



Joanna Karlsson och Carina Moström

Sjuksköterskeprogrammet, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete på grundnivå 15 hp, V51, VT 2013

Grundnivå

Handledare: Görel Hansebo

Examinator: Birgitta Fläckman

Hälsöfrämjande aktiviteter ur den äldres och sjuksköterskans perspektiv

En litteraturöversikt

Health promotive activities from the elderly and the nurse's perspective

A literature review

Sammanfattning

- Med en växande äldre befolkning följer nya krav för att förbättra hälsa, självständighet och aktivitet. Aktiviteter som bevarar fungerande förmågor
- Bakgrund:** skapar känsla av välbefinnande, positiv självbild samt ökar livskvaliteten för äldre. Det ingår i sjuksköterskans profession att identifiera samt aktivt arbeta för att förebygga hälsorisker.
- Syfte:** Att belysa aktiviteters betydelse ur den äldres och sjuksköterskans perspektiv.
- Metod:** Studien är en litteraturöversikt baserad på 14 vetenskapliga artiklar.
- Resultat:** För att främja aktivitet hos äldre behöver de mer kunskap om aktiviteters hälsofördelar, kunskap om lämpliga aktiviteter samt hur ofta och hur mycket aktivitet som bör utföras. För att kunna ge optimalt stöd till den äldre i hälsoförebyggande syfte behöver sjuksköterskan mer tid och kunskap.
- Diskussion:** Hälsoförebyggande insatser bör komma redan på det stadium då den äldre är relativt frisk och har förmåga till egenvård. Sjuksköterskan bör ta de specifika hinder som äldre upplever i beaktande vid hälsofrämjande arbete. Sjuksköterskan kan med fördel använda sig av Orems omvårdnadsteori för att ta den äldres resurser i beaktande och därmed utöva en god personcentrerad vård med den unika individen i fokus.
- Nyckelord:** Äldre, aktivitet, sjuksköterska, hälsoförebyggande, hälsofrämjande.

Abstract

With a growing elderly population there will be new requirements to improve health, independence and activity. Activities that preserve functioning

Background: abilities create a sense of well-being, positive self-image and increase quality of life for the older person. It is part of the nursing profession to identify and actively work to prevent health risks.

Aim: To highlight the significance of activities from the elderly and nurses perspectives.

Methods: The study is a literature review based on 14 scientific articles.

Results: In order to promote activity among elderly, they need more knowledge of activity health benefits, knowledge of appropriate activities as well as how often and how much activity that should be performed. In order to give optimum support to the elderly in health prevention the nurse needs more time and knowledge.

Discussions: Health preventive efforts should come already at the stage when the elderly are relatively healthy and have the ability to self-care. Nurses should take into account, the specific obstacles that elderly experience in health promotion. The nurse can advantageously use Orem's theory of nursing to take the elderly person's resources into account and thus exert a good person-centered care with the unique individual in focus.

Keywords: Elderly, activity, nurse, health prevention, health promotion.

Innehållsförteckning

SJUKSKÖTERSKEPROGRAMMET, INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP	1
INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
DEN ÄLDRE OCH ÅLDRANDET	1
AKTIVITET	2
SJUKSKÖTERSKAN – VÅRDVETENSKAP OCH PROFESSION.....	4
HÄLSA I VÅRDVETENSKAP	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE	7
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	7
DOROTHEA E. OREMS OMVÅRDADSTEORI (SELF-CARE DEFICIT THEORY OF NURSING)	7
METOD	8
VAL AV METOD	8
URVAL	9
DATAINSAMLING.....	9
ANALYS AV DATA.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	10
RESULTAT	10
ÄLDRES UPPLEVELSER AV AKTIVITET FÖR HÄLSA.....	10
ÄLDRES KUNSKAP OM AKTIVITET FÖR HÄLSA	10
ÄLDRES AKTIVITETER	11
ÄLDRES UPPLEVELSE AV HINDER I SAMBAND MED AKTIVITET	12
SKILLNADER I GENUS, ÅLDER OCH SOCIAL STATUS FÖR DEN ÄLDRES AKTIVITET I SAMHÄLLET.....	12
SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSER AV ÄLDRES AKTIVITET FÖR HÄLSA	13
SJUKSKÖTERSKANS FUNKTION I DET HÄLSOFRÄMJANDE ARBETET	14
SJUKSKÖTERSKANS RÅD OM AKTIVITETER FÖR ÄLDRE.....	15
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
Egenvård.....	17
Brister i egenvård	18
Omvårdnadssystem	18

PRAKTISKA IMPLIKATIONER.....	21
SLUTSATS.....	21
VIDARE FORSKNING	21
REFERENSFÖRTECKNING	22
BILAGA 1, SÖKMATRIS	25
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	27

Inledning

På grund av bristande kunskap, brist i funktion, ointresse samt begränsningar i miljön är understimulans och underaktivitet vanligt bland äldre. Detta för med sig risker för nedsatt fysisk och kognitiv förmåga. Då författarna till föreliggande studie sett att äldre är överrepresenterade på nästan alla avdelningar inom vården är det både intressant och viktigt för blivande sjuksköterskor att söka kunskap om vad som ger äldre bättre hälsa.

Bakgrund

Den äldre och åldrandet

I och med den medicinska vetenskapen kan många sjukdomar botas. Det har också lett till att många människor lever längre med sjukdomar som skapar varierande behov av vård. Västlandet i vår del av världen har skapat långa liv men även sjukdomar orsakade av ohälsosam mat samt brist på vila och rörelse. Den höga levnadsstandarden har också fört med sig att människor fått högre förväntningar på sin hälsa och sitt välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 14).

Åldrandeprocessen är komplex och innefattar flera processer som sker integrerat eller parallellt med varandra. Det finns således flera aspekter att ta hänsyn till vid en beskrivning av åldrandet. De aspekter och dimensioner som är vanligt förekommande är biologiskt, psykosocialt samt socialt åldrande. Den biologiska dimensionen handlar om kroppens fysiologiska funktioner. Den psykologiska dimensionen berör minne, inlärningsförmåga och intelligens. Den sociala dimensionen lägger fokus på sociala funktioner samt hur en människas roll förändras under livet. Det finns svårigheter med att se gruppen äldre som en homogen grupp på grund av skillnader mellan till exempel en 65-åring och en 85-åring. Det är därför vanligt förekommande med indelning av yngre äldre (65-80 år) och äldre äldre (80 år och äldre) (Kristensson & Jakobsson, 2010, s. 18-19).

Babyboomen och minskad barnadödlighet under 1900-talets andra hälft kommer att leda till att andelen äldre ökar kraftigt internationellt under första hälften av 2000-talet. Det är av vikt att denna växande grupp äldre ges möjlighet att integreras i sin miljö samt i sina länder. Förenta Nationerna talade tidigare om ”en åldrande värld” vilket nu har ändrats till ”en värld för alla” (Larsson & Rundgren, 2010, s. 11).

Samhällets sätt att se på åldrandet går hand i hand med samhällsutvecklingen. Ålderstrappan kan illustrera människans åldrande och den har förändrats över tid. Tidigare ansågs en person ha uppnått trappans höjdpunkt vid 50 års ålder men idag ritas trappan

annorlunda då åldern för det översta trappsteget har höjts (Ternestedt & Norberg, 2009, s. 51-52). Synen på äldre och deras roll i samhället har förändrats genom historien och skiljer sig mellan olika kulturer. Genom att den äldre får hjälp att identifiera resurser och begränsningar, både för den äldre själv och för den omgivande miljön, kan denne skaffa sig egna strategier för att hantera sin hälsa istället för att använda vårdens standardiserade åtgärder (Hage & Lorensen, 2005).

I det västerländska samhället definieras ålderdomen som ett socialt fenomen och äldre ses med stereotypa fördomar och negativ framtoning. Detta beror på att många människor har bristande kunskap om äldre. Diskriminering och förutfattade meningar om äldre kallas ålderism (Ron, 2007).

Äldre som intervjuades i en studie av Strandmark (2006) ansåg att det svenska samhället har förändrats de senaste decennierna. Ekonomiska och materiella värden har blivit viktigare än människors värden. Dessa värden återspeglas i samhället som belönar aktiva och starka individer vilket för med sig en norm att sträva efter. Ett mera öppet och empatiskt förhållningssätt från den närmaste omgivningen skapar å andra sidan känsla av värdighet. Gemenskap och förståelse har ett positivt inflytande på en persons självbild eftersom denne känner att hen är en del av en gemenskap där människor är intresserade och omtänksamma. (Strandmark, 2006).

Kroppsliga förändringar är en del av livet när ålderdomen närmar sig och kan ses som något naturligt eller som något som måste motverkas. Författarna till studien anser att den åldrande kroppen kan ses från olika perspektiv och de vanligaste perspektiven är samhällsliga, biomedicinska samt perspektivet om den upplevda kroppen (Santamäki-Fischer et al. 2008).

Den ökande andelen äldre människor leder till nya krav för att förbättra äldres hälsa, självständighet, aktivitet samt social och ekonomisk delaktighet (Chen, Hicks & While, 2012).

Aktivitet

Definitionen av aktivitet är alla de uppgifter som en person gör för att sysselsätta sig, det vill säga det som människan använder sin tid till. Aktivitet är nödvändigt för att utveckla och behålla hälsa. Vilken typ av aktiviteter som är meningsfull för en individ är personlig och inverkan faktorer är kön, ålder, utbildning, social bakgrund, livsstil, motivation samt vanor (Fänge & Carlsson, 2010, s. 106-107). Socialstyrelsens (2005, s. 17) definition av aktivitet är utförandet av en uppgift eller handling. Babatsikou, Gerogianni, Zyga och Koutis (2012)

skriver att motion och fysisk aktivitet kan definieras som varje typ av muskelarbete som ökar hjärtfrekvensen till hälften av maximal kapacitet. Exempel på sådana aktiviteter är hushållsarbete, promenad, trädgårdsarbete och gå i trappor.

Rydholm och Hedman (2009, s. 389-390) menar att både fysiska och psykiska omständigheter påverkar om och hur en handling blir utförd. Med stigande ålder minskar aktivitetsnivån gradvis. Enligt Easom (2003) är delaktighet i egenvårdsaktiviteter avgörande och möjliggör för äldre att bibehålla förmågor, att vara produktiva, självständiga samt till att skapa mening i livet. Författaren anser att exempel på egenvårdsaktiviteter är motion, rätt kost, vila och avkoppling samt regelbundna hälsoundersökningar. Tillräckligt med vila och avkoppling är av grundläggande betydelse för att minska risken för fysisk och emotionell stress. Nygren och Lundman (2009, s. 196) skriver att vila är också en typ av aktivitet då den äldre kan ges möjlighet att reflektera och värdera sitt liv och möjligtvis omvärdera. Möjlighet ges då till att uppleva sinnesro samt att tänka på och minnas livets goda stunder

Nygren och Lundman (2009, s. 184) beskriver två olika teorier om synen på aktivitet och åldrande som står i direkt kontrast till varandra. Den ena är aktivitetsteorin av Havighurst (1961) som menar att det goda åldrandet kommer från att man som människa fortsätter att vara aktiv inom olika områden upp i åldrarna. Chanserna att kunna njuta av ålderdomen ökar om den äldre fortsätter vara aktiv med de sysselsättningar hen hade i medelåldern. Det fortsatta engagemanget kommer då leda till lycka och tillfredsställelse. I enlighet med denna teori bör den äldre till exempel i samband med pensionering finna ersättningsaktiviteter. Den andra är disengagemangsteorin/ tillbakadragnings-teorin av Cummings och Henry (1961) som anser att det goda åldrandet uppnås genom att den åldrande människan och samhället lösgör sig från varandra. Den åldrande människan får ett ökat intresse av sig själv och därmed ett minskat intresse och engagemang i andra. Denne lösgör sig från samhällliga och andra aktiviteter samt uppdrag. Det blir enligt detta synsätt en naturlig process som skapar lycka och tillfredsställelse samt ger ett gott åldrande.

Santamäki-Fischer et al. (2008) har i sin studie sett att dagens konsumentkultur värdesätter den unga kroppen högt och uppmuntrar människor att inte sluta aktivera sig och ge upp inför åldrandet. Negativa attityder till ålderdomen och en åldrande kropp ses återkommande i samhället.

Många äldre upplever att det med ökad ålder blir allt svårare att utöva de aktiviteter de vill. Detta kan få som följd att den äldre blir mer isolerad och ensam samt mer beroende av andra för att klara sin vardag. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan och andra

uppmärksammar när en äldre person riskerar att få aktivitetsproblem samt att sjuksköterskan vidtar åtgärder i syfte att undvika ohälsa (Fänge & Carlsson, 2010, s. 105).

Sjuksköterskan – vårdvetenskap och profession

Historiskt sett har stor akademisk och politisk kraft använts till att utveckla sjuksköterskors kunskaper. En mångfacetterad kunskapsutveckling i termer av praktiska ansatser, teorier och forskningsresultat har, tillsammans med olikheter i världen och filosofiska utgångspunkter, format omvårdnadsdisciplinen. En god omvårdnad för alla måste styra forskningens inriktning samt är disciplinens högsta prioritet. Sjuksköterskans omvårdnad bygger på tillförlitlig och aktuell kunskap. Professionens största utmaning i framtiden är att utveckla omvårdnadsåtgärder som grundas på samsyn om vad det betyder att vara människa i ett tidvis oförutsägbart och föränderligt samhälle. Hen behöver öka medvetenheten om globala frågor som berör interaktionen mellan hälsa och miljö (Jakobsson & Lützén, 2009, s. 43-44).

Sjuksköterskeprofessionens ansvarsområde beskrivs som omvårdnad och sjuksköterskan har ansvar för att de som söker hälso- och sjukvård får god omvårdnad. Sjuksköterskan har stora möjligheter att se till att patienten får vård och omhändertagande baserat på vårdvetenskaplig grund. Sjuksköterskan har som uppgift att skapa sig en bild av patientens totala hälsosituation, se vilka hinder för välbefinnande som finns samt se på vilket vis en patient förhindras i fullföljandet av stora och små livsprojekt. Således ska sjuksköterskan i linje med det vårdvetenskapliga tänkandet ha patientens livsvärld och levda erfarenheter som utgångspunkt (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 300, 305).

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan ha förmåga att identifiera samt aktivt arbeta för att förebygga hälsorisker. Hen ska vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer, bedöma patienters förmåga till egenvård samt undervisa och stödja med syftet att främja hälsa och förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005).

International Council of Nurses (ICN, 2005, s. 3) beskriver sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden som är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Sjuksköterskans omvårdnad är respektfull och begränsas därför inte av ålder, trosuppfattning, hudfärg, funktionsnedsättning, kultur, kön, politisk åsikt, socialstatus eller etnisk tillhörighet.

Hurst, Wilson och Dickinson (2013) rekommenderar sjuksköterskor att göra en holistisk bedömning av den äldre människan som säkerställer en personcentrerad vård och underlättar för en god vårdrelation. God kommunikativ kompetens och att kunna identifiera hur patienten skaffar sig kunskap är nyckelord i denna process. Författarna menar att det är en utmaning för

sjuksköterskor att hjälpa äldre människor att förstå arten av deras tillstånd och behandlingen de genomgår. Sjuksköterskan bör arbeta för att de äldre ska leva så hälsosamt som möjligt och underlätta för det med individanpassad information som ska hjälpa dem att förstå sitt problem. Äldre personer söker oftast information om sin hälsa enbart om de lider av någon kronisk sjukdom. De kan bagatellisera förändringar i hälsan eller se det som en normal del av åldrandet.

Det är viktigt att sjuksköterskan har en dialog med den äldre i syfte att uppmuntra till egenvård. Hen bör även identifiera den äldres egen uppfattning av åldrandet samt den minskade förmågan som medföljer. Både den äldre och sjuksköterskan bör kritiskt reflektera över hur ålderdomen påverkar den äldre så denne kan göra sina egna medvetna val (Hage & Lorensen, 2005).

Hälsa i vårdvetenskap

Varje samhälle, familj och individ har ett eget intresse av att främja hälsa. Detta genom att vårda sina skadade, sjuka och svaga men även genom att stärka och bevara hälsan hos de redan friska (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 13).

Dahlberg och Segesten (2010, s. 19, 36) betecknar vårdvetenskap som en autonom vetenskap, ett akademiskt ämne samt ett kunskapsområde som med vetenskaplig ansats och med patienten i fokus analyserar och beskriver vårdandet. Målet med detta är att stärka och stödja hälsa. Vårdvetenskapen har som uppgift att skapa kunskap om hälsa och vårdande. Det är sedan vårdverksamhetens uppgift att använda kunskapen så att enskilda människors hälsa främjas på bästa möjliga sätt.

Dahlberg och Segesten (2010, s. 44-45, 101) förklarar hälsa som grundläggande för allt vårdande och beskriver hälsa som välbefinnande samt förmågan att fullfölja stora och små livsprojekt. Vidare talar de om att innebörden av hälsa är livskraft och livsrytm, mening och sammanhang samt rörelse och vila. Rörelse och vila kan inte förstås som motpoler utan behovet av rörelse måste alltid förstås i relation till behovet av vila. Författarna menar att hälsa är vårdandets mål och att det övergripande syftet med vårdandet är att stärka och stödja människors hälsoprocesser samt att det är vårdvetenskapens uppgift att frambringa den kunskap som krävs för att göra ett sådant vårdande möjligt.

I Sverige ligger fokus i hälso- och sjukvården på sjukvården och hälsovård har oftast låg prioritet. Merparten av de anställda inom vården ägnar sig åt de sjuka trots att det borde vara första prioritet att bevara hälsa. Det är lätt att vårdare, som tappat den vårdvetenskapliga

synen på hälsa, förleds att tro att när ett behandlingsmål är nått är också vårdandet över (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 271-272).

I det vårdvetenskapliga perspektivet är den generella kunskapen betydande samt är en förutsättning för att kunna bidra till att vården ständigt förbättras i avseende att skapa förutsättningar för hälsa. Den vetenskapliga inställningen är emellertid inte ett hinder för den vårdvetenskapliga uppfattningen att varje persons individualitet är av högre prioritet än de likheter som finns inom en grupp. Det är tvärtom synnerligen viktigt att ta hänsyn till den unika individens livsvärld i en hälso- och sjukvård som strävar efter att kategorisera och etikettera (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 183).

Det förekommer flera olika sätt att beskriva begreppet hälsa. Det kan beskrivas som ett tillstånd, en process, ett resultat eller ett mål. Hälsa kan också beskrivas som lycka, välbefinnande och livskvalitet. På 1800-talet sågs människan som att kropp och själ var skilda och kroppen en maskin som kunde repareras. På 1950-talet började människan ses som en enhet av kropp, själ och ande. Hälsa ansågs vara format av människans upplevelser och välbefinnande, hennes känsla av sammanhang och upplevelse av mening. Förenklat kan man säga att det finns två olika perspektiv för att förstå begreppet hälsa. Ett perspektiv är hälsa som frånvaro av sjukdom och ett annat är ett mer humanistiskt holistiskt perspektiv (Willman, 2009, s 28).

Enligt WHO är hälsa ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom. Upplevelsen av bästa möjliga hälsa är en grundläggande rättighet för varje människa. Den ska vara utan urskiljning av etnicitet, religion, politisk ståndpunkt, ekonomisk eller social status. Förebyggande och bevarande av hälsa är värdefullt för alla. Tillgängligheten till medicinsk, psykologisk vård samt kunskap relaterat till detta är viktigt för att alla människor ska kunna erhålla bästa möjliga hälsa (WHO, 2002).

Strandmark (2006) anser att hälsa inte enbart kan beskrivas utifrån ett filosofiskt förhållningssätt då detta inte ger en tillräcklig definition av hälsa. För att förstå de grundläggande betydelserna av hälsa måste man utgå från individens egna upplevelser. Hälsa är enligt henne således inte en del av välbefinnandet och inte heller en resurs för att uppnå mål i livet. Hälsa är en persons levda upplevelser och erfarenheter (Strandmark, 2006).

Problemformulering

Ett långt liv är inte detsamma som ett bra liv. Med en växande äldre befolkning ställs nya krav för att förbättra hälsa, självständighet, aktivitet samt sociala och ekonomisk delaktighet. Äldre

är idag överrepresenterade på nästan alla avdelningar och mottagningar inom vården. Kroppsliga förändringar är en del av livet i ålderdomen. Vanligt är att äldre försummar sin hälsa och inte vill ta emot vård eller följa rekommendationer för egenvård. Det kan leda till allvarliga sjukdomar och skador samt ensamhet. Minskat socialt stöd när vänner och släktingar flyttar eller avlider, minskad förmåga på grund av ålderdom samt brist på meningsfulla aktiviteter i vardagslivet kan vara orsakande faktorer till att äldre försummar sin hälsa.

Syfte

Att belysa aktivitetens betydelse ur den äldres och sjuksköterskans perspektiv.

Teoretisk utgångspunkt

Dorothea E. Orems omvårdnadsteori (Self-Care Deficit Theory of Nursing)

Orems (2001, s. 136) teori är en generell teori som innefattar vad vårdande är och borde vara i det praktiska arbetet. Som en generell teori är den inte en förklaring av specifika vårdssituationer eller vårdssituationer i allmänhet. Teorin uttrycker en unik kombination av begrepp och begreppens egenskaper samt relationen bland de begrepp som är vanliga på de flesta vårdinstanser. Generella teorier som används inom praktiska områden såsom i vården, kan aldrig ses som statiska utan måste ständigt omarbetas och utvecklas.

Sjuksköterskor har urskilt åtta användningsområden inom Self-Care Deficit Nursing Theory:

- Att skildra det sätt som sjuksköterskan lämpligen bör se på människan.
- Att uttrycka specifikt fokus och det egentliga syftet med vården i samhället.
- Att skildra vårdandets nyckelbegrepp såsom ett kunskapsfält och i praktiken samt för att etablera ett system av symboler eller språk.
- Att sätta gränser, fokusera på och praktiskt sträva efter forskning, utveckling och utbildning inom vårdandets område.
- Att undvika hög mental belastning genom att prioritera informationens betydelse samt göra det möjligt för en person som förstår teorin att kategorisera och forma begreppen från erfarenheter av konkreta vårdssituationer.
- Att möjliggöra för andra människovårdande områden att dra slutsatser om vårdandet.
- Att skapa ett sätt för sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter att tänka och kommunicera.

- Att skapa gemenskap för sjuksköterskor som akademiker som är engagerade i den fortsatta utvecklingen, uppbyggnaden och valideringen av sjuksköterskors kunskapsområde (Orem, 2001, s.136-137).

Omvårdnadsteorin bygger på tre mindre delar. Den första är delen om egenvård som beskriver varför och hur människor tar hand om sig själva. Den andra delen handlar om brister i egenvården och beskriver och förklarar varför människor kan bli hjälpta genom omvårdnad. Den tredje är omvårdnadssystem som beskriver och förklarar relationen som måste finnas och upprätthållas för att omvårdnad ska kunna skapas (Orem, 2001, s.142).

Teori om egenvård – Egenvård är mänsklig funktion som varje individ medvetet måste utföra för att bibehålla liv, hälsa, utveckling och välbefinnande. Egenvård är något varje person måste lära sig, den måste utföras medvetet och med kontinuitet samt vara anpassad till individen. *Teori om brister i egenvården* – Teoridelen om brister i egenvården sätter fokus på relationen mellan individens förmågor och individens behov av omvårdnad. Brister i egenvården är ett abstrakt begrepp, som när det uttrycks som en handlingsbegränsning, ger vägledning vid val av metoder för omvårdnad och förståelse för patientens roll i egenvården. *Teori om omvårdnadssystemet* – Teoridelen om omvårdnadssystem knyter ihop de tre mindre delarna. Delen föreslår att omvårdnad är en mänsklig handling; omvårdnadssystem är handlingssystem formade av sjuksköterskor genom sitt utövande av omvårdnad för personer som har bristande egenvård relaterat till försämrad hälsa (Orem, 2001, s.143-148).

Metod

Val av metod

Denna studie har genomförts som en litteraturöversikt och ska skapa en översikt över kunskapsläget för problemområdet. Material i form av forskningsartiklar har använts. I den här studien har både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar granskats, analyserats och sammanställts. Enligt Friberg (2006, s. 133-135) finns det vid denna typ av litteraturöversikter risk för selektivt urval, det vill säga att författarna väljer studier som stödjer deras egen ståndpunkt. Därför är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt vid urvalet av studier, vid läsning av det valda materialet samt även i skrivprocessen.

Urval

Som begränsning har författarna i föreliggande studie använt sig av peer-reviewed, ålders begränsning 65+ och artiklar skrivna efter 2003. För att komma fram till ett urval av resultatartiklar har vi läst ”abstrakt” och ”resultat” i alla artiklar. Artiklar med fokus på personer med specifika sjukdomar och som bor på sjukhem har uteslutits. Nitton artiklar valdes ut och ytterligare tre artiklar hittades genom sekundärkällor och manuella sökningar som gjordes på dessa. Alla artiklar granskades kritisk genom att ställa frågor som hjälpte författarna att ta ställning till de olika studiernas kvalitet, i enlighet med Friberg (2006, s. 138-139). Av tjugotvå valdes vidare fjorton artiklar ut då dessa svarade bäst mot syftet.

Författarna till föreliggande studie har kontrollerat att författarna till granskade artiklar använt sig av forskningsetiska överväganden. De artiklar som inte gjort det har uteslutits.

Datainsamling

Författarna har använt databasen Cinahl. Sökorden har använts i kombination med den booleska söktermen ”and”. De sökord som använts är: health, health-benefits, health promotion, aged, aging, elderly, activity, physical activity, leisure-activities, importance of activity, nursing, nursing role, nurse attitudes, self-care, community-dwelling och community health nursing. Författarna till föreliggande studie hänvisar till bilaga 1 som innehåller en utförlig sökmatrix.

Analys av data

Under analysprocessen har författarna till föreliggande studie i enlighet med Friberg (2006, s. 168-169) haft ett förhållningssätt präglad av följsamhet, öppenhet och reflektion. Avsikten med analysen var att på ett systematiskt sätt gå igenom data samt att aktivt fråga vad innebörden är, vad som sägs och hur det sägs. Artiklarna lästes grundligt av studiens författare och på så vis fick båda författarna en egen bild av innehållet i artiklarna. Det väsentliga i artiklarnas resultat, som svarade mot syftet, diskuterades sedan och därefter urskildes likheter och skillnader. Dessa likheter och skillnader sammanställdes sedan i kategorier. För att kontrollera att författarna förstått artiklarna på samma sätt samt för att kontrollera att betydande information inte utelämnats lästes dessa igen individuellt. Författarna till föreliggande studie hänvisar till bilaga 2 innehållande en matrix över urval av artiklar till resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden inom forskning handlar inte enbart om att försvara mänskliga rättigheter. Det handlar också om att hålla hög standard, bevara integritet och att undvika forskningsoredligheter så som plagiat, fabricering av resultat eller dataförfalskning (Polit & Tatano Beck, 2010, s. 141).

Författarna till föreliggande studie har haft ett kritiskt förhållningssätt i granskningen av valda artiklar samt vid skrivprocessen. Författarna har strävat efter att göra en rättvis bedömning samt att undvika att förvanska data. För att undvika feltolkning då artiklar översatts från ett språk till ett annat har författarna använt sig av olika lexikon och synonymordböcker. Artiklarna har även granskats gällande etiska överväganden och exkluderats om sådana saknats.

Resultat

I analysarbetet framkom kategorier som svarade mot uppsatsens syfte, vilket är att belysa aktivitetens betydelse ur den äldres och sjuksköterskans perspektiv.

Äldres upplevelser av aktivitet för hälsa

Äldre berättade i en studie av Gilbert, Hagerty och Taggart (2012) om vikten av att ta hand om sig själv samt upplevelsen av att det leder till ett långt liv. De äldre beskrev att äta hälsosam kost, att delta i regelbunden motion, att umgås med andra, att möta sina andliga behov samt följsamhet till medicinska åtgärder var viktiga faktorer för att bibehålla fysisk och emotionell hälsa. Alla medverkande i studien belyste behovet av att delta i någon form av meningsfull aktivitet. De diskuterade hur viktigt det var att göra något roligt och hur det bidrog till upplevelse av hälsa och välbefinnande samt till känsla av meningsfullhet.

Frank (2003) beskriver i sin studie att äldre värderar självständighet, önskar få nödvändig information för stöd i bristande egenvård samt stöttning i försöken att aktivera sig.

Äldres kunskap om aktivitet för hälsa

I en studie av Crombie, Irvine, Williams, McGinnis, Slane, Alder och McMurdo, (2004) visade resultatet att det övervägande antalet deltagare ansåg att fysisk aktivitet hjälper till att hålla dem smidiga samt kan förbättra hälsan. Resterande ansåg dock att fysisk aktivitet på lång sikt kunde leda till högt blodtryck eller försvaga skelettet. Trots den relativt höga kunskapsnivån om fördelarna med fysisk aktivitet så hade de äldre en relativt låg

aktivitetsnivå. Mer än hälften av deltagarna spenderade mindre än två timmar i veckan på fysisk aktivitet men ansåg ändå att de utförde tillräckligt med fysisk aktivitet för att bevara hälsan.

I en studie av Jancey, Clarke, Howat, Maycock och Lee (2009) skriver författarna att de äldres kunskap om hälsofördelarna vid fysisk aktivitet var omfattande. Kunskap fanns om muskeluppbyggnad, förbättrat hjärtarbete, förbättrad cirkulation, upprätthållande av kroppsvikt samt förbättring av det allmänna välbefinnandet. Vidare framgick att majoriteten av deltagarna ansåg att fysisk aktivitet bör vara en del av deras liv livet ut. Deltagarnas positiva övertygelse var väl etablerad och hade sin grund i positiv inställning till fysisk aktivitet tidigare i livet.

Äldres aktiviteter

Livskvalitet och tillfredsställelse var större med en högre aktivitetsnivå enligt Levasseur, Desrosiers och St-Cyr Tibble (2008). Generellt sett var måttet av livskvalitet signifikant lägre hos de med aktivitetsbegränsningar men undantag fanns dock hos de med starka familjeband. Den fysiska och sociala miljön upplevdes i huvudsak som underlättande av dagliga aktiviteter och sociala roller.

För många äldre förändras typen av fysisk aktivitet med åren liksom även anledningen till att vara fysiskt aktiv. Skador och minskad funktion minskade förmågan till att vara aktiv och vissa accepterade åldersförändringarna och de kroppsliga begränsningarna medan andra kände sig frustrerade av den minskade funktionen samt var inte beredda att ändra något. Många deltagare uttryckte en önskan att gå vidare till nya aktiviteter men upplevde sig ofta begränsade vilket hindrade dem från att prova det nya (Jancey et al., 2009).

I en studie av Sherman, Forsberg, Karp och Törnqvist (2012) sågs att en klar majoritet saknade att ta del av fritidsaktiviteter. De äldre hade en önskan om mer fysisk träning så som promenader, simning, trädgårdsarbete, skidåkning, golf eller att bara vara utomhus mer. En tredjedel önskade att ta del av kulturella aktiviteter så som utbildning, gå på teater, lära sig ett nytt språk eller studera data.

I studien av Jancey et al. (2009) berättade deltagarna om positiva erfarenheter av aktiviteter under uppväxtåren. Vidare talade de om bättre tillfällen för vardaglig fysisk aktivitet i yngre år, exempelvis att cykla till jobbet eller till en fritidsaktivitet. De upplevde att de förr hade en mindre komplicerad livsstil samt att infrastrukturen då möjliggjorde tillfällen för vardaglig fysisk aktivitet. Många av deltagarna i studien upplevde en önskan att prova på nya typer av aktiviteter så som forsränning och ridning men kroppsliga förändringar satte hinder. Många

äldre önskade också att de hade fortsatt med aktiviteter som exempelvis skridskoåkning eller dans.

I en studie av Crombie et al. (2004) uppgav många av deltagarna engagemang i olika typer av sociala aktiviteter så som att spela bingo, kort eller biljard, att gå till kyrkan, vara aktiv i ett föreningsliv samt träffa vänner för lunch eller fika.

Äldres upplevelse av hinder i samband med aktivitet

Äldre upplevde bristen på intresse för fysisk aktivitet som den största bidragande faktorn till att de var inaktiva. Detta var tätt följt av åsikten att träffa nya människor inte var fördelaktigt. Andra faktorer var tvivel om att träning förlänger livet, brist på energi, brist på tillgång till bil, ledvärk och ovilja att gå ut ensam (Crombie et al. 2004). Pettigrew och Roberts (2008) såg också i sin studie att äldre ansåg det vara mindre meningsfullt att träffa andra äldre. Detta på grund av att äldre ansågs ha en begränsad förmåga till konversation, samt en tendens att fastna i ett klagande beteende.

Att ha smärtor och värk i samband med fysisk aktivitet minskade njutningen och kunde hindra den äldre från att delta. Vidare kunde upplevelser av hinder vara förlorad flexibilitet, brist på balans och självförtroende, andfåddhet och dålig kroppsuppfattning. Olämpligt väder beskrevs också som ett hinder i form av värme, kyla, regn och blåsigt väder (Jancey et al., 2009). I en studie av Pascucci, Chu och Leasure (2012) visade resultatet att de äldre inte upplevde brist på hjälp från sjukvården som ett hinder för aktivitet.

Enligt Levasseur et al. (2008) förekom hinder främst i den fysiska miljön. Även i en studie av Gilbert et al. (2012) belyste deltagarna vikten av den fysiska miljön för att kunna fortsätta vara aktiva och friska. De beskrev vidare hur begränsningar i miljön kan minska livskvaliteten.

Skillnader i genus, ålder och social status för den äldres aktivitet i samhället

I en studie av Sherman et al. (2012) framkom att äldre kvinnor var mer samvetsgranna rörande sina matvanor och mer aktiva beträffande fritidsaktiviteter så som korsord och studiecirkel i jämförelse med män. Enligt Crombie et al. (2004) var män mer engagerade i att delta i fysiska fritidsaktiviteter än kvinnor.

I studien av Pettigrew och Roberts (2008) uttryckte speciellt kvinnor en stor glädje och tillfredsställelse när de talade om sätt att hålla kontakten med familjemedlemmar. De såg fram emot shopping med sina döttrar, besök från sina barnbarn samt återkommande telefonsamtal med dem för att hålla sig à jour med vad som händer.

I studien av Pascucci et al. (2012) visade resultatet att äldre mellan 80 och 90 år engagerade sig mer hälsoförebyggande än äldre i åldersgruppen 91 till 101 år. Dock engagerade sig båda grupperna lika mycket i sin själsliga hälsa. En studie av Hirao, Kobayashi, Okishima och Tomokuni (2012) visade dock resultatet att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan ålder och varaktighet av aktivitet.

I en studie av Menec (2003) visade resultatet att även om aktivitetsnivån minskade med ökad ålder så sågs inget samband mellan ökad ålder och minskad glädje. Detta trots att den fysiska funktionen uppenbarligen minskade med ökad ålder. Dessa resultat kan tolkas som att det finns kompenserande mekanismer som tillåter människor att behålla välbefinnande trots åldersrelaterade förluster i funktion.

Kvinnor och ensamboende hade sämre allmän hälsa än män och sammanboende. Resultatet visade även att kvinnor och de med endast grundskoleutbildning hade sämre hälsa och välbefinnande jämfört med andra grupper (Sherman et al., 2012).

I Callaghans (2005) studie framkom att ålder, genus och social status var betydande faktorer för hälsoförebyggande beteenden och förmåga till egenvård. Utbildning var en betydande faktor och de äldre med gymnasieutbildning hade ett mer hälsosamt beteende samt större förmåga till egenvård än de som enbart avslutat högstadiet.

Enligt Jancey et al. (2009) studie kände sig många äldre betydelselösa, marginaliserade och utan stöd i samhället. De uppgav att de hade fått negativa kommentarer riktade mot sig när de utfört aktiviteter.

Sjuksköterskans upplevelser av äldres aktivitet för hälsa

I Kelley och Abrahams (2005) studie framgick att sjuksköterskor generellt hade en positiv attityd till att arbeta hälsoförebyggande. Det hälsoförebyggande arbetet sågs som utbildning av patienten om fördelar med en hälsosammare livsstil samt vilka beteenden som bidrar till förbättrad hälsa. De flesta ansåg att det ingick i deras sjuksköterskeroll och kände sig säkra på sin förmåga att tillhandahålla hälsoförebyggande råd. En fjärdedel av deltagarna ansåg dock att det inte ingick i deras sjuksköterskeroll att arbeta hälsoförebyggande.

Goodman, Davies, Dinan, See Tai och Iliffes (2012) studie visade att sjuksköterskor kände sig säkra på att ge råd till äldre, inaktiva men för övrigt friska personer. Däremot upplevdes det som svårt att ge råd om lämplig aktivitet till äldre personer med sjukdomar eller någon typ av funktionshinder. Trots att sjuksköterskorna såg det som sin roll att främja aktivitet och såg fördelarna med detta, upplevde de brist på tid, brist på erfarenhet, underbemanning och åtstramningar i organisationen som hinder för arbetet.

Att arbeta hälsoförebyggande ansågs förbättra livskvaliteten, bevara hälsan, förebygga sjukdom samt öka kunskapsnivån. Sjuksköterskorna ansåg att patienterna inte skulle få välja om de önskade information om detta eller ej. Detta motiverades med att patienten behövde kunskapen för att kunna fatta beslut om sin hälsa. Majoriteten av deltagarna ansåg att det hälsoförebyggande arbetet lämpligen kunde ske på sjukhus medan övriga var negativt inställda till det då de ansåg att patienter på sjukhus var antingen för sjuka eller att det var för sent (Kelleys & Abrahams, 2005).

Sjuksköterskans funktion i det hälsofrämjande arbetet

I en studie av Goodman et al. (2012) beskrevs hur sjuksköterskorna arbetade på två sätt för att motivera äldre människor till att öka sin fysiska aktivitet. Dels genom bedömning och rådgivning och dels genom att remittera till andra aktivitetsfrämjande instanser.

Enligt Pascucci et al. (2012) är det viktigt att sjuksköterskan inte bara ser till den äldres ålder utan även kommer ihåg att främja optimal miljö, hälsa, sjukdom, funktion och motivation. Sjuksköterskan ska således lägga fokus på åtgärder som förbättrar den äldres självförtroende samt avlägsnar de upplevda hindren. Många äldre känner inte till fördelarna av en hälsoförebyggande livsstil och de behöver kunskap om att hälsoförebyggande åtgärder kan möjliggöra ett aktivt och meningsfullt liv. Därmed är det nödvändigt att uppmuntra alla äldre till att utöva fysisk, social och intellektuell aktivitet. Utöver detta bör sjuksköterskan påpeka vilka riskerna är med en inaktiv livsstil.

I en studie av Hirao et al. (2012) skriver författarna om flow och hälsa. Flow är ett mentalt tillstånd nära besläktat med glädje och känslan av att det finns något att leva för. Författarna menar att upplevelsen av flow är viktig för att förbättra och bevara äldres hälsa och sjuksköterskan bör därför genomföra åtgärder som uppmuntrar den äldre att vara i ett sådant tillstånd.

I Sherman et al. (2012) studie kom författarna fram till att sjuksköterskor i hemsjukvården som möter äldre personer, både de med diagnostiserade hälsoproblem och de med god hälsa, bör fråga dessa om hälsoproblem så som: vad denne har för förståelse för sin hälsa och ohälsa, smärta, fatigue, sömnproblem, minnessvårigheter, problem med den orala hälsan, nedstämdhet samt över- och undervikt.

Enligt en studie av Frank (2003) önskar äldre att sjuksköterskan ska visa respekt för denne och familjen, vara varm, trevlig och vänlig. Hen ska vara trovärdig samt ärlig i fråga om behandlingar och prognoser. Ha ett genuint intresse för den äldres livssituation och

hemförhållanden. Hen bör inte vara fördömande gällande den äldres framträdande och beteende utan bör i stället belysa positiva framsteg och insatser samt ta sig tid att lyssna.

Sjuksköterskans råd om aktiviteter för äldre

I en studie av Menec (2003) såg författaren ett samband mellan högre aktivitetsnivå och ökad känsla av glädje, bättre funktion och minskad dödlighet. Olika typer av aktiviteter kan ha olika fördelar. Sociala och produktiva aktiviteter förde med sig fysiska fördelar såsom bättre funktion och längre livstid, medan aktiviteter i ensamhet såsom handarbete ökade känslan av glädje. Författaren såg att engagemang i välgörenhet möjligtvis förde med sig fysisk och mental träning, vilket i sin tur kan hjälpte till att sakta ner åldersrelaterade funktionsförluster.

I en studie av Pettigrew och Roberts (2008) visade resultatet på lämpliga aktiviteter för att främja äldres hälsa och välbefinnande samt för att minska ensamhet. Exempel på aktiviteter var möten med andra, traditioner kring mat och dryck, läsning samt trädgårdsarbete. Pascucci et al. (2012) anser att sjuksköterskan kan föreslå aktiviteter som exempelvis T'ai chi, yoga, sittande gymnastik samt mental träning.

Enligt Routasalo, Tilvis, Kautiainen och Pitkala (2008) är det möjligt att genom välplanerade professionellt ledda psykosociala gruppinterventioner aktivera ensamma äldre samt stärka deras välbefinnande. Genom dessa interventioner kan de äldre ta del av gruppdynamiken och det målorienterade arbetet. De äldre kan även få stöttning i att fatta beslut och stöd i sitt engagemang.

Goodman et al. (2012) såg i sin studie att sjuksköterskor ofta gav den äldre råd om snabba promenader och sittbaserad träning. Sjuksköterskorna hänvisade de äldre till specialiserade träningsgrupper och fallkliniker. De uppmuntrade även den äldre till att utföra medelintensiv träning fem gånger per vecka.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna till föreliggande studie ansåg att en litteraturöversikt var ett bra val av metod då en litteraturöversikt enligt Segesten (2012, s. 100) kartlägger kunskapsläget inom ett visst fält. En svaghet med föreliggande studie är att den innehåller en begränsad mängd forskning samt att risken finns för ett selektivt urval. Studiens författare har därför i enlighet med Segesten (2012, s. 100) strävat efter att använda sig av ett brett sökande, en bred analys samt använt sig

av både kvalitativ och kvantitativ forskning. Genom detta har författarna velat fastställa kunskapsläget.

För att skapa en helhetsbild av aktiviteters betydelse för äldre ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, har författarna valt att även belysa sjuksköterskans upplevelser och funktion i hälsoförebyggande arbete.

Artiklar som inte funnits i full text samt artiklar på språk som författarna inte behärskar har uteslutits vilket kan ha påverkat resultatet. Studien har fokuserat på friska, hemmaboende äldre då författarna till föreliggande studie har noterat att äldre boende på sjukhem har en mer naturlig kontakt med vården. Dessa äldre hade ett kontinuerligt stöd från sjuksköterskan med aktiviteter. Följaktligen har artiklar som handlat om äldre boende på sjukhem samt artiklar där författarna fokuserade på äldre med någon form av specifik sjukdom uteslutits vilket kan ha påverkat resultatet.

Författarna har valt att innefatta artiklar från flera olika världsdelar i studien för att resultatet inte enbart ska spegla ett land eller en världsdel. Detta för att sjuksköterskan i framtiden behöver öka medvetenheten om globala frågor som berör hälsa och miljö. Då antalet artiklar är relativt begränsat kan resultatet dock inte ses som representativt globalt.

För att belysa det aktuella kunskapsläget har författarna valt att använda sig av studier som inte är äldre än tio år.

I analysförfarandet gick författarna igenom alla artiklars resultat och identifierade kategorier. Arbetet med detta var tidskrävande men det visade sig att de kategorier som identifierades var tydliga.

Författarna har haft ett stort intresse och engagemang för ämnet vilket har underlättat samarbetet. Examensarbetet är skrivet tillsammans och båda författarna har bidragit i lika stor omfattning. Genom sina olika yrkeserfarenheter och livserfarenheter har författarna på ett fördelaktigt sätt kompletterat varandra under arbetsprocessen.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa aktiviteters betydelse ur den äldres och sjuksköterskans perspektiv. I resultatet framkom att äldre har relativt god kunskap om aktiviteters betydelse men behöver mer. Äldre har också mentala och fysiska hinder som leder till att de inte utför tillräckligt med aktiviteter för att främja bästa möjliga hälsa. Den äldres sociala status, kön och ålder har också stor betydelse för behovet av stöd och utförandet av aktiviteter.

Sjuksköterskorna ansåg sig arbeta hälsoförebyggande med äldre. Det framkom dock i resultatet att många upplevde tidsbrist, kunskapsbrist samt brist på stöd från organisationen.

Som teoretisk referensram i detta arbete har Dorothea E. Orems Self-Care Deficit Theory of Nursing använts. För att skapa struktur i resultatdiskussionen har författarna till föreliggande studie delat upp den i enlighet med Orems (2001) tre teoridelar egenvård, brister i egenvård samt omvårdnadssystemet.

Egenvård

Resultatet av föreliggande studie visade på vikten av att ta hand om sig själv som äldre. Det framkom att äldre tyckte det var viktigt att göra någon rolig aktivitet då de upplevde att detta gav en känsla av välbefinnande och hälsa. De flesta äldre hade en önskan att delta i någon form av meningsfull aktivitet och kände till att det fanns hälsofördelar med att vara aktiv. Resultatet visade dock att de flesta äldre saknade kunskap om vilka aktiviteter som är lämpliga, hur ofta de bör vara aktiva samt vilka hälsofördelar som erhålls då de är aktiva.

Författarna till föreliggande studie menar i enlighet med Dahlberg och Segesten (2010, s. 271-272) att mer fokus borde ligga på hälsofrämjande insatser och bevarande av egenvård för äldre. Dessa insatser bör komma redan på det stadiet då den äldre är relativt frisk och har förmåga till egenvård. Ett sådant stöd skulle kunna hjälpa den äldre att bevara funktioner samt öka välbefinnande och livskvalitet högre upp i ålder. På sikt skulle ett hälsofrämjande fokus i hälso- och sjukvården vara både kostnads- och resurseffektivt. Detta skulle enligt författarna även hjälpa äldre att bevara förmågan till egenvård.

Resultatet av föreliggande studie stöds även Van Leuven (2010) som studerat hur den äldre såg på sin egen hälsa. I studien tyckte alla deltagare att de var mycket involverade i att bevara den egna hälsan och kände behov av att fortsätta vara aktiva. Trots detta var enbart hälften av deltagarna fysiskt aktiva. Deltagarna ansåg att fortsatt aktivitet vid stigande ålder även inkluderade mentala aktiviteter och samtliga deltagare ansåg sig vara engagerade i någon form av mental aktivitet.

Även i studien av Brown, McGuire & Voelkl (2008) upplevde de äldre, som var medlemmar i en dansklubb, hälsofördelar genom kontinuerlig träning och att fortsätta vara aktiva. Fördelarna sågs inte bara som fysiska utan var även socialt engagerande och gav en känsla av samhörighet.

Möjligheten för den äldre att bevara sin förmåga till egenvård samt att möjliggöra ett aktivt liv belyses också av Orem (2001, s. 143) i hennes teori om egenvård. Hon skriver att egenvård är en mänsklig reglerande funktion som individer medvetet måste utföra för sig själva, alternativt få hjälp med, för att skapa och bevara verktyg och villkor för att upprätthålla liv. Det gör det möjligt att bevara fysiska och psykiska funktioner. Människor mognar och

utvecklas genom att lära sig att utveckla och använda intellektuella och praktiska förmågor. Att bevara motivationsförmågan är avgörande för att ta hand om sig själv och vara självständig. Människans agerande, och preferenser för att agera under vissa förhållanden, påverkar vad denne gör eller inte gör i sin egenvård inom ramen för en stabil eller föränderlig livssituation.

Brister i egenvård

I resultatet av föreliggande studie framkom att äldre upplevde hinder i samband med aktivitet. De mest framträdande hindren var brist på intresse, brist på kunskap, smärtor och värk samt hinder i den fysiska miljön.

En studie av Eloranta, Raotasalo och Arve (2008) stödjer detta. I studien framkom att problem med rörlighet gjorde det svårt för äldre att ta del av fritidsaktiviteter, sociala tillställningar samt att detta även kunde tvinga dem till att ge upp. Deltagarna i studien föredrog att stanna hemma hellre än att gå någonstans där de kunde förorsaka besvär för andra.

De hinder för aktivitet som äldre upplever skapar brister i egenvården. Orem (2001, s. 146) menar att brister i egenvården är en viktig komponent i hennes teori då komponenten förklarar varför en person behöver vård. Engagemang i egenvård är påverkat av alla former av praktiska ansträngningar, av personers begränsningar i kunskap om vad de kan göra under rådande förhållanden samt hur. Dessutom påverkas engagemanget i egenvården av hur en person upplever vården gällande synen på livet, utveckling, hälsa och välbefinnande.

Omvårdnadssystem

Orem (2001, s. 147) skriver om omvårdnadssystemet vilket underordnas egenvård och brister i egenvård. Teoridelen om omvårdnadssystem fastställer strukturen och innehållet i sjuksköterskans arbete. Här förklaras sjuksköterskans område i förhållande till patientens egenvård och brist på egenvård. Vidare menar Orem (2001, s. 147) att vårdande kan förstås som en färdighet, en intellektuell kvalitet som kan likställas med sjuksköterskans sätt att skapa vård för andra.

I resultatet till föreliggande studie ser författarna att äldre behöver mer kunskap om hälsofördelarnas omfattning i samband med aktivitet, hur mycket och hur ofta aktivitet behöver utföras samt även råd om lämplig aktivitet. Det framkom att äldre ansåg att fysisk aktivitet hjälper till att hålla dem smidiga samt kan förbättra hälsan. De ansåg sig också utföra tillräckligt med fysisk aktivitet för att bevara hälsan men mer än hälften av de äldre

spenderade mindre än två timmar per vecka på fysisk aktivitet. I studien av Brach, Simonsick, Kritchevsky, Yaffe och Newman (2004) framkom att äldre som utövade 20-30 minuter medelintensiv motion under de flesta dagar i veckan hade bättre fysisk funktion än äldre som var aktiva i vardagslivet eller som var inaktiva. Vilken typ av aktivitet som helst är bättre än ingen aktivitet för att motverka funktionsbegränsningar, men att aktivt motionera medför större fördelar för den fysiska kapaciteten.

Resultatet till föreliggande studie visade att sjuksköterskor generellt var positiva till att arbeta hälsoförebyggande. De var säkra på att ge råd till inaktiva friska äldre men hade svårt att ge råd om aktivitet till äldre personer med specifika sjukdomar eller funktionshinder. Brister i kunskap hos sjuksköterskan leder ofta till att alltför allmänna råd om aktivitet ges till den äldre. I resultatet framkom att sjuksköterskor ofta ger råd om snabb promenad eller sittbaserad träning. Författarna ser dock att de äldre skulle behöva individanpassade råd där sjuksköterskan tar hänsyn till den äldres resurser, hinder samt egna intressen.

Detta kan kopplas till Orems (2001, s. 148) teori där hon skriver om hur begränsningar i aktivitet kan övervinnas genom att erhålla kunskap, genom utveckling av färdigheter och träning. I detta arbete krävs att sjuksköterskan lyssnar på den äldres önskan för att möjliggöra för förbättrad egenvård.

Vidare menar författarna att det är lättare för äldre att vara aktiva om de tillhör någon form av grupp där deltagarna har ett gemensamt intresse och får tillfälle att känna samhörighet med andra i samma ålder. Det har dock också framkommit av resultatet i författarnas studie att äldre kan uppleva det mindre meningsfullt att träffa personer i samma ålder då de kan upplevas ha en begränsad förmåga till konversation samt ha en negativ attityd. Sjuksköterskan bör ta denna information i beaktande då hen identifierar den äldres behov och föreslår lämpliga hälsofrämjande aktiviteter för den unika individen.

För att kunna skapa en bra hälsoförebyggande vård där den äldre individen är delaktig och i fokus behöver sjuksköterskan kunna identifiera den äldres egenvårdsbehov samt vilka brister och hinder denne kan tänkas ha eller uppleva. I resultatet till föreliggande studie framkom skillnader i genus, ålder och social status i samhället hos äldre. Författarna anser att det är ett område som är viktigt att belysa samt kräver mer kunskap. För att som sjuksköterska kunna ge ett bra stöd i den äldres egenvård behöver hen känna till skillnader i genus, ålder och social status för att kunna identifiera riskgrupper. I dessa riskgrupper är extra stöd och kunskap nödvändigt för att möjliggöra för den äldre att vara aktiv.

Skillnader i genus och ålder sågs också i Brach et al. (2004) studie. Studien visade att det inte fanns någon skillnad i ålder hos aktiva män medan kvinnor som var inaktiva var äldre än

kvinnor med en aktiv livsstil. Kvinnor och män som regelbundet motionerade var i hög grad vita, gifta och minst gymnasieutbildade. Detta ses även i Orems (2001, s.146) teori där hon menar att kvaliteten och summan av egenvård grundar sig på kultur och är beroende av grupper på samhälls- och familjenivå. Samhället bidrar till människors sociala självständighet genom att skapa medel för att stödja människor beroende på deras individuella behov.

I föreliggande studie såg författarna att äldre önskar vara delaktiga i vården. De äldre värderade sin självständighet, önskade få information och stöd samt ville känna sig lyssnad på i mötet med sjuksköterskan. Sjuksköterskorna tog inte alltid hänsyn till äldres åsikter i sitt hälsoförebyggande arbete. Detta stöds av studien av Eloranta et al. (2008) där resultatet visar att sjuksköterskorna inte tog de äldres resurser i beaktande samt inte heller använde dessa resurser i vården. Den givna vården och besluten var ofta baserade på vad sjuksköterskan ansåg vara viktigt för den äldre istället för att baseras på den äldres åsikt. Det var sjuksköterskans ord som stod högst vilket förhindrade den optimala användningen av den äldres resurser.

Resultatet av föreliggande studie visar att sjuksköterskor såg det som sin roll att främja aktivitet och tyckte det var fördelaktigt. Dock upplevde sjuksköterskorna hinder i form av tidsbrist, underbemanning, brist på erfarenhet och kunskap samt åtstramningar i organisationen. För att möjliggöra för sjuksköterskorna att arbeta hälsoförebyggande krävs inte bara mer tid och mer kunskap för den enskilda sjuksköterskan utan även ändring i attityd och fokusprioritering inom hälso- och sjukvården på högre nivå.

Enligt Leff & Sonstegard-Gamm (2006) är det vanligt att äldre försummar sin hälsa och inte vill ta emot vård eller följa rekommendationer för egenvård. Det kan kulminera i allvarliga sjukdomar och skador samt möjligtvis ensamhet och ett smärtsamt slut på livet. Orsakande faktorer till att äldre försummar sin hälsa kan vara minskat socialt stöd när vänner och släktingar flyttar eller avlider, minskad förmåga på grund av ålderdom samt brist på meningsfulla aktiviteter i vardagslivet. När äldre försummar sin egen hälsa är det viktigt för sjuksköterskan att förstå orsaker till detta för att kunna hjälpa den äldre.

Författarna anser att sjuksköterskan med fördel kan använda sig av Orems (2001) teori för att ta äldres resurser i beaktande och därmed utöva en god personcentrerad vård med den unika individen i fokus. Vidare anser författarna till föreliggande studie att den äldre på detta vis görs delaktig i vården, får optimal vård samt förhoppningsvis kan uppleva att sjuksköterskan ser den äldre utifrån dennes livsvärld.

Praktiska implikationer

Från denna studies resultat framkommer att sjuksköterskan behöver mer utbildning och tid för att kunna arbeta hälsofrämjande med äldre. Sjuksköterskan behöver kunskap om hälsofrämjande stöd anpassat till den unika individen. Arbetstid behöver avsättas för att förbättra sjuksköterskans kunskap om hälsofrämjande arbete för äldre. För att sjuksköterskan ska kunna individanpassa vården och skapa möjligheter till delaktighet behövs mer tid också i mötet med den äldre.

Slutsats

Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete med äldre bör vara förebyggande och bör således föreslås den äldre då denne fortfarande har goda möjligheter till egenvård. Vidare behövs en skiftning i fokus på högre nivå så att det hälsoförebyggande arbetet kan ges högre prioritet. Detta skulle bättre överensstämma med det vårdvetenskapliga målet som är att stärka och stödja hälsa.

Vidare forskning

Författarna har, genom de studier som använts i detta arbete, uppmärksammat att äldre behöver stöd i hälsofrämjande egenvård i förebyggande syfte. Författarna anser därför att mer forskning om hur äldre fångas upp i vården i hälsoförebyggande syfte skulle vara av intresse. Det vore också av intresse att veta hur sjuksköterskan på bästa vis motiverar de äldre till aktivitet.

Referensförteckning

*Artiklar som ingår i resultatet.

- Babatsikou, F., Gerogianni, G., Zyga, S. & Koutis, C. (2012). Physical activity in a sample of elderly Greek people: a research study. *Health Science Journal*, 6, 3, 518-533.
- Brach, J.S., Simonsick, E.M., Kritchevsky, S., Yaffe, K. & Newman, A.B. (2004). The Association Between Physical Function and Lifestyle Activity and Exercise in the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 502-509.
- Brown, C.A., McGuire, F.A. & Voelkl, J. (2008). The link between successful aging en serious leisure. *International Journal of Aging and Human Development*, 66, 1, 73-95. Doi: 10.2190/AG.66.1.t.
- *Callaghan, D. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 3, 169-178.
- Chen, Y., Hicks, A. & While, A. E. (2012). Quality of life of older people in China: a systematic review. *Reviews in Clinical Gerontology*, 23, 88-100. Doi: 10.1017/S0959259812000184.
- *Crombie, I.K., Irvine, L., Williams, B., McGinnis, A.R., Slane, P.W., Alder, E.M. & McMurdo, M.E.T. (2004). Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Aging*, 33, 3, 287-292. Doi: 10.1093/aging/afh089.
- Cummings, E. & Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York Basic Books.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). Hälsa och vårdande i teori och praxis. Stockholm: Natur & Kultur.
- Eason, L.R. (2003). Concepts in Health Promotion: Percived Self-Efficacy and Barriers In Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 29, 5, 11-19.
- Eloranta, S., Raotasalo, P. & Arve, S. (2008). Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 308-314. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00698.x.
- *Frank, D.I. (2003). Elderly clients' perceptions of communication with their Health Care Provider and its relation to Health Deviation Self Care Behaviors. *Self-care, Dependent-care, & Nursing*, 11, 2, 15-30.
- Friberg, F.(2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Fänge, A. & Carlsson, G. (2010). Aktivitet och delaktighet. I A. Ekwall (Red.). *Äldres hälsa och ohälsa - en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- *Gilbert, C., Hagerty, D. & Taggart, H.M. (2012). Exploring factors related to healthy aging. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 19, 1, 20-25.
- *Goodman, C., Davies, S.L., Dinan, S., See Tai, S. & Iliffe, S. (2012). Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 16, 1, 12-17.
- Hage, A.M. & Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6, 235-246.
- Havighurst, R.J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1, 1, 8-13.
- *Hirao, K., Kobayashi, R., Okishima, K. & Tomokuni, Y. (2012). Flow experience and health-related quality of life in community dwelling elderly Japanese. *Nursing and Health Sciences*, 14, 52-57. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00663.x.

- Hurst, G., Wilson, P. & Dickinson, A. (2013). Older people: how do they find out about their health? A pilot study. *British Journal of Community Nursing*, 18, 1, 34-39.
- International Council of Nurses (2005). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Jakobsson, E. & Lützén, K. (2009). Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.). *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 23-45). Lund: Studentlitteratur.
- *Jancey, J.M., Clarke, A., Howat, P., Maycock, B. & Lee, A.H. (2009). Perception of physical activity by older adults: A qualitative study. *Health Education Journal*, 68, 3, 196-206. Doi: 10.1177/0017896909339531.
- *Kelley, K. & Abraham, C. (2005). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: Nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 569-579. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01577.x.
- Kristensson, J. & Jakobsson, U. (2010). Olika perspektiv på åldrandet. I A. Ekwall (Red.). *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (s.15-26). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar* (3 uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Leff, E.W. & Sonstegard-Gamm, J. (2006). Finding the balans: The home care team approach to self-neglecting Elders. *Home Healthcare Nurse*, 24, 4, 249-257.
- *Levasseur, M., Desrosiers, J. & St-Cyr Tibble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 30, 1-11. Doi: 10.1186/1477-7525-6-30.
- *Menec, V.H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology*, 58, 2, 74-82.
- Nygren, B. & Lundman, B. (2009). Åldrande och att vara gammal. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 177-199). Lund: Studentlitteratur.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 uppl.). St. Louis: Moseby.
- *Pascucci, M.A., Chu, N. & Leasure, A.R. (2012). Health promotion for the oldest of old people. *Nursing Older People*, 24, 3, 22-28.
- *Pettigrew, S. & Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging & Mental Health*, 12, 3, 302-309. Doi: 10.1080/13607860802121084.
- Polit, D.F. & Tatano Beck, C. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7 ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 656-662. Doi: 10.1002/gps.1726.
- *Routasalo, P.E., Tilvis, R.S., Kautiainen, H. & Pitkala, K.H. (2008). Effects of psykosocial rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trail. *Journal of Advanced Nursing*, 297-305.
- Rydholm Hedman, A-M. (2009) Aktivitet, rörelse och rörlighet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*, (s. 385-413). Lund: Studentlitteratur.
- Santamäki-Fischer, R., Altin, E., Ragnarsson, C. & Lundman, B. (2008). Still going strong: Perceptions of the body 85 years old people in Sweden. *International Journal of Older Peoples Nursing*, 3, 14-21.
- Segersten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats*, (2 uppl), (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.
- *Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A. & Törnqvist, L. (2012). The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3170-3182. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04314.x.

- Strandmark, M. (2006). Health means vital force-a phenomenological study on self-image, ability and zest for life. *Vård i Norden*, 26, 1, 42-47.
Socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
[Hämtad 2013-03-08].
- Ternstedt, B.-M. och Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg och J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 29-63) Lund: Studentlitteratur.
- Van Leuven, K.A. (2010). Health Practice of Older Adults in Good Health. Engagement Is the Key. *Journal of Gerontological Nursing*, 36, 6, 38-46.
- WHO, (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organisation. *Bulletin of the World Health Organisation*.
[www.who.int/2Fbulletin%2Farchives%2F80\(12\)981.pdf&h=oAQEsfIG8](http://www.who.int/2Fbulletin%2Farchives%2F80(12)981.pdf&h=oAQEsfIG8)
- Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 27-42). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text 2003-2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Aging • Activity • Health • Nursing 	287	<ul style="list-style-type: none"> • Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A. & Törnkvist, L. (2012). • Gilbert, C., Hagerty, D. & Taggart, H.M. (2012). • Pascucci, M.A., Chu, N. & Leasure, A.R. (2012). • Routasalo, P.E., Tilvis, R.S., Kautiainen, H. & Pitkala, K.H. (2008).
Cinahl <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text • 2003-2013 • Aged 65+ 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-care • Health • Elderly • Nursing 	36	<ul style="list-style-type: none"> • Frank, D.I. (2003).
Cinahl <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text • 2003-2013 • Aged 65+ 	<ul style="list-style-type: none"> • Elderly • Health • Nursing • Community-dwelling 	35	<ul style="list-style-type: none"> • Hirao, K., Kobayashi, R., Okishima, K. & Tomokuni, Y. (2012).
Cinahl <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text • 2003-2013 • Aged 65+ 	<ul style="list-style-type: none"> • Health benefits • Leisure activities 	9	<ul style="list-style-type: none"> • Crombie, I.K., Irvine, L., Williams, B., McGinnis, A.R., Slane, P.V., Alder, E.M. & McMurdo, M.E.T. (2004).

<p>Cinahl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text • 2003-2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse attitudes • Nursing role • Health promotion • Aged 	9	<ul style="list-style-type: none"> • Kelley, K. & Abraham, C. (2005).
<p>Cinahl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text • 2003-2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Community health nursing • Health promotion • Physical activity 	11	<ul style="list-style-type: none"> • Goodman, C., Davies, S.L., Dinan, S., See Tai, S. & Iliffe, S. (2012).
<p>Cinahl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Headings • Peer reviewed • Full text • 2003-2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Importance of activity 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Menec, V.H. (2003).
<p>Manuell sökning</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Jancey, J.M., Clarke, A., Howat, P., Maycock, B. & Lee, A.H. (2009). • Levasseur, M., Desrosiers, J. & St-Cyr Tibble, D. (2008). • Pettigrew, S. & Roberts, M. (2008). • Callaghan, D. (2005).

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Callaghan, D.	Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults.	2005 USA Journal of Community Health Nursing	Att undersöka relationen mellan hälsoförebyggande egenvårdsaktiviteter, förmåga till egenvård och egenvårdens inverkan på den äldre befolkningen.	Kvantitativ studie Deskriptiv och inferential metod. Urval: 235 personer mellan 65-98 år, förmögna till egenvård som behärskade engelska i tal och skrift samt levde i Philadelphia med omnejd bjöds in till att delta i studien. Analys: Data analyserades med hjälp av SPSS.	Resultatet visade att signifikanta relationer sågs mellan utbildning, inkomst, sjukvårdsförsäkring, ras, stöttande system, praktiserande av religion, medicinska problem, civilstånd, kön, ålder och antal barn.
Crombie, I.K., Irvine, L., Williams, B., McGinnis, A.R., Slane, P.W., Alder, E.M. & McMurdo,	Why older people do not participate in leisure time physical activity: A survey of activity levels, beliefs and deterrents.	2004 Storbritannien Age and Aging	Att undersöka varför äldre människor inte vill delta i fysiska fritidsaktiviteter och att identifiera strategier för att främja en ökad aktivitet.	Kvantitativ studie Tvärsnittsstudie Urval: 409 slumpmässigt utvalda äldre (65-84 år) som bodde självständigt intervjuades i hemmet. 46 % av dessa rekryterades	Resultatet visar att kunskapen om de specifika hälsofördelarna med fysisk aktivitet var hög. 95% trodde att fysisk aktivitet var fördelaktigt och 79% trodde att de gjorde tillräckligt för att hålla sig friska. 36% utförde ingen fysisk fritidsaktivitet och ytterligare 17% utförde mindre

M.E.T.				<p>sedan till studien.</p> <p>Analys: Data analyserades med hjälp av SPSS.</p>	<p>aktivitet än 2 tim/v. 11 faktorer identifierades som hinder för fysisk fritidsaktivitet. Den största faktorn var bristen på intresse. Andra faktorer som identifierades var brist på daglig tillgång till bil, andfåddhet, ledvärk, motvilja att gå ut ensam, brist på kondition och energi, tveksamhet till att motion förlänger livet, inte tillhöra en grupp och tvivel om att det är fördelaktigt att träffa nya människor.</p>
Frank, D.I.	Elderly clients' perceptions of communication with their Health Care Provider and its relation to Health Deviation Self Care Behaviors.	<p>2003</p> <p>USA</p> <p>Self-care, Dependent-care & Nursing</p>	<p>Att undersöka oberoende äldres uppfattningar om deras kommunikation med sin vårdgivare rörande sin hälsa och brister i egenvården.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervjuer med fokusgrupper</p> <p>Urval: 28 deltagare från 60 år, pensionerade eller arbetslösa personer i Florida. Hemmaboende som hade kontakt med vården samt var kognitivt kunde delta i gruppdiskussioner.</p> <p>Analys: Data analyserades enligt Stewart och Shamdasani (1990).</p>	<p>Resultatet visade att äldre önskar meningsfulla möten och kommunikation med sin vårdkontakt. Detta för att möjliggöra egenvård samt för att vara delaktiga i sin vård.</p>
Gilbert, C., Hagerty, D. & Taggart, H.M.	Exploring Factors Related to Healthy Aging.	<p>2012</p> <p>Luxemburg</p>	<p>Att undersöka äldres uppfattningar om vad som underlättar och</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Urval: 10 personer</p>	<p>Resultatet visade att underlättande faktorer var att ta hand om sig själv, positiv attityd, och meningsfulla</p>

		Self-Care, Dependent-Care & Nursing	hindrar hälsosamt åldrande.	mellan 80-95 år. Varje deltagare var bekant för forskaren antingen genom kollegor eller via gemensamma intressen. Analys: En modifierad metod av Pattons analys och tolkning utav kvalitativ data användes. Intervjuerna transkriberades noggrant.	aktiviteter. Hinder var att släppa taget och ge upp, åldrandeprocessen och hinder i miljön.
Goodman, C., Davies, S.L., Dinan, S., See Tai, S. & Iliffe, S.	Activity promotion for community- dwelling older people: A survey of the contribution of primary care nurses.	2012 Storbritannien Journal of Community Nursing	Att utforska den nuvarande nivån av sjuksköterskeledda engagemang i aktivitetsförebyggande åtgärder för äldre i primärvården, samt att utforska kunskaper och attityder hos primärvårdens sjuksköterskor angående hälsofördelarna med hälsoförebyggande aktiviteter för äldre	Kvantitativ studie Semi-strukturerad Urval: 971 sjuksköterskor som arbetade inom primärvården. 515 av dem användes i studien. Ett frågeformulär skickades till sjuksköterskorna via post. Analys: Data analyserade enligt SPSS.	Resultatet visade att sjuksköterskorna hade olika engagemang och olika möjligheter att främja aktivitet hos äldre. Det fanns organisatoriska och individuella begränsningar i deras förmåga att delta i det hälsoförebyggande arbetet.
Hirao, K., Kobayashi, R., Okishima, K. & Tomokuni, Y.	Flow experience and health-related quality of life in community dwelling elderly Japaese.	2012 Japan Nursing and Health Science	Att undersöka relationen mellan psykisk hälsa (speciellt upplevelsen av ”flow”), hälsorelaterad livskvalitet och stress.	Kvantitativ studie En tvärsnittsstudie Urval: 119 friska äldre, 65 år eller äldre, boende på landsbygden som	Resultatet visade att den fysiska hälsan var signifikant bättre när viktiga dagliga aktiviteter utfördes i gruppen där deltagarna upplevde ”flow” och var avslappnade än i gruppen där deltagarna var likgiltiga.

				<p>deltog i ”ett möte för äldre” som ägde rum på ett omsorgsboende. Deltagarna fick fylla i ett formulär vid ankomsten och vid ytterligare tre tillfällen. Deltagarna fick också genomgå flera hälsoundersökningar.</p> <p>Analys: Data analyserades enligt SPSS.</p>	
Jancey, J.M., Clarke, A., Howat, P., Maycock, B. & Lee, A.H.	Perceptions of physical activity by older adults: A qualitative study.	2009 Australien Health Education Journal	Att identifiera frågor och uppfattningar rörande äldre vuxnas fysiska aktivitet.	<p>En deskriptiv kvalitativ studie</p> <p>Urval: 11 deltagare mellan 65-74 år boende inom Perths stadsgräns. De valdes medvetet ut för att representera en varierad socio-ekonomisk bakgrund. Deltagarna intervjuade i sina hem eller på annan lämplig plats. Intervjuerna spelades in.</p> <p>Analys: Alla intervjuer skrevs ned noggrant och lästes minst 6 gånger. Data kodades och</p>	Resultatet visade att deltagarna ansåg att fysisk aktivitet bidrog till hälsofördelar och de såg positivt på tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet från ungdomen och många längtade efter att utföra mindre ålderslämpliga aktiviteter. Det största hindret för att utföra fysisk aktivitet var smärta. Deltagarna uttryckte både positiva och negativa exempel på samhällets stöd till fysisk aktivitet.

				materialet kategoriserades. Kodad data hanterades av NVivo 7.	
Kelley, K. & Abraham, C.	Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perception about their role	2007 Storbritannien Journal of Clinical Nursing	Att identifiera sjuksköterskors föreställningar om hälsoförebyggande åtgärder och rutiner för dessa i vården av personer över 65 år.	Kvantitativ studie En teoribaserad undersökning Urval: Sjuksköterskor som arbetade på geriatriska avdelningar fick frågeformulär med både öppna och sluta frågor tillskickade sig. 72 st (41%) av dessa returnerades. Analys: Data analyserades genom tematisk analys enligt Morse och Field, 1996. Chi 2 test användes för att jämföra variabler. Mann-Whitne test utfördes för att jämföra svaren från kvalificerade och okvalificerade sjuksköterskor.	Resultatet visade att sjuksköterskor som arbetade på geriatriska avdelningar mestadels är positiva till att integrera hälsoförebyggande arbete in i det dagliga arbetet. För att det hälsoförebyggande arbetet ska bli rutin måste alla sjuksköterskor känna sig bekväm med uppgiften och att tycka det är betydelsefullt. Hälsoförebyggande arbete måste bli mer betydelsefullt för sjukhusledningen men fram till dess kommer det fortsätta vara sporadiskt eller bristande.
Levasseur, M., Desrosiers, J. & St-Cyr Tribble, D.	Do quality of life, participation and environment of older adults differ	2008 Kanada	Att undersöka, baserat på ICF (International Classification of Functioning, Disability	Kvantitativ studie En tvärsnittsstudie Urval: 156 äldre vuxna,	Resultatet visade att deltagarnas livskvalitet och tillfredsställelse var större vid högre nivåer av fysisk aktivitet. Resultatet visar dock på att

	according to level of activity?	Health and Quality of Life Outcomes	and Health), om äldres livskvalitet, deltagande och miljö skiljer sig åt rörande nivån av fysisk aktivitet.	hemmaboende med goda kognitiva funktioner. Deltagarna fick besvara ett frågeformulär. Analys: Data analyserades genom ANOVA och chi 2 tester.	skillnaderna är störst mellan personer som är inte har några aktivitetsbegränsningar och de som har med medel till svåra begränsningar. Enligt författarna är det viktigt att se längre än till aktiviteter för att stötta äldre i samhället.
Menec, V.H.	The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study.	2003 Kanada The Journals of Gerontology.	Att undersöka relationen mellan vardagsaktiviteter och indikatorer för gott åldrande, välbefinnande, funktion samt dödlighet.	Kvantitativ studie En longitudinell tvärsnittsstudie. Urval: 2291 äldre valdes ut ur Aging in Manitoba (AIM) som är den största studien av åldrande över tid i Kanada. Analys: Två tidigare studier samt egna intervjuer jämfördes.	Resultatet visade att en större aktivitetsnivå var relaterad till större lycka, bättre funktion och minskad dödlighet. I allmänhet var sociala och produktiva aktiviteter relaterade till lycka, funktion och minskad dödlighet medan aktivitet utförda i ensamhet enbart var relaterade till lycka.
Pascucci, M.A., Chu, N. & Leasure, A.R.	Health promotion for the oldest of old people	2012 USA Nursing older people	Att undersöka faktorer som bidrar hälsoförebyggande hos de äldsta äldre samt vilka hinder som försvårar.	Kvantitativ studie En beskrivande korrelation metod. Urval: 52 personer över 80 år valdes slumpmässigt ut i södra centrala USA. De skulle tala samt förstå engelska och ha mer än 16 på	Resultatet visade att skillnader noterades mellan åldersgrupperna 80-90 och 91-101 gällande hälsoansvar, fysisk aktivitet och nutrition. Försvagnig var det största hälsoförebyggande hindret.

				<p>SPMSQ och inte ha signifikanta hörsel och synproblem.</p> <p>Analys: Data analyserade genom HPLP II.</p>	
Pettigrew, S. & Roberts, M.	Addressing loneliness in later life.	<p>2008</p> <p>Australien</p> <p>Aging and Mental Health.</p>	Att undersöka i syfte att informera om framtida interventioner för att reducera de negativa konsekvenserna av social isolering.	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer</p> <p>Urval: 19 personer över 65 år utan mental sjukdom, självständigt boende samt med ett intresse för att diskutera ensamhet.</p> <p>Analys: Data analyserades med NVivo2.</p>	Resultatet visade att flera tidsfördriv beskrevs av deltagarna som bidragande till att bestämma om den ökande sociala isoleringen de upplevde med ökad ålder, resulterar i upplevelsen av känslomässig isolering och således ensamhet.
Routasalo, P.E., Tilvis, R.S., Koutiainen, H. & Pitkala, K.H.	Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized	<p>2008</p> <p>Finland</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p>	Att undersöka effekterna av psykosociala vårdande interventioner hos äldre angående känslor av ensamhet, social aktivitet och psykologiskt välbefinnande.	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Randomiserad kontrollerad studie</p> <p>Urval: 235 personer över 74 år deltagande i andra interventionsgrupper som upplevde ensamhet.</p>	Resultatet visade att ett stort antal deltagare hittade nya vänner under interventionen. Många av dessa fortsatte sedan sin vänskap efter studiens slut. Psykologiskt välbefinnande ökade markant hos deltagarna i studien.

	controlled trial.			Analys: Data analyserades med Chi 2 och Fischers exact test.	
Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A. & Törnkvist, L.	The 75-year-old persons´self-reported health contitions: a knowledge base in the field of preventive home visits.	2012 Sverige Journal of Clinical Nursing	Att beskriva och analysera 75-åriga personers hälsotillstånd samt vad det finns för koppling mellan sociodemografisk status och känsla av sammanhang. Detta för att skapa en kunskapsbas för sjuksköterskor vid förebyggande hembesök.	Kvantitativ studie En tvärsnittsstudie Urval: 583 75-åringar slumpmässigt utvalda från HCC. Analys: Data analyserades med Chi 2.	Resultatet visade att de flesta av 75-åringarna ansåg att de hade god eller mycket god hälsa. De uppgav även hälsoproblem såsom smärta, sömnproblem, problem med minnet, fatigue, bristande förståelse för sin egen hälsa och sjukdomar, problem med elimination, undervikt och övervikt. 75-åriga personer som lever ensamma, endast har grundskoleutbildning och kvinnor uppgav sämre hälsa och lägre välbefinnande än övriga grupper.