



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - Del 2 (Bacheloroppgave)**

**Livskvalitet hos eldre**

**Quality of life among older adults**

4508 og 4405

Hovedveileder: Marianne Frilund

Totalt antall sider inkludert forside: 48

Antall ord: 8148

Innlevert Ålesund, 21.05.2016.

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 studiepoeng

Veileder: Hovedveileder: Marianne Frilund.

Biveileder: Eva Walderhaug Sæther

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato:

**Antall ord: 8148**

## SAMMENDRAG:

**Bakgrunn:** Innenfor sykepleievitenskap har begrepet livskvalitet fått økt oppmerksomhet de siste årene. Dette medfører et behov for helhetlig forståelse, tilnærming og et behov for å få frem pasientens egen opplevelse av situasjonen (Rustøen 2010).

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å undersøke eldre sin opplevelse av livskvalitet og hvilke faktorer som påvirker den. Ved å fremheve deres perspektiv ønsker oppgaven å gi sykepleier en bedre innsikt og forståelse for hva som kan gi eldre en bedre hverdag.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie. Vi søkte i databasene: CINAHL, PubMed, Oria. Vi inkluderte 8 forskningsartikler, derav tre kombinerte artikler og fem kvantitative artikler. Vi har brukt Evans' innholdsanalyse for å analysere artiklene og kategorisere relevante funn for vår problemstilling.

**Resultat:** Vi kom frem til fire hovedfunn, som består av: Mentalitet, livssituasjon, fysisk helse og sosialisering. Vi har kommet frem til mange sammensatte faktorer som påvirker livskvaliteten. Det ble blant annet funnet at det var viktig å være optimistisk og ha en positiv holdning for å ha god livskvalitet, samt hvordan de mestrer endringer som aldri medfører. Det å ha en god fysisk helse var for noen det mest grunnleggende for å leve et godt liv, mens for andre var det ikke det viktigste. Sosiale aktiviteter, og å beholde sin rolle i samfunnet var noe de fleste oppga som viktig.

**Konklusjon:** God livskvalitet beskrives som å ha gode sosiale relasjoner, ha god hjelp og støtte rundt seg. Bo i et trygt og godt nabolag, engasjere seg i hobbyer og fritidsaktiviteter, samt opprettholde sin rolle i samfunnet. Det er også helt essensielt å ha et positivt psykologisk syn og aksept av omstendigheter som ikke kan endres.

## ABSTRACT:

**Background:** Within nursing, the concept of quality of life gained increased attention in recent years. This entails a need for comprehensive understanding, approach and the need to bring up the patient's own perception of the situation (Rustøen, 2010).

**Aim:** The purpose of this study is to examine elderly peoples perception of quality of life and the factors that influence it. By highlighting their perspective, this study wants to provide nursing a better insight and understanding of what can give elderly a better life.

**Methods:** This is a systematic literature review. We searched the databases: CINAHL, PubMed, OriA. We included eight research papers, there of three combined articles and five quantitative articles. We used Evans' content analysis to analyze articles and categorize relevant findings for our problem.

**Results:** We concluded with four main findings, consisting of: Mentality, life-situation, physical health and socialization. We have reached many complex factors that affects quality of life. Among other things, we found that it was important to be optimistic and have a positive attitude to have good quality of life, and how they cope with changes that aging brings. Having a good physical health was for some the most basic to living a good life, while for others it was not the most important. Social activities, and to maintain its role in society was something most reported as important

**Conclusion:** Good quality of life is described as having good social relationships, and to have good help and support in the surroundings. Live in a safe and good neighborhood, to be engaged in hobbies and activities, as well as maintain its role in society. It is also essential to have a positive psychological outlook and acceptance of circumstances that can't be changed.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>2</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Hensikt.....	2
1.3	Problemstilling .....	3
1.4	Avklaring av viktige begreper .....	3
1.5	Avgrensning og presisering .....	3
1.6	Oppgavens oppbygning .....	3
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1	Sykepleieteori .....	4
2.2	Livskvalitet .....	4
2.3	Mestring.....	5
2.4	Aldring.....	6
2.4.1	<i>Aldringsteori</i> .....	7
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse</b> .....	<b>8</b>
3.1	Ulike typer forskning.....	8
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	8
3.3	Datasamling.....	9
3.3.1	<i>Søkestrategi</i> .....	10
3.4	Kvalitetsvurdering .....	11
3.5	Etisk vurdering .....	11
3.6	Analyse.....	12
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1	Mentalitet.....	14
4.2	Livssituasjon.....	16
4.3	Fysisk helse .....	16
4.4	Sosialisering .....	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1	Metodediskusjon .....	19
5.2	Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1	<i>Mentaliteten har stor betydning</i> .....	21
5.2.2	<i>Livssituasjon spiller også inn</i> .....	23
5.2.3	<i>Dårlig fysisk helse er ikke automatisk forbundet med dårligere livskvalitet</i> .....	24
5.2.4	<i>Viktigheten av sosialisering og gode relasjoner</i> .....	25
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
6.1	Konklusjon .....	27
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>
	Vedlegg 1 .....	1
	Vedlegg 2 .....	2
	Vedlegg 3 .....	4
	Vedlegg 4 .....	6
	Vedlegg 5 .....	7
	Vedlegg 6 .....	8
	Vedlegg 7 .....	9
	Vedlegg 8 .....	10
	Vedlegg 9 .....	11

## **1.0 Innledning**

I denne delen presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven og den aktuelle problemstillingen. Viktige begreper i problemstillingen avklares kort og avgrensninger beskrives. Avslutningsvis gis en kort oversikt over oppgavens videre oppbygning.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Innenfor medisin og sykepleievitenskap ble begrepet «livskvalitet» først introdusert i 1970- og 1980-årene. Årsaken til at begrepet har fått økt oppmerksomhet blant annet innenfor sykepleievitenskap, kan være endringer i sykdomsbildet og for mange et behov for livslang behandling. Slike komplekse helseutfordringer har skapt et behov for helhetlig forståelse av, og tilnærming til pasienten, og et behov for å få frem pasientens egen opplevelse av sin situasjon (Rustøen 2010 s.39).

Henderson (1961) hevder at målet med all sykepleie er bedre helse eller helbredelse. Hendersons publikasjoner er av eldre dato, og selv om mange fremdeles vil være enige i mye av det hun skrev, så blir helse som regel ikke angitt som sykepleiens eneste mål i dag. Det er vanligere å stille opp helse og livskvalitet, lindret lidelse eller økt velvære/velbefinnende som overordnede målsetninger (Rustøen 2010 s.39)

I Stortingsmelding nr 19 (2014-2015) skrives det at regjeringen ønsker å styrke det forebyggende helsearbeidet. I dette ligger også fokus på en eldrepolitikk som skal videreutvikles og moderniseres. Formålet er å fremme økt yrkesdeltakelse, aktivitet, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. Helse- og omsorgstjenesten skal legge mer vekt på forebyggende innsats, på å avdekke sykdom tidlig og å bidra til at eldre mennesker kan mestre livet med sykdom.

### ***1.2 Hensikt***

Oppgavens hensikt er å undersøke eldre sin opplevelse av livskvalitet og hvilke faktorer som påvirker den. Ved å fremheve deres perspektiv ønsker denne oppgaven å gi sykepleier en bedre innsikt og forståelse for hva som kan gi eldre en bedre hverdag.



### ***1.3 Problemstilling***

*«Eldre sin opplevelse av livskvalitet og faktorer som påvirker den»*

### ***1.4 Avklaring av viktige begreper***

**Livskvalitet:** I begrepet livskvalitet legges vanligvis forhold som tilfredshet med tilværelsen, godt forhold til ens nærmeste, trivsel og god funksjon i arbeid, glede ved fritid og evne til fysisk og psykisk utfoldelse (Malt, U. 2009).

**Eldre:** WHO definerer «eldre» som mennesker over 60 år (Engedal, K. 2009).

### ***1.5 Avgrensning og presisering***

Vi har valgt å avgrense oppgaven vår til eldre som er hjemmeboende og som bor på sykehjem. Eldre i spesialisthelsetjenesten blir her derfor ikke tatt med. Pårørende er svært viktig i sykepleiefaglig perspektiv, men på grunn av plassmangel valgte vi å ikke ha med dette i vår oppgave. Vårt perspektiv er derfor pasient-fokusert.

### ***1.6 Oppgavens oppbygning***

Teoridelen vil bestå av relevant litteratur for å belyse vår problemstilling. I metodebeskrivelsen vil vi beskrive datainnsamlingen og analysen av artiklene vi har inkludert i studien. Datainnsamlingen inneholder søkestrategi og kvalitets- og etisk vurdering av artiklene. I analysedelen vil vi beskrive hvordan vi har analysert artiklene for å komme frem til relevante funn. I resultatdelen vil vi gjøre rede for funnene og kategorisere hovedtema og undertema som belyser problemstillingen. Diskusjonsdelen består av to deler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi kritisk vurdere vår fremgangsmåte i metode og analyse. I resultatdiskusjonen vil funnene våre bli diskutert opp mot problemstillingen og teori, og vi vil drøfte dette i forhold til konsekvenser for sykepleien. Tilslutt munner diskusjonen ut i en kort konklusjon.

## **2.0 Teoribakgrunn**

I denne delen presenteres pensumlitteratur. Teoridelen tar for seg sykepleieteori, livskvalitet, mestring og aldring, samt aldringsteori.

### ***2.1 Sykepleieteori***

Katie Eriksson presenterte i «Vårdandes idé» (1979) tre essensielle begreper: mennesket, helse og omsorg. Senere har hun i tillegg inkludert lidelsesbegrepet. Erikssons oppfattelse av mennesket danner basis for hele hennes teori. Det er derfor nødvendig å se på hennes definisjon av mennesket.

Eriksson sitt menneskesyn er nært knyttet til forholdet mellom individet og «den andre». «Den andre» omfatter både «den konkrete andre» (pårørende, venner, profesjonelle omsorgsytere) og «den abstrakte andre» (en form for Gud). Menneskets forhold til den abstrakte andre og til andre mennesker kan ifølge Eriksson beskrives ved hjelp av de tre ontologiske begrepene tro, håp og kjærlighet (Eriksson, 1979).

Hennes oppfattelse av helse er nær knyttet til hennes menneskeoppfatning. Helse er en tilstand som karakteriserer mennesket. Hun definerer helse som det å være hel og integrert. Helse er ikke en statisk tilstand, men er preget av bevegelse eller forandring. Mennesker utvikler seg stadig fra en form til en annen, via mange mellomformer. Helse innbefatter med andre ord en bestemt fysisk/kroppslig tilstand, så vel som en følelse av kroppslig, sjelelig og åndelig velbefinnende. Menneskets forhold til den abstrakte andre synes å være en forutsetning for oppnåelsen av helsens åndelige og sjelelige dimensjon, mens menneskets forhold til sine konkrete andre synes å være en forutsetning for å oppnå helsens sjelelige og kroppslige dimensjon.

Videre mener Eriksson at omsorg er en naturlig egenskap ved alle mennesker som må aktiveres i et omsorgsfremmende miljø. Omsorg har et helhetlig fokus og omfatter både kroppslige, sjelelige og åndelige aspekter som fremmer helse (Eriksson, 1979).

### ***2.2 Livskvalitet***

Livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep. Det vil si at ulike områder av livet – det fysiske, sosiale og psykiske har betydning for den enkeltes livskvalitet, og at det største hinderet for opplevd livskvalitet kan ligge på ett av disse områdene (Rustøen 2010 s.36).

Dette begrepet uttrykker noe om personens egen oppfatning av sin situasjon (subjektivt begrep), men dreier seg også om fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Litteraturen viser at livskvalitet kan forstås som, blant annet, tilfredshet med livet, psykisk velvære, tilfredstillelse av behov, funksjonsevne, selvrealisering, lykke, mening og helse (Wahl og Hanestad, 2007, s.30)

Begrepet livskvalitet kan brukes i en helsefaglig sammenheng relatert til tre perspektiver. Disse perspektivene relateres til personens oppfatning av globale forhold ved livet, helseforhold og forhold knyttet til symptomer og sykdom. Det globale perspektivet ser på livskvalitet som et overordnet fenomen og begreper som omhandler personens tilfredshet og velvære knyttet til livet som helhet. Eksempler på dette kan være: materielle goder, helse, forhold til andre, arbeid/utdanning, egen utvikling og uavhengighet.

I det helsefokuserede perspektivet, så er det personens opplevelse av generelle helseforhold som er i fokus. Eksempler på dette er: fysisk funksjon og rollefungering, mental helse, energi/vitalitet og emosjonell funksjon (Wahl og Hanestad 2007 s.33).

Innenfor det sykdoms- og symptomfokuserede perspektivet er man opptatt av personens opplevelse av forhold knyttet til spesielle plager, symptomer eller sykdommer. Eksempler på dette kan være: angst og depresjon, smerter, tretthet, kvalme eller problemer relatert til daglige gjøremål, fritid, behandling og personlige forhold.

Forhold innenfor de ulike perspektivene kan gjensidig påvirke hverandre. For eksempel kan det å oppleve symptomer og problemer knyttet til en sykdom medføre at en opplever helsen som dårligere og kanskje er mindre tilfreds med livet. På den andre siden kan det å oppleve utilfredshet med livet generelt forsterke symptomer og plager i hverdagen (Wahl og Hanestad 2007 s.34).

### ***2.3 Mestring***

Mestring er et allmennmenneskelig fenomen og en del av sosialiseringprosessen. I dagligtale brukes ordet synonymt med uttrykk som «å klare seg», «å greie seg» og «å få til noe». Livet er mestring i den forstand at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter (Reitan 2010 s. 74).

Mestring dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner. Det er grovt sett to måter å reagere på: En kan enten se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte den, eller en kan forsøke å fortrenge ubehaget eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer. Mestring oppfattes som summen av indre

psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som den enkelte bruker for å gjenfinne meningen med livet og for å beherske, tolerere og redusere de ytre og indre belastningene vedkommende er utsatt for (Reitan 2010 s. 74).

Mestringsstrategier er det en gjør for å takle krav eller utfordringer. Alle mestringsstrategier en person bruker, har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvbilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav personen står ovenfor. Kontrollaspektet er grunnleggende ved all mestring. Mennesker bruker ulike sider av seg selv for å få kontroll over de spesielle mestringsutfordringer de møter ved livstruende sykdom, uventet død, ulykker eller katastrofer. Det dreier seg om å få kontroll over tanker, følelser og reaksjoner på traumet. Kontroll innebærer også å få tilgang til informasjon som gjør at situasjonen kan oppleves forutsigbar og entydig, og å få en viss oversikt over konsekvenser av traumet for en selv, familie, utdanning eller arbeid, og over hva situasjonen krever av egen aktivitet. Når det gjelder mestringsstrategier, så snakker en om å ha kontroll på det emosjonelle, kognitive og atferdsmessige nivået (Reitan 2010 s. 80).

## **2.4 Aldring**

Kroppen eldes gjennom hele voksenlivet, det kalles biologisk aldring. Aldringen påvirker alle organer: muskler, hud, skjelett, lunge, hjerte og hjerne osv. Reservekapasiteten går ned, og kroppens reguleringsmekanismer, for eksempel blodtrykks- og temperaturreguleringen, blir dårligere. I tillegg svekkes sansene: syn, hørsel, lukt smak osv. Psykologisk aldring er endringen i evnen til å lære, og til å løse problemer, endring i hukommelse og intelligens. Det skjer også endringer i selvbildet. Eldre trenger mer tid enn yngre til å utføre intellektuelt krevende oppgaver. Det er vist at personligheten, våre grunnleggende karaktertrekk og væremåter holder seg ganske stabile gjennom hele livsløpet. Den sosiale aldringen er endringer i sosiale roller som forekommer med alderen, først og fremst i arbeid og familieliv. De fleste blir pensjonister, mange blir besteforeldre og etter hvert oldeforeldre. Pasientrollen er noe mange eldre opplever, permanent eller forbigående. Noen blir aldri pensjonister og tallet på eldre med få eller ingen barnebarn eller oldebarn er stigende. Noen få blir aldri pasienter og holder seg friske inntil de plutselig dør. Den sosiale aldringen er mer mangfoldig og mer uforutsigbar enn før (Kirkevoll 2012 s. 31).

### **2.4.1 Aldringsteori**

Erik Erikson sin aldringsteori (1968, referert i Thorsen 2012 s.58) knytter egointegritet til den modne og siste livsfasen.

Det innebærer å akseptere sitt liv slik det ble med gleder og vanskeligheter, å bli mindre selvsentrert og mer opptatt av menneskers levekår og levevis i forskjellige epoker, og av slekters gang, og å akseptere døden uten frykt.

Alderdom har disse utviklingsoppgavene: tilpasning til sviktende helse, tap av ektefelle, pensjonering, tilknytning til egen aldersgruppe, endrede roller og ny tilpasning til de fysiske omgivelsene (Thorsen 2012).

Disse utfordringene kommer frem:

Den første utfordringen innebærer å kunne forlate en yrkesrolle og finne alternative livsområder som gir tilfredsstillelse. Den andre utfordringen innebærer å unngå å bli altopplukende kroppsoptatt, altså å kunne overskrive konsentrasjonen om kroppens plager og sykdommer samt å klare å engasjere seg i andre forhold. Samtidig kan alvorlig sykdom, svekkelse og store kroppslige plager føre til at kroppen oppleves som påtrengende tilstedeværende. Den tredje utfordringen innebærer å unngå selvopptatthet og bevare et engasjement i forhold utenom en selv. Krefter til å engasjere seg i ytre hendelser blir svekket. Rolletap, pensjonering og tap av ektefelle, venner og slektninger kan gjøre at livet oppleves fattigere og selvopptatthet blir da mer nærliggende (Thorsen 2012).

Når Eriksons modne stadium blir vurdert, må man huske at alderdommen ikke bare er betinget av individuelle tilpasninger, men også av omgivelsenes muligheter.

Påkjenningene og utfordringer folk møter, er individuelle og kan være veldig forskjellige. Eriksons teoretiske tilnærming mener at utviklingen skjer gjennom hele livet og at fortidens utfordringer setter spor helt inn i alderdommen. Det er derfor viktig at sykepleiere og andre helsepersonell prøver å se bak diagnoser og plager og spørre om hva som ligger bak reaksjonene. Det kan være mange årsaker og teoriene må derfor ikke utelukke for at en oppdager den enkeltes opplevelse av utfordringer i alderdommen (Thorsen 2012).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

Metoden i vår oppgave er et systematisk litteraturstudie basert på et systematisk litteratursøk med bakgrunn i en nøye gjennomtenkt problemstilling. Problemstillingen er blitt besvart gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2013 s.27).

#### ***3.1 Ulike typer forskning***

Vi har inkludert fem kvantitative og tre kombinerte forskningsartikler.

Ved kvalitativ forskning fokuserer man på resultat basert på erfaringer og synspunkt til deltakerne.

Kvantitativ forskning kan gi evidensbasert resultat som er målbare i form av prosent og tall, hvor forskerne er objektive til resultatene. Kvantitative studier streber etter å ordne og klassifisere, se sammenhenger, forutsi og forklare (Forsberg og Wengström, 2013 s. 53).

Derfor har vi valgt å kombinere både kvalitativ og kvantitativ forskning i studien vår, for å skape oss et bredere bilde og en bedre forståelse i løsningen på problemstillingen vår.

Artiklene førte vi inn i litteraturmatriser. Dette var et godt redskap for oss under analysen.

Det gav oss bedre oversikt over innholdet i artiklene med tanke på hensikt og funn i studiene.

#### ***3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier***

Blant inklusjonskriteriene i søket var alderen avgrenset til mennesker over 60 år. Både menn og kvinner ble inkludert. Alle artikler skulle inneholde IMRaD-strukturen og være referee bedømt og godkjent i publiseringskanalen NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) ved en gradering av én eller to. Artiklene skulle omhandle temaet livskvalitet blant eldre. De eldre skulle bo i hjemmet eller i sykehjem. Ved de første søkene var årstallet avgrenset fra 2010 – 2015. I senere søk ble dette forandret til 2004 – 2015.

Artiklene skulle også være fra et geografisk område som kan sammenlignes med Norge.

Alt som ikke nådde opp til inklusjonskriteriene ble ekskludert.

### 3.3 Datasamling

Arbeidet med oppgaven startet høsten 2015, da vi lagde en prosjektplan der vi utarbeidet en problemstilling på bakgrunn av valgt tema og en fremdriftsplan. Vi startet med å utføre søk i ulike databaser. Vi valgte å bruke databasene vi fikk anbefalt fra lærerne og i (Forsberg og Wengström 2013). Av disse var det Oria, Pubmed og Cinahl Complete vi endte opp med å bruke, da disse ga oss mest treff på forskning som var aktuell for oss. De fleste artiklene som er inkludert i oppgaven vår har vi funnet i Oria og Cinahl Complete.

Vi utviklet et PICO-skjema på bakgrunn av oppgavens hensikt og problemstilling, for å komme frem til ulike søkeord. PICO er en strukturert metode for å sette sammen ulike søkestrategier når man søker i databaser (Forsberg og Wengström 2013 s.71).

<b>P</b>	Står for pasient/populasjon. I vår oppgave har vi valgt å skrive om eldre mennesker. Dermed ble målgruppen vi søkte etter; <b>older people, elderly og aged.</b>
<b>I</b>	Står for intervensjon, altså hva vi søker etter. Ut i fra problemstillingen og hva vi har valgt å fokusere på, satt vi opp følgende ord: <b>risk factors, quality of life, depression.</b>
<b>C</b>	Står for kontrollgruppe og brukes bare om det er relevant for oppgaven. Vi har derfor valgt å ekskludere dette da det ikke er aktuelt for oss.
<b>O</b>	Står for utfall/resultat, altså hva som skal oppnås, forbedres eller påvirkes. Resultatet vi ønsker å oppnå er å finne faktorer som eldre mener påvirker deres livskvalitet.

Det ble utført forskjellige søk i de databasene vi valgte å bruke. Vi avgrenset søkeordene under hvert søk. Avgrensningene varierte litt, men ble i hovedsak avgrenset med artikler fra 2004 og nyere med norsk, engelsk, svensk og dansk språk, fra 60 år og eldre. Blant resultatene i søkene, så leste vi overskriftene og vurderte om artiklene var relevant i forhold til oppgavens tema. De overskriftene som omhandlet noe helt annet enn oppgavens tema, ble ikke sett nærmere på. De overskriftene som vi fant relevante, leste vi sammendraget på. Dersom de fortsatt var interessante åpnet vi de i fulltekst for videre vurdering. Artiklene som vi ikke fikk åpnet i fulltekst søkte vi opp i Google scholar og fant

de i fulltekst der. Vi ekskluderte mange artikler underveis da de viste seg å ikke nå opp til oppgavens inklusjonskriterier.

### **3.3.1 Søkestrategi**

Underveis i søkene førte vi opp en søkehistorie for hver artikkel med søkeord som vi brukte, antall funn per søkeord, antall leste artikler, og inkludert artikkel.

#### **Cinahl Complete**

I Cinahl Complete gjennomførte vi to systematiske litteratursøk. Søkene ble først avgrenset ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vi satt opp før søkene startet. Vi søkte på hvert av søkeordene hver for seg. Søkeordene vi brukte var "depression", "elderly" og "quality of life". Søkeordet "elderly" forandret vi til "aged" da dette var mest relevant i denne databasen. Søkeordene knyttet vi opp mot hverandre med AND ved hjelp av Cinahl headings.

Under det første systematiske hovedsøket satt vi igjen med 741 treff. På bakgrunn av overskriftene og sammendrag som var relevant i forhold til vår oppgave valgte vi å lese 11 artikler. Av de 11 artiklene, inkluderte vi 4 av de ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Under det andre hovedsøket i Cinahl Complete brukte vi de samme avgrensningene med kun to av søkeordene: "Aged" og "Quality of life". Vi satt da igjen med heile 6024 artikler hvor vi ut i fra overskrift og sammendrag leste 9 artikler og inkluderte 2 artikler i vår oppgave.

#### **Pubmed**

Vi valgte å gjennomføre ett søk i Pubmed, med de samme avgrensningen som i Cinahl Complete. Vi satt igjen med 3461 artikler, hvor vi ut i fra overskrift og sammendrag leste 8 artikler. Disse artiklene nådde ikke opp til våre inklusjonskriterier og ingen av artiklene ble dermed inkludert.

#### **Oria**

I Oria gjennomførte vi to systematiske litteratursøk. Den samme søkestrategien med avgrensninger og AND mellom søkeordene ble brukt.



I det første søket brukte vi søkeordene ”Depression” og ”Risk factors”. Dette søket ga oss 2474 treff, hvor vi ut i fra overskrift og sammendrag leste 12 artikler. Da disse ikke var relevant i forhold til vår oppgave ble ingen av de inkludert.

I det andre søket brukte vi søkeordene ”Aged”, ”Quality of life” og ”depression”. Dette søket ga oss 1732 artikler hvor vi ut i fra overskrift og sammendrag leste 9 artikler, 2 av disse ble inkludert.

### ***3.4 Kvalitetsvurdering***

For å vurdere kvaliteten på artiklene våre, leste vi de flere ganger. Deretter oversatte vi dem til norsk og skrev artiklene ut på papir. Vi delte artiklene oss imellom og leste de grundig. Her streket vi under hva hver av oss synes var viktig og hva som gikk igjen. For å undersøke om studiene var fagfelle-bedømt og om de var vurdert til nivå en eller to, så brukte vi nettstedet [nds.uib.no](http://nds.uib.no). Alle våre artikler kom fra tidsskrift som var vurdert til nivå en eller to.

Forsberg og Wengstrøm (2013) skriver at det finnes ingen konkret prosess for kvalitetsvurdering, men at man bør stille spørsmål som «hva er formålet med undersøkelsen?», «hvilke resultat ble oppnådd?» og «er resultatene gyldige?». I tillegg så studerte vi nøye Forsberg og Wengstrøm (2013) sine sjekklister som boken har som vedlegg.

«Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet» har også utarbeidet en nettside hvor det ligger flere vedlegg som går grundig igjennom hvilke kritiske spørsmål en skal stille til de ulike artiklene. Vi benyttes oss også av disse skjemaene i denne prosessen.

### ***3.5 Etisk vurdering***

Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er ikke bare en forutsetning for forskning, men det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiler opp med sine erfaringer og opplevelser (Dalland, 2013). Alle forskningsartiklene som vi har undersøkt tar hensyn til å aidentifisere og anonymisere opplysningene. Alle deltakerne var informert om studiens hensikt og omfang, samt med frivillig samtykke til å delta i forskningen (Dalland, 2013).

### **3.6 Analyse**

Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke dem adskilt. Deretter blir syntesen utarbeidet. En syntese innebærer å sette sammen deler til en helhet. Analysearbeidet innebærer derfor å dele opp det en ønsker å undersøke (fenomenet) inn i mindre deler, for å så sett det sammen igjen til en helhet (Forsberg og Wengstrøm 2013 s.166).

I Evans, D. (2002) sin artikkel “Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data” deler han analyseringsprosessen inn i fire faser. Vi velger å bruke denne modellen ettersom at vi synes denne er oversiktlig.

I den første fasen handler det om å samle inn materiale. Her samlet vi forskningsartikler som belyste vår problemstilling og undersøkte om de falt inn under våre inklusjonskriterier.

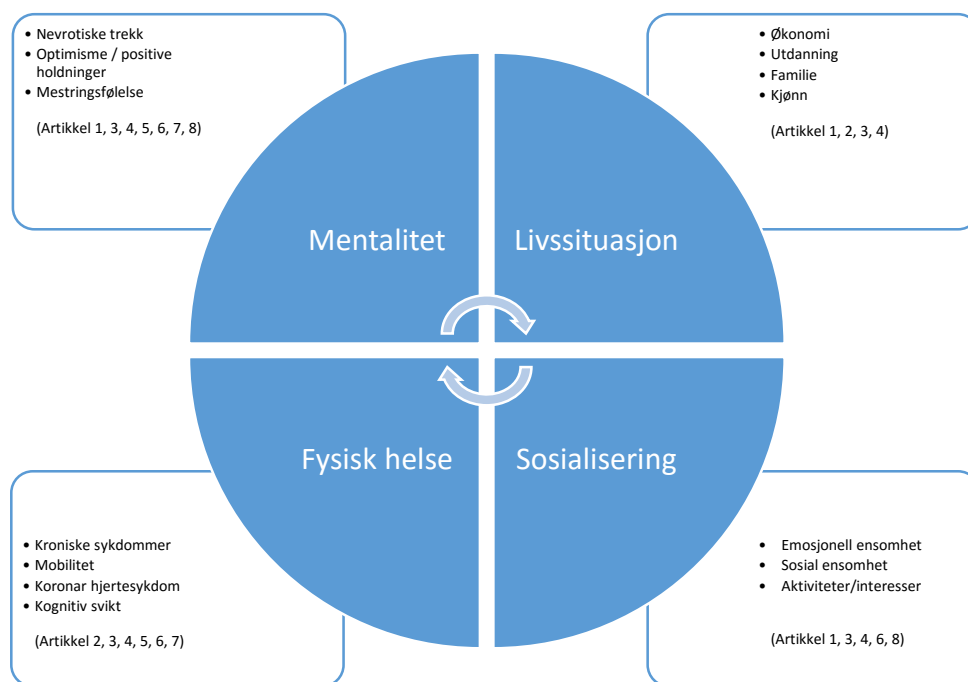
Fase nummer to handler om å identifisere nøkkelfunn.

Vi valgte å skrive ut artiklene og lese de hver for oss. Vi førte de inn i litteraturmatriser og nummererte artiklene fra 1-8. Utsagnene vi kom fram til var: nevrotiske trekk, positive holdninger, mestringsfølelse, økonomi, familie, enslig/ikke enslig, tap, kroniske sykdommer, mobilitet, koronar hjertesykdom, kognitiv svikt, emosjonell ensomhet, sosial ensomhet og aktiviteter/interesser.

Under fase tre gikk vi sammen og sammenlignet utsagnene. Videre førte vi de inn i ulike kategorier, hvor vi følte de hørte til. Hovedkategoriene ble mentalitet, livssituasjon, fysisk helse og sosialisering. For å gi leser god oversikt, laget vi en figur som forteller hvilke artikler som sier noe om de ulike kategoriene, samt en tabelloversikt over nummerering av artiklene, navn og forfatter.

Videre tolket og diskuterte vi resultatene. Dette kommer inn under fase fire.

Dette punktet blir presentert i kapittel 4 «Resultat».



Figur 1. Hovedkategorier med individuelle undertemaer. Tallene beskriver hvilke artikler som belyser den aktuelle kategorien.

Artikkel nr	Navn på artikkel	Skrevet av
1	«The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing»	Janecková, H., Dragomirrecká, E., Holmrová, I., m.fl. (2013)
2	«Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi-an China: a community-based study»	Yumming, L., Changsheng, C., Haibo, T., m.fl. (2012)
3	«The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study»	Peerenbom, L., Collard, R.M., Naarding, P., Comijs, H.C., m.fl. (2015)
4	«Quality of life from the perspective of older people»	Gabriel, Z. og Bowling, A. (2004)
5	«Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression»	Jeste, D.V., Savia, G.N., Thompson, W.K., m.fl. (2014)
6	«Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway»	Dragset, J., Eide, G.E., Natvig, G.K. m. fl (2009)
7	«Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults»	Brett, C.E., Gow, A.J., Corley, J., m.fl. (2012)
8	«Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons»	Holvast, F., Burger, H., de Waal, H.W., m.fl. (2015)

Tabell 1: Oversikt over artiklene vi endte opp med og hvilke nummer vi gav dem.

## 4.0 Resultat

I denne delen vil oppgaven ta utgangspunkt i analysen og gjøre rede for sentrale funn. Funnene blir presentert sammenfattet og strukturert i kategorier for å belyse problemstillingen på ulike måter.

### 4.1 Mentalitet

Funn viste at de deltakerne med god selvopplevd livskvalitet hadde en mer positiv holdning personlighetsmessig, i forhold til de med gjennomsnittlig eller dårlig livskvalitet. Det kommer frem at omsorg for de psykososiale behovene til eldre er like viktig som omsorg for deres fysiske helse. Studien viser at det objektive synet på dårlig fysisk helse henger ikke nødvendigvis sammen med den subjektive opplevelsen. Deltakerne i denne studien mener at individuelle omsorgsplaner bør ta hensyn til deres individuelle behov, ikke bare i området fysisk helse, men også deres syn på livet og måte å takle utfordringer på (Janecková, Dragomirecká, Holmrová m.fl. 2013).

Forskningsartikkelen skrevet av Peerenboom, Collard, Naarding og Comijs (2015) viste at deprimerte personer scoret høyere på nevrotiske personlighetstrekk og hadde lav score på åpenhet og følelse av mestring. Disse funnene ble faktorer som hadde stor betydning for utvikling eller alvorlighetsgrad av depresjon. De diskuterer at nevrotiske personer ofte opplever stress, er engstelige og har større sannsynlighet for å bli deprimert. Dette påvirker livskvaliteten i stor grad.

I Gabriel og Bowling (2004) sin kvalitative studie kommer det frem at deltakerne mener at livskvalitet er sterkt forbundet med ens holdninger. Nesten alle deltakerne oppgav at deres personligheter og erfaringer har bidratt til deres generelle livskvalitet – særlig knyttet til å ha et optimistisk perspektiv. Det ble også nevnt betydningen av aksept og «gjøre det beste ut av ting» - det vil si å gjøre det beste ut av det de har, enn å fokusere på negative aspekter av deres liv.

En respondent uttrykte dette godt:

*''You've got to develop a reasonable philosophy, otherwise you're just going to be bitterly disappointed all the time, and that's part of life's training ... if you still think that the world owes you a living, and that everything is going to turn out right, the you're always*

*going to be disappointed, if things go wrong ... they'll go wrong, so that's a good attitude to have ... There's no need to get depressed about it, it's just fact of life" (Gabriel and Bowling, 2004 s. 683).*

Mestringsstrategier, særlig aksept, var noe mange av deltakerne brukte som hjelp for å møte de negative endringene ved aldring, inkludert tap av helse og mobilitet, savn og andre livshendelser.

I forskning gjort av Jeste, Savia, Thompson m.fl., (2013) skal deltakerne selv rangere sin alderdom. Høyere alder ble assosiert med høyere rating, til tross for forverring av fysisk og kognitiv funksjon. Det viser seg her at positive holdninger, mestringsfølelse og depresjon hadde en signifikant sammenheng med selv-rangert vellykket aldring. Det konkluderes med at å redusere depresjonsfremkallende faktorer har stor effekt på følelsen av vellykket aldring og livskvaliteten generelt. Dette tyder på at det er viktig med helsefremmede aspekter innen psykiatri i sykepleiepraksis.

87% av beboerne med komorbide sykdommer opplevde velvære til tross for sykdom. Det kan innebære at den subjektive helseoppfatningen er mer viktig for trivsel enn diagnose. For eksempel er en diagnose av diabetes ikke nødvendigvis forenlig med dårlig mental helse (Drageset, Natvig, Eide m.fl 2009).

Tilstedeværelsen av enkelte personlighetstrekk har en direkte innflytelse på livskvaliteten. Personer med nevrotiske trekk er særlig mer disponert for utvikling eller høyere alvorlighetsgrad av depresjon, konkluderer Brett, Gow, Corley m.fl. (2012)

Funn viser at ensomme respondenter, som har større sjanse for utvikling av depresjon, scoret høyt på nevrotiske personlighetstrekk (Holvast, Burger, de Waal m.fl., 2015)

## **4.2 Livssituasjon**

Å ha egne barn er en viktig faktor som påvirker holdning til aldring og livskvalitet. Å ha egne barn var en av faktorene som var med på å gjøre slik at fysiske endringer ble positivt akseptert (Janecková, Dragomirecká, Holmerová m.fl 2013).

I artikkelen til Gabriel og Bowling (2004) sier deltakerne at økonomisk trygghet er viktig for opplevelsen av livskvalitet. Viktigheten av å ha nok penger til å betale regninger, ikke måtte bekymre seg om penger og at de hadde nok dersom en uventet utløpspost skulle oppstå. Økonomi ble også knyttet til deres evne til å nyte livet – å ha råd til å kunne gjøre ting de likte å gjøre. Dermed er penger viktig for livskvaliteten, ikke bare for å sikre grunnleggende behov, men for å delta i samfunnet, kose seg og frigjøring fra bekymring om å betale regninger og lignende. Å leve i et hjem og nabolag som gir glede og som føles trygt er også en faktor som påvirker til positiv livskvalitet.

Depresjon er betydelig høyere blant eldre mennesker som har blitt påført uheldige hendelser i livet. For de med tre eller flere uønskede hendelser var utbredelsen av depresjon nesten tre ganger så høy. Dette blir derfor regnet som en av risikofaktorene for utvikling av depresjon hos eldre (Yunming, Changsheng, Haibo m.fl 2012)

Det ble funnet at emosjonell ensomhet ble nært knyttet mot depresjon. Emosjonell nærhet referer til en mangel på individ som en kan danne følelsesmessig tilknytning til. Emosjonelle tilknytninger er da gjerne familie eller partner. Mangelen på disse er altså sterkt forbundet med depresjon (Peereenboom, Collard, Naarding m.fl. 2015).

## **4.3 Fysisk helse**

Et av funnene viser at personer med kun en alvorlig kronisk sykdom ikke viste noe større risiko for depresjon enn de uten kronisk sykdom, utenom koronar hjertesykdom. Personer med to eller flere sykdommer hadde 60% større risiko for å utvikle depresjon. I følge denne studien var blant annet koronar hjertesykdom, over tre kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse noen av de viktigste risikofaktorene for depresjon (Yunming, Changsheng, Haibo m.fl 2012)

Funn viste at helse og funksjonsevne sammen med andre risikofaktorer hadde stor påvirkning på livskvalitet. For å oppnå god livskvalitet må god helse og mobilitet opprettholdes (Gabriel og Bowling, 2004)

Funn viste at perfekt fysisk helse verken er nødvendig eller tilstrekkelig for vellykket aldring definert av eldre selv. Egenskaper som fleksibilitet og optimisme er forbundet med lengre levetid og redusert fysisk sykkelighet, men det motsatte er tilfelle for depresjon (Jeste, Skavla, Thomsson m.fl 2012)

Fysisk velvære er en av hovedfaktorene som er på å definere livskvalitet. Dårlig helse, sammen med kognitiv status og humør påvirker livskvaliteten mer enn historiske faktorer som barndom, savn og utdanning (Brett, Gow, Corley m.fl 2011)

#### ***4.4 Sosialisering***

Funn viser at den positive verdien av alderdom er basert spesielt på muligheten for psykologisk vekst. Det betyr at omsorg for de psykososiale behovene til eldre er like viktig som omsorg for deres fysiske helse (Janecková, Dragomirecká, Holmerová m.fl 2013).

Et av funnene viser at depresjon og emosjonell ensomhet er sterkt forbundet. Det ble anbefalt sosiale tiltak der både depresjon og emosjonell ensomhet kan oppdages og behandles hos eldre. Oppmerksomhet rundt de emosjonelle behovene til eldre personer er viktig for å overvinne depresjon og emosjonell ensomhet (Peerenboom, Collard, Naarding m.fl 2015).

Sammen med andre faktorer kan livskvalitet være å ha gode sosiale relasjoner, engasjement i hobbyer og fritidsaktiviteter, opprettholdelse av sosiale aktiviteter og å beholde sin rolle i samfunnet (Garbiel og Bowling, 2004).

Beboerens muligheter for å holde tritt med interesser og for å stimulere mental aktivitet og/eller hobbyer var viktig for å opprettholde god livskvalitet hos sykehjemsbeboere (Drageset, Natvig, Eide m.fl 2009).

Funn viste at ensomhet var uavhengig assosiert med mer alvorlige depressive symptomer. Svært alvorlig ensomhet var negativt assosiert med remisjon, sammenlignet med ingen ensomhet. Depresjon hos eldre påvirkes av ensomhet, denne faktoren er uavhengig av størrelse på det sosiale nettverket (Holvast, Burger, Mawijk m.fl 2015).

Deltakere i studien gjort av Gabriel og Bowling (2004) viser at deltakerne mener å ha et godt forhold til slektninger og familie var en viktig faktor for god livskvalitet. Det ble også uttalt at opplevelsen av livskvalitet ble forsterket gjennom kontakt med sine barnebarn. Videre sies det at tap tok kvalitet fra deres liv, inkludert venner som hadde dødd eller flyttet bort fra nabolaget. Mange sa at dette hadde en stor effekt på deres livskvalitet og at det førte til ensomhet.



## 5.0 Diskusjon

Først presenteres en kort metodediskusjon, etterfulgt av resultatdiskusjon som til slutt bunner ut i en konklusjon. I resultatdiskusjonen drøfter vi resultatene opp mot problemstillingen og aktuell teori.

### 5.1 Metodediskusjon

Vi har tatt utgangspunkt i boken Att göra systematiska litteraturstudier av Forsberg og Wengström (2013) og kompensert med boken til Dalland (2013). Underveis har vi også hatt hjelp i veiledning av lærere og diskusjoner med andre studenter.

Vi startet derfor opp søkene våre, hvor vi fulgte retningslinjene som står beskrevet i Forsberg og Wengström (2013). Vi fikk hjelp av bibliotekar ved NTNU Ålesund til å forstå bruken av databasen CINAHL. Dette innebar blant annet bruk av «CINAHL Headings» som hjelpemiddel i søkeprosessen som gjorde at vi til slutt satt igjen med åtte forskningsartikler som var aktuelle for oppgaven vår.

Det viste seg under søkene at de åtte artiklene som ble inkludert bestod i hovedsak av kvantitative artikler. Dette gjorde at vi endret problemstillingen underveis slik at den rettet seg mer mot å kunne besvare en studie bestående av kvantitative artikler.

For å analysere artiklene tok vi i bruk analysemodellen til Evans (2002), som hjalp oss til å finne fram til funn basert på problemstillingen. Disse funnene ble delt inn i hovedkategorier som gjorde arbeidet lettere å finne fram til funnene i resultatkapittelet som videre blir drøftet i diskusjonskapittelet. Teori ble valgt ut fra pensum og annen tilleggs litteratur med bakgrunn i å forklare og å belyse viktige aspekt som var aktuell for problemformuleringen. Vi har prøvd å finne gode primærkilder til teoridelen vår, men klarte ikke å finne primærlitteratur om Erik Erikson sin aldringsteori. Vi har derfor brukt sekundærkilde, som kan være en svakhet i forhold til at dette er Eriksons arbeid som er fortolket av andre. Videre valgte vi og ikke følge veileders råd om oppsett på metodekapittelet, da vi synes at det var mer naturlig og ryddig slik som vi har gjort det. Det som strider imot vår kvalitetssikring er bruken av Google Translate under oversettelsen av engelske artikler til norsk. Flere av artiklene var vanskelige for oss å lese og å forstå, og inneholdt avanserte fagord. Men siden vi begge analyserte alle artiklene

individuell, og deretter sammenlignet funn føler vi dermed at kvalitetssikringen er tilstrekkelig.

## ***5.2 Resultatdiskusjon***

Folkehelseinstituttet (2013) mener at livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement. Livskvalitet er derfor en viktig verdi i seg selv. I tillegg har livskvalitet sammenheng med helserelaterte gevinster som bedrer fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Livskvalitet og trivsel styrker også motstandskraften i møte med belastninger.

Opplevd livskvalitet er derfor viktig for den enkelte, og kan også bidra til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet, og til å bedre helse i befolkningen. Fokus på livskvalitet er derfor viktig i det moderne folkehelsearbeidet.

I stortingsmelding nr. 26 (2014 – 2015) så ønsker regjeringen at Norge skal tilby en mer pasientfokusert og fremtidsrettet helsetjeneste. En fremtidsrettet helsetjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet. En fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste har god tilgjengelighet, slik at problemer kan forebygges og avklares før de vokser seg større. Det er en tjeneste som bidrar til mestring gjennom god opplæring og systematisk oppfølging i samråd med brukerne og basert på faglige retningslinjer.

I litteraturstudien har vi funnet forskning som sier noe om hvilke faktorer eldre mener påvirker deres livskvalitet.

### 5.2.1 Mentaliteten har stor betydning

Deltakerne i studien til Janecková, Dragomirecká, Holmrová m.fl. (2013) viser at de som ikke var fornøyd med sin livskvalitet, hadde også betydelig dårligere holdninger til aldring i både psykologiske og fysiske dimensjoner. De så ikke vekstmuligheter og hadde mindre energi og vitalitet. Forfatterne konkluderer med at behovet for en aldrende person til å akseptere det levde livet, ha et godt selvbilde og oppleve hverdagen som meningsfull er viktig for å kunne oppleve livskvaliteten som god. Forskning utført av Gabriel og Bowling (2004) sier at menneskers liv og handlinger er påvirket av mentale forutsetninger, holdninger og personlighetstrekk. Nesten alle respondentene oppga at deres personligheter og erfaringer har bidratt til deres generelle livskvalitet. Dette involverte personlige filosofier om livet og hvordan hendelser og omstendigheter ble tolket av dem, f.eks. med enten et optimistisk eller et pessimistisk syn. Positiv innvirkning på livskvaliteten som ble nevnt inkluderte å ha en positiv holdning og være optimistisk, snarere enn følelsen av å synes synd på seg selv eller bekymre seg over livet. En optimistisk tilnærming til livet inkluderte det å kunne se frem til ting. Andre snakket om «å ta hver dag som den kommer» og ikke bekymre seg for hva som kan skje i fremtiden. Respondentene nevner også betydningen av aksept og «gjør det beste ut av ting». Mestringsstrategier, særlig aksept, var ansett av respondentene for å hjelpe dem til å møte negative endringene av aldring, inkludert tap av helse og mobilitet, savn og andre livshendelser. En respondent sa det slik:

*“I think acceptance ... I’ve found when I’ve had ... like when my first husband was killed in a road accident, and my second husband, he sat and died suddenly ... you’ve got to accept that these things have happened, and you’ve got to move on. I think so anyway ... I mean there’s some people [who say] ‘Oh, she’ll never get over that’. Well you never do get over it but if you can accept it you can start taking the steps, you’ve got to ... life’s got to go on, hasn’t it? ... I think acceptance and contentment, they’re the sort of things: that’s my simple philosophy ... But I’ve lived by it ... and I’ve got where I am (laughs) ... but as I say ... if some pensioners had £500 a week they still wouldn’t be satisfied, they’d want six hundred, wouldn’t they?” (Gabriel & Bowling, 2004, s: 683).*

En viktig målsetning for sykepleiere som arbeider med eldre mennesker, er å bidra til at den eldre har det godt eller så bra som mulig, situasjonen tatt i betraktning. Det er ulikt hvordan man takler alvorlige negative hendelser, for eksempel å miste sin ektefelle eller få

en kronisk sykdom. Noen kan bukke under eller få varige svekkelser, andre kan vise motstandsdyktighet og takle hendelsene på en slik måte at de kommer styrket ut av en vanskelig livssituasjon. Situasjoner der en person kommer styrket ut, beskrives som trivsel. Da har det skjedd vekst og utvikling som et resultat av en negativ hendelse (Bergland, 2010, s.58).

Rustøen (2010) sier at både det fysiske, psykiske og sosiale har betydning for den enkeltes livskvalitet, og at dersom et av disse områdene ikke er «i balanse», så kan det betyde betydning for den enkeltes livskvalitet. Reitan (2010) skriver om mestring og mestringsstrategier. Noe som har blitt brukt i arbeid er noe som blir kalt positiv psykologi. En slik tilnærming baserer seg på en grunnleggende tro på at alle mennesker har ressurser og evne til å ta ansvar for seg selv og sitt liv. For sykepleiere innebærer en slik tenkning en understrekning av hvor viktig det er at en ikke bare er problemorientert, men også understøtter personers ressurser og sterke sider som et ledd i å mestre å leve med det pasienten opplever som vanskelig (Bergland 2010 s. 59).

Richard Lazarus og Susan Folkman er sentrale innen psykologisk mestringsteori. Mestring dreier seg om tilnærmingen til situasjonen, ikke resultatene. Mestring kan være god eller dårlig. Den beror både på individets fysiske forutsetninger – helse og sykdom – og på innarbeidede ferdigheter, vaner, kunnskaper, intelligens og personlige egenskaper. Stilt ovenfor vansker kan personene være fryktsom, pessimistisk og unnvikende eller målbevisst, innsatsvillig og optimistisk. Reaksjonsmåtene kan ha blitt innarbeidede mestringsstiler og vaner (Thorsen 2010 s.66).

Mestring skjer i samspillet mellom individet og omgivelsene, og beror både på individuelle forutsetninger og miljøet. Når helsepersonell skal understøtte personers mestring i dagliglivet, må de altså ta hensyn til hvilke omgivelser den enkelte lever i, hvilken støtte han eller hun kan få og hvilke barrierer som fins i nærmiljøet. Livsløpsending som rolletap, tilbaketrekning fra arbeidslivet, helsesvekkelse og forventet levetid vil spille inn. De som tror de har kort tid igjen å leve, har rimeligvis mindre opplevelse av personlig kontroll enn de som forventer en lenger fremtid (Thorsen, 2010 s. 66).

### **5.2.2 Livssituasjon spiller også inn**

I studien til Dragset m.fl. (2009) undersøkes livskvaliteten til sykehjemsbeboere. Her kommer det frem at den høyeste livskvaliteten fantes blant de beboerne som hadde høyere utdanning. Kvinner rapporterte lavere livskvalitet enn menn.

Janecková, Dragomirecká, Holmrová m.fl. (2013) sier også noe om det samme i sin studie. Menn hadde betydelig mer positive holdninger til aldring enn kvinner i dimensjon av psykologisk vekst. De barnløse respondentene oppfattet alderdom betydelig mer negativt sammenlignet med de med barn.

Respondentene i studien til Gabriel og Bowling (2004) sier at bolig og nabolag også har en innvirkning på livskvaliteten. Å ha gode relasjoner til sine naboer bidro til god livskvalitet. Det ble også snakket positivt om å ha en aldersblanding i nabolaget. God offentlig transport ble også sagt å bidra til livskvalitet. Videre blir det sagt at økonomi også har en innvirkning på livskvaliteten.

Aldrende mennesker fortolker og gir mening til hendelsene som inntreffer. Tap, overganger og forandringer kan oppfattes som kriser. Men personer kan også skape kontinuitet i diskontinuiteten, enten på meningsplanet eller ved handlinger. De kan ved overganger, for eksempel ved flytting til omsorgsbolig, legge vekt på positive sider ved det nye bostedet, bringe med seg gjenstander fra sitt tidligere hjem og opprettholde tidligere vaner. En opplevelse av sammenheng i livet innebærer tre forhold: forståelighet – at en forstår hva som skjer, håndterbarhet – at en tror en har ressurser til å mestre oppgaven og meningsfullhet – at en er motivert og opplever at noe er verdt å engasjere seg i (Thorsen, 2010). Dette ser vi går igjen i det Erik Erikson sier om alderdommens ulike utviklingsoppgaver. Disse handler om tilpasning til sviktende helse, tap av ektefelle, pensjonering, tilknytning til egen aldersgruppe, endrede roller og ny tilpasning til de fysiske omgivelsene. Ut i fra dette så anes det som viktig for mennesker generelt å kjenne på en følelse av kontroll og mestring i forhold til livet og dets situasjon.

### **5.2.3 Dårlig fysisk helse er ikke automatisk forbundet med dårligere livskvalitet**

De utfordringene som sykdom medfører, kan forstås som et «arbeid», både for pasient og pårørende. Dette i den forstand at det kan kreve betydelig innsats og energi å innrette seg etter de kravene som sykdommen stiller. Kronisk sykdommer betyr ikke bare hyppigere legebesøk for undersøkelser, oppfølging og behandling. Ofte trengs det i tillegg egen behandling hjemme i form av legemidler eller andre medisinske tiltak. Omlegging av livsstil og hverdagsliv er også hyppige følgetilstander. Avhengig av sykdommens karakter følger det dessuten ofte et betydelig mentalt og følelsesmessig arbeid med, fordi det kan være krevende å skaffe seg et forståelig bilde av sykdommens utvikling og konsekvenser for livet og fremtiden (Kirkevoll 2010).

I følge Eriksons aldringsteori som er beskrevet i punkt 2.4.1 er noen av utviklingsoppgavene tilpasning til sviktende helse og ny tilpasning til de fysiske omgivelsene. Utfordringene innebærer å unngå å bli altoppslukende kroppsopptatt, å ha evne til å kunne overskrive konsentrasjonen om kroppens plager og sykdommer, samt å klare å engasjere seg i andre forhold. Samtidig kan alvorlig sykdom, svekkelse og store kroppslige plager føre til at kroppen oppleves som påtrengende tilstedeværende (Thorsen 2012).

I følge forskning gjort av Garbriel Z, og Bowling, A (2004), rapporterte respondentene at de hadde såpass dårlig helse og manglende energi at det hindret dem i å kunne være selvstendig. Å være ute av stand til å handle, gjøre husarbeid, eller miste førligheten i beina førte til frustrasjon. Totalt sett er opprettholdelse av uavhengighet svært viktig for folk. Respondentene mislikte å være avhengig av andre for å klare seg. Selvstendighet blir truet av dårlig helse og mobilitet, samt mangel på tilgang til transport. Dette fører til dårligere livskvalitet.

Samtidig viser forskning gjort av Jeste, D.V, Savia, G.N, Thompson, W.K, m.fl (2004) at de eldste respondentene assosierte høy egenvurdering av vellykket aldring til tross for dårlig fysisk helse og kognitiv funksjon. Dette på grunn av større fleksibilitet, lavere forekomst av depresjon, bedre fysisk helse og at eldre lever lengre i dag enn før. Mulige forklaringer på denne forskjellen inkluderer aksept av fysiske begrensninger, prestasjoner i

livet, en mer realistisk vurdering av egen styrke og begrensninger, redusert opptatthet av sosial sammenligning og større emosjonell stabilitet enn i yngre alder.

Dette viser at perfekt fysisk helse verken er nødvendig eller tilstrekkelig for vellykket aldring. Eldre sin helhetlige selvvurdering innebærer sterk vekt på psykologiske faktorer som elastisitet, optimisme og trivsel. Kombinert med bevis som viser at egenskaper som fleksibilitet og optimisme er forbundet med lengre levetid og redusert fysisk sykkelighet. Dette viser at sykepleiere må ha mer fokus på psykisk helse for å bedre fysisk helse. Dette støtter opp under Erikson sin aldringsteori om tilpasning til sviktende helse og tilpasning til de fysiske omgivelsene. Dersom eldre klarer å være optimistisk og akseptere sviktende helse vil det føre til økt livskvalitet.

På en annen side fant forskning gjort av Yumming, L, Changsheng, C og Haibo, T, m.fl (2012) at koronar hjertesykdom, kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse er de viktigste risikofaktorene for å utvikle depresjon. Det er derfor viktig å følge ekstra opp livskvalitet til disse pasientene.

#### ***5.2.4 Viktigheten av sosialisering og gode relasjoner***

I forskningen til Gabriel, Z og Bowling, A (2004) er det funnet at sosiale relasjoner, et trygt nabolag, psykologisk velvære og utsikter, aktiviteter og hobbyer og sosiale roller er selve bjelkene i livskvalitet. Dermed kan god livskvalitet beskrives som å ha gode sosiale relasjoner, ha god hjelp og støtte rundt seg. Bo i et trygt og godt nabolag, engasjere seg i hobbyer og fritidsaktiviteter, samt opprettholde sin rolle i samfunnet. Det er også helt essensielt å ha et positivt psykologisk syn og aksept av omstendigheter som ikke kan endres. At folk har mulighet til å beholde sin uavhengighet og kontroll i livet vil gi økt livskvalitet.

Forskning gjort av Holvast, F, Burger, H, De Wall, HW, m.fl (2015) støtter denne forskningen; Hos eldre, er ensomhet et viktig subjektivt aspekt ved sosiale relasjoner som fortjener spesiell oppmerksomhet fordi det er forbundet med redusert livskvalitet. Det blir anbefalt at helsepersonell vurderer personlige aspekter ved sosiale relasjoner, ensomhet spesielt, snarere enn mengden av sosiale relasjoner. Faktiske studier tyder på at det å oppmuntre eldre mennesker til å forbedre sosiale kontakter og delta på sosiale aktiviteter kan øke livskvaliteten.

Emosjonell ensomhet refererer til mangel på andre individ som man kan danne en følelsesmessig tilknytning til. Eldre har derfor større potensiale til å utvikle emosjonell ensomhet fordi de ikke lengre har det samme sosiale nettverket som de hadde før. Når kognitive funksjoner hos eldre avtar kan de mangle ferdigheter til å engasjere seg i aktiviteter og sosiale kontakter. Utbredelsen av ensomhet var høyest blant de eldste. Det er derfor viktig at helsepersonell fokuserer på sosialisering hos eldre. For eksempel arrangere flere sosiale sammenkomster, inkludere alle osv. Oppmerksomheten for de emosjonelle behovene til eldre er viktig for å ha god livskvalitet.

*“I enjoy people very much and I think being able to mix and socialise, the church life to me is very important. ... I was secretary but I have given that up at the church. I am still in charge of the flowers. I think the quality of life is being involved and having a part to play. I think if you lose your role in life then you start getting depressed, I think it is very important to be needed for whatever reason, and ... kind of have self-worth or something and know that people think you are worthy” (Gabriel & Bowling, 2004, s: 685).*

Som beskrevet over, i kapittelet om aldring, går den sosiale aldringen ut på endringer i sosiale roller. Først og fremst i arbeid- og familieliv. Man er ikke lengre i arbeid og man må da finne andre ting å fylle livet med. Noen blir besteforeldre og kanskje også etter hvert oldeforeldre. De som ikke har barn vil ikke ha så mye familie å forholde seg til og trenger derfor et større nettverk blant venner og aktiviteter. Det blir stadig flere av disse da tallet på eldre med få eller ingen barnebarn er stigende (Kirkevoll 2012 s. 31).



## 6.0 Konklusjon

Her presenteres konklusjon, konsekvenser for praksis og anbefaling for videre forskning.

### 6.1 Konklusjon

Selv om det foreligger ulike definisjoner, er det i dag enighet om at livskvalitet er et subjektivt begrep som rommer både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet.

Forskningen som vi har funnet støtter dette. Vi kom frem til fire hovedfunn som påvirker livskvaliteten: mentalitet, livssituasjon, fysisk helse og sosialisering.

Mentalitet har stor betydning for livskvaliteten. Det å ha en positiv holdning til aldring og utfordringene som følger med er viktig. For noen var det å ha god fysisk helse viktig, mens det for andre ikke var nødvendig med perfekt fysisk helse for å ha god livskvalitet. Det var da ekstra viktig med en positiv holdning, enn å sitte hjemme å synes synd på seg selv.

I forskningen som vi har funnet er det bevist at emosjonell ensomhet kan føre til depresjon. Det blir anbefalt at helsepersonell vurderer personlige aspekter ved sosiale relasjoner, ensomhet spesielt, snarere enn mengden av sosiale relasjoner. Faktiske studier tyder på at det å oppmuntre eldre mennesker til å forbedre sosiale kontakter og delta på sosiale aktiviteter kan øke livskvaliteten.

Dermed kan god livskvalitet beskrives som å ha gode sosiale relasjoner, ha god hjelp og støtte rundt seg. Bo i et trygt og godt nabolag, engasjere seg i hobbyer og fritidsaktiviteter, samt opprettholde sin rolle i samfunnet. Det er også helt essensielt å ha et positivt psykologisk syn og aksept av omstendigheter som ikke kan endres. Vi kan dermed konkludere med at det er mange sammensatte faktorer som påvirker livskvaliteten hos eldre.

Det er viktig at vi fortsetter arbeidet med å definere hva livskvalitet er, og med å finne ut hvordan pasientenes livskvalitet kan styrkes. Mennesker reagerer ulikt på sykdom.

Kunnskap om ulike definisjoner på livskvalitet kan hjelpe oss med å tenke nytt og gi oss økt handlingsberedskap i møtet med pasientene. Det er også vesentlig å vite hvordan livskvalitet kan kartlegges. Å fange opp de pasientene som har spesielt lav livskvalitet, og å avdekke hvilke områder disse pasientene har mest behov for hjelp på, er viktig for at vi

skal kunne gi den beste sykepleien. (Rustøen 2010). Katie Eriksson (1979) mener at god helse innebærer å være hel og integrert. Videre sier hun at omsorg bør ha et helhetlig fokus som bør inneholde både kroppslige, sjelelige og åndelige aspekter. Sykepleieres overordnede prinsipper for arbeid med forebyggende helsearbeid, for gamle, er derfor blant annet å legge omgivelsene til rette for en best mulig helseutvikling, styrke motstandskraften mot forhold som kan true den gamles helse, stimulere den gamles evne til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll og på alle måter bidra til at den gamles livskvalitet blir best mulig (Ranhoff 2010).

Likevel trengs det mer forskning på dette området. Vi anbefaler at det forskes mer på sykepleiers kunnskaper om helsefremmede arbeid for eldre, pasienters ulike mestringsstrategier og mer om livskvalitet generelt.

## 7.0 Litteraturliste og vedlegg

Bergland, Å. 2010.

I: Knutstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.*

Oslo Akribe AS: s. 56 - 73

Brett, CE., Gow, AJ., Corley, J. m.fl. (2012) Psychosocial factors and health as determinates of quality of life in community-dwelling older adults.

*Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* Apr;21(3):505-16.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Drageset, J., Eide, G.E., og Natvig., G.K. m.fl. (2009)

Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway

*International Journal of Nursing Practice.* Volume 15, Issue 5, pages: 455-466

Engedal, K. (2009, 13. februar). Alderdom. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 20. mai 2016 fra <https://sml.snl.no/alderdom>

Eriksson, K (1979): *Vårdandets idé.* Stockholm: Almquist & Wiksell.

Evans, D (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol 20 no 2, pp. 22-26

Folkehelseinstituttet (2013) *Livskvalitet og trivsel i Norge.* [Internett] Oslo:

Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=107961>

[Lest 27 mars 2015]

Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2013)

*Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Natur og kultur

Gabriel, Z og Bowling, A. (2004).

Quality of life from the perspective of older people. *Ageing and Society*. Volume 24/ Issue 05. Page: 675 – 691

Henderson, V. (1961) *ICN – sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Holvast, F., Burger, H., og de Waal HW. M.fl. (2015)

Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of affective disorders* Volume 185, page 1-7

Janecková, H., Dragomirecká, E., Holmrová I., m. fl. (2013)

The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European journal of public health*. Volume 21, Issue 2. Page: 63-71

Jeste, DV., Savia, GN., Thompson, WK. m.fl. (2013)

Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *The American journal of psychiatry*. Volume 170 Issue 2, page: 188-196

Kirkevoll, M. (2010) Individuell sykepleie. Sentrale perspektiver.

I: Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademiske: s. 100 - 112

Kirkevoll, M. (2012) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*.

Oslo: Gyldendal akademiske forlag

Malt, Ulrik. (2009, 13. februar). Livskvalitet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 20. mai 2016 fra <https://sml.snl.no/livskvalitet>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. [Online]. Lastet ned 01 mars. 2016, fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Peerenboom, L. Collard, R.M. Naarding, P. Comijs, H.C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study.

*Journal of affective disorders.* Aug;15(185) 26-31.

Ranhoff, A.H. (2010) Forebyggende og helsefremmede sykepleie.

I: Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Akademiske: s. 137 – 147

Reitan, A.M. (2010) Mestring.

I: Knutstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.*

Oslo: Akribe AS, s. 74 – 107.

Rustøen, T. (2010) Livskvalitet og velvære.

I: Knutstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.*

Oslo: Akribe AS, s. 29 – 55.

Stortingsmelding nr. 19. (2014 – 2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter.*

Stortingsmelding nr. 26. (2014 – 2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*

Thorsen, K. (2010) Aldringsteorier.

I: Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Akademiske: s. 57 – 68.

Wahl, A.K. og Hanestad, B.R. (2007) Livskvalitet.

I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. red. *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring.*

Oslo: Cappelen akademisk forlag, s. 29 – 39.

Yunming L., Changsheng C., og Haibo T. m.fl. (2012)

Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi-an China: a china-based study. *International journal of Geriatric Psychiatry.* Jan;27(1):31-9

## Vedlegg 1

### Søkehistorikk tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
Depression + Older people+ Risk factors	080116	ScienceDirect	2020	9	0
Depression + Risk Factors	110116	Oria	2474	12	0
Depression + risk factors + older people	090116	Pubmed	3461	8	0
Depression + risk factors + older people	130116	Pubmed	3461	8	0
Depression + aged + quality of life	23/02-16	Cinahl complete	741	11	4
Aged + quality of life	23/02-16	Cinahl Complete	6024	7	2
Aged + quality of life + depression	24/02-16	Oria	1732	9	2

## Vedlegg 2

### Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Janecková, H., Dragomirecká, E., Holmrová I., m. fl. (2013) The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. <i>Central European journal of public health</i> . Volume 21, Issue 2. Page: 63-71	Hensikten med denne studien var å undersøke holdningene til eldre mennesker som bor i institusjoner og deres omsorgspersoner og deres forhold til aldring.	*Attitudes  *Older adults  *Ageing  *Differences	Data ble samlet inn ved strukturerte intervjuer med eldre. Holdninger til aldring ble målt ved et spørreskjema hvor deltakerne ble bedt om å si seg enig eller uenig i positive eller negative uttalelser om fem-punkt Lickert skala. Data fra de ansatte ble samlet inn ved 12-elementers spørreskjema – hvor generelle holdninger ift aldring ble spurt om.	Det ble funnet at menn har en mer positiv global holdning til aldring enn kvinner. Deltakere med barn hadde en mer positiv holdning til aldring enn de uten barn. De deltakerne som oppfattet sin helse som god hadde en mer positiv global holdning til aldring enn de som evaluerte sin helse som dårligere eller dårlig. Deltakere med god selvopplevd livskvalitet hadde mer positiv holdning i forhold til de med gjennomsnittlig eller dårlig livskvalitet. Sum av samarium viste faktorene som hadde betydning seg å være kjønn, å ha barn, selvopplevd helse, depresjon og livskvalitet. Behovet for aldrende personer til å akseptere det levde livet og selvbildet som godt, ser ut til å være viktig. Det kommer også frem i studien at de eldre sitt syn	Denne studien er relevant for min oppgave for den tar for seg hva som kan påvirke livskvaliteten til eldre og hva en bør fokusere videre på.

				<p>på aldring var noe annet enn de ansatte ved institusjonene, og at det ansatte i sosial- og helseinstitusjoner trenger kunnskap om dette. De psykososiale behovene er like sterke som de fysiske, men eldre i denne studien mener at dette ikke har denne forståelsen. At ansatte lærer mer om aldringsprosessen og forstå virkningen av denne på eldre. Individuelle omsorgsplaner bør ta hensyn til deres individuelle behov, ikke bare fysisk helse, men også i andre områder av deres måte å takle livet på. Spesielt depresjon, smerte, funksjonshemming og sosial isolasjon bør forebygges og behandles. Verdien og positivt bilde av aldring bør være en del av utdanningsprosessen i skole og helsefremmede programmer. Positive holdninger til eldre i aldring, selv om de bor i institusjoner, og selv om den fysiske helsen ikke er god, bør budskaper om at den gamle alder - som den siste fase av livet - har sin verdi og at er verdt å leve.</p>	
--	--	--	--	--	--



### Vedlegg 3

### Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Yunming L., Changsheng C., og Haibo T. m.fl. (2012) Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi-an China: a china-based study. <i>International journal of Geriatric Psychiatry</i>. Jan;27(1) page:31-39 DOI:10.1002/gps.2685</p>	<p>Studiens hensikt var å estimere forekomsten av depressive symptomer og for å undersøke sosiodemografiske variabler, kroniske sykdommer og helserelaterte problemer av et større utvalg av eldre voksne i Xi-an, China.</p>	<p>*Depression *Elderly *Risk Factors *Prevalence</p>	<p>Det ble brukt et semistrukturert spørreskjema som inkluderte sosiodemografiske karakteristika, fysisk helse, kroniske sykdommer og helserelaterte hendelser. 1486 eldre (60+) fra åtte lokalsamfunn deltok i studien. Depresjon ble vurdert ved hjelp av Geriatric Depression Scale (GDS). Maks score er 30. Personer som scorete 11 eller høyere ble antatt å ha betydelige depressive symptomer.</p>	<p>Forekomsten av depresjon hos eldre var på 27 % på et generelt grunnlag. Følgende variabler var signifikant assosiert med depresjon: kvinnelig kjønn, lav max inntekt, koronar hjertesykdom, lider av tre eller flere kroniske sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse, fire uønskede livshendelser (økonomiske problemer, død i nærstående relasjon, ubehagelig og/eller skremmende erfaring). Innad i disse variablene ble de målt at personer som hadde opplevd negative livshendelser hadde hele 53,1 % større sjanse for å utvikle depresjon. Personer med to eller flere kroniske sykdommer hadde 60% større sjanse for å utvikle depresjon. I følge GDS-estimer, så hadde 27 % av kinesisk urbane eldre voksne</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave fordi den kommer med resultatet på hvilke risikofaktorer som er assosiert med at eldre utvikler depresjon/dårlig livskvalitet.</p>

				depresjonssymptomer. Studien konkluderer med at behovet for forebyggende programmer, kunnskap om kartlegging og behandling av eldre med depresjon bør ha høy prioritet.	
--	--	--	--	---	--

## Vedlegg 4

### Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Peerenboom, L. Collard, R.M. Naarding, P. Comijs, H.C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. <i>Journal of affective disorders</i> . Aug;15(185) pages: 26-31.	Studiens hensikt er å undersøke sammenhengen mellom alderdom, depresjon og emosjonell og sosial ensomhet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Loneliness</li> <li>• Older persons</li> </ul>	En tverrsnittstudie ble utført ved hjelp av data fra Nederland (forskning av depresjon hos eldre personer. Totalt 341 deltakere diagnostert med en depressiv lidelse, og 125 ikke-depressive deltakere ble inkludert. Ulike kartleggingsskalaer ble brukt for å undersøke forekomsten av depresjon, ensomhet, personlighet, sosial støtte og livssituasjon.	Sosiodemografiske variabler, sosiale støttevariabler, depresjon, kognitiv funksjon og personlighetsfaktorer ble ansett som mulige risikofaktorer. Depresjon var sterkt assosiert med emosjonell ensomhet, men ikke med sosial ensomhet. En høyere følelse av nevrotisisme og lavere følelse av mestring var de viktigste forklaringsfaktorene. De ble også funnet andre forklaringsfaktorer i sammenheng med depresjon og emosjonell ensomhet; en lavere følelse av ekstrovertsjon og høyere alvorlighetsgrad av depresjon.	Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg risikofaktorer i forhold til depresjon / dårlig livskvalitet.

## Vedlegg 5

### Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Gabriel, Z og Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspective of older people. <i>Ageing and Society</i> . Volume 24/ Issue 05 Page: 675 – 691	Studiens hensikt var å undersøke livskvalitet basert på perspektivene fra eldre mennesker i alderen 65 år eller eldre.	*Quality of life  *Older people  *Kvalitativ forskning	999 eldre mennesker, fra 65 år og oppover, bosatt i private husholdninger i Storbritannia deltok i denne studien. Studien produserte både kvalitative og kvantitative intervjudata. Deltakerne ble intervjuet i sine egne hjem med et semistrukturert spørreskjema, og 80 ble fulgt opp i større dybde i ett og to år etter hovedintervjuet. Det er materialet fra dybdeintervjuene som kommer frem i denne forskningsartikkelen.	Det kom frem at de viktigste faktorene for livskvalitet er å ha gode sosiale relasjoner, hjelp og støtte, å bo i et hjem og nabolag oppfattes å gi glede, å føle seg trygg, har naboer og tilgang til lokale fasiliteter inkludert transport, engasjere seg i hobbyer og fritidsaktiviteter samt opprettholde sosiale aktiviteter og beholde en rolle i samfunnet, ha en positiv holdning og aksept av omstendigheter som ikke kan endres, å ha god helse og være mobil, å ha nok penger til å dekke grunnleggende behov, å delta i samfunnet, å nyte livet og beholde sin selvstendighet og kontroll over livet. Resultatene har direkte sammenheng for offentlig politikk og nødvendighet for å gi økende mengde kunnskap om sammensetning og måling av livskvaliteten i eldre alder.	Dette er en studie fra 2004, men er denne studien er så omfattende og god at vi tar den med likevel. Her kommer det frem enkeltindividers personlige opplevelse av livskvalitet og hvilke faktorer som bidrar både negativt og positivt. I denne studien tar de med konkrete sitater fra flere eldre og sammenligner med funn fra intervjuene. Denne studien tar med faktorer som ikke har blitt tatt opp i andre studier og viser til bredt resultat som vil bidra til å gjøre bachelorenoppgaven vår bredere og mer fullverdig.

## Vedlegg 6

## Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Jeste, DV., Savia, GN., Thompson, WK. m.fl. (2013) Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. <i>The American journal of psychiatry</i>. Volume 170 Issue 2, page: 188-196</p> <p>DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12030386.</p>	<p>Studiens hensikt var å få forståelse for og fremme god aldring. Forskningen kombinerer fysisk, kognitiv og psykologisk vurderinger.</p>	<p>*Aging</p> <p>*Successful aging</p> <p>*Resilience and depression</p>	<p>1006 eldre i San Diego ble tilfeldig oppringt for å rekruttere deltakere, Deretter ble et utført et 25-minutters telefonintervju med etterfølgende undersøkelse av fysisk, kognitive og psykologiske domener, inkludert psykologiske trekk og selv rangert syn på egen aldring.</p>	<p>Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 77,3 år. Hvor de ble bedt om å selv rangere sin alderdom fra 1(lavest) til 10 (høyest) ble gjennomsnittet på 8,2. Høyere alder ble assosiert med høyere rating, til tross for forverring fysisk og kognitiv funksjon. Resiliens (motstandsdyktighet) og depresjon hadde en signifikant sammenheng med selv rangert vellykket aldring. Det konkluderes med at å redusere depresjonsfremkallende faktorer har stor effekt på følelsen av vellykket aldring som å redusere fysisk funksjonshemming. Dette tyder på at det er viktig med helsefremmede aspekter innen psykiatri for å fremme vellykket aldring.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den viser viktigheten av kjennskap til helsefremmede arbeid og viktigheten av psykisk helse blant eldre.</p>

## Vedlegg 7

### Litteraturmatrikse 6

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Drageset, J., Eide, G.E., og Natvig., G.K. m.fl. Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway (2009) <i>International Journal of Nursing Practice</i> . Volume 15, Issue 5, pages: 455-466	Denne studien undersøkte helserelatert livskvalitet av sykehjemsbeboere over 65 år. Studien undersøker hvordan beboernes sosiodemografiske og medisinske forhold påvirker livskvaliteten deres.	*Nursing home *Norway *Health-related quality of life *Old residents *Aged	Det var 227 deltakere var med i studien. Helserelatert livskvalitet ble målt ved hjelp av verktøyet "SF-36". SF-36 vurderer helsebegreper som representerer grunnleggende menneskelige verdier som anses som relevante for all funksjonell status og velvære. SF-36 består av 36 spørsmål med åtte dimensjoner; fysisk funksjon, generell helse, mental helse, kroppslig smerte, rollebegrensning knyttet til fysisk problemer, rollebegrensninger relatert til emosjonelle problemer, sosial fungering og vitalitet. Et ekstra element, rapportert helseovergang, bemerket endringer i generell helse det siste året.	Gjennomsnittsalderen var 85,4 år og gjennomsnittlig opphold var 24 måneder. Mennesker uten komorbid sykdom scorer høyest, da dette er signifikant for fysisk funksjon og smerte. Beboere med mer utdanning og de over 95 år rapporterer den høyeste helserelaterte livskvaliteten. Det kom også frem at hobbyer og spesielle interesser er særlig knyttet til livskvalitet. Det anbefales å bli mer oppmerksom på miljø og beboerens muligheter til å holde tritt med sine interesser og få mulighet til å stimulere mental aktivitet og/eller hobbyer og spesielle interesser, dersom mulig.	Denne studien er fra 2009, men vi synes at det er svært interessant at den er fra Norge – derfor så ønsker vi å ta den med likevel. Den tar opp ulike dimensjoner av livskvalitet og gir gode svar.

## Vedlegg 8

### Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Brett, CE., Gow, AJ., Corley, J. m.fl. (2012) Psychosocial factors and health as determinates of quality of life in community-dwelling older adults. <i>Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.</i> Apr;21(3):505-16. DOI: 10.1007/s11136-011-9951-2</p>	<p>Studiens hensikt var å forstå de faktorer som bestemmer forskjeller i livskvalitet i alderdommen og å inkludere et bredt spekter av mulige faktorer.</p>	<p>*Psychosocial factors  *Quality of life  *Community-dwelling older adults</p>	<p>Deltakerne var født i 1921 eller 1936, til sammen 1641 personer. Livskvalitet ble målt ved en rekke anerkjente skalaer. Her ble det undersøkt om mulige personlighetstrekk har innvirkning, barndom og alderdom, generell kognitiv evne, mindre psykiske symptomer, fysisk helse, kardiovaskulær sykdom og sosiodemografiske faktorer spiller inn.</p>	<p>Det viste seg at personlighetstrekk og depressive symptomer har en viktig innflytelse på selvrapportert livskvalitet i alderdommen. Livskvalitet påvirkes mer av nåværende forhold, enn tidligere. Det foreslås i studiens diskusjon at livskvalitet kan være i større grad avhengig av miljø og økonomi enn psykologiske ressurser. Personer som scoret høyt på nevrotiske personlighetstrekk (lav emosjonell stabilitet) har en større sannsynlighet for å rapportere fysiske symptomer og å oppleve negative følelser som svar på vanskelige omstendigheter.</p>	<p>Denne studien er relevant for min bacheloroppgave fordi den tar for seg faktorer som kan påvirke opplevelsen av livskvalitet hos eldre.</p>

## Vedlegg 9

### Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Holvast, F., Burger, H., og de Waal HW. M.fl. (2015) Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. <i>Journal of affective disorders</i> Volume 185, page 1-7	Hensikten med denne studien var å undersøke i hvor stor grad ensomhet spiller inn på prognosen av depresjon. De valgte derfor å undersøke sammenhengen mellom dette.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Risk Factors</li> <li>• Loneliness</li> <li>• Elderly</li> <li>• Older persons</li> </ul>	De gjennomførte en to-års oppfølgingsstudie av eldre fra en Nederland Study of depresjon hos eldre personer (NESDO). Dette inkluderte nederlandske voksne i alderen 60-90 år med diagnosen alvorlig depresjon, dystymi, eller mindre depresjon i henhold til kriteriene i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. De utførte regresjonsanalyser for å bestemme sammenhengen mellom ensomhet ved baseline og både alvorlighetsgrad og ettergivelse av depresjon ved oppfølging.	Av de 285 respondentene var 48% fortsatt deprimert etter 2 år. Ensomhet var uavhengig assosiert med mer alvorlige depressive symptomer ved oppfølging. Svært alvorlig ensomhet var negativt assosiert med remisjon etter 2 år sammenlignet med ingen ensomhet. Konklusjonen ble at prognosen for depresjon sent i livet påvirkes negativt av ensomhet. Helsepersonell bør søke å vurdere graden av ensomhet for å få en mer pålitelig vurdering av prognosen for depresjon.	Denne studien er relevant for min oppgave fordi den viser at ensomhet har en klar sammenheng med utvikling av depresjon i eldre alder. Denne konkluderer også at det er viktig at helsepersonell har evne til å vurdere risikofaktorer.