

# **Åldrande och fysisk aktivitet**

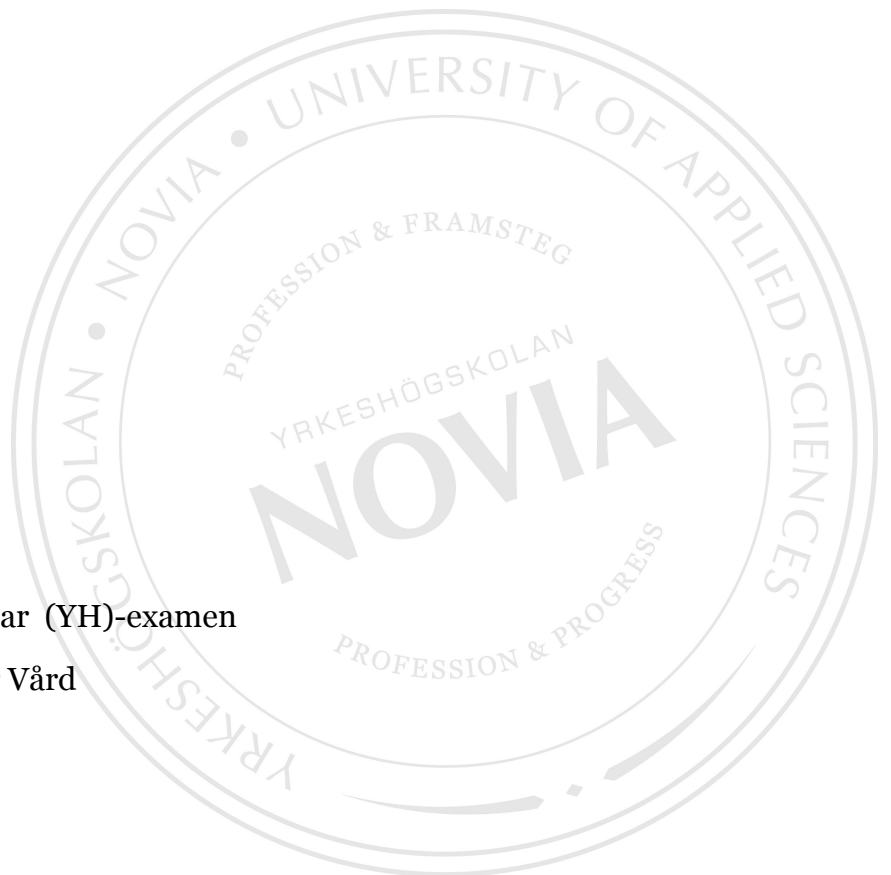
## **En kvalitativ litteraturstudie**

Emelie Grankulla

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2013



## EXAMENSARBETE

Författare: Emelie Grankulla  
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa  
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Sjukskötare  
Handledare: Marianne Frilund

TITEL: ÄLDRADE OCH FYSISK AKTIVITET – EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

---

Datum April 2013 Sidantal 49 Bilagor 3

---

### **Sammanfattning**

Syftet med detta examensarbete är att genom en kvalitativ litteraturstudie undersöka vad fysisk aktivitet har för betydelse för bevarande av äldres välbefinnande och hälsa. Examensarbetet syftar även till att ta reda på hur äldre motiveras att vara fysiskt aktiva. Frågeställningarna är: Vad gör fysisk aktivitet för den äldres välbefinnande och hälsa? och Hur motivera den äldre att vara fysisk aktiv?

De teoretiska utgångspunkterna i examensarbetet är hälsa enligt Katie Erikssons ontologiska hälsomodell och egenvård enligt Dorothea Orems antaganden om egenvård. Datainsamlingsmetoden är dokument och består av 15 vetenskapligt granskade artiklar. Artiklarna sammanställdes i en resuméartikel för att skapa en överblick och sammanfattning av forskningarna. Tre temafrågor utarbetades utgående från syfte och frågeställningar och svaren söktes i artiklarna. Svaren som framkom analyserades genom innehållsanalys med ett induktivt förhållningssätt.

Av resultatet framkom att effekter av fysisk aktivitet hos äldre är: förbättrad balans och minskad fallfrekvens, förbättrad kondition, ökad muskelstyrka, bevarad eller förbättrad funktionsförmåga, minskad risk för sjukdomar, ökad livslängd, minskat lidande, ökat psykiskt välbefinnande och bättre kognitiv förmåga. Motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre är: bevarande av funktion och självständighet, information, stöd av omgivningen, tidigare positiva erfarenheter av fysisk aktivitet och social interaktion. Barriärer för fysisk aktivitet hos äldre är: personliga barriärer, medicinska barriärer, faktorer i omgivningen och tidsbrist. Det framkom också att motiverande faktorer och barriärer är individuella.

---

Språk: Svenska Nyckelord: fysisk aktivitet, äldre, motivation, barriär

---

# BACHELOR'S THESIS

Author: Emelie Grankulla  
Degree Programme: Health care, Vaasa  
Specialization: Nursing  
Supervisors: Marianne Frilund

TITLE: AGING AND PHYSICAL ACTIVITY – A QUALITATIVE LITERATURE STUDY

---

Date April 2013      Number of pages 49      Appendices 3

---

## Summary

The aim with this thesis is to investigate, through a qualitative literature study, the significance of physical activity for maintaining well-being and health in elderly people. The aim is also to find out how the elderly are motivated to be physically active. The research questions are: What does physical activity mean for the well-being and health of elderly people? How to motivate the elderly to be physically active?

The theoretical framework of the thesis is the concept of health according to Katie Eriksson's ontological health model and self-care according to Dorothea Orem's thoughts on self-care. The method for collecting data is document study and the data consists of 15 scientifically examined articles. The articles are compiled into a review article to create an overlook and summary of the research. The research questions were divided into three more specific questions posed to the articles. The answers have been analyzed through a content analysis method with an inductive approach.

The results showed that the effects of physical activity among the elderly are improved balance and reduced fall frequency, improved fitness, improved muscle strength, maintained or improved functioning, reduced risk of disease, increased life-span, reduced distress, increased psychological well-being and improved cognitive ability. Motivating factors for physical activity among elderly are maintaining functional status and independence, information, support, previous positive experience of physical activity and social interaction. Barriers for physical activity among elderly include personal barriers, medical barriers, factors in the environment and lack of time. The results also showed that the motivating factors and barriers are individual.

---

Language: Swedish      Key words: Physical activity, elderly, motivation, barrier

---

# Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund.....	2
3 Syfte och frågeställningar.....	3
4 Teoretiska utgångspunkter.....	3
4.1 Hälsa enligt Eriksson.....	3
4.2 Egenvårdsteori enligt Orem.....	6
5 Teoretisk bakgrund.....	8
5.1 Den åldrande befolkningen.....	8
5.2 Åldrandeprocessen.....	9
5.2.1 Fysiskt åldrande.....	11
5.2.2 Äldre och rörelse.....	12
5.3 Motivation och emotion.....	13
5.3.1 Livsstilsförändring.....	14
6 Metoder.....	15
6.1 Litteraturstudie.....	16
6.2 Datainsamling.....	17
6.3 Dataanalysmetod.....	18
6.3.1 Innehållsanalys.....	19
6.4 Praktiskt genomförande.....	20
7 Resultat.....	20
7.1 Hälsoeffekter av fysisk aktivitet för äldre.....	21
7.1.1 Fysisk hälsa.....	21
7.1.2 Funktionsförmåga.....	23
7.1.3 Psykisk hälsa och välbefinnande.....	25
7.2 Motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre.....	27
7.2.1 Bevara fysisk funktion och självständighet.....	27
7.2.2 Stöd av omgivning.....	28
7.2.3 Tidigare erfarenheter.....	29
7.2.4 Sociala faktorer.....	29
7.3 Barriärer till fysisk aktivitet hos äldre.....	30
7.3.1 Fysiska och psykiska orsaker.....	30
7.3.2 Yttre faktorer.....	31

7.3.3 Övrigt.....	32
8 Tolkning av resultatet.....	33
8.1 Hälsoeffekter av fysisk aktivitet hos äldre.....	33
8.2 Motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre.....	36
8.3 Barriärer till fysisk aktivitet hos äldre.....	38
9 Kritisk granskning.....	40
9.1 Kvaliteter hos framställningen.....	40
9.2 Resultatets kvaliteter.....	41
9.3 Validitetskriterier.....	42
10 Diskussion.....	43
Källförteckning.....	45
Bilagor	

# 1 Inledning

I mitt examensarbete för sjukskötarkompetens utgår jag från ett tema som är utarbetat i samarbete med projektet ”*Aktiverande TV*” och beställt från Vasa Stad Berghemmet. Hälsofrämjande arbete bland den åldrande befolkningen är mycket aktuellt idag eftersom antalet äldre i samhället ökar. I Finland år 2010 uppgick antalet personer som fyllt 65 år till 941 000 och av dem var 114 000 över 85 år. Enligt de beräkningar som gjorts kommer det att finnas 1,4 miljoner över 65 år och 178 000 över 85 år i Finland år 2030. (Miljöministeriet 2011)

Vasa Stad Berghemmet och projektet ”*Aktiverande TV*” gjorde beställningen på examensarbeten från Yrkeshögskolan Novia. Tio olika teman presenterades och jag valde temat motion och rörelse. I studien kommer termerna motion och rörelse att förstås som fysisk aktivitet. Det var intressant att fördjupa sig i vetenskaplig forskning och med den kunskapen som grund kunna hjälpa äldre till en bättre vardag. Fysisk aktivitet har betydelse både för det sociala och psykiska välbefinnandet hos äldre och därför är det naturligtvis viktigt att fortsätta eller börja vara fysiskt aktiv med stigande ålder (Lindwall 2010, s. 233). Fysisk aktivitet har också dokumenterad positiv effekt på fysisk hälsa hos äldre (Karlsson, Nordqvist & Karlsson 2008, s. 6). Genom studien ville jag ta reda på hur fysisk aktivitet påverkar den äldre individen. Jag vill också med min studie bidra med kunskap som kan hjälpa friska äldre personer att hitta eller bevara motivation för fysisk aktivitet, genom att utveckla enkla verktyg som den äldre kan använda sig av.

Med fysiska aktivitet avses i denna studie både rekreationella samt mera målinriktade och ansträngande aktiviteter. Under begreppet fysisk aktivitet ingår således t.ex. promenader, simning, cykling, gymnastik, styrketräning, tyngre vardagsaktiviteter eller annan träning.

## 2 Bakgrund

Projektet ”*Aktiverande TV*” är ett projekt som strävar efter att aktivera den åldrande befolkningen. Det centrala syftet med projektet är att utveckla ett virtuellt servicesystem som skall stödja och aktivera de åldringar som bor hemma eller i hemlik miljö. Projektet vill med hjälp av modern teknik utveckla metoder för ökat välmående samt stöda äldre personers möjligheter att bo hemma och möjligheter till känsla av delaktighet och säkerhet. (Aktiverande TV 2012)

Projektet förväntas stöda äldres funktionsförmåga och möjligheter att bo hemma. Projektet strävar också efter att minska känslan av ensamhet, stöda den äldres utveckling och självkänsla genom ökade teknologiska färdigheter och därigenom bygga upp nya sociala kontakter. (Aktiverande TV 2012)

En del i projektet är att utveckla samarbetet mellan arbetslivet och yrkeshögskolorna i regionen, samt öka anställdas, lärares och studerandes kompetens genom användning av de virtuella tjänsterna (Aktiverande TV 2012). Därför har projektet i samarbete med Vasa stad Berghemmet beställt examensarbeten från Yrkeshögskolan Novia. Projektet erbjöd en grupp studeranden tio olika teman. Resultatet av examensarbetena presenteras i första hand som videofilm eller annat material som är till för att hjälpa och höja välbefinnandet och hälsan hos äldre människor. (Mattsson- Lidsle 2012, opublicerat material)

Gruppen består av sjukskötarestuderande som inlett sina studier hösten 2010. Studerande har tidigare varit involverade i projektet ”*Aktiverande TV*” och som en naturligt följd valts ut att göra examensarbetena inom samma projekt.

### **3 Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie är att undersöka vad fysisk aktivitet har för betydelse för bevarande av äldres välbefinnande och hälsa. Studien syftar även till att ta reda på hur äldre motiveras att vara fysiskt aktiva. Som resultat utformas en broschyr som kan delas ut till äldre och vårdpersonal med enkel information om fördelar med fysisk aktivitet samt motiv och barriärer till fysisk aktivitet.

Frågeställningar:

Vad gör fysisk aktivitet för den äldres välbefinnande och hälsa?

Hur motiveras den äldre att vara fysiskt aktiv?

### **4 Teoretiska utgångspunkter**

I detta kapitel presenteras de teoretiska utgångspunkterna som fungerar som referensram vid tolkning av resultatet. De teoretiska utgångspunkterna utgörs av hälsa enligt Katie Erikssons ontologiska hälsomodell och egenvård enligt Dorothea Orems antaganden om egenvård. Respondenten har valt begreppet hälsa eftersom kunskap om vad hälsa är behövs för att se hur hälsa och upplevelsen av hälsa kan påverkas och förändras. Respondenten har även valt begreppet egenvård eftersom det behövs engagemang och vilja från den enskilda individen för att kunna sträva efter hälsa och förbygga åldersrelaterade nedgångar.

#### **4.1 Hälsa enligt Eriksson**

Katie Erikssons (Eriksson, Bondas-Sallonen, Herberts, Lindholm & Matilainen 1995, s. 11) ontologiska hälsomodell grundar sig på en människobild som är humanistisk-kristen. Det ontologiska hälsobegreppet (Eriksson 2007, s. 9) utgår från hälsa som ett görande, ett



varande och ett vardande mot en djupare helhet. Görande, varande och vardande skall ses som olika dimensioner, men är ändå inte klart åtskiljda tillstånd. Dessa tre tillstånd kan finnas i olika grad vid en viss tidpunkt och variera i olika situationer. Enligt Eriksson (Alligood & Tomay 2010, s. 200) är hälsa både integration och rörelse. Hälsa är en rörelse mellan nuvarande och potentiell hälsa och är en integrerad del av människans liv och vardande.

Utgående från den ontologiska hälsomodellen är hälsa alltså en helhetsupplevelse. Att uppleva sig som hel betyder i djupare mening att känna aktning för sitt eget liv, för sig själv som människa och sig själv som unik. Kontakt med sin innersta kärna, sin andlighet och sin religiositet ses som en förutsättning för att uppleva sig som hel. (Eriksson, m.fl. 1995, s.11; Eriksson 2007, s. 9)

Hälsa rent begreppsligt och historiskt betyder helhet och helighet. Med helighet menas människans medvetenhet om att hon är unik och det ansvar hon har som människa och medmänniska. Med helhet menas människans varande som kropp, själ och ande. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11). Enligt Eriksson (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11; Alligood & Tomey 2010, s. 200) är hälsa mera än frånvaron av sjukdom. Hälsa inbegriper att vara hel i kropp, själ och ande. Kropp, själ och ande är dimensioner som är oskiljaktiga.

Hälsa är något som en människa kan utveckla genom sin egen hälsopotential och en djupare medvetenhet. En människa kan nå en djupare medvetenhet och sin hälsopotential genom att vidröras genom språket, människorelationer, en gudsrelation eller en naturupplevelse. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11-12)

Lidande och hälsa är två sidor i livsprocessen som människan måste vara medveten om. Lidande och hälsa är integrerade i varandra och konstant närvarande i människans liv. (Eriksson 2007, s. 9). När en människa blivit medveten söker hon sig fram till hälsa och livslust även om det kan betyda att hon måste gå igenom ansträngningar och lidanden. Lidande kan för människor bli outhärdligt och gör det omöjligt att uppleva hälsa. Människan hindras således från att växa. Lidande kan också upplevas som uthärdligt. Ett uthärdligt lidande hindrar inte människan från att växa eller uppleva hälsa. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11-12). Lidande kan ge hälsan en innebörd genom att göra människan medveten om skillnaderna och de olika möjligheterna när det gäller de egna inre resurserna. Det finns en gemensam nämnare i allt lidande nämligen att människan på något sätt är avskuren från

sig själv och sin egen helhet. Enligt Eriksson (1994 s. 63) skall hälsan ses som en helhet och i så fall betyder det att lidandet innebär att helheten rubbas.

Hälsa som ontologiskt begrepp gäller människans vardande mot en helhet. Hälsa ses som en rörelse i tre olika dimensioner: görande, varande och vardande. Människan är inte konstant på någon av de olika nivåerna utan rör sig mellan dem och rörelsen beror på olika problem, behov och begär. Dimensionerna är komplementära, dvs. de utesluter inte varandra. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 12-14)

Hälsa som görande bedöms utifrån yttre, objektiva kriterier. Hälsa kopplas samman med olika beteenden som att leva hälsosamt och avstå från att riskera hälsan. Tankar och handlingar är inriktade på att undvika sjukdomar och leva hälsosamt. Termer som att ”ha hälsa” eller hälsa som görande är kännetecknen för görandenivån. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 12-14)

Hälsa som varande är ett tillstånd av hälsa som karakteriseras av strävan efter att uppleva välbefinnande eller en balans i det inre tillståndet. Tänkandet är inriktat på att uppnå balans och harmoni. Detta tillstånd innebär att sambandet mellan fysiska och psykiska faktorer, kropp och själ, mellan inre och yttre faktorer är något som människan begriper. Att tillfredsställa olika behov och att söka balans i relationer och livssituation blir viktigt. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 13)

Hälsa som vardande utgår från tanken att människan är i ett ständigt vardande där livsfrågor blir väsentliga. Människan strävar efter att försona sig med livets omständigheter. Både lyckliga stunder och livsskriser kan leda till en djupare insikt om villkoren för tillvaron. Vardande som hälsa innebär att människan blir hel på en högre nivå och detta är en helhet som är människans egentliga väsen. En människa i vardande kan leva mera helt och fullt, samt uppleva frihet och livskraft. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 14)

För att det skall vara möjligt att tala om hälsa som helhet behöver ett görande, varande och vardande förekomma. Det innebär att människan behöver förhålla sig aktiv till sin hälsa. Hälsan är en del av människan. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 14)

## 4.2 Egenvårdsteori enligt Orem

Dorothea Orem's egenvårdmodell delas in i tre teorier: teorin om egenvård, om egenvårdbrist och om omvårdnadssystem. De tre teorierna bildar tillsammans en allmängiltig teori om omvårdnad. (Kirkevold 2000, s. 149)

Kirkevold (2000, s. 150) återger Orem's definition av egenvård som ”*aktiviteter människor tar initiativ till och gör för sin egen skull, med mål att bevara liv, hälsa och välbefinnande*”. Vuxna tar normalt frivilligt hand om sig själva. Spädbarn, barn, sjuka och handikappade i sin tur kräver fullständig vård eller hjälp med delar av egenvårdsaktiviteter. Äldre kan behöva hjälp med att utföra egenvården helt eller delvis på grund av fysisk försämring eller begränsningar i den mentala kapaciteten. (Orem 1991, s. 117)

Egenvården delas in i tre faser som består av utvärdering, planering och genomförande. I utvärderingsfasen utreds vilka handlingar som behövs för kroppens uppbyggnad och funktion. Planeringsfasen innebär att planera ett systematiskt och fortgående system för att utföra handlingarna som behövs för kroppens uppbyggnad och funktion. Genomförandefasen innebär konkret utförande av handlingarna. Denna målinriktade handlingsprocess syftar till att upprätthålla hälsa och välbefinnande. Målet med egenvården är att tillfredsställa egenvårdsbehoven. Egenvårdbehov är uttryckta insikter om vilka handlingar som är nödvändiga för reglering av mänsklig funktion och utveckling. Egenvårdbehoven kan enligt Orem delas in i tre kategorier: universella, utvecklingsmässiga och hälsorelaterade behov. (Orem 1991, s. 121)

De universella behoven vilar på tanken att människan av naturen måste utföra vissa handlingar för att upprätthålla sin mänskliga funktion. Orem definierar åtta universella egenvårdbehov. Till de universella egenvårdsbehoven hör försäkran om tillräcklig syreupptagning samt ett tillräckligt vätske- och födointag. Aktiviteter med syfte att sköta eliminationsprocesser och exkrementer, bevarande av balansen mellan aktivitet och vila samt balansen mellan ensamhet och socialt samspel är universella egenvårdsbehov. Till de universella egenvårdsbehoven hör också förhindrande av fara för funktion, välbefinnande och mänskligt liv och främjande av human funktion och utveckling i social samvaro utgående från personens kapacitet, begränsningar och önskan att vara normal. (Orem 1991, s. 126)

De utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven bygger på tanken att människans utveckling pågår från födelsen till döden. Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov är särskilda uttryck för universella egenvårdsbehov beroende på i vilken utvecklingsfas individen är. Nya utvecklingsmässiga behov kan uppstå till följd av särskilda utvecklingsrelaterade tillstånd som t.ex. graviditet eller olika händelser. (Orem 1991, s. 130)

Egenvårdsbehov relaterade till hälsa existerar hos de som är sjuka, skadade, har specifika patologiska tillstånd inkluderande defekter och funktionshinder samt personer som genomgår diagnostiska procedurer och behandlingar. När en människa upplever hälsoproblem finns enligt Orem (1991, s. 134) sex punkter av egenvårdsbehov som behöver tillgodoses. Dessa egenvårdsbehov är att söka och se till att få passande medicinsk hjälp vid sjukdom, skada eller sjukliga tillstånd. Till egenvårdsbehoven hör även att individen behöver vara medveten och kunna hantera följder, resultat av sjukliga tillstånd och följder för den egna utvecklingen. Individen skall utföra olika medicinskt ordinerade åtgärder och vara medveten om biverkningar av behandlingar. Individen behöver även förändra sin självbild och acceptera sitt hälsotillstånd eller behov av vård samt lära sig leva med biverkningar av sjuklighet och behandlingar och fortsättningsvis ha en livsstil som stödjer personlig utveckling. (Orem 1991, s. 132-134)

Orem (1991, s. 316) menar att egenvårdskrav är summan av de egenvårdsaktiviteter som människan måste utföra för att tillgodose sina universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov samt eventuella behov kopplade till hälsoproblem. Individen behöver identifiera existerande eller upplevda egenvårdsbehov, faktorer som kan inverka på hur behoven tillgodoses och vilka åtgärder som behövs för att tillgodose behoven för att kunna beräkna egenvårdskraven.

Egenvårdsbrist är en teori där egenvårdskapacitet är ett viktigt begrepp. Egenvårdskapacitet definieras som en förmåga att tillfredsställa kontinuerliga behov av vård som styr livsprocesser, upprätthåller individens strukturella och funktionella integritet och främjar utveckling och välbefinnande. Individens egenvårdskapacitet växlar efter ålder, hälsotillstånd, kunskap, utbildning, livserfarenhet, kultur och resurser. Egenvårdskapacitet omfattar kunskaper, motivation samt mentala och praktiska färdigheter som behövs för att kunna tolka egenvårdsbehoven och planera egenvården som behövs för att tillgodose dessa egenvårdsbehov. Mentala, psykologiska och fysiska egenskaper ligger således till grund för en god egenvård. Egenvårdskapaciteten utvecklas dels genom

instruktioner från andra och genom utförande av egenvård i vardagen. (Orem 1991, s. 145-147)

Teorin om egenvårdsbrist specificerar när vård behövs. Vård behövs när en vuxen inte kan eller har begränsningar när det kommer till utförande av egenvård. Orem (Alligood & Tomey 2010, s. 271) definierar fem olika metoder för att hjälpa. Dessa är att stöda, undervisa och vägleda andra. Att hjälpa kan också innebära att utföra egenvården åt den andra samt att erbjuda en omgivning som främjar utveckling för att möta framtida krav.

Omvårdnadssystem är en teori där begreppen omvårdnadssystem och hjälpmetoder är centrala. Teorin bygger på tankar om allmänna kännetecken på omvårdssituationer. En omvårdnadssituation innebär att det finns en person som behöver vård och en person som vårdar. Personen som är i behov av vård kan inte tillgodose sina vårdbehov och personen som vårdar har identifierat dessa behov samt har förmåga att tillgodose dem. Vårdarens handlingar kompletterar eller kompenserar de åtgärder som vårdtagaren inte själv kan utföra. Vårdaren medverkar också till att förstärka vårdtagarens egen kapacitet till behovstillfredsställelse. Samspelet mellan vårdare och vårdtagare utgör tillsammans ett omvårdnadssystem. (Orem 1991, s. 208-210)

## **5 Teoretisk bakgrund**

Under denna rubrik presenteras olika begrepp och faktorer som är relevanta i relation till syfte och frågeställningar. Den teoretiska bakgrunden är till för att ge mera information om viktiga faktorer som hör till det valda temat och bidra till ökad förståelsen för ämnet. Respondenten valde underrubrikerna den åldrande befolkningen, åldrandeprocessen, fysiskt åldrande, äldre och rörelse, motivation och emotion samt livsstilsförändring.

### **5.1 Den åldrande befolkningen**

Åldrandet påverkas av många samverkande faktorer av biologisk, psykologisk och social natur. För att skapa en sann förståelse för åldrandet är det nödvändigt att beakta faktorer från alla dessa områden. Under 1900-talet har antalet äldre i samhället ökat och de äldre

har också blivit friskare. Detta beror troligtvis på förbättrad sjukvård, utökade förebyggande åtgärder mot sjukdom, bättre sociala förhållanden och ett inte så slitsamt arbetsliv. (Dehlin, Hagberg, Rundgren, Samuelsson & Sjöbeck 2000, s. 17-18)

Sjuka äldre kommer ändå att öka i antal, eftersom den moderna medicinen tillsammans med bättre socialtjänster gör att äldre lever längre än tidigare. Så totalt sett kommer det i framtiden att finnas mera sjuka äldre och även friska äldre i samhället. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 18-19; Agahi 2010, s. 241). Det ökade antalet äldre som behöver hjälp har redan nu ställt samhället inför stora utmaningar och det medför att nya utmaningar rent ekonomiskt och praktiskt kräver andra prioriteringar av samhället i framtiden (Dehlin, m.fl. 2000, s. 18-19). Enligt Agahi (2010, s. 241-242) kommer det att vara viktigt att satsa på ett hälsosamt åldrande både för individen och samhället.

En betydande del av hälsofrämjande arbete bland den åldrande befolkningen kommer att bestå av att samhället praktiserar och organiserar mera regelbunden fysisk aktivitet i större omfattning än nu. Troligtvis kommer fysisk aktivitet att vara av betydelse för att motverka åldersrelaterade funktionsnedsättningar, främja den funktionella åldersutvecklingen och välbefinnandet. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 18). Det är redan känt genom tidigare forskning att fysisk aktivitet, rökning, alkoholkonsumtion och matvanor är livsstilsfaktorer som påverkar åldrandet. Även faktorer som socialt nätverk och en aktiv fritid associeras med god hälsa. (Agahi 2010, s. 242)

## 5.2 Åldrandeprocessen

Åldrandet och åldersförändringar uppkommer succesivt och under lång tid. Åldern kan beskrivas på flera olika sätt: kronologisk ålder, social ålder, psykologisk ålder och biologisk ålder. Kronologisk ålder är den ålder som räknas från födelsen och den säger ingenting om funktionsförmågan. Social ålder återger funktionen inom sociala system till exempel kan en person vara skolbarn, vuxen eller pensionär. Den sociala åldern visar hur roller och samhällsställningar skiftar genom livet. Psykologisk ålder visar hur en person anpassar sig till omgivningens krav. Det handlar om intelligens, minne, personlighet och inlärningsförmåga. Den biologiska åldern beskriver hur prestationsförmågan eller funktionsförmågan är i relation till livslängden. Ett mått på den biologiska åldern är svår

att få i sin helhet, men det är betydligt lättare att bestämma biologisk ålder för enskilda organ. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 24-26)

Ovan framkom att åldrandet är en långsam process. Orsaken till åldrande är förändringar som kommer inifrån individen och åldrandet påverkas inte av yttre faktorer. Ingen individ kan undgå att åldras och de förändringar som uppstår är irreversibla. Om åldrande definieras som förluster av funktioner av olika art, kan man säga att åldrande börjar när funktionerna börjar avta. Det skulle betyda att människan börjar åldras i sin helhet i 30-35 års ålder. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 27-28)

Tornstam (2005, s. 4, 39) beskriver åldrandet som en utveckling i sin teori om geotranscendens. Den äldre individen upplever en ny definition av jaget och relationer till andra samt en ny förståelse för grundläggande, existentiella frågor. Den äldre individen blir mindre självcentrerad och samtidigt noggrannare med valet av sociala och övriga aktiviteter. Relationen till äldre generationer får en annan betydelse och intresset minskar för överflödigt social interaktion. Åldersutvecklingen medför även ibland ett minskat intresse för materiella ting samt större behov av eftertanke i ensamhet. Positiv avskildhet ökar i betydelse. Åldersutvecklingen innebär ofta att uppfattningen om tid, rum, liv och död förändras och gränsen mellan nutid och det förflutna smälter samman.

Det finns stora skillnader i funktionsförmåga hos personer av samma kön och samma ålder. Skillnaderna blir större med stigande ålder medan den skillnad som finns mellan könen i tidigare åldrar ofta försvinner vid mycket hög ålder (Kirkevold, Brodtkorb & Hylén Ranhoff 2008, s. 282). Efter 80-årsåldern ökar hälsoproblemen för de allra flesta. Kombinationen av ålder och ökad risk för sjukdom på grund av att kroppen är sliten gör att äldre förr eller senare får hälsoproblem. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 31-32)

Flertalet äldre har efter 65 år minst en kronisk sjukdom som kan påverka funktionsförmågan negativt. Därför är det ibland svårt att veta om det är den normala åldringsprocessen eller sjukdom som orsakar negativa förändringar i funktionsförmåga. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282). Enligt Kirkevold m.fl. (2008, s. 281) påverkas åldrandeprocessen av olika faktorer som genetisk disposition, livsstil och kroniska sjukdomar samt interaktioner mellan dessa faktorer.

### 5.2.1 Fysiskt åldrande

Rörelseförmågan blir ofta sämre hos äldre på grund av normala åldersförändringar och av sjukdom. De enskilda variationerna inom de tre faktorerna genetisk disposition, livsstil och kroniska sjukdomar tros vara förklaringen till den stora variationen i funktionsförmågan hos äldre. De hänger också ihop med hur stora möjligheter det finns till att förbättra hälsotillståndet. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 281)

Åldrandet är associerat med gradvis ökande försämring av flertalet fysiologiska processer, som leder till en ökad risk för hälsokomplikationer och sjukdom. Det kardiovaskulära systemet sköter om blodförsörjningen till alla kroppens organ och därför är kardiovaskulär hälsa viktigt för hälsan av kroppens övriga organ och således nyckel till ett långt liv för organismen som helhet. (North & Sinclair 2012, s. 2). Kardiovaskulära systemet är definierat som hjärta och blodkärl genom vilka blod pumpas och cirkulerar genom kroppen (Medical Subject Headings 2012).

Det normala åldrandet påverkar inte hjärtfunktionen i någon större utsträckning. Det som sker vid stigande ålder är likväl att väggarna i hjärtat blir stelare och det i sin tur medför att hjärtats slagvolym blir mindre. Även den maximala hjärtfrekvensen minskar i samband med åldrandet. (Berg 2007, s. 70). Hos äldre som är fysiskt aktiva och friska begränsar inte hjärtats minskade förmåga det dagliga livet eller förmågan att delta i motionsaktiviteter eller idrott. Personer som lider av hjärtsjukdomar och dessutom har dålig kondition får betydligt mera besvär i det dagliga livet. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282)

Lungorna påverkas också av stigande ålder. Lungorna liksom hjärtat minskar i elasticitet och alveolerna fungerar sämre. Detta gör att den aktiva ytan där gasutbyte sker i lungorna minskar. Lungkapaciteten försämras även av att andningsmusklerna blir svagare och revbenen mindre rörliga. Allt detta gör att äldres vitalkapacitet minskar och i praktiken betyder det att äldre inte kan andas lika effektivt som yngre. Den fysiska prestationsförmågan försämras något, men i övrigt har de normala åldersrelaterade förändringarna i lungorna tämligen liten betydelse. (Berg 2007, s. 71)

Allmänna drag vid högre ålder är nedsatt muskelstyrka och en minskad mängd snabba muskelfibrer och större andel långsamma muskelfibrer. Förutom åldersrelaterad förlust av muskelstyrka beror troligen en hel del av den muskulära nedgången på minskad aktivitet



eller inaktivitet. (Berg 2007, s. 73; Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282). Minskad muskelstyrka gör att äldre använder procentuellt större andel av muskelstyrkan till att utföra aktiviteter i det dagliga livet än yngre (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282). Studier visar dock att även äldre genom styrketräning kan förbättra styrkan och öka antalet muskelfibrer (Berg 2007, s. 73).

Uthålligheten blir sämre med stigande ålder. Mellan 20 och 60 år minskar uthålligheten med i medeltal 30 % och muskelstyrkan med 20 %. I kombination med att vikten ofta ökar med ungefär 10 % gör det att uthålligheten försämras. Studier visar även att muskelstyrkan årligen reduceras med 1,5 % mellan 65 till 84 år. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282-283)

Smidigheten försämras med åldern. Det märks oftast som stelhet i lederna och övergripande nedsatt rörlighet. Rörligheten kan höra samman med ärftliga faktorer, men den absolut största orsaken till minskad smidighet och rörlighet är bristfällig användning av kroppen. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282-283). I en studie gjord av Karlsson, Nordqvist och Karlsson (2008, s. 2) är resultatet av fysisk aktivitet att balans, koordination, muskelstyrka och reaktionstid förbättras.

### **5.2.2 Äldre och rörelse**

För att självständigt kunna utföra de dagliga göromålen och för att behålla upplevelsen av välbefinnande är rörelseförmågan viktig. Arv, sjukdomar, livsstil och aktivitetsmönster var för sig eller i kombination kan vara orsaker till nedsatt rörelseförmåga. Fysisk aktivitet kan upprätthålla rörelseförmågan och förbygga komplikationer som beror på inaktivitet under sjukdom eller efter skada. (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 281)

Muskler som inte används blir fortare trötta än muskler som används mera. Ökad muskelstyrka hos äldre medför bättre syreupptagningsförmåga och det i sin tur medför positiva effekter på funktionsförmågan och ger ökad livskvalitet. I motsats till vad många tror ger träning samma effekt för äldre som för yngre i form av ökad muskelmassa och förbättrad kondition, men eventuellt lite långsammare. I studier som gjorts har konstaterats att träning ger påtagliga förbättringar av allmän prestationsförmåga och kardiovaskulär funktion för äldre. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 153-154)

Olika träningsformer ger lite olika resultat. Det går att göra isotona övningar, isometriska övningar och aerobiska övningar. Isotona övningar går ut på att muskler omväxlande kortas eller förlängs och att lederna används. Exempel på isotona övningar är att skura golv, säga eller att böja och tänja kroppen. Isometriska övningar är när man spänner muskler mot ett motstånd. Rörelserna är mera statiska som att krama en tennisboll i handen eller trycka armarna mot en vägg. Isotona och isometriska övningar stärker musklerna och gör att de ökar i storlek, men de höjer inte konditionen nämnvärt. Aerobiska övningar är däremot sådana aktiviteter som är krävande för det kardiovaskulära systemet och lungorna. Andningsfrekvensen ökar och pulsen stiger som vid jogging, simning och snabb promenad. Effekten av denna slags träning är att syreupptagningsförmågan ökar. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 154-155)

Fysisk aktivitet är sannolikt en stor faktor till att äldre kan behålla sin hälsa till hög ålder. Därför är det viktigt att motivera den äldre att vara aktiv på ett individanpassat och tryggt sätt. Enligt Dehlin m.fl. (2000, s. 155-156) behöver äldre personer mera träning för att behålla en tillfredställande träningsnivå. Det betyder att rent biologiskt borde äldre träna oftare än yngre.

Vardagsmotion är ett utmärkt sätt att få in rörelse i dagsprogrammet. Istället för att ta bil eller buss kan man promenera, gå i trappor eller kombinera motion och intressen som skogspromenader eller trädgårdsarbete. Städning är också en bra aktivitet. Muskelmassa och muskelstyrka bibehålls bättre vid mera aktivitet och belastning. Den fysiska kapaciteten liksom koordination och balans förbättras av träning och rörelse. (Dehlin, m.fl. 2000, s. 156)

### **5.3 Motivation och emotion**

Motivations- och emotionspsykologin undersöker vad som får individer att känna, fatta beslut och handla. Människor styrs till största del av biologiska behov av mat, dryck, sömn och sex. Dessa är behov som motiverar oss att agera. Motivationen hänger nära samman med starka känslor, emotioner som i stor grad påverkar livsval. Ordet motivation har sitt ursprung i latinets *movere* som betyder ”orsaka rörelse”. Motivation kan betecknas som medvetna och omedvetna böjelser att bete sig på vissa sätt. (Fredrikson & Furmark 2005, s. 91-92)

Behov, impulser, önsknningar och attityder är exempel på motiv som får oss att agera. Människans beteende har en riktning och ett mål. Motivationen styrs både av faktorer inifrån oss själva, men också av faktorer i den yttre miljön. Två typer av teorier inom psykologin idag anses ha betydelse för motivationsprocesser. Drivkraftsteorier antar att framförallt biologiska processer inom individen startar och ger energi åt olika handlingar. Incentivteorier betonar att ageranden styrs mot efterlängtade målobjekt eller yttre händelser i omgivningen. Målobjekten ger människan bevekelsegrunder för att handla på ett visst sätt och fungerar därmed som belöningar för det målinriktade beteendet. Dessa två typer av teorier står inte i motsatts till varandra utan det kan ses så att människan har motiv som både trycker på (drivkrafter) och drar (incentiven). (Fredrikson & Furmark 2005, s. 92)

Handlingar motiveras ofta av olika känslotillstånd, t.ex. kan rädsla ge motiv att fly från en farofylld situation. Förväntan av en positiv känsla till följd av en handling motiverar ofta människan till att utföra handlingen. Omvänt betyder det att en förväntad negativ känsla av en handling gör att människan försöker undvika handlingen. (Fredrikson & Furmark 2005, s. 109)

Motivation hänger ihop med grundläggande värderingar. Ageranden kan inte enbart förklaras med mer eller mindre självreglerande motiv eller personlighetsdrag. Viktigt i sammanhanget är också vad individen avser vara bra och dåligt, väsentligt och oväsentligt eller överordnat och underordnat. Sådana värden fungerar som referensram för hela tillvaron. Fastän motivation kan ses som ett rent individuellt fenomen är det också en social fråga. Vi motiveras också av det som värdesätts i det kulturella sammanhang vi är en del av. (Imsen 2005, s. 459)

### **5.3.1 Livsstilsförändring**

Modellen, *Stages of Change model*, är en modell som identifierar typiska steg i en förändringsprocess som rör attityder och motivation. Stegen benämns: före begrundandet, begrundandet, beslutandet, bibehållandet och återfall. Modellen är en metod som kan användas vid behandling av t.ex. missbrukarpatienter, men mera allmänt kan den användas vid de flesta förändringsprocesser. (Carlsson 2005, s. 363)

Det första steget, *före begrundandet*, innebär att personen inte ser något negativt med sitt beteende. Beteendet utgör inte ett problem och är därför inte nödvändigt att förändra. T.ex. kan en inaktiv person som inte ser någon mening med att börja motionera eller några negativa effekter av inaktiviteten tycka att situationen inte behöver förändras. I detta steg är insikt om negativa konsekvenser viktigast. Vårdarens roll är att i första hand få personen att reflektera kring det som kanske behöver förändras. (Carlsson 2005, s. 363-364)

Det andra steget, *begrundandet*, är en ambivalent fas. Det viktigaste är att personen får formulerat för sig själv fördelar och nackdelar med beteendet. T.ex. hur fysisk inaktivitet kan påverka hälsan, sömnen, vikten, självbilden osv. Meningen med detta är att personen skall få en ökad förståelse för problemet och börja tro att det är möjligt att göra en förändring. (Carlsson 2005, s. 363-364)

Det tredje steget, *beslutandet*, innebär att personen börjar förbereda förändringar i framtiden. Osäkerhet över hur framtiden skall se ut är vanlig samt sorg över den livsstil som man lämnar. Ett val medför alltid en separation. I den fjärde fasen, *bibehållandet*, är förstärkningar av den nya livsstilen viktigt och att skapa medvetenhet om fallgropar. I denna fas behöver personen stöd för det som fungerar och det är inte bra att lyfta fram eventuella problem. Det är viktigt att inhysa den ambivalens eller kluvenhet som personen kan ha för förändringen som sker. Problematisering sker först i den femte fasen, *återfall*. Om återfall sker kan personen behöva gå något eller några varv till i förändringshjulet. (Carlsson 2005, s. 363-364)

## 6 Metoder

Studien är en kvalitativ litteraturstudie. Avsikten med kvalitativa undersökningar är att få fram en annan och djupare kunskap än den mera fragmentariska kunskap som fås vid kvantitativa undersökningar (Patel & Davidson 2003, s. 118). Detta för att få en så fullständig bild som möjligt och en helhetsförståelse av det som undersöks. Kvalitativ forskning strävar efter att förhålla sig fördomsfritt och möta situationen som om den vore ny. Inom kvalitativ forskning kan ett induktivt tankesätt fungera som utgångspunkt vid analys av texter. (Olsson & Sörensen 2007, s. 63). Med induktivt tankesätt menas att ansatsen är en fördomsfri analys av texter. Detta kan jämföras med deduktiv ansats som

används inom kvantitativ forskning och grundar sig på en förutbestämd mall, modell eller teori. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008, s. 160)

Inom kvalitativ tradition är uppfattningen att ”sanningen” finns i betraktarens ögon. Det innebär att omvärlden ses som komplex, beroende av sammanhang, fabricerad och subjektiv. Det betyder att en text som tolkas bör ses i sitt sammanhang. I förlängningen betyder det att flera tolkningar kan vara rätt även om de är olika. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008, s. 160)

Förförståelse är ett begrepp som är viktigt för kvaliteten på en kvalitativ studie. Med förförståelse menas den kunskap som forskaren har om forskningsområdet i form av erfarenheter och föreställningar. Forskaren bör klargöra för läsaren om sin förförståelse eftersom det ger utgångspunkten för tolkningen. Det är dock ytterst viktigt att de personliga erfarenheterna inte påverkar objektiviteten i observationer och resultattolkning. (Olsson & Sörensen 2007, s. 64)

## **6.1 Litteraturstudie**

Forskning utgående från litteratur kommer att bli allt vanligare och mera adekvat eftersom informationsmängden hela tiden ökar (May 2001, s. 237). När en litteraturstudie genomförs är det viktigt att dokumenten genomgått urval och kritisk granskning för att avgöra om gjorda val är användbara. Syftet med att granska dokumenten kritiskt är att avgöra om de är sanningsenliga, äkta eller förfalskade. (Bell 2006, s. 129-130). Därefter skall dokumenten läsas noggrant (Backman 1985, s. 18).

Litteraturstudier fyller flera syften. De bidrar till att skapa relevanta vetenskapliga problemställningar värda att forska inom, de visar på tidigare brister och luckor i kunskapsområden och tydliggör relevansen i en tänkt problemställning. Litteraturstudier ger ytterligare information om använd och etablerad metodik. (Backman 1985, s. 18)

Vid insamling av data till en litteraturstudie är det angeläget att inte enbart välja sådant material som stöder de egna idéerna. Urvalet skall vara så mångfacetterat som möjligt. Det är i princip möjligt att bevisa nästan vad som helst genom att endast välja fakta som stöder det som önskas bevisas. För att skapa en så bra helhetsbild som möjligt och komma

närmare verkligheten inom det valda forskningsområdet bör även fakta som motsäger resultaten presenteras. (Patel & Davidson 2003, s. 65)

## 6.2 Datainsamling

I denna studie utgick respondenten från datamaterial från vetenskapligt godkända tidskrifter. Databaserna EBSCO, Cinalh och PubMed användes för sökning av vetenskapliga artiklar. Sökorden *exercise*, *elderly*, *activity*, *physical activity*, *aging*, *seniors*, *training*, *disability* och *health* användes enskilt eller i olika kombinationer. Sökningarna begränsades tidsmässigt från 2007 och framåt. Endast engelska och svenska artiklar inkluderades. Tre artiklar hittades även genom snöbollseffekten, alltså genom att söka upp källor som tidigare forskning använt och genom vårdvetenskapliga tidskrifter i yrkeshögskolans bibliotek. Som resultat av sökningarna hittades hundratals artiklar och respondenten valde sedan ut 25 relevanta artiklar till studien genom att läsa rubriker och abstract. Urvalskriterierna var att forskningarna skulle innehålla resultat som visade på effekter av fysisk aktivitet för äldre eller undersöka motiverande faktorer, barriärer eller uppfattningar som äldre har kopplade till fysisk aktivitet.

Vid genomläsning av de 25 utvalda artiklarna beslöt respondenten att utesluta de artiklar som var kopplade till äldre med någon kronisk sjukdom. Respondenten ville i första hand ha studier gjorda med friska hemmaboende äldre och inte med någon specifik patientgrupp. Andra utvalskriterier var att artiklarna uppfyllde kraven på en vetenskaplig studie, var originalstudier eller systematiska litteraturstudier och att de var av relevans för respondentens studie. Efter genomgång av artiklarna och urval enligt kriterierna inkluderades 14 artiklar i studien.

Respondenten beslöt efter noggrannare genomläsning av artiklarna att göra ytterligare sökningar eftersom en del av artiklarna inte var användbara i studien. Dessutom upplevde respondenten att studier gjorda med äldre inom äldreården också kunde vara av relevans. I övrigt var urvalskriterierna de samma som tidigare. Databasen Cinalh användes med sökorden *elderly*, *physical activity*, *health* och *exercise* enskilt eller i kombination. Ytterligare fem lämpliga artiklar valdes och fyra av dem togs med i studien. Det slutgiltiga antalet artiklar blev efter förkastning och ytterligare sökning 15 stycken. Alla artiklar som inkluderats i studien har resultat som gäller för äldre vuxna och äldre.

Datamaterial består av vårdvetenskapliga och andra relevanta tvärvetenskapliga forskningar. Data baserar sig på sju artiklar från USA och en artikel från Finland, Sverige, Norge, Kanada, Australien, Japan, Nya Zeeland samt Luxemburg.

### 6.3 Dataanalysmetod

Vid bearbetning av insamlat material är en av utmaningarna att skapa en helhetsbild av det. Noggrann genomläsning är en viktig grund. När utgångspunkten är vetenskapliga artiklar är resuméartikel ett bra sätt att sedan skapa en sammanställning. I en resuméartikel lyfts artiklarnas syfte, metod samt de viktigaste resultaten ut. Sammanställningen görs i tabellform och är ett hjälpmedel som ger en översikt i den fortsatta analysen. Sammanställningen kan också ingå som en del i resultatet. När sammanställningen gjorts kan helheten lättare brytas ned i delar som sedan bildar en ny helhet. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008, s. 180-181)

Respondenten har valt att strukturera upp innehållet i de vetenskapliga artiklarna som valts för litteraturstudien enligt ovanstående modell. Artiklarnas syfte, metod samt viktigaste resultat plockades ut till en tabell (Bilaga 1). Detta underlättade arbetet med att få en helhetsbild av materialet.

När sammanställningen gjorts bildade respondenten följande temafrågor utgående från frågeställningarna i studien. Temafrågorna fungerade som instrument vid genomläsning av artiklarna. Detta för att på ett strukturerat sätt samla aktuell information från undersökningsmaterialet. De tre temafrågorna fungerade m.a.o. som datainsamlingsinstrument med relevans för studiens syfte och frågeställningar. Dessa frågor var:

1. Vilka hälsoeffekter ger fysisk aktivitet?
2. Vilka faktorer motiverar till fysisk aktivitet hos äldre?
3. Vilka faktorer utgör barriärer för fysisk aktivitet hos äldre?

### 6.3.1 Innehållsanalys

Innehållsanalys är en analysmetod som kan användas på många olika former av data som bilder, skrift och ljud (Denscombe 2010, s. 307). Innehållsanalysmetoden utvecklades ursprungligen som vetenskaplig metod för att hantera och tolka stora mängder data. Kvalitativ innehållsanalys används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap som en metod att tolka texter. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008, s. 159)

Innehållsanalysens starka sida är att metoden är tydlig och därför möjlig att upprepa av andra forskare. Begränsningar vid användning av innehållsanalys är främst en benägenhet att sektioner och deras betydelse samt forskarens avsikt lyfts ut ur den ursprungliga betydelsen. Underförstådda meningar i texten kan lätt försvinna i processen. (Denscombe 2010, s. 308-309)

Vid kvalitativ innehållsanalys är det centrala att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. De skillnader och likheter som dyker upp formuleras i kategorier på olika nivåer. Sammanhang är en viktig faktor vid skapandet av kategorier. Vid analys av texten i vetenskapliga artiklar är det därför viktigt att se på det sammanhang som omger texten. Med det menas att delar av textens innehåll måste tolkas utgående från den text som kommer före och efter, m.a.o. behålla texten i dess meningssammanhang. En del av en text kan inte användas helt utplockad från sitt sammanhang. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008, s. 162). Det är också bra att beakta att dokumentet ingår i ett socialt sammanhang och så även den som analyserar (May 2001, s. 232).

Innehållsanalysen följer ett logiskt och förhållandevis enkelt tillvägagångssätt. Textmaterialet bryts ned i mindre delar dvs. kategorier. De delar som tidigare framkommit kodas sedan i linje med kategorierna. Förutsättningen för att göra en kvalitativ bearbetning av det insamlade materialet är att förbereda data och vara förtrogen med data. Utifrån det är det sedan lättare att tolka data genom att utarbeta kategorier och koder. För att få relevanta kategorier bör forskaren ha en tydlig föreställning om vilka kategorier som är intressanta, samt att dessa ”namnges” i enlighet med det språk som representerar forskningsområdet. Förutom kategorier är det brukligt att formulera underkategorier och kvaliteter till den ursprungliga huvudkategorin. Detta görs lättast genom att ha nyckelord förknippade till syftet. (Denscombe 2010, s. 307-308, 369, 375)



Vid användning av innehållsanalys är den mest utmanande delen av analysprocessen att dela in datamaterialet i kategorier. Kategorierna och kodningen är av stor betydelse, eftersom de måste vara uttömmande och meningsfulla. Ingen av variablerna som hittats får passa in under flera än en kategori. (Carlsson 1997, s. 85)

## 6.4 Praktiskt genomförande

Vid innehållsanalys av materialet gjorde respondenten först markeringar i materialet utgående från ”svar” på de tre temafrågorna. Detta gjordes i form av färgmarkering i tre färger beroende på temafråga. Respondenten plockade ut nyckelord ur markeringarna i materialet för skapandet av huvud- och underkategorier. Nyckelorden sorterades och slogs ihop under huvud-, underkategorier och kvaliteter. För att bilda uttömmande och meningsfulla kategorier och kvaliteter reducerades antalet i det slutgiltiga resultatet. Efter det ordnade respondenten systematiskt in de olika markerade styckena eller meningarna under respektive huvud-, underkategori och kvalitet. För att skapa en överblick över kategorierna på de olika nivåerna och kvaliteterna gjordes ett enkelt schema i kolumnform (Bilaga 2). Respondenten bestyrker varje kvalitet med citat ur materialet för att visa på resultatets tillförlitlighet och giltighet.

Resultatet har tolkats utgående från de teoretiska utgångspunkterna och den teoretiska bakgrunden. Studien har granskats kritiskt utgående från kvalitetskriterierna enligt Larssons (1994) teori om kvalitetskriterier för examensarbetets tillförlitlighet. Den kritiska granskningen gjordes med utgångspunkt i kriterierna intern logik, perspektivmedvetenhet, struktur, heuristiskt och pragmatiskt värde.

## 7 Resultat

Utgående från temafrågorna som ställdes till texten genererades material för analys. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys. Resultatet delas in i tre kapitel enligt huvudkategorierna hälsoeffekter, motiverande faktorer och barriärer för fysisk aktivitet hos äldre. Underkategorierna skrivs med **fet stil** och kvaliteterna med *fet kursiv stil*. Till

resultatet hör även en mall till en broschyr (Bilaga 3) som baserar sig på resultatet presenterat nedan.

## **7.1 Hälsoeffekter av fysisk aktivitet för äldre**

Utgående från temafrågan ”Vilka hälsoeffekter ger fysisk aktivitet?” bildades huvudkategorin **hälsoeffekter av fysisk aktivitet för äldre**. Underkategorierna är **fysisk hälsa, funktionsförmåga och psykisk hälsa och välbefinnande**.

### **7.1.1 Fysisk hälsa**

#### ***Kroppslig kondition***

Flera studier bevisar att fysisk aktivitet i form av aerob- och styrketräning är effektivt för förbättrad kondition (Baker, m.fl. 2007, s. 378; Liu & Latham 2009, s. 10-13). I flertalet studier framkommer bevis på att aerob- och styrketräning är effektivt för att öka muskelstyrka (Baker, m.fl. 2007, s. 379; Bruce, m.fl. 2008, s. 1297; Hughes, Seymour, Campbell, Whitelaw & Bazzarre 2009, s. 366; Liu & Latham 2009, s. 10; Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 157). Enligt Hughes m.fl. (2009, s. 368) ökar över- och underkroppens muskelstyrka både efter fem och tio månaders fysisk aktivitet.

” Treatment participants experienced significant improvements in both upper- and lower-extremity strength at both time points.” (Hughes, m.fl. 2009, s. 368).

#### ***Sjukdomar och skador***

Överlag minskar risken för sjukdomar vid upprätthållande av en god nivå av fysisk aktivitet (Cotter & Lachman 2010, s. 816). Fysisk aktivitet ökar även benmassan (Baker, m.fl. 2007, s. 379; Bruce, m.fl. 2008, s. 1297). Baker m.fl. (2007, s. 379) visar att fysiskt aktiva äldre inte drabbas av fler antal skador än inaktiva äldre.

Risken att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar och diabetes minskar vid fysisk aktivitet (Bruce, m.fl. 2008, s. 1297; Diep, Kwagyan, Kurantsin-Mills, Weir & Jayam-Trouth 2010, s. 1820). Risk för stroke och dödlighet i stroke kan påverkas med i första hand mängden fysisk aktivitet och i andra hand intensitetsnivå av fysisk aktivitet. Det betyder att mera fysisk aktivitet är bättre än ingen fysisk aktivitet för att minska risken för stroke. Det betyder också att risken för stroke minskar ju högre intensitet eller nivå den utförda fysiska aktiviteten har. För kvinnor kan högre intensitet behövas än för män för att få samma fördelar av fysisk aktivitet i förhållande till stroke. (Diep, m.fl. 2010, s. 1818-1819)

De minskade riskerna för stroke och dödlighet till följd av stroke tros bero på att fysisk aktivitet kan ha positiva effekter på den aterosklerotiska processen, modifikationen av artärers struktur, förbättring av endotel dysfunktion, förbättring av hjärtats elektriska stabilitet och dämpning av inflammation och hyperkoagulation av blodet. Detta leder till sänkning av blodtrycket, bibehållande av normal glukostolerans och bättre insulinkänslighet. Fysisk aktivitet skyddar mot stroke genom att kontrollera riskfaktorer som högt blodtryck, diabetes mellitus och kroppsvikt. (Diep, m.fl. 2010, s. 1820)

”The results from this study suggest that, overall, increased PA level has the potential to reduce stroke incidence and related outcomes. In subgroup analysis, however, results showed women required a higher level of PA than men to achieve significant risk reduction of stroke outcomes.” (Diep, m.fl. 2010, s. 1819)

### ***Livslängd***

Mortalitet eller dödlighet kan kopplas samman med hur fysiskt aktiva äldre är. I en studie gjord av Boyle m.fl. (2007, s. 197) var de äldre som dog medan studien genomfördes mindre fysisk aktiva, hade sämre gång, var äldre och hade större begränsningar i funktionsförmåga och kognitiv funktion. En proportionell modell som utarbetades i studien visar att den relativa risken för dödsfall minskar med 11% för varje extra timme av fysisk aktivitet per vecka.

”Physical activity is a modifiable lifestyle factor that may help prevent or delay mortality even if increased by small increments and in the oldest old.” (Boyle, m.fl. 2007, s. 199)

## 7.1.2 Funktionsförmåga

### *Balans och fall*

I Baker, Atlantis och Singhs (2007, s. 378) litteraturstudie samt i Hiyamizu, Morioka, Shomoto och Shimadas (2010, s. 62-64) studie kommer det fram att fysisk aktivitet ger en anmärkningsvärd förbättring av **balansen** och är en effektiv metod för förebyggande av **fall**. I förstnämnda studie kommer det också fram att balansen förbättras av all slags träning, men om en stor förbättring av **balansen** skall ske behövs specifik balansträning. Varierad fysisk aktivitet som inkluderar aerob- och styrketräning leder till en minskning av **fall**. (Baker, m.fl. 2007, s. 378-380)

En tredje och fjärde studie visar också att fysisk aktivitet leder till reduktion av **fall**. Reduktionen av fall beror till största del på förbättrad **balans** och vakenhet. Den förbättrade **balansen** beror till stor del på ökad styrka och bättre reaktionstid. (Hutton, Frame, Maggo, Shirakawa, Mulligan, Waters & Hale 2009, s. 88; Liu & Latham 2009, s. 10-13). Positiva effekter av fysisk aktivitet på **balansen** hittades även i flera andra studier (Luukinen, Lehtola, Jokelainen, Väänänen-Sainio, Lotvonen & Koistinen, 2006, s. 203; Lindgren de Groot & Fagerström, 2011, s. 157).

”Overall, this review suggests that multi-modal exercise has a positive effect on falls prevention.” (Baker, m.fl. 2007, s. 379)

”The most prevalently discussed benefits were those linked with a reduction in falls and associated injuries, namely improved balance and awareness. The majority of participants reported improved balance due to gains in strength and reaction times.” (Hutton, m.fl. 2009, s. 88)

### *Funktionsnedsättningar*

Fysisk aktivitet är ett bra sätt att öka steglängden och förmågan att gå hos äldre. Förbättringar i chair-stand testet är även det ett resultat av fysisk aktivitet. Chair-stand testet mäter tiden det tar för en person att resa sig från en stol. (Baker, m.fl. 2007, s. 379; Hughes, m.fl. 2009, s. 366; Liu & Latham 2009, s. 10-13)

Kopplingen mellan fysisk aktivitet och funktionsnedsättningar är bevisad i flera av studierna. Mera fysisk aktivitet minskar risken för åldersrelaterade funktionsnedsättningar. Det betyder att fysisk aktivitet är viktig för bevarande av funktionell självständighet vid hög ålder. (Boyle, Buchman, Wilson, Bienias & Bennett 2007, s. 198-199; Bruce, m.fl. 2008, s. 1297; Cotter & Lachman 2010, s. 814; Hiyamizu, m.fl. 2011, s. 62; Gretebeck, Ferraro, Black, Holland & Gretebeck 2012, s. 391). Bruce m.fl. (2008, s. 1297) undersökte också skillnaden mellan olika viktgrupper som var fysiskt aktiva eller inaktiva. I studien framkommer att både normal- och överviktiga fysiskt aktiva äldre har betydligt mindre andel funktionsnedsättningar än de som är inaktiva.

Cotter och Lachman (2010, s. 816-817) rapporterar att äldre både fysiskt inaktiva och aktiva drabbas av åldersrelaterade funktionsnedsättningar, men att vara i god fysisk form till en början är en bra hjälp att minska den åldersrelaterade nedgången i funktionsförmågan. Speciellt för de äldsta, som är extra känsliga för de accelererande effekterna av dålig hälsa och dåliga hälsobeteenden, är god fysisk form ett bra skydd mot nedgångar i funktionsförmågan. I studien framkommer också att hälsobeteenden införda senare i livet kan ha en uttalad effekt.

” Physical activity moderates the relationship of age and physical disability, such that engaging in regular physical activity is protective against age-related increases in physical disability.” (Cotter & Lachman, 2010, s. 814)

Gretebeck m.fl. (2012, s. 391-393) kommer i sin studie fram till liknande resultat. Studien bevisar att förändringar i nivån av fysisk aktivitet är associerade med funktionsnedsättningar. Minskad mängd fysisk aktivitet leder till försämrad funktionsförmåga medan bevarande av eller ökad fysisk aktivitet ökar den fysiska funktionsförmågan. Som resultat av studien framkommer att låga nivåer av fysisk aktivitet leder till svårigheter i utförande av dagliga aktiviteter. Detta skapar en ond cirkel med minskad styrka som i sin tur leder till ytterligare funktionsnedsättningar.

Enligt Luukinen m.fl. (2006, s. 201-203) finns inga tydliga förbättringar i aktiviteter i det dagliga livet (ADL) som hänger ihop med fysisk aktivitet. Stora förbättringar av rörlighet hittas däremot i denna studie som resultatet av fysisk aktivitet. Detta resultat förklaras delvis med att minskad rörlighet är en av de första faktorerna som bidrar till vidare funktionsnedsättningar och delvis med att studien gjordes på relativt friska hemmaboende

äldre som inte hade större funktionsnedsättningar. Därför var det rörligheten som påverkades istället för ADL. I studien framkommer också att de få personer som redan led av funktionsnedsättningar inte hade så stor förbättring genom fysisk aktivitet. Slutsatsen blir att fysisk aktivitet bevarar funktionsförmågan hos äldre. Sannolikheten för en förbättrad funktionsförmåga är mindre.

” The ADL scores changed similarly in intervention and control groups but change in the mobility score was favorable in intervention subjects compared with controls.” (Luukinen, m.fl. 2006, s. 201)

”The fact that significant improvements in performance of activities of daily living were not found may be related to the hierarchical pattern of development of disabilities. Mobility is affected before other physical activities of daily living.” (Luukinen, m.fl. 2006, s. 203)

### **7.1.3 Psykisk hälsa och välbefinnande.**

#### ***Lidande***

Äldre som är fysiskt aktiva uppskattar sin hälsostatus som bättre än inaktiva (Holmgren & Söderhamn 2005, s. 41; Baker, m.fl. 2007, s. 379; Cotter & Lachman 2010, s. 811-813). Enligt Baker m.fl. (2007, s. 379) är den mätbara hälsan inte alltid bättre hos äldre som är fysiskt aktiva, men ändå uppskattar aktiva sin hälsa som bättre.

När förhållandet mellan fysisk aktivitet och lidande undersöks hos äldre framkommer det att det finns en tydlig koppling. Äldre som är fysiskt aktiva på en konstant nivå upplever mindre lidande än de äldre som är inaktiva. Äldre som går från att vara fysiskt aktiva till att ha en minskad nivå av fysisk aktivitet upplever mera lidande. Minst lidande upplever de äldre som ökar sin fysiska aktivitet med tiden. Ett lite oväntat resultat visar att lidande är mycket högre än förväntat i den grupp äldre som har en nivå av fysisk aktivitet som inte förändrades med tiden. (Cairney, Faulkner, Veldhuizen & Wade 2009, s. 163-165)

Fysisk hälsostatus, självkänsla och känsla av kontroll är tre faktorer som påverkar förhållandet mellan fysisk aktivitet och lidande. Även om självkänsla och känsla av kontroll inverkar på upplevelsen av lidande kvarstår en betydande effekt av fysisk aktivitet på upplevelse av lidande och mentalt välbefinnande. (Cairney, m.fl. 2009, s. 164-167)

”Our results provide further evidence that PA has a protective effect on mental distress in old age in that increases in PA are associated with decreases in distress. This effect appears to be independent of age, sex, education, and material status.” (Cairney, m.fl. 2009, s. 165)

### ***Psykiskt välbefinnande***

När det kommer till vad fysisk aktivitet har för effekt på livskvalitet och depression är det lite delade uppfattningar. I Bakers m.fl. (2007, s. 379) litteraturstudie framkommer att inga skillnader mellan fysiskt aktiva och icke fysiskt aktiva hittades på faktorer som livskvalitet och depression. Däremot drar Boyle m.fl. (2007, s. 200) slutsatsen att fysisk aktivitet, även i mindre mängder kan ha en positiv inverkan på livskvaliteten.

Holmgren och Söderhamn (2005, s. 41) visar i sin studie att äldre fysiskt aktiva har en större känsla av sammanhang och bättre självuppskattad psykisk hälsa. De äldre känner sig också lyckligare. Självuppskattad fysisk hälsa är klart kopplad till välbefinnande.

Högre nivåer av fysisk aktivitet är bevisad att ha en positiv effekt på självkänsla och känsla av kontroll, som i sin tur påverkar generell känsla av egenvärde. Effekten av fysisk aktivitet på det mentala välbefinnandet är i och med detta stärkt. (Cairney, m.fl. 2009, s. 164-167). Fysisk aktivitet inverkar på känslan av tillfredsställelse och prestation. Fysisk aktivitet ökar den mentala vakenheten, stimulerar bättre självförtroende, självständighet och avslappning. (Hutton, m.fl. 2009, s. 88)

”Physical activity also evoked feelings of satisfaction and achievement, increased mental alertness and stimulation, greater confidence, independence, and provided an avenue for relaxation and improved sleep.” (Hutton, m.fl. 2009, s. 88)

### ***Kognitiv funktion***

I en studie framkommer att balansträning i kombination med en kognitiv uppgift ger förbättrad förmågan att göra flera saker samtidigt. Personer som utför balansträning får mycket bättre resultat i test av den kognitiva förmågan. Generell kognitiv funktion förbättras som resultat av fysisk aktivitet. (Hiyamizu, m.fl. 2011, s. 62-63)

”In addition, dual task balance training performed simultaneously with a cognitive task maintained not only balance ability, but also significantly improved the dual task performance compared to the usual balance training.” (Hiyamizu, m.fl. 2011, s. 62)

## 7.2 Motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre

Utgående från temafrågan ”Vilka faktorer motiverar till fysisk aktivitet hos äldre?” bildades huvudkategorin **motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre**. Underkategorierna är: **bevara fysisk funktion och självständighet, stöd av omgivning, tidigare erfarenheter och sociala faktorer**.

### 7.2.1 Bevara fysisk funktion och självständighet

I en undersökning i vilken en grupp äldre personer blev intervjuade kommer det fram att individerna för att behålla fysisk och emotionell hälsa såg till att bl.a. äta hälsosamt, delta i regelbunden träning och vara sociala. Detta är ett led i att ta hand om sig själv. Att ta hand om sig själv ses som en stor motivationsfaktor för att göra det som behövs för att behålla hälsa. (Gilbert, Hagerty & Taggart 2012, s. 22)

I en annan studie framkommer att önskan att vara fysisk aktiv är den största orsaken till träning (Holmgren & Söderhamn 2005, s. 41). En annan aspekt som motiverar äldre att vara fysiskt aktiva är att behålla kontrollen över sin hälsa och önskan att bli bättre. Oro över hälsan bidrar också med motivation till att vara fysiskt aktiv. Tron att fysisk aktivitet kan förbättra balansen och förmågan att gå och förhoppning om att behålla funktionell självständighet motiverar till fysisk aktivitet (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 155-157)

”Motivating factors to adhere to exercise mentioned in this study were to stay physical independent in daily life, improve health, and improve balance and ability to walk.” (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 158)



## 7.2.2 Stöd av omgivning

### *Information*

Det är viktigt att informera de äldre om beteendemässiga faktorer för bevarande av funktionell hälsa (Cotter & Lachman 2010, s. 817). Äldre vill ha mera kunskap om hur man skall upprätthålla hälsa och välbefinnande. En grupp med äldre fysiskt aktiva kände att de ville ha mera kunskap om nutrition, fysisk träning och avslappning fastän de i samhället kunde ses som fysiskt aktiva och hälsosamma äldre. (Holmgren & Söderhamn 2005, s. 41)

Hughes m.fl. (2009, s. 368) visar med sitt resultat att investeringar i reklam och uppsökande verksamhet för att engagera äldre i fysisk aktivitet är av betydelse för att få äldre att vara fysiskt aktiva. Äldre behöver få kunskap och förståelse för vad fysisk aktivitet är och hur aktiva de skall vara (Hutton, m.fl. 2009, s. 88).

”In the study group, 75 individuals (51,4%) declared that they to some extent needed more knowledge of how to maintain health and well-being. There were 100 individuals (68,5%) who had already tried to learn more about how to maintain health and well-being. About a third of the participants wanted to know more about nutrition (31,4%) physical training (35,7%), and relaxation (33,6%), respectively.” (Holmgren & Söderhamn 2005, s. 41)

### *Familj, vänner och professionella*

Uppmuntran och stöd för att göra saker däribland fysisk aktivitet är viktig för den äldre för att inte ge upp. Äldre uppfattar att väldigt få driver dem till att vara aktiva och att de själva får göra vad de kan för att inte sätta sig ner och ge upp. (Gilbert, m.fl. 2012, s. 23)

Att träna tillsammans med en vän eller att bli inbjuden till någon aktivitet av en vän är motiverande. Även uppmuntran av professionella inom hälsovård gör det lättare att vara fysiskt aktiv. Stöd från familjen, vänner, grupptränings-medlemmar och -ledare upplevs som viktigt för äldre. (Hutton, m.fl. 2009, s. 87-89)

Det framkommer i Lindgren de Groot och Fagerströms (2011, s. 157) studie att äldre vill ha mera stöd från vårdpersonal. Det borde vara vårdpersonalens plikt att informera om fördelarna med fysisk aktivitet och genom detta stöda och driva den äldre att vara fysisk aktiv. I Luukinen m.fl. (2006, s. 202) studie minskade nivån av fysisk aktivitet i kontrollgruppen som inte fått stöd och uppmuntran till att vara fysiskt aktiva.

”Several participants mentioned that health professionals, specifically general practitioners, could be doing more to encourage older adults to engage in physical activity.” (Hutton, m.fl. 2009, s. 87)

”Most of the participants said it should be the duty of health professionals to inform patients about the benefits of physical exercise, and thereby give the patient a ”push” to get started.” (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 157)

### **7.2.3 Tidigare erfarenheter**

I flera studier kan ett mönster av fysisk aktivitet ses. Äldre som är fysiskt aktiva är benägna att ha ett ökat deltagande i alla former av fysisk aktivitet än inaktiva äldre. Det betyder att fysisk aktivitet i sig är en motiverande faktor till mer eller fortsatt fysisk aktivitet. (Hughes, m.fl. 2009, s. 366-367; Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s.157). Fysisk aktivitet leder till beteendemässiga förändringar och anpassningar som gör det lättare att fortsätta med fysisk aktivitet. Positiva erfarenheter av tidigare träning både enskilt och i grupp ger motivation till att pröva på någon ny typ av fysisk aktivitet eller att öka engagemanget i fysiska aktiviteter. (Hutton, m.fl. 2009, s. 87-88)

”Our between-group analyses found that treatment participants improved significantly in exercise efficacy, adherence efficacy over time, and adherence efficacy in the face of barriers, as compared with our control group. Participants’ involvement in physical activity also increased by 26 % percent over baseline.” (Hughes, m.fl. 2009, s. 368)

### **7.2.4 Sociala faktorer**

Fysiska aktiviteter har positiva effekter på socialt välbefinnande (Holmgren & Söderhamn 2005, s. 41). I en undersökning av fysisk aktiva äldre engagerade i gruppträning fungerade det konceptet som en stor motiverande faktor. Dynamiken i gruppen uppfattades också som

en viktig och stark motiverande faktor. Gruppträning kan erbjuda en rolig och god social atmosfär som gör det roligt att vara fysiskt aktiv. (Hutton, m.fl. 2009, s. 87). Att träna tillsammans i en grupp är en fördel för de flesta eftersom den sociala interaktionen med andra är viktig (Hutton, m.fl. 2009, s. 88; Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 157).

”The idea of a class environment was widely supported as a promoter of physical activity, with most participants commenting on its role of providing motivation. The enjoyable and sociable atmosphere classes provided and the presence of a good instructor who related well to participants were factors acknowledged as additional promoters.” (Hutton, m.fl. 2009, s. 87)

### **7.3 Barriärer till fysisk aktivitet hos äldre**

Utgående från temafrågan ”Vilka faktorer utgör barriärer för fysisk aktivitet hos äldre?” bildades huvudkategorin **barriärer till fysisk aktivitet hos äldre**. Underkategorierna är: **fysiska och psykiska orsaker, yttre faktorer och övrigt**.

#### **7.3.1 Fysiska och psykiska orsaker**

##### ***Personliga barriärer***

Rädsla för att skada sig är många gånger ett hinder för fysisk aktivitet (Hutton, m.fl. 2009, s. 88; Cotter & Lachman 2010, s. 817). Andra personliga barriärer kan vara rädsla för att falla eller mindre självförtroende efter ett fall, brist på motivation, förlägenhet, negativ självmedvetenhet och smärta. Självförtroende mera generellt är också en barriär för fysisk aktivitet. (Hutton, m.fl. 2009, s. 88-90)

Minskad fysisk aktivitet kan också bero på olika psykologiska problem som depression och ensamhet. Tidigare dåliga erfarenheter av fysisk aktivitet spelar in på viljan till fortsatt fysisk aktivitet. (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 157-158). Ovilja att förändra sin livsstil och sina vanor är vanligt hos äldre (Luukinen, m.fl. 2006, s. 203-204).

”Personal barriers included pain and pathology, fear of adverse effects, decreased confidence following a fall, and lack of motivation.” (Hutton, m.fl. 2009, s. 88)

### ***Medicinska faktorer***

Sjukdomar och andra medicinska faktorer bidrar till minskad fysisk aktivitet. Likaså intagning på sjukhus eller vårdinrättning. (Hutton, m.fl. 2009, s. 88). Enligt Lindgren de Groot och Fagerström (2011, s. 157) är försämrad hälsostatus en av de största barriärerna för fysisk aktivitet. Fysiska barriärer relaterade till hälsotillstånd som orsakar yrsel, känsla av skakighet, smärta, dåsighet samt minskad styrka och uthållighet påverkar deltagande i fysisk aktivitet.

” Reduced health condition was the major barrier to attending group exercise. One of the participants said that her health was so poor that she was no able to take part in any kind of exercise.” (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 157)

### **7.3.2 Yttre faktorer**

#### ***Omgivning***

Enligt Gilbert m.fl. (2012, s. 24) är omgivningen och begränsningar i omgivningen viktiga faktorer som påverkar fortsatt aktivitet, hälsa och livskvalitet. Modifieringar i omgivningen för att stöda äldres livsstil behövs.

Hemmets läge kan ses som en barriär både för enskild träning och träning i grupp. Skicket på vägar och gator under alla årstider är av betydelse. Brist på möjligheter att kunna sätta sig och vila utomhus om det behövs framkommer som en möjlig barriär. Hemmets läge i förhållande till lokalen där gruppträning ordnas har också betydelse. Närhet, tillgänglighet och trafikförbindelser spelar in på graden av deltagande. (Hutton, m.fl. 2009, s. 87-88)

Lokaler som erbjuder fysisk aktivitet behöver vara anpassade och lämpliga med tanke på äldre. Om det är frågan om gruppträning är det viktigt att grupperna är relativt små, har deltagare i samma ålder och med ungefär samma funktionsförmåga. Upplevelse av att det är för svårt, för tävlingsinriktat och att det inte går att utföra träningen i egen takt är inte

tilltalande. (Hutton, m.fl. 2009, s. 87-88). Träningen behöver vara anpassad till den äldres eller gruppens funktionsnivå (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 157).

”Many of the participants talked about the importance of their environment to remaining active and healthy and environmental limitations can decrease one’s quality of life.” (Gilbert, m.fl. 2012, s. 24)

### ***Tid***

Att vara för upptagen och inte ha tid för fysisk aktivitet ses av deltagarna i Hutton m.fl. (2009, s. 88) undersökning som en stor barriär. De som är engagerade i arbete eller andra ansvarsuppgifter, som familje- eller samhällsliga engagemang, har svårt att hitta tid för fysisk aktivitet. Även om det med stigande ålder och pensionering finns mera tid för fysisk aktivitet.

”For the majority of participants, the concept of time and busyness was portrayed as a large barrier to activity at both the group and individual level with work, family, and organizational commitments limiting the frequency and time available for engaging in physical activity.” (Hutton, m.fl. 2009, s. 88)

### **7.3.3 Övrigt**

Motiverande faktorer och barriärer för att delta i fysisk aktivitet varierar mellan individer. Därför är det av största vikt att identifiera de väsentliga motiverande faktorerna och barriärerna för varje enskild person. (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 159)

”The study shows that older adults are motivated in different ways and by different factors. It is therefore important to identify the essential motivating factors and barriers for each person.” (Lindgren de Groot & Fagerström 2011, s. 159)

## 8 Tolkning av resultatet

I detta kapitel kommer respondenten att tolka och analysera resultatet utgående från de teoretiska utgångspunkterna och den teoretiska bakgrunden. De teoretiska utgångspunkterna är hälsa enligt Katie Erikssons ontologiska hälsomodell och egenvård enligt Dorothea Orems antaganden om egenvård. Den teoretiska bakgrunden utgörs av den åldrande befolkningen, åldrandeprocessen, fysiskt åldrande, äldre och rörelse, motivation och emotion samt livsstilsförändring. Kategorierna som framkommit i redovisningen av resultatet presenteras här med **fet stil**, kvaliteterna med **fet kursiv stil** och de teoretiska utgångspunkternas och den teoretiska bakgrundens begrepp med *kursiv stil*.

### 8.1 Hälsoeffekter av fysisk aktivitet för äldre

Underkategorierna **fysisk hälsa** och **funktionsförmåga** och kvaliteterna **kroppslig kondition, sjukdomar och skador, livslängd, funktionsnedsättningar** och **balans och fall** visar att fysisk aktivitet har åtskilliga effekter på äldres hälsa. **Balansen, konditionen, muskelstyrkan, vikten** och risken för fall påverkas positivt av fysisk aktivitet. Ingen av studierna visade negativa effekter på någon av dessa aspekter. Med fysisk aktivitet minskade fallrisken eftersom styrka, vakenhet och reaktionstid förbättrades. För att uppnå detta utövades aerob-, styrke-, och balansträning enskilt eller i kombination.

*Hjärtas slagvolym och maximala slagfrekvens försämras i samband med åldrandet. Fysiskt aktiva och friska äldre påverkas inte i större utsträckning av hjärtats försämrade kapacitet. Dålig kondition i kombination med hjärtsjukdomar påverkar däremot i större utsträckning det dagliga livet för äldre. Allmänna drag vid högre ålder är även nedsatt muskelstyrka och en minskad mängd snabba muskelfibrer och större andel långsamma muskelfibrer. Förutom åldersrelaterad förlust av muskelstyrka beror troligen en hel del av den muskulära nedgången på minskad aktivitet eller inaktivitet. (Berg 2007, s. 70, 73; Kirkevold, m.fl. 2008, s. 282). Enligt Dehlin m.fl. (2000, s. 156) bibehålls muskelmassa och muskelstyrka*

bättre vid mera fysisk aktivitet och belastning. Den *fysiska kapaciteten* liksom *koordination* och *balans* förbättras av träning och rörelse.

Risken att drabbas av olika *sjukdomar* minskar med fysisk aktivitet. Benskörhet, högt blodtryck, diabetes mellitus, övervikt och stroke är patologiska tillstånd som kan undvikas eller förbättras av fysisk aktivitet. *Livslängden* kan också påverkas på ett gynnsamt sätt genom fysisk aktivitet. Däremot är antalet och typen av *skador* ungefär likadant mellan aktiva och inaktiva äldre.

Åldrandet är associerat med gradvis ökande försämring av flertalet fysiologiska processer, som leder till en ökad risk för *hälsokomplikationer* och *sjukdom*. Det *kardiovaskulära systemet* sköter om blodförsörjningen till alla kroppens organ och därför är *kardiovaskulär hälsa* viktigt för hälsan för kroppens övriga organ och således *nyckel till ett långt liv* för organismen som helhet. (North & Sinclair 2012, s. 2)

Enligt Eriksson m.fl. (1995, s. 12-14) kan *hälsa* kopplas samman med olika beteenden som att leva *hälsosamt* och avstå från att riskera *hälsan*. Tankar och handlingar är inriktade på att undvika sjukdomar och leva *hälsosamt*. Termer som att ”*ha hälsa*” eller *hälsa* som *görande* är viktiga i görandefasen i den ontologiska hälsomodellen. För att det skall vara möjligt att tala om *hälsa* som helhet behöver ett *görande*, *varande* och *vardande* förekomma. Det innebär att människan behöver förhålla sig aktiv till sin *hälsa*.

Åldersrelaterade *funktionsnedsättningar* kan påverkas positivt med hjälp av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet bidrar till ökad **funktionsförmåga** och detta sker proportionellt så att större mängd fysisk aktivitet ger större fördelar. Detta betyder att fysisk aktivitet är viktigt för bevarande av funktionell självständighet vid hög ålder. Både fysiskt aktiva och inaktiva drabbas av *funktionsnedsättningar*, men individer i god fysisk form kan bevara funktion betydligt längre än inaktiva. Fysisk aktivitet är mera trolig att bevara än förbättra **funktionsförmågan** hos äldre.

Enligt Dehlin m.fl. (2000, s. 18, 27-28) försämras *funktionsförmågan* med åldern och ingen kan undgå att åldras. *Fysisk aktivitet* har betydelse för motverkande av åldersrelaterade *funktionsnedsättningar*, främjade av funktionell åldersutveckling och välbefinnande. Det är redan känt genom tidigare forskning att *fysisk aktivitet*, men även rökning, alkoholkonsumtion och matvanor är livsstilsfaktorer som påverkar åldrandet.

Även faktorer som socialt nätverk och en *aktiv* fritid associeras med *god hälsa*. ( Agahi 2010, s. 242)

Underkategorin **psykisk hälsa och välbefinnande** och kvaliteterna *lidande*, *psykiskt välbefinnande* och *kognitiv funktion* visar att nyttan av fysisk aktivitet inte enbart begränsar sig till fysiska effekter. Äldre som är fysiskt aktiva uppskattar sin hälsostatus som bättre än inaktiva. Det framkommer också att fysisk aktivitet och *lidande* har en stark koppling till varandra. Äldre som är aktiva upplever mindre *lidande*. Intressant i sammanhanget är att de äldre som ökade sin fysiska aktivitet upplevde minst *lidande*. Det kan betyda att det inte är för sent att öka sin fysiska aktivitet för att minska *lidande*.

*Lidande* och *hälsa* är två sidor i livsprocessen som människan måste vara medveten om. *Lidande* och *hälsa* är integrerade i varandra och konstant närvarande i människans liv. När en människa blivit medveten söker hon sig fram till *hälsa* och livslust fastän det kan betyda att hon måste gå igenom ansträngningar och *lidanden*. *Lidande* kan för människor bli outhärdligt och gör det omöjligt att uppleva *hälsa*. Människan hindras således från att växa. *Lidande* kan också upplevas som uthärdligt. Ett uthärdligt *lidande* hindrar inte människan från att växa eller uppleva *hälsa*. (Eriksson, m.fl. 1995, .s 11-12)

**Psykiskt välbefinnande** eller ett ökat **psykiskt välbefinnande** kan ses som en produkt av fysisk aktivitet hos äldre. **Psykiskt välbefinnande** påverkas av många faktorer. Det är delade meningar om vilken effekt enbart fysisk aktivitet har på livskvalitet och depression. Fysisk aktivitet är inte desto mindre en av de faktorer som kan inverka positivt på det psykiska välbefinnandet. Fysiskt aktiva har en större känsla av sammanhang och bättre självuppskattad psykisk hälsa. De äldre kände sig också lyckligare. Självuppskattad psykisk hälsa är klart kopplad till välbefinnande. Positiva effekter på självkänsla och känsla av kontroll, som i sin tur påverkar generell känsla av egenvärde har påvisats som resultat av fysisk aktivitet. Tillfredsställelse, psykisk vakenhet, självförtroende, självständighet, avslappning och känsla av prestation är andra fördelar upplevda som resultat av fysisk aktivitet. **Kognitiv funktion** och förmåga att göra flera saker samtidigt ökar med fysisk aktivitet.

Enligt Eriksson m.fl. (1995, s. 13) är *hälsa* som varande ett tillstånd av *hälsa* som karakteriseras av strävan efter att uppleva *välbefinnande* eller en *balans* i det inre tillståndet. Tänkandet är inriktat på att uppnå balans och harmoni. Enligt Orem (1991, s.



121) kan *egenvården* delas in i tre faser som består av utvärderings, planerings och genomförande. I utvärderingsfasen utreds vilka handlingar som behövs för *kroppens uppbyggnad* och *funktion*. Planeringsfasen innebär att planera ett systematiskt och fortgående system för att utföra handlingarna som behövs för *kroppens uppbyggnad* och *funktion*. Genomförandefasen innebär konkret utförande av handlingarna. Denna målinriktade *handlingsprocess* syftar till att *upprätthålla hälsa* och *välbefinnande*. Målet med egenvården är att tillfredsställa egenvårdsbehoven. Egenvårdsbehov är uttryckta insikter om vilka handlingar som är nödvändiga för reglering av *mänsklig funktion* och *utveckling*.

## 8.2 Motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre

Underkategorin **bevara fysisk funktion och självständighet** visar att äldre personer motiveras, att vara fysiskt aktiva och i övrigt ha en hälsosam livsstil, av att bibehålla fysisk och emotionell hälsa. Att ta hand om sig själv sågs som en stor motivationsfaktor för att göra det som behövs för att bibehålla hälsa. En annan aspekt som motiverar äldre att vara fysiskt aktiva är önskan att bli bättre. Oron över hälsan bidrar med motivation till att vara fysiskt aktiv. Funktionell **självständighet** framkom som ett nyckelord när det kommer till motivation för att vara fysisk aktiv.

Egenvårdsbehov är uttryckta insikter om vilka handlingar som är nödvändiga för reglering av *mänsklig funktion* och *utveckling*. Det finns åtta universella egenvårdsbehov. Till de universella egenvårdsbehoven hör bland andra förhindrande av *fara för funktion*, *välbefinnande* och *mänskligt liv* och främjande av *human funktion* och *utveckling* i social samvaro utgående från personens kapacitet, begränsningar och önskan att vara normal. (Orem 1991, s. 121, 126)

Underkategorin **stöd av omgivning** med kvaliteterna *information* och *familj, vänner och professionella* belyser *information*, uppmuntran och stöd som motivationsfaktorer till fysisk aktivitet. Mera kunskap om hur man som äldre skall upprätthålla hälsa och välbefinnande är av betydelse för motivationen. *Information* om olika träningsmöjligheter som finns tillgängliga är också viktigt. Äldre behöver få kunskap och förståelse för vad fysisk aktivitet är och hur aktiva de skall vara. Stöd och uppmuntran från *vänner, familjen* och *professionella* ger drivkraft att orka vara aktiv och inte ge upp. Fysisk aktivitet i grupp

verkar vara en stor uppmuntran för flertalet äldre eller att träna tillsammans med en eller flera **vänner**. Äldre vill ha mera stöd från vårdpersonal. Det borde vara vårdpersonalens plikt att informera om fördelarna med fysisk aktivitet och genom detta stöda och driva på den äldre att vara fysisk aktiv.

*Egenvårdsbrist* är en teori där *egenvårdskapacitet* är ett viktigt begrepp. *Egenvårdskapacitet* definieras som en förmåga att se till att de kontinuerliga behoven av vård som styr livsprocesser, upprätthåller individens strukturella och funktionella integritet och främjar utveckling och välbefinnande tillfredsställs. Individens *egenvårdskapacitet* växlar efter *ålder*, hälsotillstånd, *kunskap*, *utbildning*, livserfarenhet, kultur och *resurser*. *Egenvårdskapacitet* omfattar *kunskaper*, *motivation* samt *mentala* och *praktiska färdigheter* som behövs för att kunna tolka egenvårdsbehoven och *planera egenvården* som behövs för att tillgodose dessa. *Mentala*, *psykologiska* och *fysiska* egenskaper ligger således till grund för en god egenvård. *Egenvårdskapaciteten* utvecklas dels genom *instruktioner från andra* och genom utförande av egenvård i vardagen. (Orem 1991, s. 145-147)

Underkategorin **tidigare erfarenheter** visar att äldre som är fysiskt aktiva är benägna att ha högre deltagande i alla former av fysisk aktivitet jämfört med inaktiva äldre. Det betyder att fysisk aktivitet i sig är en motiverande faktor till mer eller fortsatt fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet leder till beteendemässiga förändringar och anpassningar som gör det lättare att fortsätta med fysisk aktivitet. Positiva **tidigare erfarenheter** av träning både enskilt och i grupp ger motivation till att pröva på någon ny typ av fysisk aktivitet eller att öka engagemanget i fysiska aktiviteter.

Handlingar *motiveras* ofta av olika *känslotillstånd*, t.ex. kan rädsla ge motiv att fly från en farofylld situation. Förväntan av en *positiv känsla* till följd av en handling *motiverar* ofta människan till att utföra handlingen. Omvänt betyder det att en förväntad *negativ känsla* av en handling gör att människan försöker *undvika handlingen*. (Hwang, m.fl. 2005, s. 109)

Underkategorin **sociala faktorer** visar att social miljö och social interaktion bidrar med motivation till fysisk aktivitet. Gruppträning kan erbjuda en rolig och god social atmosfär som gör det roligt att vara fysiskt aktiv. Att träna tillsammans i en grupp är mestadels positivt eftersom den sociala interaktionen är viktig.

Behov, impulser, önsknningar och attityder är exempel på *motiv* som får oss att agera. Människans beteende har en *riktning* och ett *mål*. *Motivationen* styrs både av faktorer inifrån oss själva, men också av faktorer i den yttre miljön. Incentivteorier betonar att ageranden styrs mot efterlängtade *mål* eller *yttre händelser* i omgivningen. (Hwang, m.fl. 2005, s. 92). I tillståndet *hälsa* som varande är enligt Eriksson m.fl. (1995, s. 13-14) behovstillfredsställelse och att söka balans i *relationer* och *livssituationer* viktigt. Sambandet mellan inre och yttre faktorer blir tydliga för individen.

### 8.3 Barriärer till fysisk aktivitet hos äldre

Underkategorin **fysiska och psykiska orsaker** och kvaliteterna *personliga barriärer*, *medicinska faktorer* och *övrigt* visar att rädsla för att skada sig många gånger är ett hinder för fysisk aktivitet. Andra *personliga barriärer* kan vara rädsla för att falla eller mindre självförtroende efter ett fall, brist på motivation, förlägenhet, negativ självmedvetenhet och smärta. Självförtroende mera generellt, ovilja att förändra livsstil och vanor är också barriärer för fysisk aktivitet. **Psykiska orsaker** som depression och ensamhet samt tidigare dåliga erfarenheter av fysisk aktivitet spelar in på viljan till fysisk aktivitet. Försämrade hälsostatus är en av de största barriärerna till fysisk aktivitet. Sjukdomar, andra *medicinska orsaker*, intagning på sjukhus eller annan vårdinrättning leder till mindre fysisk aktivitet. Fysiska barriärer relaterade till hälsotillstånd som orsakar yrsel, känsla av skakighet, smärta, dåsigthet samt minskad styrka och uthållighet påverkar deltagande i fysisk aktivitet.

Flertalet äldre har efter 65 år minst en *kronisk sjukdom* som kan påverka funktionsförmågan negativt. Åldrandeprocessen påverkas av olika faktorer som *genetisk disposition*, *livsstil* och *kroniska sjukdomar* samt interaktioner mellan dessa faktorer (Kirkevold, m.fl. 2008, s. 281-282). Enligt Orem (1991, s. 132-134) finns specifika egenvårdsbehov relaterade till *hälsoproblem*. Dessa egenvårdsbehov existerar hos de personer som är sjuka, skadade, har specifika patologiska tillstånd inkluderande defekter och funktionshinder samt personer som genomgår diagnostiska procedurer och behandlingar. Några av egenvårdsbehoven relaterade till hälsoproblem innebär att individen behöver vara *medveten* och kunna *hantera följder* av sjukliga tillstånd. Individen behöver även förändra sin *självbild* och *acceptera sitt hälsotillstånd* eller behov av vård samt lära sig leva med biverkningar av sjuklighet och behandlingar och *fortsättningsvis ha en livsstil* som stödjer personlig

*utveckling*. Enligt Hwang m.fl. (2005, s. 109) resulterar förväntad *negativ känsla* av en handling att vi försöker *undvika* handlingen.

Underkategorin **yttre faktorer** och kvaliteterna **omgivning** och **tid** belyser betydelsen av hur omständigheter i **omgivningen** och andra **yttre faktorer** påverkar fysisk aktivitet hos äldre. **Omgivningen** och begränsningar i **omgivningen** ses som viktiga faktorer till fortsatt aktivitet, hälsa och livskvalitet. Modifieringar i **omgivningen** för att stöda äldres livsstil behövs. Hemmets läge, skicket på vägar, trafikförbindelser, tillgänglighet, närhet och lokaler är möjliga barriärer både för enskild träning och träning i grupp. Vissa krav ställs på **omgivningen** i gruppen eller grupp utformningen vid gruppträning. Kraven är att gruppen skall vara relativt liten, ha deltagare i samma ålder och med ungefär samma fysiska funktionsnivå. Träningen får inte upplevas för svår, för tävlingsinriktad och den skall vara möjlig att utföra i egen takt. Lokaler som erbjuder fysisk aktivitet behöver vara anpassade och lämpliga med tanke på äldre.

Att vara för upptagen och inte ha **tid** för fysisk aktivitet sågs som en stor barriär. Engagemang i arbete eller andra ansvarsuppgifter som familje- eller samhällsliga engagemang gjorde det svårt att hitta **tid** för fysisk aktivitet. Även om det med stigande ålder och pensionering finns mera **tid** för fysisk aktivitet.

*Motivationen* styrs både av faktorer *inifrån* oss själva, men också av faktorer i den *yttre miljön*. Två typer av teorier inom psykologin anses ha betydelse för motivationsprocesser. Drivkraftsteorier antar att framförallt biologiska processer inom individen startar och ger energi åt olika handlingar. Incentivteorier betonar att ageranden styrs mot efterlängttade målobjekt eller genom *yttre* händelser i *omgivningen*. (Hwang, m.fl. 2005, s. 92)

Underkategorin **övrigt** tar upp att motiverande faktorer och barriärer för att delta i fysisk aktivitet varierar mellan individer. Därför är det av största vikt att identifiera de väsentliga motiverande faktorerna och barriärerna för varje enskild person.

*Motivation* hänger ihop med grundläggande *värderingar*. Ageranden kan inte enbart förklaras med mer eller mindre *självreglerande motiv* eller *personlighetsdrag*. Viktigt i sammanhanget är också vad individen avser vara bra och dåligt, väsentligt och oväsentligt eller överordnat och underordnat. Sådana värden fungerar som referensram för hela tillvaron. Fastän *motivation* kan ses som ett rent *individuellt fenomen* är det också en *social*

fråga. Vi *motiveras* också av det som värdesätts i det kulturella sammanhang vi är en del av. (Imsen 2005, s. 459)

## 9 Kritisk granskning

Under denna rubrik har respondenten kritiskt granskat studien enligt Larsson (1994) kriterier för kritisk granskning av kvalitativa studier. Kapitlet har delats in i tre delar: kvaliteter hos framställningen, resultatets kvaliteter samt validitetskriterier.

### 9.1 Kvaliteter hos framställningen

Enligt Larsson (1994, s. 165, 168-170) bör det råda harmoni mellan forskningsfrågan, datainsamling och analysteknik. Detta kan även kallas för intern logik. Tanken med intern logik är eftersträvan till en helhet som alla delar i studien kan relateras till. Det är forskningsfrågorna som skall styra valet av datainsamlingsteknik och analys. Det är inte bra att binda sig till någon metod eftersom valet av metod, ansats eller motsvarande innehåller perspektiv som påverkar resultatet. Kvaliteten på studier påverkas således också av perspektivmedvetenhet. Forskaren skall redogöra för sin förförståelse eftersom det gör utgångspunkten för tolkningen tydlig. Detta möjliggör forskningens tillgänglighet för kritisk granskning eftersom forskaren inte undanhållit sitt perspektiv. Redogörelse av personliga erfarenheter är en möjlighet att lägga fram förförståelse som har betydelse för tolkningen.

Respondenten har i denna studie strävat efter att hitta en bra intern logik. Utgående från frågeställningarna i studien har respondenten valt ut en relevant teoretiska bakgrund och teoretiska utgångspunkter. De valda teoretiska utgångspunkterna hälsa och egenvård var passande för studien. Den teoretiska bakgrunden var nyttig för studiens helhet även om en stor utmaning låg i att inte inkludera överflödiga information. Delar av den teoretiska bakgrunden kunde inte användas vid tolkningen av resultatet. Respondenten valde ändå låta delarna vara kvar eftersom de kan hjälpa läsaren att bilda sig en helhetsförståelse för temat. Respondentens förförståelse för temat formades till viss del av den teoretiska bakgrunden, men även av respondentens egna erfarenheter av fysisk aktivitet både som

barn och vuxen. Synen på effekter av fysisk aktivitet påverkades även av äldre anhörigas olika livsstil. Tidigare kunskap som respondenten fått genom sina studier och arbetserfarenheter kan också ses som förförståelse. Respondentens förförståelse i denna studie kan ses som en förutsättning för förmågan att genomföra studien. Respondenten har ändå försökt att inte låta förförståelsen påverka resultatets giltighet.

Respondenten upplever att valet att använda litteraturstudie som datainsamlingsmetod var passande för studiens syfte. Syftet med studien var att klargöra vilka hälsoeffekter fysisk aktivitet har på äldre samt hur den äldre kan motiveras att vara fysiskt aktiv. Analysmetoderna resumé artikel (Bilaga 1) och innehållsanalys lämpade sig bra för analys av de vetenskapliga forskningarna. Analysmetoderna gör att dessa forskningarna blir lättare tillgängliga för äldre, anhöriga och vårdare. Frågeställningarna i studien blev besvarade i resultatet vilket visar att datainsamlingsmetoden och dataanalysmetoderna var passande för studien.

## **9.2 Resultatets kvaliteter**

Det är nödvändigt att resultatet har en god struktur och det får inte vara suddigt. Med god struktur avses överskådlighet och enkel och klar uppbyggnad. Tolkningen skall på ett noggrant sätt fånga det viktiga ur data. En företeelse som presenteras borde grunda sig på en hel del data. Beskrivningen av företeelsen påvisar på karaktärsdrag i datan. Beskrivningen av företeelsen skall stämma för ett stort antal fall. Fall som avviker från dessa skall då beskrivas på annat sätt. Ett annat krav på resultatet är att resonemanget går att följa och att viktiga delar eller led inte är utelämnade. (Larsson 1994, s. 174-175)

Innehållsanalysen har en enkel struktur som gör att det väsentliga kan fångas ur datan. Så långt som det är möjligt vilar varje huvud-, underkategori och kvalitet på flera olika forskningarna. Genom att dela in resultatet i tre huvudkategorier utgående från temafrågorna blir det lättare att få en överblick av helheten. Respondenten anser att resultatet är enkelt och klart uppbyggt. Schemat över huvud-, underkategorier och kvaliteter (Bilaga 2) gjorde respondenten för att på ett enkelt sätt få en överblick av resultatet under arbetets gång. Svårigheterna vid kategorisering av data var att en del data kunde passa under flera kategorier och kvaliteter. Respondenten valde då att placera data i den kategori som ansågs

lämpligast. Resumén (Bilaga 1) av artiklarna bidrar också till att skapa en god struktur eftersom den tar upp det viktigaste i forskningarna på ett neutralt sätt.

### 9.3 Validitetskriterier

Kvalitativ metod anses vara en metod som systematiserar upptäckandet av något nytt, men det kan också innebära att man bekräftar något som man tidigare trott eller vetat. Ett centralt kriterium vid bedömning av kvaliteten på kvalitativa studier är heuristiskt värde eller heuristisk kvalitet. Med det avses i vilken utsträckning läsaren genom studien kan se någon del av verkligheten på ett nytt sätt. En lyckad analys leder till ett nytt sätt att se på verkligheten, t.ex. nya kategorier för tänkandet som begrepp, mekanismer eller att göra något obegripligt rimligt. (Larsson 1994, s. 179-180). Resultatdelen som presenterar effekter av fysisk aktivitet innehåller inte någon ny kunskap utan bekräftar sådant som varit känt sedan tidigare. Studiens resultat för däremot fram kunskapen om vilka olika motiv och barriärer som äldre har för fysisk aktivitet på ett nytt sätt. Respondenten anser att resultatet är meningsfullt eftersom det på ett konkret sätt kan hjälpa äldre, anhöriga och vårdpersonal i det dagliga livet.

Det pragmatiska kriteriet betonar vikten av konsekvenserna som resultatet av studien har. Med termen externt värde avses det värde som studien har i praktiken. En viktig del i detta blir hur man kunnat förmedla resultatet till allmänheten och vad resultatet har för betydelse i verkligheten. (Larsson 1994, s. 185)

Denna studie är ett beställningsarbete för projektet ”Aktiverande TV”. Beställaren önskar att resultatet även presenteras som film eller annat material som kan användas inom projektet som är direkt riktat till äldre. Respondenten har gjort en mall till en broschyr (Bilaga 3) där resultatet är sammanfattat och framlagt på ett enkelt och åtkomligt sätt. Broschyren och texten den innehåller kan både tryckas och delas ut till äldre och vårdpersonal samt läggas upp som PDF-fil via ”Aktiverande TV:s” hemsida om så önskas. Respondenten hoppas att resultatet kommer att vara till nytta för äldre på så sätt att de kan hitta motivation till att vara fysiskt aktiva. Genom broschyren vill respondenten även ge anhöriga och vårdpersonal ett enkelt sätt att hjälpa äldre vara fysiskt aktiva

## 10 Diskussion

Resultatet i denna studie visar på många olika positiva effekter som kan nås genom fysisk aktivitet. Häls fördelarna är många och det innebär att välbefinnande och hälsa kan ses som resultat av fysisk aktivitet. Samtidigt går det inte att bortse från det faktum att resultatet i denna studie begränsar sig till fysisk aktivitet och inte tar hänsyn till att människan som helhet måste beaktas när det kommer till välbefinnande och hälsa. Se t.ex. Katie Erikssons (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11; Eriksson 2007, s. 9) ontologiska hälsomodell där hälsa ses som en integrerad del av människans liv och vardande. Det är alltså en helhetsupplevelse. Att uppleva sig som hel betyder i djupare mening att känna aktning för sitt eget liv, för sig själv som människa och sig själv som unik. Kontakt med sin innersta kärna, sin andlighet och sin religiositet ses som en förutsättning för att uppleva sig som hel.

Med helhet menas människans varande som kropp, själ och ande. (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11). Enligt Eriksson (Eriksson, m.fl. 1995, s. 11; Alligood & Tomey 2010, s. 200) är hälsa mera än frånvaron av sjukdom. Hälsa inbegriper att vara hel i kropp, själ och ande. Kropp, själ och ande är dimensioner som är oskiljaktiga.

Resultatet går att se som en del i hur äldre kan bibehålla och förbättra hälsa och välbefinnande, men det finns många andra faktorer som påverkar individens hälsa. Vilka dessa andra faktorer är som påverkar hälsa och välbefinnande hos äldre kan inte denna studie ge svar på. Hur dessa andra faktorer påverkar hälsa och välbefinnande är också en fråga som blir aktuell.

I denna studie undersöks även motivationsfaktorer och barriärer för fysisk aktivitet. I studien framkommer att motivationsfaktorer och barriärer för fysisk aktivitet är individuella. Alla personer har egna orsaker till handlingar eller uteblivna handlingar. Men motivation hänger enligt Imsen (2005, s.459) också ihop med grundläggande värderingar. Det betyder att handlingar inte enbart kan förklaras med självreglerande motiv eller personlighetsdrag.



Med detta som stöd vill jag visa att resultatet i studien, som försöker kategorisera motiv och barriärer för fysisk aktivitet, kan vara generaliserbart på en större grupp människor. Fastän forskningarna som använts i studien härstammar från olika länder världen över så är troligtvis många grundläggande värderingar liknande och de flesta av studiens kategorier och kvaliteter barsearas på flera än en forskning. Det gör att resultatet kan fungera som en utgångspunkt när individen, den anhöriga eller vårdpersonalen behöver få guidning eller hjälp med att ta reda på vilka motiv och barriärer som individen kan ha när det är frågan om fysisk aktivitet.

I resultatet framkom att stöd från omgivningen är en viktig motiverande faktor. Frågeställningar som känns aktuella är hur hälsovården skall bli bättre på att ge information och stöd till den äldre att vara fysiskt aktiv och hur vi skall kunna skapa en omgivning och atmosfär som uppmuntrar och ger möjlighet till fysisk aktivitet.

Åldrandet medför att kroppens olika organ successivt försämras vilket gör att även funktionsförmågan försämras. Denna studie stöder tidigare studier som visat att fysisk aktivitet är en livsstilsfaktor som har positiv inverkan på åldersrelaterade förändringar. Studien belyser också de vanligaste motiverande faktorerna och barriärerna som äldre upplever i förhållande till fysisk aktivitet. Min önskan är att studien genom detta kan motivera äldre att vara mera fysiskt aktiva samt hjälpa anhöriga och vårdpersonal att uppmuntra till och ge information om fysisk aktivitet.

## Källförteckning

Agahi, N. (2010). Aktiv och frisk eller frisk och aktiv? Äldre personers fritidsaktiviteter och sambandet med hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 241-246.

*Aktiverande TV*. (u.å). <http://aktivointi-tv.vaasa.fi/index.php?page=foersta-sidan> (hämtat 14.12.2012).

Alligood, RM. & Tomey, AM. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. (7. uppl.). United States of America: Elsevier.

Backman, J. (1985). *Att skriva och läsa vetenskapliga rapporter*. Lund: Studentlitteratur.

Baker, MK., Atlantis, E. & Fiatarone Singh, MA. (2007). Multi-modal exercise programs for older adults. *Age and Ageing*, 36, 375-381.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, S. (2007). *Åldrandet - Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber.

Boyle, PA., Buchman, AS., Wilson, RS., Bienias, JL. & Bennett, DA. (2007). Physical Activity Is Associated with Incident Disability in Community-Based Older Persons. *The American Geriatrics Society*, 55, 195-201.

Bruce, B., Fries, JF. & Hubert, H. (2008). Regular Vigorous Physical Activity and Disability Development in Healthy Overweight and Normal-Weight Seniors: A 13- Year Study. *American Journal of Public Health*, 98 (7), 1294-1299.

Cairney, J., Faulkner, G., Veldhuizen, S. & Wade TJ. (2009). Changes Over Time in Physical Activity and Psychological Distress Among Older Adults. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54 (3), 160-169.

Carlsson, B. (1997). *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. Sverige: Liber.

Carlsson, SG. (2005). Hälsopsykologi. Ingår i: P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnerberg & AC. Smedler (red.), *Vår tids psykologi*. Finland: Natur och Kultur.

Cotter, KA. & Lachman, ME. (2010). Psychosocial and behavioural contributors to health: Age-related increases in physical disability are reduced by physical fitness. *Psychology and Health*, 25 (7), 805-820.

Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G. & Sjöbeck, B. (2000). *Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Falköping: Bokförlaget Natur och kultur.

Diep, L., Kwagyan, J., Kurantsin-Mills, J., Weir, R. & Jayam-Trouth, A. (2010). Association of Physical Activity Level and Stroke Outcomes in Men and Women: A Meta-Analysis. *Journal of women's health*, 19 (10), 1815-1822.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber.

Eriksson, K. (2007). Becoming through suffering—The path to Health and Holiness. *International Journal of Human Caring*, 11, (2), 8-16.

Eriksson, K., Bondas-Sallonen, T., Herberts, S., Lindholm, L. & Matilainen, D. (1995). *Den mångdimensionella hälsan - verklighet och visioner*. Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Fredrikson, M. & Furmark, T. (2005). Motivation och emotion - Beteendets drivkrafter. Ingår i: P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnerberg & AC. Smedler (red.), *Vår tids psykologi*. Finland: Natur och Kultur.

Gilbert, C., Hagerty, D. & Taggart, HM. (2012). Exploring Factors Related to Healthy Ageing. *Bulletin luxembourgeois des questions sociales*, 19 (1), 20-25.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Ungern: Studentlitteratur.

Gretebeck, R.J., Ferraro, K.F., Black, D.R., Holland, K. & Gretebeck, K.A. (2012). Longitudinal Changes in Physical Activity and Disability in Adults. *Am J health Behav*, 36 (3), 385-394.

Hiyamizu, M., Morioka, S., Shomoto, K. & Shimada, T. (2010). Effects of dual task balance training on dual task performance in elderly people: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26 (1), 58-67.

Holmgren, L. & Söderhamn, O. (2005). Perceived health and well-being in a group of physically active older Swedish people. *Vård i Norden*, 25 (3), 39-42.

Hughes, S.L., Seymour, R.B., Campbell, R.T., Whitelaw, N. & Bazzarre, T. (2009). Best-Practice Physical Activity Programs for Older Adults: Findings From the National Impact Study. *American Journal of Public Health*, 99 (2), 362-368.

Hutton, L., Frame, R., Maggo, H., Shirakawa, H., Mulligan, H., Waters, D. & Hale, L. (2009). The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study. *New Zealand Physiotherapy Journal*, 37 (2), 85-92.

Imsen, G. (2005). *Elevens värld- introduktion till pedagogisk psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, M.K., Nordqvist, A. & Karlsson, C. (2008). Physical activity, muscle function, falls and fractures. *Food & Nutrition Research*. Open access article.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Høyen Ranhoff, A. (2008). *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.

- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: B. Starrin & p. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren de Groot, G. & Fagerström, L. (2011). Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, 153-160.
- Lindwall, M. (2010). Fysisk aktivitet: Ett av de enklaste sätten att skydda hjärnan och hjärtat hos äldre. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 3, 232- 240.
- Liu, CJ. & Latham, NK. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical funktion in older adults (Review). *The Cochrane Library*, 3, 1-17.
- Luukinen, H., Lehtola, S., Jokelainen, J. Väänänen-Sainio, R., Lotvonen, S. & Koistinen, P. (2006). Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial. *Scandinavian journal of Primary Health Care*, 24, 199-205.
- Mattsson- Lidsle, B. (2012). Opublicerat material.
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Medical Subject Headings (2012). *Cardiovascular system*. National Library of Medicine. [http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2013/MB\\_cgi?mode=&index=2209&field=all&HM=&II=&PA=&form=&input=](http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2013/MB_cgi?mode=&index=2209&field=all&HM=&II=&PA=&form=&input=) (hämtat 20.12.2012).
- Miljöministeriet. (2011). *Befolkningen i Finland åldras snabbt*. Statens miljöförvaltning. <http://www.ymparisto.fi/default.asp?node=1862&lan=sv> (hämtat 11.12.2012)
- North, B.J. & Sinclair, D.A. (2012). The Intersection Between Aging an Cardiovascular Disease. *Circ Res*. 110 (8), 1097-1108.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Sverige: Studentlitteratur.

Svenska Akademiens ordbok. (2010). <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> (hämtat 14.12.2012)

Tornstam, L. (2005). *Geotranscendence. A Developmental Theory of positiv Aging*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Watt Boolsen, M. (2009). *Kvalitativa analyser. Forskningsprocess, människa och samhälle*. Köpenhamn: Hans Rietzels Forlag.

**Bilaga 1**

<b>Författare, årtal</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Baker, MK. Atlantis, E. Fiatarone Singh, MA. (2007)	Utvärdera effekten av multi-modal träning, som innebär samtidig träning av styrka, kondition och balans hos äldre personer.	Systematisk litteraturstudie.  Statistisk analys.	Multi-modal träning har en effektiv behandling för att förebygga fall. Det framkom att en mindre effekt på fysisk funktionell och livskvalitet uppstod än med singel-modal träning. Balans förbättrades betydligt. Bevisen är bristande när det kommer till förbättrad aerob förmåga efter multi-modal träning.
Boyle, PA. Buchman, AS. Wilson, RS. Bienias, JL. Bennett, DA. (2007)	Att granska förhållandet mellan fysisk aktivitet och risken för situations funktionshinder, inkluderande försämring i aktiviteter i dagliga livet (ADL) och instrumentala aktiviteter i dagliga livet (IADL) hos äldre utan demens boende på äldreboenden.	Prospektiv, grupp observation.	Fysisk aktivitet är associerad med bevarande av funktionell status, illuderande en minskad risk för att utveckla försämringar i ADL och IADL.
Bruce, B. Fries, J. Hubert, H.	Att kartlägga relationen mellan reguljär träning och	Standardiserade frågeformulär.	Resultatet stöder hypotesen att fysisk aktivitet i större

(2008)	kroppsvikt i förhållande till funktionshinder hos friska seniorer.	Telefonintervjuer.  Statistisk analys.	utsträckning än vikt minskar utvecklingen av funktionshinder hos äldre.
Cairney, J. Faulkner, G. Veldhuizen, S. Wade, T.J. (2009)	Att fastställa om förändringar i fysisk aktivitet över tid kan associeras med förändringar i psykologisk lidande och om dessa förändringar kan förklaras av förändringar i fysisk hälsostatus, kontroll och självkänsla under åldrandet.	Analys av en longitudinell studie från tidigare. (National Population health Survey, NPHS)  Telefon intervjuer och re-intervjuer vart annat år.	Det finns en tydlig förbindelse mellan förändringar i fysisk aktivitet och lidande (distress). Fysisk aktivitet kan ha en skyddande roll mot distress hos äldre. Utöver fysiska hälsofördelar så har PA en positiv effekt på lidande genom ökad känsla av egen värde och upplevd kontroll.
Cotter, KA. Lachman, ME. (2010)	Att ta reda på den möjliga kopplingen mellan den skyddande effekten av sociala relationer av hög kvalitet, stark känsla av kontroll, en god fysik och regelbunden fysisk aktivitet för åldersrelaterade försämringar av hälsan.	Analys av tidigare studie. Där användes telefon intervju och frågeformulär.	Den självuppskattade fysiska hälsan och funktionsförmågan försämrades på de 9 år som undersökningen pågick. Studien bekräftar att åldersrelaterade förändringar är individuella men det finns även faktorer som kan lindra dessa. Bättre sociala relationer, en större känsla av kontroll och bättre fysisk form är relaterade till bättre självuppskattad fysisk



			hälsa och mindre fysiska funktionsnedsättningar. Lägre kropps fett och regelbunden fysisk aktivitet dämpar åldersrelaterade fysiska funktionsnedsättningar över tid.
Diep, L. Kwagyan, J. Kurantsin-Mills, J. Weir, R. Jayam-Trouth, A. (2010)	Att kvantifiera associationen mellan nivå av fysisk aktivitet och risk för stroke följder, samt att testa hypotesen om associationen mellan stroke följder och nivå av fysisk aktivitet är likadan för kvinnor och män. Med stroke följder menas stroke frekvens, dödlighet till följd av stroke eller båda.	Meta-Analys	Ökad nivå av fysisk aktivitet verkar positivt på så sätt att risken för stroke och relaterade följder minskas. Det kan vara så att det behövs högre nivå av fysisk aktivitet för kvinnor än för män för att resultatet skall vara detsamma.
Gilbert, C. Hagerty, D. Taggert, HM. (2012)	Att få kunskap som kan stödja ett framgångsrikt/lyckat åldrande. Att upptäcka uppfattningar om fördelar och barriärer för hälsosamt åldrande.	Fenomenologisk studie.  Semi-strukturerade intervjuer.  Modifierad Patton analys.	Kategorier som hittades för ett lyckat åldrande var: Ta hand om sig själv, positiv attityd och meningsfull sysselsättning. Till barriärer för lyckat åldrande hittades kategorierna ge upp och sluta, åldrandeprocess och begränsningar i

			omgivningen.
Gretebeck, R.J. Ferraro, KF. Black, DR. Holland, K. Gretebeck, KA. (2012)	Att undersöka om fysisk aktivitet eller förändringar i fysisk aktivitet ökar eller minskar på funktionsnedsättningar senare i livet.	Nationell hälsoundersökning som träckts sig över 20 år, med två uppföljningar. Intervjuer, enkäter.  Analys: The Tobit model.	Rekreationell fysisk aktivitet associerades men mindre funktionsbegränsningar. Ingen koppling hittades mellan rekreationell aktivitet och funktionsnedsättning. Icke-rekreationell fysisk aktivitet (tung) är mera komplicerad i förhållande till funktionsnedsättning. Förändringar i fysisk aktivitet, ökning eller minskning, märks på funktionsnedsättningar. T.ex. Minskad aktivitet leder till ökad funktionsnedsättning.
Hiyamizu, M. Morioka, S. Shomoto, K. Shimada, T. (2010)	Att undersöka effekten av dubbel uppgift balansträning hos äldre genom stående postural kontroll samtidigt som test personen utför ett kognitivt test.	Randomisera kontrollerad studie med två parallella grupper.  Olika slags träning för grupperna två gånger i veckan i tre månader.  Statistisk analys.	Resultaten indikerat att muskel och balansträning med guidning av terapeut och utan speciell utrustning kan uppehålla fysisk funktion och balans hos friska äldre. Dual task balans träning utförd samtidigt som ett kognitivt test uppehöll

			inte enbart balansen utan förbättrade markant förmågan till att göra flera saker samtidigt jämfört med vanlig balansträning.
Holmgren, L. Söderhamn, O. (2005)	Att undersöka om fysisk aktivitet, livssituation, känsla av sammanhang och egenvård kan associeras med hälsa och välbefinnande i en grupp av fysiskt aktiva äldre Svenskar.	Enkät.  Statistisk analys.	Kroniska sjukdomar/handikapp och känsla av sammanhang var betydande faktorer för upplevd hälsa. För välbefinnande var känsla av sammanhang den enda betydande faktorn.
Huges, SL. Seymour, RB. Campbell, RT. Whitelaw, N. Bazzarre, T. (2009)	Att studera effekten av best-practice (10 program framtagna genom en tävling för träningsprogram för äldre) fysisk aktivitets program för äldre vuxna på fysisk aktivitets deltagande och hälsorelaterade resultat.	Multisite, randomiserad undersökning.  544 äldre vuxna kontrollgrupp	Best-practice samhällsbaserad fysisk aktivitets program kan på ett mätbart sätt förbättra funktions faktorer som innebär risk för funktionsnedsättning hos äldre vuxna.
Hutton, L. Frame, R. Maggo, H. Shirakawa, H. Mulligan, H. Waters, D. Hale, L. (2009)	Att utveckla förståelse för uppfattningarna äldre vuxna med fallrisk har av fysisk aktivitet, som tidigare varit involverade i organiserad gruppträning,	Guppdiskussion med stöd av semi-strukturerade frågor vid behov.  Innehållsanalys.	Uppfattningar som kom fram var att det behövs undervisning och motivation för att utveckla self-efficacy (själv-verkan) för att komma över barriärer för deltagande i tränings

			<p>program. Det var viktigt att poängtera de fördelar som är kopplade till deltagande i träningsprogram. Det betyder att stöd av professionella inom vården var viktig. Faktorer som hade med träningsomgivningen och läge var också viktiga för deltagande i träningsprogram.</p>
<p>Lindgren De Groot, GC. Fagerström, L. (2011)</p>	<p>Att beskriva Motiverande faktorer och barriärer för äldre vuxna när det kommer till att delta i grupp träning i det lokala samhället vars syfte är att förebygga fall och genom detta få kunskap hur professionella inom hälsovård kan stimulera deltagande.</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer.  Deskriptiv innehålls analys i fyra steg.</p>	<p>Motiverande faktorer för att delta i rekommenderad träning var utsikten om att behålla sin självständighet, uppehålla nuvarande hälsostatus och förbättra balansen och förmågan att gå. Barriärer var försämrad hälsostatus, brist på motivation, obehagliga erfarenheter från tidigare grupp tränings tillfällen och faktorer i omgivningen. Alla deltagare ville ha mera information om hälsofördelarna med träning från professionella inom</p>

			hälsovården.
Liu, CJ. Latham, NK. (2009)	Att utvärdera effekten av progressiv motstånds styrketräning (Progressive resistance strength training) PTR hos äldre personer och identifiera negativa incidenter.	Systematisk litteraturstudie.  Data synthesis.	Det framkommer bevis på att PTR är en effektiv intervention för att förbättra fysisk funktion hos äldre personer, inkluderande ökad styrka och utförande av vissa enkla och komplexa aktiviteter. I överföring till klinisk användning bör försiktighet iakttas eftersom negativa incidenter inte är tillräckligt rapporterade.
Luukinen, H. Lehtola, S. Jokelainen, J. Väänänen-Sainio, R. Lotvonen, S. Koistinen, P. (2006)	Att utvärdera effekten av en intervention som planerats och genomförts av regionala geriatriska vård team med syfte att förebygga funktionsnedsättningar hos den äldre populationen.	Randomiserad kontrollerad studie.  Statistisk analys.	En praktiskt inriktad intervention saktade ned reduktionen av rörelseförmågan, men inga positiva effekter hittades hos de subjekten med allvarlig rörelse och någon ADL dysfunktion. Positiva effekter hittades också på balansen.

<b>Huvudkategori</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kvalitet</b>
Hälsoeffekter av fysisk aktivitet för äldre.	Fysisk hälsa  Funktionsförmåga  Psykisk hälsa och välbefinnande.	Kroppslig kondition Sjukdomar och skador Livslängd Balans och fall Funktionsnedläggningar. Lidande Psykiskt välbefinnande Kognitiv funktion.
Motiverande faktorer till fysisk aktivitet för äldre.	Bevara fysisk funktion och självständighet  Stöd av omgivning  Tidigare erfarenheter Sociala faktorer	Information  Familj, vänner och professionella
Barriärer till fysisk aktivitet hos äldre	Fysiska och psykiska orsaker  Yttre faktorer  Övrigt	Personliga barriärer Medicinska faktorer. Omgivning Tid

Rörelse och motion ger många positiva hälsofördelar. Broschyren i din hand är till för att ge dig information om fördelar som du kan nå genom att vara lite aktivare i vardagen.

### **Effekter på välbefinnande och hälsa**

Kroppen åldras med tiden och förr eller senare blir dessa förändringar tydliga i vardagslivet. Det är både kroppsliga och mentala förändringar som sker under åldrandet.

Rörelse och motion är fördelaktig för den kroppsliga hälsan och för funktionsförmågan.

Med regelbunden motion och rörelse kan följande positiva effekter nås:

- Förbättrad balans och minskad risk för att ramla
- Förbättrad kondition och muskelstyrka

- Minskad risk att drabbas av sjukdomar som högt blodtryck, diabetes, övervikt och blodproppar.
- Funktionsförmågan och rörligheten bevaras eller förbättras vilket underlättar det dagliga livet.
- Fysiskt aktiva lever längre
- Ökat mentalt välbefinnande och minskat mentalt lidande
- Bättre intellektuell funktion

### **Motivation och barriärer**

Motiv och barriärer till motion och rörelse är individuella. Det är viktigt att hitta motiverande faktorer och barriärer för varje enskild person.

Vanliga motivationsfaktorer till motion och rörelse är:

- att bevara och förbättra hälsan

- oro över hälsan
- att ta hand om sig själv
- att behålla sin självständighet
- att få umgås med andra
- tidigare positiva erfarenheter av motion
- stöd från familjen, vänner, vårdpersonal och andra i omgivningen.
- information om fördelar med motion och aktiviteter

## DEN ÄLDRE OCH FYSISK AKTIVITET

HÄLSO EFFEKTER  
MOTIV  
BARRIÄRER

Vanliga barriärer för motion och rörelse är:

- rädsla för att skada sig
- dåligt självförtroende
- brist på motivation
- smärta
- depression och ensamhet
- tidigare dåliga erfarenheter
- sjukdomar och andra medicinska faktorer
- försämrad hälsa
- omgivningen och hemmets läge

Yrkeshögskolan Novia  
i samarbete med  
Aktiverande TV  
Vasa stad