

Kristian Bergstøl

Utviklingshemming og stillesitting: En sårbar kombinasjon?

«Hvordan er graden av stillesitting for personer med en utviklingshemming?
Hvilke helsemessige konsekvenser kan stillesitting ha for personer med en utviklingshemming, og hvordan er vernepleiefaglig kompetanse relevant for dette?»

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2021

Kristian Bergstøl

Utviklingshemming og stillesitting: En sårbar kombinasjon?

«Hvordan er graden av stillesitting for personer med en utviklingshemming?

Hvilke helsemessige konsekvenser kan stillesitting ha for personer med en utviklingshemming, og hvordan er vernepleiefaglig kompetanse relevant for dette?»

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 3 |
| Abstract | 4 |
| 1. Innledning | 6 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 6 |
| 1.2 Aktualitet og hensikt | 7 |
| 1.3 Avgrensninger | 7 |
| 1.4 Begrepsavklaringer | 8 |
| 1.4.1 Utviklingshemming | 8 |
| 1.4.2 Stillesitting | 8 |
| 1.4.3 Livsstilssykdom | 9 |
| 1.5 Oppgavens oppbygning | 9 |
| 2. Teori | 10 |
| 2.1 Vernepleiefaglig kompetanse | 10 |
| 2.2 Risikofaktorer knyttet til stillesitting:..... | 11 |
| 2.3 Utviklingshemming og somatisk helse..... | 12 |
| 2.4 Forforståelse | 12 |
| 3. Metode..... | 13 |
| 3.1 Metode i oppgaven..... | 13 |
| 3.2 Systematisk litteratursøk | 13 |
| 3.3 Litteraturstudien..... | 16 |
| 3.4 Metodekritikk: | 17 |
| 3.5 Litteraturmatrise | 18 |
| 4. Resultat | 26 |
| 4.1 Grad av stillesitting i hverdagen | 26 |
| 4.1.2 Sammenligning av personer med og uten en utviklingshemming | 27 |
| 4.1.3 Grad av utviklingshemming..... | 29 |

| | |
|---|----|
| 4.1.4 Alder..... | 29 |
| 4.1.5 Kjønn..... | 29 |
| 4.2 Helseutfordringer knyttet til stillesitting | 29 |
| 4.3 Kvalitetsvurdering..... | 30 |
| 5. Diskusjon | 31 |
| 5.1 Grad av stillesitting i hverdagen | 31 |
| 5.2 Helseutfordringer knyttet til stillesitting | 34 |
| 6. Konklusjon | 35 |
| Bibliografi..... | 36 |

Sammendrag

Tittel: Utviklingshemming og stillesitting: En sårbar kombinasjon?

Problemstilling: *Hvordan er graden av stillesitting for personer med en utviklingshemming?*

Hvilke helsemessige konsekvenser kan stillesitting ha for personer med en utviklingshemming, og hvordan er vernepleiefaglig kompetanse relevant for dette?

Nøkkelord: Stillesitting, utviklingshemming, helse, konsekvenser, kompetanse, vernepleie

Introduksjon/bakgrunn: Helsedirektoratet inkluderte for første gang i 2014 en anbefaling om å redusere stillesitting. Stillesitting kan ses på som en utfordring i samfunnet generelt, men fokuset i oppgaven er satt på personer med utviklingshemming spesielt, da vernepleieren er en viktig ressurs i habiliteringsarbeid. Forekomsten av helsesvikt er større hos personer med en utviklingshemming enn i befolkningen ellers, samtidig som grad av stillesitting også er større hos personer med en utviklingshemming.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke grad av stillesitting hos personer med en utviklingshemming, samt hvilke helsemessige konsekvenser stillesitting har. Hensikten er også å se på hvordan vernepleiefaglig kompetanse er relevant.

Metode: Litteraturstudie. Oppgaven benytter seg av fem kvantitative forskningsartikler, samt annen relevant litteratur.

Resultat: Forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven viser at personer med en utviklingshemming bruker relativt store deler av dagen stillesittende. Samtidig legger artiklene til grunn helsemessige konsekvenser ved stillesitting, og ser at fokus på stillesitting som tema er viktig for videre forskning og folkehelse.

Konklusjon: Litteraturstudien konkluderer med at det er kjente helsemessige konsekvenser knyttet til stillesitting. Personer med en utviklingshemming har generelt sett høyere grad av stillesitting enn personer uten en utviklingshemming. Samtidig ser vi at personer med en utviklingshemming har større grad av helsesvikt enn resten av befolkningen. Livsstilsrelaterte sykdommer er en viktig årsak til helsesvikt hos

personer med en utviklingshemming. Demografiske variabler har ingen signifikant betydning. Vernepleierens helsefaglige, pedagogiske, og sosiale kompetanse kan vise seg å være sentral i arbeidet rundt dette tema.

Antall ord: 6605

Abstract

Title: Intellectual disability and sedentary behaviour: A vulnerable combination?

Thesis Statement: How is the sedentary behaviour for people with intellectual disabilities?

What health consequences can sedentary have for people with a intellectual disability, and how is social care expertise relevant to this?

Keywords: Sedentary, intellectual disability, health, consequences, competence, social care expertise

Introduction/Background: For the first time in 2014, the Norwegian Directorate of Health included a recommendation to reduce sedentary behaviour. Sedentaryness can be seen as a challenge in society in general, but the focus of the task is placed on people with intellectual disabilities in particular, as the social educator is an important resource in habilitation work. The incidence of health failure is greater in people with a developmental disability than in the general population, while the degree of sedentary sitting is also greater in people with a developmental disability.

Purpose: The purpose of the thesis is to investigate the degree of sedentary behaviour in people with a developmental disability, as well as the health consequences of sedentary behavior. The purpose is also to look at how social care expertise is relevant.

Method: Literature study. The thesis uses five quantitative research articles, as well as other relevant literature.

Result: The research articles included in this paper, show that people with an intellectual disability spend relatively large parts of the day sedentary. At the same time, the articles assume the health consequences of sedentary behaviour, and see

that the focus on sedentary as a topic is important for further research and public health.

Conclusion: The literature study concludes that there are known health consequences associated with sedentary behaviour. People with an intellectual disability generally have a higher degree of sedentary behavior than people without an intellectual disability. At the same time, we see that people with an intellectual disability have a greater degree of health failure than the rest of the population. Lifestyle-related diseases are a major cause of health failure in people with an intellectual disability. Demographic variables have no significant outcome. The social educator's health, educational, and social competence may prove to be central to the work on this topic.

Words: 6605

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne bacheloroppgaven tar for seg grad av stillesitting hos personer med en utviklingshemming, samtidig som helsemessige konsekvenser og vernepleiefaglig kompetanse står sentralt. Tittelen er ment å være et åpent spørsmål for å skape engasjement og nysgjerrighet rundt teksten. Det er problemstillingen som vil være hovedfokuset, og tittelen oppfordrer til refleksjon hos leseren.

Personer med en utviklingshemming er en gruppe mennesker som historisk sett står vernepleieren nær (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 15). Stillesitting kan ses på som en utfordring i samfunnet generelt, men fokuset er satt på personer med utviklingshemming spesielt, da vernepleieren er en viktig ressurs i habiliteringsarbeid, både forebyggende og behandlende (Eknes & Løkke, 2009).

Overvekt og fysisk inaktivitet er å betegne som en høyere risiko hos personer med en utviklingshemming enn befolkningen ellers (Ellingsen, 2007). Anbefalinger om kosthold og fysisk aktivitet utgis av Helsedirektoratet, og er noe som angår oss alle. Fokuset på å redusere stillesitting ble for første gang inkludert i Helsedirektoratets rapport i 2014 (Helsedirektoratet, 2016). Dermed kan vi se at denne tematikken er forholdsvis fersk sett i en historisk sammenheng.

Utgangspunktet for denne oppgaven var fysisk aktivitet og psykisk helse sett i lys av pandemien. Etter flere runder med diskusjoner og tanker rundt tema sammen med personer innen helsetjenesten og på praksisplassen min i vår, landet jeg på noe som treffer vel så godt. I andre enden av fysisk aktivitet har vi mangelen på fysisk aktivitet. Dette treffer meg som et spennende område. Pandemien som fortsatt herjer, har satt fokus på folkehelsen. Tematikken har kanskje aldri vært mer aktuell, noe den derimot kanskje skulle vært for en god tid tilbake.

Jeg har selv erfart helsegevinsten ved fysisk aktivitet som påvirker både fysisk og psykisk helse. Dette er noe som har fascinert meg, samtidig som forskning viser at mangelen på fysisk aktivitet er en helseutfordring. En helseutfordring som påvirker liv, og i verste fall tar liv (St. Olavs Hospital, 2016).

1.2 Aktualitet og hensikt

Å holde seg innendørs eller i avstand fra andre er et av tiltakene befolkningen har kjent på etter covid-19 brøt ut. Butikker, dagsenter, og andre sosiale møtesteder er redusert. Økt stillesitting og inaktivitet er i fokus om dagen og påvirkes av dagens pandemi (Kunugi & Ali, 2020). Oppgaven skal for øvrig ikke ta for seg konsekvenser av pandemien. Derimot skal jeg ta for meg grad av stillesitting og helsemessige konsekvenser, noe som er et aktuelt tema for folk flest og relevant for vernepleieren. Kompetanseområdene til vernepleieren blir presentert i teoridelen i oppgaven.

Hensikten med oppgaven blir dermed å se graden av stillesitting hos personer med en utviklingshemming, samt hvilke helsemessige konsekvenser stillesitting kan medføre. Samtidig har oppgaven til hensikt å se hvordan dette er aktuelt for vernepleieren som tjenesteyter. Artiklene som jeg har valgt ut vil bli presentert senere i oppgaven. Resultatene fra disse artiklene vil vise seg å kunne legge til rette for videre forskning og tiltak. De ser også nødvendigheten av videre utfyllende kartlegging av mønstre og konsekvenser av inaktivitet og stillesitting.

Gjennom et særdeles aktuelt tema og hensikten som er presentert har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan er graden av stillesitting for personer med en utviklingshemming? Hvilke helsemessige konsekvenser kan stillesitting ha for personer med en utviklingshemming, og hvordan er vernepleiefaglig kompetanse relevant for dette?»

1.3 Avgrensninger

Det stilles enkelte krav til avgrensning av problemstillingen. Oppgaven vil kreve at utviklingshemming som en diagnose i ICD-10 kodeksen er oppfylt. ICD-10 kodeksen er en internasjonal statistisk klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. Det er flere diagnoser som kan medføre utviklingshemming (Eknes & Løkke, 2009). Derimot er det ikke satt noen avgrensninger rundt diagnoser. Med dette mener jeg at så lenge deltakerne har diagnosen utviklingshemming er de inkludert i de ulike studiene. Deltakerne er ikke stort preget av bevegelsesutfordringer, samtidig som det er ulike grad av utviklingshemming hos deltakerne. Alle er over 18 år.

Relatert til problemstillingen kan vernepleiefaglig kompetanse ha mange innfallsvinkler. Jeg tar utgangspunkt i en pensumbok, *Innføring i Vernepleie*

(Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015), fra tidligere emne i utdanningsløpet for å dekke kompetanseområdene til vernepleieren. Når det kommer til hvilke helsemessige konsekvenser stillesitting kan ha, har jeg valgt å sette fokuset på somatisk helse fremfor psykisk helse.

Jeg skal ikke se på årsaker til hvorfor statistikken er som den er, noe som kunne vært interessant i seg selv. Derimot vil fokuset være rettet mot grad av stillesitting og hvilke helsemessige konsekvenser det har.

1.4 Begrepsavklaringer

Begreper som er viktige for oppgaven avklares kort nedenfor.

1.4.1 Utviklingshemming

Utviklingshemming er en livslang medisinsk diagnose henvist til ICD-10 kodeverket fra WHO. Diagnosen innebærer en IQ på under 70, og må være fremtredende før fylte 18 år.

Det er ulike grader av utviklingshemming, som tar utgangspunkt i IQ og mental alder. WHO definerer utviklingshemming på følgende måte:

«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser».

(NAKU, 2021)

1.4.2 Stillesitting

Stillesittende atferd kan defineres som all våken aktivitet med et energiforbruk <1.5 metabolske ekvivalenter. Enklere forklart betyr det hastigheten en person bruker energi på. Eksempler på dette er å sitte eller ligge (WHO, 2018, s. 14).

Stillesitting kontra fysisk aktivitet er to ulike atferder som krever to ulike tilnærminger. Man kan oppfylle WHO sine råd om fysisk aktivitet og likevel tilbringe mesteparten av dagen stillesittende. Et av rådene er å redusere tiden brukt på stillesitting og erstatte den med fysisk aktivitet av hvilken som helst grad (WHO, 2020).

1.4.3 Livsstilssykdom

NHI beskriver livsstilssykdom som sykdom relatert til hvordan en person lever. Det finnes ulike helsemessige konsekvenser, og ulik hyppighet av de ulike helsemessige konsekvensene avhengig av livsstil og levemåte.

Kronorar hjertesykdom, overvekt, diabetes, og høyt blodtrykk er eksempler på sykdommer som kan relateres til livsstil. Særlig i industrialiserte land er forekomsten av slike sykdommer høy. Lav grad av fysisk aktivitet kan eksempelvis være en årsak til de ulike sykdommene knyttet til livsstil (NHI, 2020).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven skal belyse problemstillingen som er presentert tidligere. Jeg har benyttet en IMRaD-struktur for oversiktlig lesing. IMRaD er en disponering av tekst som forteller hvor i teksten du finner informasjon gjennom Introduksjon, Metode, Resultat, *and* Diskusjon (Thidemann, 2019, s. 30).

Videre vil altså teori, metode, og resultat bli presentert. Diskusjonskapitlet vil ta for seg resultat og teori i en drøfting, før jeg til slutt vil trekke en konklusjon.

2. Teori

Relevant teori blir presentert nedenfor. Utvalgte tema vil være nyttig for å kunne trekke en konklusjon gjennom drøfting av teori og resultater som kommer senere i oppgaven. Jeg har valgt meg ut tre sentrale tema for teorien i oppgaven.

2.1 Vernepleiefaglig kompetanse

Vernepleieren blir trukket frem som viktig i habiliteringsarbeid, med kompetanseområder innen helsefag, sosialfag, og pedagogisk kunnskap. Samtidig nevnes hverdagsrehabilitering som et sentralt begrep i helse- og omsorgstjenester, da aktivisering og egenmestring i et livsløpsperspektiv er en satsning i helse-Norge (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 19).

Forebygging av sykdom er sentralt i helsefaglig arbeid. I forhold til personer med en utviklingshemming gjelder dette muligens i større grad gjennom et livsløpsperspektiv. Personer med store og sammensatte funksjonsnedsettelse kan ha utfordringer med å ivareta egen helse. Den helsefaglige kompetansen til vernepleieren er en viktig del av yrkesutøvelsen, da man er autorisert helsepersonell på lik linje med eksempelvis sykepleiere, og skal følge krav til faglig forsvarlighet (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 20-22)

Sosialfaglig kompetanse handler om å tilrettelegge for egenaktivitet med et fokus på tjenestemottaker i et langtidsperspektiv og i hverdagslivet. Dette innebærer direkte og indirekte bistand på alle plan, samt deltakelse i samfunnet. Sosial helse kan ha innvirkning på både fysisk og psykisk helse. Da vernepleieren som profesjon tar for seg både sosialfaglige og helsefaglige områder har vernepleie et bredt kompetanseområde innen flere felt (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 22-24).

Pedagogisk kompetanse tar for seg veiledning, tilrettelegging for læring og forståelse. Personer som trenger en eller annen form for bistand for å mestre hverdagen eller aktiviteter gjennom utviklingsprosesser, står vernepleieren nært. Opplæring og pedagogiske oppgaver har historisk sett kunne relateres til vernepleierens kompetanseområder. Når det kommer til utviklingshemming, vil det være ulike kognitive nivå og ulike ferdigheter tilhørende kommunikasjon. I henhold til enkelte brukergrupper er den pedagogiske kompetansen viktig for å kunne tilpasse seg kommunikasjonen (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 24-26).

Grunnleggende Arbeidsmodell i Vernepleie (GAVE) er en modell vernepleieren kan jobbe etter. Modellen er delt inn i kartlegging, analyse, målvalg og tiltak. Dette er et verktøy for å jobbe systematisk, dog er dette en dynamisk prosess der man beveger seg frem og tilbake kontinuerlig i modellen. Tjenestemottaker skal være en sentral stemme i målvalgsprosessen (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 63-66, 76).

Måltrettet arbeid (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015) og empowerment (Ellingsen, 2015) er tilleggsvis viktige områder for vernepleieren sin yrkesutøvelse. De tre overnevnte kompetanseområdene utfordres og utvikles gjennom disse emnene. Dette er områder som handler om mestring, å «gjøre i stand til», og å jobbe måltrettet. I forskriften om (re)habilitering, individuell plan og koordinator, står det at man har rett til å delta i planlegging, utforming og utøving i habiliteringsprosessen. Dermed er individuell plan et tilpasset tiltak for et helhetlig tjenestetilbud (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 27-30).

Eknes og Løkke skriver i boken *Utviklingshemming og habilitering* at det gjennom habiliteringsarbeid både kan jobbes forebyggende og behandlende i habiliteringsprosesser (2009, s. 21).

Arbeid med personer med en utviklingshemming i forhold til fysisk aktivitet og bevegelse, er noe som ofte nedprioriteres (Eknes & Løkke, 2009, s. 14).

2.2 Risikofaktorer knyttet til stillesitting:

Stillesitting kan relateres til høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes type 2. Det er generelt økt dødelighet, og økt dødelighet innenfor hjerte- og karsykdommer og kreft for personer med høy grad av stillesitting (WHO, 2020).

Sykdommer relatert til livsstil, derav mangel på fysisk aktivitet har vært en sentral årsak i forhold til helsesvikt og livsstilssykdommer hos personer med en utviklingshemming (NAKU, 2016).

Tall viser at inaktivitet står bak 6-10% av alle dødsfall knyttet til ikke-smittsomme sykdommer. Inaktivitet er også årsaken til 9% av tilfeller av for tidlig død og mer enn 5,3 av de 57 millioner dødsfall i verden i 2008 (St. Olavs Hospital, 2016).

Med tallene tatt i betraktning kan det tenkes at sykdommer knyttet til stillesitting byr på utfordringer i hverdagen, da vi vet at høyt blodtrykk, fedme, diabetes etc. kan relateres til stillesitting og kan påvirke hverdagen til personen (Gosh et al., (2020).

2.3 Utviklingshemming og somatisk helse

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming har i en tidligere rapport (Helseoppfølging av personer med utviklingshemming, 2007) vist at personer med en utviklingshemming har høyere forekomst av helsesvikt enn resten av befolkningen generelt.

Det er som tidligere nevnt et bredt spekter av diagnoser som kan medføre en utviklingshemming. Utfordringer i forhold til bevegelse og skjelettforandringer er ved flere diagnoser tilstedeværende. Eksempler på slike diagnoser kan være downs syndrom og cerebral parese. Det er viktig med kunnskap om de ulike diagnosene i forhold til bevegelse med tanke på utvikling og opprettholdelse av kroppen som helhet (Eknes & Løkke, 2009, ss. 88-89).

Forekomsten av og risikoen for å utvikle kroniske sykdommer og faktorer som forbindes med dårlig helse, er større hos personer med en utviklingshemming. Overvekt og fysisk inaktivitet er å betegne som høyere risiko for personer med utviklingshemming enn befolkningen ellers. Fysisk inaktivitet bidrar alene til høy forekomst av sykkelighet og dødelighet hos personer med en utviklingshemming. (Ellingsen, 2007, ss. 15-16).

2.4 Forforståelse

Vår forforståelse påvirker måten vi tenker på. Gjennom en oppgave som dette skal en være oppmerksom på sin forforståelse, da den vil være til stede uansett hvor objektiv en ønsker å være (Dalland, 2017).

Selv har jeg erfaring fra arbeid med personer med en utviklingshemming, og har derfor innblikk i hvordan tingenes tilstand er. Det skal også sies at i arbeidet med å forme denne oppgaven har medstudenter, veiledere på praksisplass, samt tjenesteytere som er nære bekjente av meg, gitt sine innspill på hvordan hverdagene de ulike stedene er. Dette har vært med på å forme min forforståelse av tema. Til tross for dette mener jeg objektiviteten er ivaretatt.

3. Metode

Kapittelet tar for seg metoden som er brukt i oppgaven. Dette innebærer fremgangsmåten, søk og litteratormatrise. En trinnvis modell i tråd med Thidemann (2019) er malen for metodekapittelet.

3.1 Metode i oppgaven

Metoden for bacheloroppgaven er en litteraturstudie da dette er et krav fra NTNU. På bakgrunn av dette er problemstillingen tilpasset denne metoden.

En litteraturstudie har som formål å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, der hensikten er å gi en oppdatert forståelse av kunnskapen på området. Dette krever å samle inn litteratur med et kritisk blikk og sammenfatte det samtidig som man beskriver arbeidsprosessen (Thidemann, 2019, ss. 77-78).

Gjennom søk i ulike databaser finner jeg relevant litteratur. Det er brukt artikler med kvalitative metoder i denne oppgaven. Søkeprosessen og fremgangsmåte vil bli presentert i ulike trinn.

3.2 Systematisk litteratursøk

Referert til Thidemann (2019, s. 82) innledet jeg litteraturstudien med søk etter en trinnvis prosess som vil bli presentert videre i oppgaven.

Et systematisk litteratursøk relatert til problemstillingen er en prosess der man beveger seg frem og tilbake mellom trinnene. Denne prosessen krever planlegging, begrunnelse, dokumentasjon og at det er etterprøvbart.

Trinn 1: Operasjonalisere problemstillingen.

For å operasjonalisere problemstillingen blir den satt inn i et PICO-skjema (*Tabell 1*), som er et rammeverk for å gjøre problemstillingen søkbar og presis. Skjemaet utarbeides i trinn 1, men brukes også i trinn 3 og 4 av prosessen.

| (P) Patient (Hvem) | (I) Intervention (Hva) | (C) Comparison (Alternativer) | (O) Outcomes (Resultater) |
|---|--|---|--|
| Personer med psykisk utviklingshemming | Stillesitting | | Tid brukt på stillesittende aktiviteter, helseutfordringer |
| Søkeord: | | | |
| Intellectual disab*, developmental disabilities, utviklingshem*, mental retardation | Sedentary behaviour, sedentary, inactivity, physical activity, phys* | | Sedentary behaviour, causes |

Tabell 1

For å avgrense mengde litteratur og optimalisere søket har jeg også definert inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2).

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Psykisk utviklingshemming - Stillesitting - Over 18 år - Fagfelleurdert artikkel - Publisert siste fem år | <ul style="list-style-type: none"> - Under 18 år - Ikke fagfelleurdert - Publisert før 2016 |

Tabell 2

Trinn 2: Velge databaser

Ulike databaser dekker ulike fagområder. For å belyse problemstillingen har jeg valg å gjøre søk i Oria, som dekker alle fagområder, og PubMed som er en database for medisin og helsevitenskap (NTNU, 2021). For min del var det mer interessant med artikler utenfor Norge grunnet relative likheter i vestlige land, samt mer datautvalg utenfor landets grenser. De valgte databasene ga gode relevante treff med god faglig kvalitet i litteratursøk i utenlandske tidsskrift.

Trinn 3: Bestemme søkeord

For å finne passende søkeord tok jeg utgangspunkt i problemstillingen og la dem inn i PICO-skjemaet. Enkelte emneord og tekstord ble valgt (Thidemann, 2019, s. 86) og faguttrykk på engelsk var avgjørende for relevante treff. For å få frem ulike kombinasjoner av et ord i Oria benyttet jeg tegnet «*» slik at et ord kunne få flere endelser.

Trinn 4: Gjennomføre søket

PICO-skjemaet ble brukt for å strukturere og kombinere søkeord. I tillegg brukte jeg *PubMed Advanced Search Builder* i PubMed og *Avansert søk* i Oria for å optimalisere søket. På denne måten fikk jeg med sikkerhet lagt inn de kriterier jeg ønsket for søket.

Trinn 5: Evaluere søket

På dette tidspunkt var ikke ordlyden i problemstillingen satt, da søkeprosessen kan avdekke ny kunnskap som krever justering i problemstillingen. Ulike søkeord ga ulikt resultat og relativt mange treff. Dette kan ses på som en fordel og en ulempe, men dekkende søkeord for problemstillingen ga meg likevel resultatene jeg ønsket.

Trinn 6: Dokumentere søkestrategien

En oversiktlig tabell for å kvalitetssjekke og kunne etterprøve er viktig (*Tabell 3*). Jeg merket at dubletter dukket opp i de ulike databasene, noe som tyder på passende søkeord. I tabellen som følger er det ikke dokumentert ustrukturerte søk. Kun søkene som er målrettet mot problemstillingen er dokumentert her, samtidig som den tar for seg omfanget av leste abstract, altså sammendrag, og artikler, samt hvilke artikler som er inkludert i oppgaven. En systematisert litteraturmatriks som tar for seg valgte artikler vil presenteres senere i oppgaven.

| Søke-dato | Søk nummer | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrrens-ninger | Antall treff | Leste abstract | Leste artikler | Artikler inkludert |
|-----------|------------|--|---|--------------|----------------|----------------|--------------------|
| 25.03.21 | 1 | Søkemotor: Oria Sedentary behaviour intellectual disab* | Fagfelleverderte tidsskrift, siste fem år | 1541 | 12 | 5 | 3 |
| 26.03.21 | 2 | Søkemotor: Oria Inakti* utviklingshem* | Ingen | 8 | 1 | 0 | 0 |
| 26.03.21 | 3 | Søkemotor: Oria developmental disabilities covid-19 physical activity | Fagfelleverderte tidsskrift | 348 | 1 | 0 | 0 |
| 30.03.21 | 4 | Søkemotor: PubMed ((intellectual disability) AND (sedentary)) AND (adult) | Siste fem år | 68 | 7 | 4 | 2 |
| 06.04.21 | 5 | Søkemotor: Oria Sedentary AND intellectual disabilities OR mental retardation AND causes | Fagfelleverderte tidsskrift | 66,005 | 12 | 4 | 0 |

Tabell 3

3.3 Litteraturstudien

Forrige delkapittel tok for seg litteratursøk som metode og fremgangsmåten for søk. Jeg vil nå gå gjennom prosessen for vurdering og analyse av artiklene, etterfulgt av en litteraturmatrise som presenterer valgte artikler (*Tabell 5*).

Gjennom analysen finner man ut av hva teksten forteller. På denne måten er det lettere å tolke teksten for å forstå den. Det vil være viktig å tenke gjennom relevansen til problemstillingen gjennom lesing av artiklene (Thidemann, 2019, ss. 92-93).

Først valgte jeg ut artikler som virket å ha en relevant tittel, da det er mye informasjon å hente her. Dernest leste jeg abstract fra valgte artikler, noe som gjør at irrelevante artikler kan forkastes. Å lese abstract, gir en pekepinn på om artiklene er noe å lese videre på. Dette viser seg å stemme overens med tabell 3.

IMRaD-strukturen gjorde lesing av artikler enklere og mer oversiktlig. Systematiserte søk og leste abstracts ga meg en oversikt av artiklene (Thidemann, 2019, s. 90).

Denne strukturen gjør at en artikkel effektivt gir en bedre forståelse av innholdet.

Artiklene som fremstår relevante ble lest gjennom gjentatte ganger, før de til slutt fikk plass i litteraturmatrisen.

Jeg har utarbeidet en tabell som viser hvilke artikler som sier noe om de ulike hovedfunnene som vil bli presentert i resultatdelen. For å systematisere analysen for meg selv, brukte jeg fargekoder som markører i valgte artikler. Fargekodene markerte tema presentert i tabell 4 vist nedenfor. Jeg markerte eksempelvis deler av teksten som handlet om grad av stillesitting med oransje, og deler som handlet om helseutfordringer knyttet til stillesitting med grønn. På denne måten var det lettere å organisere resultatene og få et mer presist blikk over de ulike tekstene for videre sammenligning av resultater.

| Artikkel | Grad av stillesitting | Personer med og uten utviklingshemming | Grad av utviklingshemming | Alder | Kjønn | Helseutfordringer knyttet til stillesitting |
|----------|-----------------------|--|---------------------------|-------|-------|---|
| 1 | + | + | | + | + | + |
| 2 | + | + | | + | + | + |
| 3 | + | + | + | | + | + |
| 4 | + | | + | + | + | + |
| 5 | + | + | | + | + | + |

Tabell 4

Kvaliteten på artiklene skal være høy da alle er fagfellevurderte og sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) er tatt i bruk, samt at publiseringskanalene er anerkjente. Derimot er det viktig å ha et kritisk blikk på innholdet som blir presentert, spesielt opp mot relevansen mot problemstillingen. Artiklene fanget fort interessen min via abstract og lesing av studiene i sin helhet.

3.4 Metodekritikk:

Litteraturstudien bygger på artikler av kvantitative forskningsmetoder. Fordi kvantitative data analyseres gjennom statistikk, bør det være et representativt utvalg av deltakere for å kunne analysere resultatene opp mot ønskelig problemstilling, noe jeg mener det er. Sannsynligheten for at funnene faktisk beskriver et oppriktig bilde for store deler av populasjonen er med på å vurdere validiteten av artiklene (Sykepleien.no, 2019).

Du vil kunne se at det er ulikt antall deltakere i de ulike studiene, samt forskjellige metoder for å kartlegge stillesitting. Ulike nasjonaliteter med ulikt helsevesen er også et punkt som burde tas med i vurderingen av artiklene. Likevel gir dette et mangfold i resultater. Det var ønskelig med artikler fra forskjellige geografiske områder for å få en bredere forståelse og bekreftelse på problemstillingen. Samtidig var det viktig for min problemstilling at undersøkelsene viste grad av stillesitting. Som en antakelse at vestlige land er relativt like på området problemstillingen gjelder, da dette er et globalt fenomen, mener jeg studier fra ulike nasjonaliteter bør representeres. Dette skal vise seg å stemme overens med resultatene som blir presentert i neste kapittel.

Ved en mer omfattende studie ville jeg tatt med artikler fra enda flere nasjonaliteter, samt enkelte kvalitative studier, for å nærmere undersøke hvordan vernepleierfaglig kompetanse kan bidra. Dette ville økt reliabiliteten og validiteten til oppgaven.

3.5 Litteraturmatrise

| | |
|---|--|
| Artikkel 1: Skottland | (Harris, McGarty, Hilgenkamp, Mitchell, & Melville, 2019) Patterns of objectively measured sedentary behaviour in adults with intellectual disabilities. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> (2019, ss. 1428-1436) https://doi.org/10.1111/jar.12633 |
| Hensikt | Hensikten med studien var å objektivt undersøke mønstrene av stillesitting hos voksne med utviklingshemming |
| Metode | Akselerometerdata samlet fra to tilfeldige grupper deltagende i livsstilsendingsprogram for voksne med utviklingshemming. Stillesittende aktivitet ble beregnet, inkludert avbrytelser av stillesitting. |
| Utvalg | I studien fra Skottland deltok 152 personer over 18 år med ulik grad av utviklingshemming. 48% har en mild grad av og 35% har en moderat grad av utviklingshemming. |
| Resultater | Stillesittende atferd er en stor del av hverdagen til personer med en utviklingshemming. 8 timer daglig stillesitting er gjennomsnittet av deltakerne i studien. Dette tilsvarer mer enn 70% av tiden man er våken. Et gjennomsnitt på 7 avbrytelser i stillesittingen gjennom dagen, med et gjennomsnitt på >40 minutter. |
| Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk | Stryker: Helseprofilen til deltakerne ligner store deler av befolkningen med en utviklingshemming. Studien antas å kunne generalisere seg for en større del av voksne personer med en utviklingshemming i Skottland. Studien tar for seg en hel uke, noe som gir et vidt perspektiv. Svakheter: Akselerometeret ble brukt 11 timer daglig og kan ikke måle forskjell på om man sitter eller er stående. |
| Etikk | Anonymisert studie der deltakerne er over 18 år og samtykke og informasjon skal være ivaretatt. |

| | |
|----------------------------|--|
| Relevans | Målinger gjort kontinuerlig av en representativ del av befolkningen viser relativt presise resultat på stillesitting. Dette er et viktig grunnlag for problemstillingen. Skottland er også et vestlig land med sammenlignbare forhold som Norge, selv om sentrale ulikheter forekommer. |
| Artikkel 2: USA | (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020) Levels and patterns of sedentary behaviour in men and women with intellectual disability <i>Disability and Health Journal</i> (2020, ss. 1-7) https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101059 |
| Hensikt | Hensikten med studien var å undersøke stillesittende aktivitet hos personer med en utviklingshemming i USA. Forskjeller mellom kjønn, alder, hverdag og helg skulle også sees oppimot stillesittende atferd. Å forstå og undersøke graden av stillesitting er viktig for å redusere og forbedre helsen til personer med en utviklingshemming. |
| Metode | Deltakerne ble utstyrt med akselerometer i våken tilstand i en uke for å måle stillesittende atferd. |
| Utvalg | 52 voksne personer med mild til moderat grad av psykisk utviklingshemming deltok i studien, der 43 av dem bor i bolig med heldøgns omsorg. Gjennomsnittsalderen av deltakerne var 48 år. Deltakerne i studien er fra sørøst-statene i USA. Kriterier for deltakelse er: 1. Å ha en utviklingshemming. 2. Over 18 år. 3. Mobil uten hjelpeapparat. 4. Kunne snakke 5. Kunne forstå prosedyrene i testingen. |
| Resultater | Uavhengig av alder og kjønn var gjennomsnittlig stillesittende atferd 8,5 timer daglig. Avbrudd i stillesitting var større i ukedagene enn i helgen. Store deler av den våkne |

| | |
|---|---|
| | tiden ble brukt til stillesittende aktiviteter, men med innslag av mange korte avbrudd i stillesittingen. Gjennomsnittlig var det 87,2 avbrudd på under 30 minutter. |
| Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk | <p>Stryker: Studien har en stor deltakergruppe for å sammenligne ukedager, kjønn og alder. Dette er en av få studier som gir data om stillesittende atferd blant personer med en utviklingshemming i USA.</p> <p>Studien bekrefter likheter i tall som tar for seg stillesittende atferd hos personer med utviklingshemming med studier fra Spania og Storbritannia.</p> <p>Svakheter: Målinger fra sørøst-statene i USA kan nok ikke være representativt for hele USA. Målingene er muligens ikke omfattende nok til å evaluere ulike variabler, eller over flere uker. De fleste deltakerne bor i bolig med heldøgns omsorg, noe som betyr at det ikke er tatt like stor høyde for andre boforhold.</p> |
| Etikk | Informert samtykke fra deltakere og tillatelse fra autoriserte juridiske representanter. Studien er godkjent av <i>Institutional Review Board</i> . |
| Relevans | Studien viser relevante målinger på stillesittende atferd og avbrudd i denne atferden hos deltakergruppen. Den er viktig for å få en bredere forståelse av sammenhengen mellom stillesittende atferd og kjønn, alder og ukedager hos personer med utviklingshemming. |
| Artikkel 3: Skottland | <p>(Melville, et al., 2018)</p> <p>A population-based, cross-sectional study of the prevalence and correlates of sedentary behaviour of adults with intellectual disabilities</p> <p><i>Journal of Intellectual Disability Research</i> (2018, ss. 60-71)</p> <p>https://doi.org/10.1111/jir.12454</p> |
| Hensikt | Hensikten med denne studien var å utvide forståelsen gjennom å se sammenhengen av stillesitting fra en stor |

| | |
|---|--|
| | populasjonsbasert prøve. Også å se sammenhengen mellom stillesitting og personer med en utviklingshemming, da det er manglende tall på dette. |
| Metode | <p>Personer med en utviklingshemming ble invitert til en helsesjekk utført av sykepleiere spesialisert i diagnosen psykisk utviklingshemming.</p> <p><i>C21 Health Check</i> er en helsesjekk utviklet av <i>Glasgow University Centre for Excellence in Developmental Disabilities</i>.</p> <p>Helsesjekken inkluderer en samtale sammen med en sykepleier og en helsefagarbeider som kjenner personen. Selvrapporing ved spørsmål i samtalen er metoden som ble brukt.</p> |
| Utvalg | Totalt 725 personer med utviklingshemming deltok i studien. Deltakerne var fra ulike steder i Skottland, både urbane og rurale områder. Alderen på deltakerne var mellom 18-90 år. |
| Resultater | <p>Økt stillesitting ble assosiert med følgende:</p> <p>Fedme, mobilitetsutfordringer, større grad av utviklingshemming, hørselshemming, og epilepsi.</p> <p>Personer med en utviklingshemming viser å ha større mengde stillesitting enn personer uten en utviklingshemming.</p> <p>50% av deltakerne rapporterte fire timer eller mer med daglig stillesitting. 6,8% oppnår anbefalt daglig fysisk aktivitet.</p> |
| Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk | <p>Styrker: Studien er representativ for Skottland og andre høyinntektsland grunnet mengden deltakere, sosialøkonomiske variasjonen av deltakerne. Variasjonen av hvor i landet deltakerne bor er også en styrke som er med på å underbygge dette.</p> <p>Svakheter: Subjektive målinger på skjermtid var måleenheten for stillesittende atferd. Det finnes andre grunner til å sitte stille uten at skjer/TV er inkludert. Samtidig</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | er det subjektive målinger, noe som krever at man kan gjenfortelle atferd. Kognitive utfordringer kan være et element som kan stille seg kritisk til validiteten av selvrapporingen av stillesittende atferd. |
| Etikk | Godkjent av <i>Multicentre Research Ethics Committee</i> . Alle deltakere har samtykket til å delta. Det er innhentet samtykke hos nærmeste pårørende, verge, eller advokat hos personer som ikke er samtykkekompetente. |
| Relevans | Studien tar for seg en stor deltakergruppe som kan være representativ for flere høyinntektsland, deriblant Norge. Sammenhengen mellom stillesitting og andre helseutfordringer er interessant, samtidig som subjektive målinger av stillesitting (skjermtid) over så stor deltakergruppe er viktig for oppgaven. |
| Artikkel 4: USA | (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017) Low levels of Physical Activity and Sedentary Behaviour in Adults with Intellectual Disabilities <i>International journal of environmental research and public health</i> (2017, ss. 1-17) https://doi.org/10.3390/ijerph14121503 |
| Hensikt | Det er få studier uten små deltakergrupper som tar for seg dette området. Denne studien tar for seg: 1. Utbredelsen av lavt fysisk aktivitetsnivå og gjennomsnittlig tid brukt på stillesitting hos personer med utviklingshemming. 2. Sammenhengen mellom tid brukt på stillesitting og lavt fysisk aktivitetsnivå. 3. Assosierte faktorer tilknyttet: Demografi, helse og funksjon, miljøfaktorer. |
| Metode | Familie eller primærkontakter av personer med en utviklingshemming ble rekruttert som informanter gjennom diverse media (facebook, avis, etc.). Personen som ble invitert, altså personen med en |

| | |
|---|---|
| | utviklingshemming, kunne svare på en undersøkelse pr brev eller online sammen med familie eller primærkontakt. |
| Utvalg | Totalt 1618 av 2841 inviterte deltok i studien. Deltakerne i studien var voksne personer med en psykisk utviklingshemming fra ulike stater i USA. 56,4% bor hjemme hos sin familie. Deltakerne var baselinekohorten i en studie over ni år som fokuserte på helserisikofaktorer hos voksne personer med utviklingshemming i USA. |
| Resultater | 61,5% av deltakerne brukte over 3 timer på TV-titting daglig. 40% av deltakerne brukte over 4 timer på TV-titting daglig. 60% har lav mengde fysisk aktivitet, og 25% deltar aldri eller sjeldent i moderat eller ting fysisk aktivitet. |
| Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk | Styrker: Studien tar for seg en stor deltakergruppe med ulik grad av utviklingshemming, boforhold, helseinformasjon, samt miljøfaktorer. Svakheter: Det ble brukt et spørreskjema for å avdekke fysisk aktivitet og stillesitting, noe som kan føre til unøyaktige svar. Kun TV-titting ble ansett som stillesitting. Måten deltakerne ble invitert på kan tyde på at det er en mer fysisk aktiv del av befolkningen som deltok i studien. |
| Etikk | The University institutional review board godkjente denne studien, da den involverte sensitiv informasjon om deltakerne. Deltakerne fikk detaljert informasjon om studien i brevet tilsendt ved invitasjonen. |
| Relevans | Dette er en stor studie som involverer mange deltakere. Den tar for seg sammenhengen mellom aktivitetsnivå og stillesitting, noe som er relevant for problemstillingen. |

| | |
|---|---|
| Artikkel 5: Spania | (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019) Physical Activity and Sedentary Time in Active and Non-active Adults with Intellectual Disability: A comparative Study <i>International journal of environmental research and public health</i> (2019, ss. 1-16) |
| Hensikt | Hensikten med denne studien var å beskrive og sammenligne grad av fysisk aktivitet og stillesitting hos: <ul style="list-style-type: none"> - Fysisk aktive personer med en utviklingshemming - Fysisk inaktive personer med en utviklingshemming - Personer uten utviklingshemming. Variasjoner gjennom uka i forhold til stillesitting og fysisk aktivitet på tvers av gruppene over skal også sammenlignes. |
| Metode | Deltakerne ble utstyrt med akselerometer som registrerer aktivitet hvert femte sekund. Et krav var at akselerometeret ble brukt i over 10 timer daglig i mer enn fire dager. |
| Utvalg | Totalt 97 personer deltok i studien. 37 aktive og 29 ikke-aktive personer med mild til moderat grad av utviklingshemming, samt 31 personer uten utviklingshemming deltok i studien. Alle deltakerne kan gå uten hjelpemidler. Med aktive personer menes det personer som deltar på et aktivitetsprogram i regi av et dagsenter. |
| Resultater | Personer uten utviklingshemming brukte betydelig mindre tid på stillesitting gjennom uka, bortsett fra på fredag. Derimot var det små forskjeller på den aktive og den mindre aktive gruppa, bortsett fra når den ene gruppen deltok på aktivitetsprogrammet fra dagsenteret. Deltakerne med utviklingshemming brukte mesteparten av den våkne siden sin stillesittende, |
| Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk | Styrker: Studien sammenligner personer med og uten en utviklingshemming sin fysiske aktivitet og stillesitting |

| | |
|-----------------|---|
| | <p>gjennom en uke. Den bruker akselerometer som gir en mer nøyaktig måling enn ved selvrappoterende undersøkelser.</p> <p>Svakheter: Studien inneholder relativt få deltakere.</p> <p>Akselerometeret kunne ikke brukes i kontakt med aktiviteter som inneholder vann, noe som kan ha betydning for enkelte deltakere.</p> |
| Etikk | <p>Gjennom to møter med deltakerne ble informasjon om studien sammen med evt verge eller nærpersioner gitt, og informert samtykke ble skrevet under på. Studien er godkjent av <i>Institutional Research Ethics Committee</i> og følger Helsinkideklarasjonen.</p> |
| Relevans | <p>Studien tar for seg en sammenligning i aktivitetsnivå og stillesitting for personer med og uten en utviklingshemming.</p> <p>Dette var en interessant artikkel for å få et perspektiv på problemstillingen.</p> |

Tabell 5

4. Resultat

Jeg vil nå presentere resultatene tematisk etter det jeg betrakter som hovedfunn i artiklene (Tabell 4). Dette betyr at de ulike artiklene vil sammenlignes. Hovedfunn er ofte det som kommer frem som mest relevant i artiklene (Thidemann, 2019, s. 96). Hovedfunn jeg har valgt å trekke frem er *Grad av stillesitting i hverdagen* og *Helseutfordringer knyttet til stillesitting*.

De valgte artiklene som ble presentert i litteraturmatrisen bygger på kvantitative studier som betyr at statistikker skal tolkes og analyseres (Sykepleien.no, 2019).

Jeg vil ta for meg hva de ulike artiklene sier om grad av stillesitting i hverdagen, som er utgangspunktet for de valgte artiklene, og selve grunnlaget for denne oppgaven. For å gjøre dette på en oversiktlig måte vil jeg videre dele inn funnene fra artiklene i undergrupper, vist i tabell 4, som tar for seg ulike variabler av interesse for oppgaven, for å avdekke eventuelle likheter og ulikheter. Presenterte undertema betyr ikke at artiklene har forsket på områdene, men at de sier noe om områdene.

Likheten til alle artiklene er som vist at alle tar for seg grad av stillesitting og har forsket på dette. Jeg ser likevel relevansen til valgte «undergrupper», da de gir en bredere forståelse og belysning rundt problemstillingen og hva som eventuelt spiller inn på grad av stillesitting.

4.1 Grad av stillesitting i hverdagen

Felles for artiklene er at alle tar for seg grad av stillesitting. Dette er gjort på ulike måter. Artikkel 1 (2019), 2 (2020), og 5 (2019) har gjort dette ved hjelp av akselerometer for å få en mer presis måling. Derimot har de to andre studiene utmålt grad av stillesitting via selvrapporing. Studiene uten akselerometermåling er studiene som har flest deltakere med henholdsvis 725 deltakere (Melville, et al., 2018) og 1618 deltakere (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017), i kontrast til de tre andre studiene med 152, 52 og 97 deltakere.

I artikkel 1 (Harris, McGarty, Hilgenkamp, Mitchell, & Melville, 2019) viser studien at deltakerne i snitt er stillesittende over 70% av tiden, som tilsvarer over 8 timer daglig. Artikkel 2 viser relativt like tall der deltakerne har en gjennomsnittlig stillesittende atferd på 8,5 timer (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020).

Gjennom selvrapporing som metode i artikkel 3 (Melville, et al., 2018) var det 165 av 725 deltakere som rapporterte over 6 timer daglig stillesitting. Videre er det 204

deltakere som rapporterte over 4 timer daglig i samme artikkel.

I likhet med sistnevnte artikkel er det gjennom selvrapporing i artikkel 4 (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017) rapportert at omkring 647 av 1618 personer tilbringer 4 timer eller mer på TV-seing. Her er det kun rapportert om tid brukt på TV-seing, og ikke generell stillesitting. Det skal legges til at 995 personer i samme studie rapporterte om 3 timer eller mer med daglig TV-seing.

Siste valgte artikkel serverer tall via akselerometerdata (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019) og viser at det ble tilbrakt 10 timer til stillesittende aktiviteter. Det er en betydelig økning fra artikkel 3 og 4. Som nevnt kan grad av TV-seing være en årsak til dette. Likevel er tallene fra artikkel 5 meget høye, med tanke på hvor lenge en dag varer eksklusiv søvn.

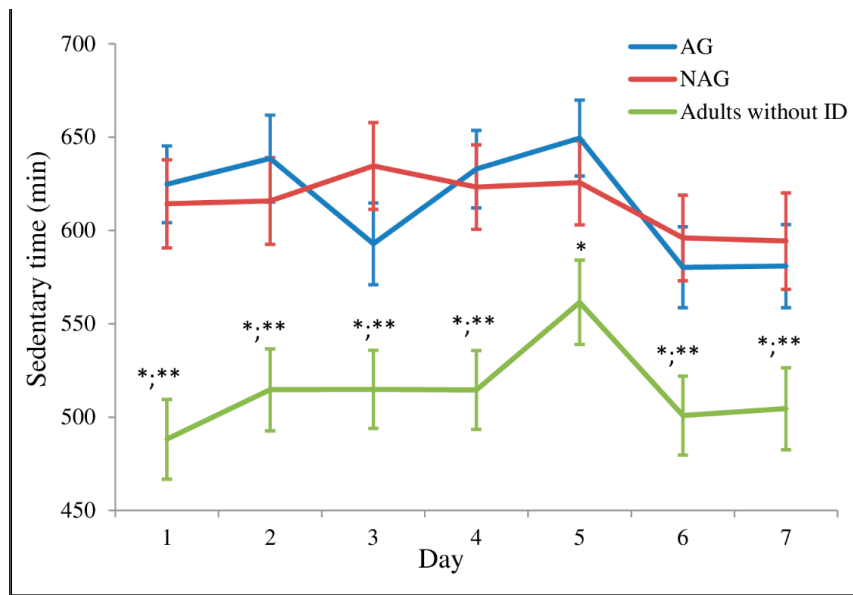
4.1.2 Sammenligning av personer med og uten en utviklingshemming

Artiklene som sier noe om grad av stillesitting hos personer med en utviklingshemming i forhold til personer uten en utviklingshemming har relativt like funn (Harris, McGarty, Hilgenkamp, Mitchell, & Melville, 2019), (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020), (Melville, et al., 2018) og (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019).

Samtlige artikler beskriver at personer med en utviklingshemming har kortere perioder, men hyppigere perioder preget av stillesitting. Samtidig beskriver Oviedo et al., (2019) i artikkel 5 at personer uten en utviklingshemming bruker mer tid i lett fysisk aktivitet enn personer med en utviklingshemming.

Artikkel 2 er den som skiller seg mest ut da den viser at gjennomsnittet av deltakerne er innenfor gjennomsnittet av befolkningen i USA som strekker seg mellom 7-11 timer daglig. Det merkes at tallene uansett er relativt høye (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020). Sistnevnte rapporterer også om flere, men kortere perioder av stillesitting hos personer med en utviklingshemming.

Følgende graf nedenfor (*Illustrasjon 1*), hentet fra artikkel 5, Oviedo et al., (2019) viser grad av stillesitting hos personer med, og personer uten en utviklingshemming. Illustrasjonen viser tydelig at personer med en utviklingshemming er langt mer stillesittende en personer uten en utviklingshemming. Grafen farget blått AG og rødt NAG, er illustrert utfra om personene er deltakere i aktivitetsprogrammet fra dagsenteret. Likevel ser vi at uavhengig av dette er det marginale forskjeller i tiden brukt stillesittende mellom disse to gruppene.



Illustrasjon 1

Forklaringen på resultatene er også relativt samsvarte. Lavere kognitive ferdigheter kan resultere i utfordringer ved langvarige stillesittende aktiviteter som krever mye kognitiv kapasitet (Harris, McGarty, Hilgenkamp, Mitchell, & Melville, 2019).

Et annet element som trekkes frem i artiklene er at personer med en utviklingshemming kan ha en annerledes hverdag der arbeidslivet ikke blir representert i alle liv, noe som kan skape ulike hverdager og livsstiler (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019).

Det er også et element at personer som bor i bofellesskap ikke har like muligheter for å benytte sportsfasiliteter etter en eventuell arbeidsdag (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019).

4.1.3 Grad av utviklingshemming

Høyere grad av utviklingshemming er assosiert med høyere skjermtid (Melville, et al., 2018). Derimot sier artikkel 4 at personer med en mild og moderat grad av utviklingshemming tilbrakte mer skjermtid enn personer med en alvorlig og dyp grad av utviklingshemming (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017).

4.1.4 Alder

Alle artiklene som tar for seg stillesitting der alder er en variabel som er med i statistikken, viser at det ikke er en signifikant forskjell. Artikkel 4 (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017) ser en sammenheng i graden av lett fysisk aktivitet som øker med alderen.

4.1.5 Kjønn

Artiklene er relativt samkjørte når det gjelder om kjønn er en signifikant variabel når det gjelder stillesitting. Resultatene i tre av fem artikler viser at det ikke er noen signifikant forskjell i ukedagene når det gjelder kjønn. Menn brukte mer tid stillesittende enn kvinner i helgene (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020). Studiene til Melville et al., (2018) og Hsieh et al., (2017) som henholdsvis er artikkel 3 og 4, viser at menn brukte mer tid stillesittende og TV-seende enn kvinner. Førstnevnte viser at det er 6% flere menn enn kvinner.

4.2 Helseutfordringer knyttet til stillesitting

Samtlige artikler sier noe om helseutfordringer knyttet til stillesitting. Eksempelvis sier artikkel 1 (2019) at det er økt risiko for kroniske sykdommer, fedme, diabetes og hjerte- og karsykdommer. Samme artikkel sier også at stillesittende perioder over 10 minutter kan relateres til en økt risiko for flere typer dødelighet.

Gosh et al., (2020) nevner i artikkel 2 at helsemyndighetene ikke bare oppfordrer til å nå aktivitetsnivå gjennom dagen, men også redusere tiden stillesitting, da pauser i stillesittingen har viktige helsefordeler.

Personer som bruker mye tid stillesittende har også høyere forekomst av fedme (Melville, et al., 2018), samtidig som inaktivitet er den fjerde største årsaken til dødelighet globalt (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017).

Kunnskap om stillesitting og hvilke konsekvenser dette har kan være viktig for å forbedre helsen til personer med en utviklingshemming (Melville, et al., 2018). Å

minimere inaktivitet, herunder stillesitting, burde være blant et av prioriterte områder for folkehelsen, noe samtlige artikler underbygger gjennom relevant teori og forskning.

4.3 Kvalitetsvurdering

Artiklene som er inkludert i denne oppgaven er kvalitetssjekket. De er alle fagfellevurderte og publisert i ulike anerkjente tidsskrifter. Primærkildene er derimot ikke undersøkt nærmere.

Da ingen av artiklene er publisert før 2016, kan man med sikkerhet si at tallene er relativt ferske. Derimot sier studiene at det trengs mer forskning på området.

Metodene som er brukt gir også et godt og variert grunnlag for resultatene. Artikkel 1, 2 og 5 som bruker objektive målinger med mange deltakere, sett i kontrast til artikkel 3 og 4 som bygger grunnlaget på selvrapporing og færre deltakere, kan sier å utfylle hverandre gjennom ulike tilnærminger. Ingen av studiene i de utvalgte artiklene varte lengre enn en uke, noe som kan trekke ned validiteten av resultatene. På en annen side er resultatene relativt samstemte.

5. Diskusjon

Henvist til Thidemann (2019, s. 109) er selve hensikten med diskusjonen å se hvordan resultatene svarer på problemstillingen, og hvordan resultatene forholder seg til aktuell teori presentert tidligere i oppgaven.

Ettersom resultatene er fremstilt i forrige kapittel skal jeg belyse spørsmålene til Thiedemann i diskusjonsdelen.

Først tar jeg for meg *Grad av stillesitting i hverdagen*. Derneft tar jeg for meg *Helseutfordringer knyttet til stillesitting*.

Teoridelen vil være et gjennomgående kunnskapsgrunnlag i diskusjonsdelen.

For å friske opp kjernen i oppgaven presenterer jeg problemstillingen på nytt:

«Hvordan er graden av stillesitting for personer med en utviklingshemming? Hvilke helsemessige konsekvenser kan stillesitting ha for personer med en utviklingshemming, og hvordan er vernepleiefaglig kompetanse relevant for dette?»

5.1 Grad av stillesitting i hverdagen

Resultatene viser at personer med en utviklingshemming bruker mer tid stillesittende en personer uten en utviklingshemming referert til tidligere presentert illustrasjon fra artikkel 5 (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019). Artikkel to av Gosh et al., (2020) oppfordrer personer som arbeider med personer med en utviklingshemming til å utvikle strategier og metoder for å redusere stillesitting. Dette er i tråd med rådene fra WHO (2020), som anbefaler å redusere tiden brukt på stillesitting og erstatte den med aktivitet av hvilken som helst grad. Artikkel 3 understreker også dette ved å forklare at økt kunnskap om stillesittende atferd kan bidra til bedre helse hos personer med en utviklingshemming (Melville, et al., 2018).

En tredelt kompetanse presentert i teoridelen tar for seg den helsefaglige-, sosialfaglige-, og pedagogiske kompetansen til vernepleieren. Samtidig vet vi at det er kjente risikofaktorer knyttet til høy grad av stillesitting. En av årsakene til høy grad av stillesitting kan være kognitivt nivå (Harris, McGarty, Hilgenkamp, Mitchell, & Melville, 2019) og ulik strukturert hverdag (Oviedo, Tamulevicius, & Guerra-Balic, 2019). Med bakgrunn i dette kan behovet for veiledning i hverdagen, både helsefaglig, sosialt og pedagogisk, kunne bidra til en økt forståelse av viktigheten av redusering av stillesitting hos personer med en utviklingshemming.

Den helsefaglige kompetansen legger vekt på forebygging av sykdom som et sentralt fokusområde, samtidig som at Nordlund presenterer at personer med en utviklingshemming kan ha utfordringer knyttet til å ivareta egen helse (2015, s. 22). Den pedagogiske kompetansen kan da bli viktig for å tilrettelegge for forståelse og tilpasse seg kognitivt nivå, kommunikasjon og situasjonen. Sosialfaglig kompetanse handler mye om deltakelse i samfunnet og tilrettelegge for egenaktivitet. Dette kan bidra til økt fysisk og psykisk helse (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 22-26). Å veilede personer med en utviklingshemming til å ta positive livsstilsendringer eller valg, er prioritert for å redusere helseforskjeller, og bidra til bedre helse (Melville, et al., 2018). Samme artikkel nevner avslutningsvis at kunnskap om stillesitting og tilhørende konsekvenser kan være viktig for å forbedre helsen til personer med en utviklingshemming.

Et eksempel på sårbarheten til personer med en utviklingshemming kommer frem i disse korona-tider, når muligheten for veiledning av vernepleiere kan bli redusert. Det kan se ut til å være en global utfordring at pandemien påvirker aktivitetsnivået (Kunugi & Ali, 2020). Med forkunnskapen og resultatene fra valgt litteratur lagt til grunn, er muligens dette mer aktuelt enn noen gang.

En del av det vernepleiefaglige arbeidet er å jobbe målrettet. Mål peker fremover og er ofte beskrivelser av framtidige tilstander som vi ønsker skal inntreffe (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 77). Ved bruk av et målhierarki kan man oppnå målene man setter seg. På denne måten kan et eventuelt hovedmål «Jeg går på butikken sammen med en tjenesteyter» være et alternativ til å skrive handleliste og få det levert på døren. Dette hovedmålet kan være et av flere hovedmål som er med på å nå det overordnede målet som kan være å redusere stillesitting gjennom dagen, slik som artiklene foreslår og har til hensikt.

Funnene i resultatdelen som tar for seg artikkel 1-5, tyder på at personer med en utviklingshemming bruker mye tid stillesittende. Derimot er det lite som tyder på at demografiske forskjeller påvirker stillesitting, men som tidligere nevnt viser Melville et al., (2018) og Hsieh et al., (2017) at menn er noe mer stillesittende.

Demografiske forskjeller vil muligens påvirke yrkesutøvelsen i noen grad da tjenestemottakerne, her personer med en utviklingshemming, har ulike interesser og ulikt hjelpebehov. Vernepleiefaglig kompetanse kan spille inn på det målrettede miljøarbeidet og kartlegging for den enkelte personen. Eksempelvis kan interessen

for rengjøring på et mer selvstendig vis føre til mindre stillesitting. Videre kan interessen for vedlikehold av uteplass eller fremkomstmidler på den andre siden ha samme utfall.

Som vernepleier handler mye av jobben om selvstendigjøring, motivering og mestring ved hjelp av vernepleierens kompetanse. Troen på ressurser i hvert enkelt menneske og ferdigheter gjennom empowerment kan by på mersmak og økt motivasjon samt en god dose læring (Ellingsen, 2015).

Artiklene viser at det er relativ stor grad av stillesitting, med flere pauser fra stillesittingen.

Som tjenesteyter bør en skille mellom private etiske vurderinger fremfor de faglige vurderingene som blir lagt til grunn (Ellingsen, 2015, s. 72). Med dette menes at selvbestemmelsen må respekteres. Helsepersonell skal arbeide forebyggende, men om det skal skje på bekostning av selvbestemmelsen er en annen sak. Personer med en utviklingshemming har på lik linje som personer uten en utviklingshemming rett til å bestemme over eget liv. Dermed er skillet mellom private etiske vurderinger og faglige vurderinger viktig. Med dette sagt kommer den pedagogiske og sosialfaglige kompetansen inn for å kunne veilede.

Grad av stillesitting kan skyldes flere faktorer. Kognitive ferdigheter, forståelse, påvirkning fra tjenesteytere, interesser, og fysisk funksjon kan også påvirke. Som vernepleier kan kompetansen brukes for å eksempelvis tilrettelegge for forebygging av sykdom, aktivisere, og mestring av hverdagen.

Tilpassede aktiviteter eller gjøremål kan derfor tilpasses kognitivt nivå, som Harris et al., (2019) mener kan være en faktor for usammenhengende aktiviteter.

Det er som nevnt et bredt spekter av diagnoser som kan medføre en utviklingshemming. Kunnskap om disse diagnosene og hvordan de påvirker er også et viktig element som er tatt opp i teoridelen (Eknes & Løkke, 2009, ss. 88-89).

Helsefaglig kompetanse om slike diagnoser kan være med å påvirke grad av stillesitting. Gjennom høy faglig kompetanse får man mer kunnskap om diagnoser og hvordan det kan påvirke personen. Dette kan videre tas i bruk gjennom å bruke hele den vernepleiefaglige kompetansen. Diagnoser som medfører en utviklingshemming er ikke spesifisert i resultatdelen. Derimot er viktigheten av dette i forhold til problemstillingen absolutt tilstedeværende, da den tredelte kompetansen til vernepleieren kan tilrettelegge for den enkelte på tross av diagnose og utfordringer.

Artiklene viser dog at personer med store utfordringer knyttet til mobilitet og bevegelse ikke er inkludert i studien.

Artiklene tar for seg viktigheten av fokus på stillesitting som tema for videre forskning. Det er også en vinkling i artiklene som viser at stillesitting er helsefarlig og en utfordring i samfunnet, da særlig hos personer med en utviklingshemming. I arbeidet med denne utfordringen kan vernepleieren være en viktig bidragsyter med sine kompetanseområder.

5.2 Helseutfordringer knyttet til stillesitting

På bakgrunn av kunnskap fra WHO (2020) som tar for seg diverse helseutfordringer og økt dødelighet, og statistikk fra St. Olavs Hospital (2016), kan man si at artiklene samsvarer med dette, og tar opp viktige poeng knyttet til helseutfordringer. Enigheten blant forskerne er det liten tvil om. Kroniske sykdommer, fedme, diabetes og hjerte- og karsykdommer kan relateres til inaktivitet og stillesitting (Harris, McGarty, Hilgenkamp, Mitchell, & Melville, 2019). Dermed kan man trekke linjer til de helsemessige konsekvensene knyttet til stillesitting, sett i lys av resultatene. Artikkel 4 nevner at stillesitting er en selvstendig årsak til ulike livsstilssykdommer (Hsieh, Hilgenkamp, Murthy, Heller, & Rimmer, 2017). Oviedo et al., (2019) skriver i sin artikkel at en reduisering i tid brukt stillesittende vil kunne forebygge kroniske sykdommer samt legge til rette for en *sun*n livsstil.

Sykdommer relatert til manglende fysisk aktivitet, er som tidligere nevnt en sentral årsak til helsesvikt. Personer med en utviklingshemming kan ha høyere grad av helsesvikt (Ellingsen, 2007), og artiklene viser at personer med en utviklingshemming har høy grad av stillesitting. Samtidig nevnes det innledningsvis i artikkel 2 at tidlig død, fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer etc. har høyere forekomst hos personer med en utviklingshemming, og at personer med en utviklingshemming har høyere grad av stillesitting (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020).

Flere sykdommer har høyere forekomst hos personer med en utviklingshemming og graden av stillesitting kan delvis være årsaken til helseutfordringer hos personer med en utviklingshemming (Gosh, Choi, Brown, Motl, & Agiovlasis, 2020).

Artikkel 4 av Hsieh et al., (2017) sier at god fysisk- og psykisk helse kan relateres til lavt nivå av stillesitting. Derimot er fedme og overvekt relatert til høy grad av

stillesitting. Videre skriver de at personer som er aktive i samfunnet statistisk sett er mer fysisk aktive. Å øke aktivitetsnivået kan assosieres med deltakelse i samfunnet og sosiale settinger. Et annet fokusområde som er aktuelt i artikkel 4, er fokuset på å komme ut i arbeid eller utarbeide dagsplaner for å hindre for mye stillesitting. Eksempler på dette kan være individuell plan med målvalg.

6. Konklusjon

Denne bacheloroppgaven har belyst problemstillingen:

«Hvordan er graden av stillesitting for personer med en utviklingshemming? Hvilke helsemessige konsekvenser kan stillesitting ha for personer med en utviklingshemming, og hvordan er vernepleiefaglig kompetanse relevant for dette?»

Hensikten med oppgaven har vært å undersøke graden av stillesitting hos personer med en utviklingshemming. Blant annet har vi sett statistikk i forhold til personer uten en utviklingshemming, samt ulike demografiske variasjoner som dog ikke innebærer store signifikante forskjeller. Helsemessige konsekvenser og hvordan vernepleiefaglig kompetanse kan være relevant, er belyst gjennom teori og fem forskningsbaserte artikler fra fem ulike nasjoner.

Funnene basert på de ulike artiklene som er inkludert og relevant teori viser at det er kjente helsemessige konsekvenser knyttet til stillesitting. Samtlige artikler tar utgangspunkt i dette. Gjennom ulike metoder som bruk av akselerometer og selvrapporing har de fem ulike forskningsbaserte artiklene gitt ulike resultater. Med det sagt viser likevel resultatene en relativt høy grad av stillesitting.

Helsefaglig kompetanse som beskrevet både i teori og i diskusjon kan være med på å påvirke helseutfordringer knyttet til stillesitting. Gjennom å tilrettelegge for egenaktivitet og livsstil via GAVE, kan målvalg blant annet være et godt hjelpemiddel. På denne måten kan den sosiale og pedagogiske kompetansen være sentral for vernepleieren.

Artiklene understreker viktigheten rundt helsemessige konsekvenser og videre forskning på dette emnet.

Bibliografi

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Eknes, J., & Løkke, J. (2009). *Utviklingshemming og habilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E. (2007). *Helseoppfølging av personer med utviklingshemming*. Trondheim: Nasjonalt Kompetansemiljø om Utviklingshemming.
- Ellingsen, K. E. (2015). *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gosh, S., Choi, P., Brown, S., Motl, R., & Agiovlasitis, S. (2020, Desember 22). Levels and patterns of sedentary behaviour in men and women with intellectual disability. *Disability and Health journal*, ss. 1-7.
- Harris, L., McGarty, A., Hilgenkamp, T., Mitchell, F., & Melville, C. (2019, Juni 13). Patterns of objectively measured sedentary behaviour in adults. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, ss. 1428-14-36.
- Helsebiblioteket.no. (2016, Juni 03). Hentet 15.04.21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2016, 06 17). *Helsedirektoratet.no*. Hentet 11.05.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting#tidiro%E2%80%93stillesitting>
- Hsieh, K., Hilgenkamp, T., Murthy, S., Heller, T., & Rimmer, J. (2017, Desember 04). Low Levels of Physical Activity and Sedentary Behavior in Adults with Intellectual Disabilities. *International journal of environmental research and public health*, ss. 1-17.
- Kunugi, H., & Ali, A. M. (2020, Desember). COVID-19: A pandemic that threatens physical and mental health by promoting physical inactivity. *Sports Medicine and Health Science*, ss. 221-223.
- Melville, C., McGarty, A., Harris, L., Hughes-McCormack, L., Baltzer, M., McArthur, L., . . . Cooper, S. (2018, Januar). A population-based, cross-sectional study of the prevalence and correlates of sedentary behaviour of adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, ss. 60-71.
- NAKU. (2016, Mars 30). *NAKU.no*. Hentet 16.04.21 fra Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming: <https://naku.no/kunnskapsbanken/helse-forskning#main-content>
- NAKU. (2021, Februar 8). *Nasjonalt Kompetansemiljø om Utviklingshemming*. Hentet 16.04.21 fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>

- NHI. (2020, 07 06). *NHI.no*.
Hentet 12.05.21 fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/>
- Nordlund, I., Throssen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NTNU. (2021). *NTNU*.
Hentet 14.04.21 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finnlitteratur/databaser-artikler/>
- Oviedo, G., Tamulevicius, N., & Guerra-Balic, M. (2019, Mai 18). Physical Activity and Sedentary Time in Active and. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, ss. 1-16.
- St. Olavs Hospital . (2016, November 03). *St.Olavs.no*.
Hentet 16.04.21 fra <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/generelt-om-fysisk-aktivitet-og-trening>
- Sykepleien.no. (2019, Oktober 31).
Hentet 19.04.21 fra Sykepleien.no:
<https://sykepleien.no/forskning/2019/09/kvalitet-i-kvantitativ-metode-et-innblikk>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Genève: World Health Organization.
- WHO. (2020, November 26). *WHO.int*.
Hentet 16.04.21 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

