing*, GDS, QoL	<u>Dokumenttype:</u> Fagfelleverderte tidsskrift <u>Språk:</u> Engelsk <u>Publiseringsperiode:</u> 2013-2023 <u>Alder:</u> 65+	1	0	0	0
23.10.23	Cinahl	«Physical activity*» AND «depression*» AND «Nursing home*» AND «quality of life*»	<u>Dokumenttype:</u> Fagfelleverderte tidsskrift <u>Språk:</u> Engelsk <u>Publiseringsperiode:</u> 2013-2023 <u>Geografi:</u> Europa <u>Alder:</u> 65+	15	5	3	2
24.10.23	Cinahl	«older people» AND «exercising in groups»	<u>Dokumenttype:</u> Fagfelleverderte tidsskrift <u>Språk:</u> Engelsk <u>Publiseringsperiode:</u> 2013-2023	2	1	1	1
24.10.23	Pubmed	Physical activity*, Nursing home*, Depressive symptoms*	<u>Dokumenttype:</u> Fagfelleverderte tidsskrift <u>Språk:</u> Engelsk <u>Publiseringsperiode:</u> 2013-2023 <u>Alder:</u> 65+	36	9	4	1
24.10.23	Idunn	"fysisk aktivitet*", "depresjon*", "sykehjem*", "livskvalitet"	<u>Publiseringsperiode:</u> 2013-2023	5	0	0	0



**VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE****Artikkel nr. 1: The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial**

<b>Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land</b>	Forfattere: Neslihan Lok, Sefa Lok og Muammer Canbaz Årstall: 2017 Tidsskrift: Archives of Gerontology and Geriatrics. Land: Tyrkia
<b>Artikkeltittel</b>	“The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial”
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med studien var å se hvordan fysisk aktivitet hadde innvirkning på depresjonssymptomer og livskvaliteten hos eldre sykehjemsbeboere.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvantitativ metode.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Deltakerne var 80 sykehjemsbeboere som var eldre enn 65 år og bosatt på samme sykehjem i Tyrkia. Deltakerne ble delt i to tilfeldige grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Deltakerne måtte score 10 eller høyere på Beck Depression Inventory for å bli med i studien og deltakerne var både kvinner og menn.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Resultatene viser at fysisk aktivitet hadde en positiv effekt på depresjonssymptomene og livskvaliteten til sykehjemsbeboerne. Deltakerne som var i intervensjonsgruppen hadde bedring når det kom til depressive symptomer, mens kontrollgruppen holdt seg stabil.

**Artikkel 2: «Eldres erfaringer med regelmessig trening i gruppe: Fokusintervju med eldre over 80 år».**

<b>Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land</b>	Forfattere: Kirsti Torjuul, Silje Birkenes, Gunn Eva S Myren & Karin Torvik. Årstall: 2015 Tidsskrift: The Nordic Journal of Nursing Research (NJNR) Land: Norge
<b>Artikkeltittel</b>	«Eldres erfaringer med regelmessig trening i gruppe: Fokusintervju med eldre over 80 år».
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med denne studien var å belyse eldres erfaringer med å trene regelmessig i gruppe.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetode var fokusgruppeintervju for å få frem deltakernes erfaringer på regelmessig trening i gruppe.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Studien ble utført av 18 lokalsamfunnsboende personer i Sør-Trøndelag i alderen 80 år og eldre. Deltakerne var både kvinner og menn.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Resultatene viser at regelmessig trening var viktig for deltagerne fordi det bidro til velvære, vedlikehold eller bedring av fysisk form og mulighet for sosial kontakt og trivsel. Deltakerne verdsatte velvære, vedlikehold av fysisk form og det sosiale utbyttet av treningen.

**Artikkel 3: Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach**

<b>Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land</b>	Forfattere: Mona Diegelman, Carl-Philipp Jansen, Hans-Werner Wahl, Oliver K. Schilling Årstall: 2017 Tidsskrift: Aging and mental health Land: Tyskland
<b>Artikkeltittel</b>	“Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach”
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med studien var å se om fysisk aktivitet har effekt på depresjonssymptomer hos sykehjemsbeboere.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvantitativ metode. Det blir brukt en tysk GDS skala og et 12 ukers treningsprogram for å kartlegge deltakerne.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Studien ble utført på to sykehjem i Tyskland med lik sykehjemsdrift. Sykehjemmene er i samme område og har lik standard. Deltakerne som ble med på studien fulgte et 12 ukers tilpasset treningsprogram. Deltakerne var både kvinner og menn.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Studien viser at for sykehjemsbeboerne som trente så stabiliserte de depressive symptomene seg og for de som ikke trente var det en økning av depressive symptomer.

**Artikkel 4: Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of randomized controlled trial.**

<b>Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land</b>	Forfattere: Haritz Arrieta, Chloe Rezola-Pardo, Iñaki Echeverria, Miren Iturburu, Susana Maria Gil, Jose Javier Yanguas, Jon Irazusta & Ana Rodriguez-Larrad Årstall: 2018 Tidsskrift: GMC geriatrics Land: Spania
<b>Artikkeltittel</b>	“Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of randomized controlled trial”
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med studien var å se om bedre fysisk aktivitet indikerer bedre kognitiv funksjon, depresjonssymptomer og livskvalitet på sykehjem. De skulle også se hvordan dette fungerte på personer som trenger assistanse eller hjelpemidler ved gange.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvantitativ metode. Ved bruk av blant annet fysisk aktivitet, håndgripningstest, aktivitetstest, QoL-AD og Goldberg depression scale ble det samlet inn data om deltakerne.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Studien ble utført på ti sykehjem i Spania med 114 deltakere over 70 år som var innenfor visse krav på ulike tester. Deltakerne var både kvinner og menn.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Studien viser at økt muskelstyrke og fysisk aktivitet er faktorer som positivt påvirker hukommelse, depresjon og livskvalitet.